

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA EN TERMINOS DE LA RELACION COSTO-
EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN DE ADICTOS EN
LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO ENTRE LOS
AÑOS 2009 y 2011

INVESTIGADORES:

MYRIAM ELENA VERGARA JARAMILLO

OLGA MERY LÓPEZ CASTAÑO

ASESOR:

CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN SALUD PÚBLICA
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
MEDELLÍN

2012

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA EN TERMINOS DE LA RELACION COSTO-
EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN DE ADICTOS EN
LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO ENTRE LOS
AÑOS 2009 y 2011

INVESTIGADORES:

MYRIAM ELENA VERGARA JARAMILLO

OLGA MERY LÓPEZ CASTAÑO

ASPIRANTES AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

ASESOR:

CARLOS MARIO TAMAYO RENDÓN

MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN

2012

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN	6
2. ABSTRACT	7
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3.2. JUSTIFICACIÓN	9
3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
4. MARCO TEÓRICO.....	12
4.1. MARCO NORMATIVO	12
4.2. MARCO CONCEPTUAL	12
4.3. MARCO CONTEXTUAL.....	15
5. OBJETIVOS	18
5.1. OBJETIVO GENERAL	18
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
6. METODOLOGÍA.....	19
6.1. Enfoque metodológico de la investigación	19
6.1.1. Tipo de estudio.....	19
6.2. Población.....	19
6.3. Técnicas de recolección y fuentes de la información.....	19
6.4. Variables	19
6.5. Control de sesgos	22
6.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	22
6.6.1. Univariado:.....	22
6.6.2. Bivariado:.....	22
6.7. Plan de divulgación	22
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
8. RESULTADOS	24
8.1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA, PATOLÓGICA Y DE CONSUMO	24

8.1.1. Sexo:	24
8.1.2. Edad:	24
8.1.3. Estrato Socioeconómico:	25
8.1.4. Estado Civil:.....	25
8.1.5. Diagnóstico de ingreso:	26
8.1.6. Sustancia consumida al ingreso al programa:	26
8.2. COSTOS Y CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y EFECTIVIDAD LOGRADA CON EL PROGRAMA.....	27
8.2.1. Costo anual del programa:.....	27
8.2.2. Capacidad de atención del programa y resultados obtenidos:	27
8.2.3. Cálculo de eficiencia:	28
9. DISCUSIÓN	29
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de Variables.....	20
Tabla 2: Discriminación por sexo durante los años estudiados.....	24
Tabla 3: Costos anuales del programa entre los años 2009 y 2011.....	27
Tabla 4: Variación de los costos anuales del programa.	27
Tabla 5: Eficiencia del programa por año.	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de usuarios por rangos de edad.....	24
Gráfico 2: Distribución de usuarios por estrato socioeconómico.	25
Gráfico 3: Distribución de usuarios por estado civil.....	25
Gráfico 4: Distribución por diagnóstico de ingreso al programa.	26
Gráfico 5: Distribución por sustancia consumida al ingreso al programa.	26
Gráfico 6: Comparativo de capacidad de atención usuarios mes, total de usuarios atendidos y total de usuarios reeducados.	28

1. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, entre los usuarios de la comunidad terapéutica de Envigado la cual se dedica a la rehabilitación del abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA) y alcoholismo, entre los años 2009 y 2011. Socio-demográficamente se encontró una proporción mayor de usuarios masculinos, especialmente en los rangos de edad entre los 15 y 30 años con 65.7%. El estrato socioeconómico 3 fue el mas usuarios frecuente con 45.2% seguido del 2 con 37.2% con ausencia casi completa de los estratos 5 y 6, adicionalmente el 86.1% de los usuarios era soltero. La sustancia mas frecuentemente consumida al ingreso al programa fue la marihuana seguida de otras SPA, como hallazgo importante se encontró una relativa baja frecuencia de consumo y abuso de alcohol probablemente por la connotación de legalidad de esta sustancia. A pesar de que la inversión por año y la capacidad de atención medida en usuarios mes han ido disminuyendo por decisión de la administración, el total de usuarios atendidos por año aumentaron significativamente, así mismo el total de usuarios reeducados aumentó en un 68.3% durante los años estudiados. Como consecuencia de la disminución en los recursos invertidos y el aumento en la efectividad medida en términos de usuarios reeducados, la eficiencia del programa fue también progresivamente mayor hasta lograr un mejoramiento del 83.2%. Los datos anteriores evidencian una curva de aprendizaje bastante positiva que permite la permanencia del programa garantizando muy buenos resultados en términos de asistencia social.

PALABRAS CLAVE: Dependencia, Abuso, Sustancias Psicoactivas, Reeducación, Efectividad, Eficiencia.

2. ABSTRACT

We performed a descriptive, quantitative, between users of the therapeutic community Envigado which is dedicated to the rehabilitation of Psychoactive Substance Abuse (SPA) and alcoholism, between 2009 and 2011. Socio-demographically found a higher proportion of male users, especially in the age ranges between 15 and 30 with 65.7. Socioeconomic level 3 was the most frequent users with 45.2% followed by 2 with 37.2% with almost complete absence of strata 5 and 6, additionally 86.1% of users were single. The most frequently consumed substance on admission to the program was marijuana, followed by other SPA as important finding was found relatively low frequency of alcohol consumption and probably for the connotation of the legality of this substance. Although investment per year and care capacity measured in months users have been decreasing by decision of the administration, the total users served per year were significantly increased, also the total re-educated users increased 68.3% during the years studied. As a result of the decrease in the resources invested and the increased effectiveness measured in terms of re-educated users, the efficiency of the program was also progressively increased until an improvement of 83.2%. The above data show a very positive learning curve enabling retention program ensuring good results in terms of welfare.

KEY WORDS: Dependence, Abuse, psychoactive substances, Rehabilitation, Effectiveness, Efficiency.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

3.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las altas cifras arrojadas en los últimos años por diferentes estudios acerca de las enfermedades mentales son francamente preocupantes. En ese mismo sentido los reportes de adicción a alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas (SPA) dan fe de que esta situación se ha convertido en un problema de Salud Pública a nivel mundial y que afecta prácticamente a todos los estratos sociales y a todas las edades. En diversos estudios alrededor del mundo se evidencia el consumo de SPA entre las cuales sobresalen el cigarrillo el alcohol, la Marihuana (THC) y la cocaína entre otros, con importantes picos de frecuencia entre la población escolar y universitaria (1). A esta situación no es ajeno prácticamente ningún país, ya en el año 2000 la Organización de Naciones Unidas (ONU) reportaba cifras elocuentes acerca de la magnitud del problema: el 96% de los países reporta consumo de Marihuana, el 81% reporta consumo de opiáceos, y el 81% narcóticos como la cocaína (2).

Actualmente el consumo de SPA se considera un problema de Salud Pública a nivel mundial que repercute en los sectores social, económico y político así como en el de salud. En Colombia los últimos estudios al respecto reportan crecimiento de las tasas de consumo y ya hablan de un 10.8% de prevalencia en consumo de Marihuana y un 4% de Cocaína, de otro lado el consumo de sustancias legales y aceptadas socialmente (Alcohol y Cigarrillo) se acercan a tasas del 94.3% y 48.1% respectivamente (2). Esta situación genera altos costos sociales, se ha observado que existe una relación estrecha entre las muertes violentas tales como accidentes de tránsito, suicidios y homicidios, y la existencia de una fuerte influencia del alcohol y del consumo de otras SPA (3,4). Un estudio de prevalencia de SPA asociadas con muertes violentas en Cali (Colombia) en el cual se aplicaron pruebas en sangre durante las necropsias, evidencia la presencia de estas en un 47% de las muertes por suicidio y en el 35.2% de los homicidios (5), de otro lado en 2008 Carreño reportó altas cifras de violencia intrafamiliar en las cuales la violencia contra la mujer ocupa el primer lugar y en ella se encuentran relacionados el alcoholismo y la drogadicción en cifras bastante altas (6).

Además de los costos sociales, es inculcable que también hay costos económicos importantes, un estudio de aproximación a los costos generados por el problema de drogas ilícitas en Colombia describe costos directos unos asumidos por los mismos consumidores en la compra y en tratamientos para la adicción, otros asumidos por el sector privado en campañas contra el consumo, y otros asumidos por el estado en la implementación de toda la logística de manejo del problema en

general y en el desarrollo de programas de rehabilitación. De otro lado existen los costos, también directos, derivados del tratamiento de las enfermedades y situaciones específicas relacionadas con el consumo y con el abuso, que son asumidos esporádicamente de manera particular por el enfermo y/o su familia, y en muchos casos por el estado y los sistemas de salud, los cuales pueden dividirse en dos: a) los relacionados con las admisiones en servicios de urgencias relacionados con el consumo y con sobredosis, y b) los derivados del manejo de enfermedades que se asocian al consumo entre las que sobresalen el VIH/SIDA, la hepatitis y en general las enfermedades de transmisión sexual (7).

Así mismo describe costos indirectos relacionados con el uso alternativo de factores económicos (de trabajo y capital) entendidos como la inversión que podría hacerse con el dinero que los consumidores invierten en estas sustancias, y los largos períodos de tratamiento e incapacidad generados tanto por el consumo, como por el manejo y rehabilitación (7).

Según lo anterior es claro que los niveles de adicción a las SPA son altos en la población general con algunos picos relacionados con la edad, los niveles de educación, el estrato socioeconómico, etc., y que estos niveles van en aumento. En Bogotá por ejemplo, una de cada diez personas admite haber consumido algún tipo de sustancia ilícita al menos una vez en la vida (8), cifra que como ya se dijo sobrepasa el 90% cuando se trata de licor y/o cigarrillo. De otro lado se encuentran estrategias de salud pública que intentan mejorar esta situación, las cuales cuentan con pocas mediciones acerca de sus niveles de resultados y del impacto real en la comunidad.

3.2. JUSTIFICACIÓN

Frente a la situación mundial y local descrita y en cumplimiento de la normatividad definida en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (PNRCSPA) establecida en el año 2006 (9), los entes territoriales han debido incluir en sus planes de desarrollo y en sus estrategias de Salud Pública además de todo lo relacionado con la promoción y prevención para combatir el consumo, programas de atención, manejo y rehabilitación de las adicciones. En ese orden de ideas mediante la resolución 014 de agosto de 2008 del Consejo Nacional de Estupefacientes, se crearon las comisiones técnicas interinstitucionales encargadas de emitir recomendaciones puntuales que permitieran construir un plan integral de acción que apoyara a las iniciativas locales y departamentales (9).

El municipio de Envigado ya había venido trabajando al respecto a través de su Secretaría de Salud desarrollando programas para la recuperación de adicción a SPA(10). El reporte entregado por la Dirección de Adicciones de dicha da cuenta de la proporción de adictos reeducados en la comunidad terapéutica, para los años 2007, 2008 y 2009. En este informe se describe efectividades en términos de usuarios reeducados (rehabilitados) muy variable a lo largo del tiempo. De otro lado reporta que, también a lo largo del tiempo los recursos destinados a dicho programa han debido ser recortados para reasignar partidas a otros programas también prioritarios en las comunidades.

La Comunidad Terapéutica Las Palmas (que opera el programa con recursos propios del municipio), entregó certificados de sobriedad a un grupo de personas adictas a SPA y/o alcohol, dichos certificados dan constancia del número de años de sobriedad, desde la primera carta hasta la quinta respectivamente de acuerdo con el número de años de abstinencia. En el acto se entregó la Primera Carta (Por cumplimiento de un año en abstinencia) a 46 personas; la Segunda a 21; la Tercera a 7; la Cuarta a 8; y la Quinta a 3 personas. Adicionalmente, 17 reeducados conformaron un último grupo destacado por cumplir más de cinco años de sobriedad, quienes recibieron una mención de honor (11).

Es evidente que durante este tiempo se han logrado resultados en la recuperación (reeducación entendida como un período de tiempo superior a seis meses sin consumo) de un número importante de individuos con mayor o menor grado de adicción, sin embargo no es claro si ese número de recuperados es suficiente y si además guarda una proporción adecuada con los recursos invertidos en él. Adicionalmente se plantea el interrogante acerca de si puede ser más eficiente la contratación de estos servicios con operadores particulares en lugar de funcionar con recursos propios.

Entendido que un elemento muy importante en la toma de decisiones en Salud pública es el retorno recibido el cual se expresa en calidad de vida para las personas, la administración municipal es consciente que no cuenta con los elementos necesarios para medir ese retorno a la inversión hecha en el programa. Se hace necesario para ellos entonces elaborar estrategias de medición que les permitan contar con la información necesaria en la elaboración e implementación de estos planes de intervención con la comunidad. En esto último radica la pretensión del presente estudio: convertirse en un piloto de medición en planes de intervención en salud pública que más adelante pueda ser aplicado tanto a éste como a otros programas a implementar en el futuro.

3.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los resultados y la eficiencia en términos de relación Costo. Efectividad del Programa de Recuperación de Adictos en la Comunidad Terapéutica del Municipio de Envigado, y cual ha sido su evolución en el tiempo?

4. MARCO TEÓRICO

4.1. MARCO NORMATIVO

En diciembre de 2009, luego de ocho debates reglamentarios realizados en dos legislaturas consecutivas, el Congreso de la República de Colombia aprobó la reforma constitucional que prohíbe el porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas en el país y ordena establecer por medio de la ley medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para personas que consuman dichas sustancias. Perentoriamente, el texto del artículo reformado advierte: **¶**El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto+ (8,11). La reforma adicionó el artículo 49 de la Constitución Política, el cual establece la atención de salud y el saneamiento básico como derechos cuya garantía está a cargo del Estado, con el siguiente texto:

¶El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas están prohibidos, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y a favor de la recuperación de los adictos+(9,12).

4.2. MARCO CONCEPTUAL

La adicción es un problema de alcance mundial. El consumo de SPA plantea nuevos y grandes retos para la sociedad independientemente del nivel de desarrollo que se haya alcanzado, es claro que sus consecuencias amenazan seriamente el desarrollo social e incluso económico de los países. **¶**El fenómeno del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas plantea un verdadero desafío para el progreso basado en el paradigma del desarrollo humano, los derechos humanos y la salud como activo. Más allá del debate ético o de si se considera o no una enfermedad, se trata de un comportamiento que, cuando ocurre, dinamiza una serie de riesgos que al materializarse suelen provocar consecuencias adversas para el sujeto mismo, su familia y su

comunidad+ (9). Varios estudios alrededor del mundo describen el predominio de consumo entre la población joven y adulta joven, en la que se destacan los estudiantes de secundaria y universitarios (1,8), otros estudios concluyen que en esta población, las sustancias de mayor consumo son el tabaco y el alcohol y entre las sustancias ilícitas la más frecuente es la marihuana seguida de otros tranquilizantes (13,14), algunos estudios incluso han documentado un incremento en el consumo de esta última sustancia al tiempo que disminuye el de otras como la cocaína y el basuco (15).

Leonardo Aja hace un ejercicio bastante explicativo de la severidad de la situación, toma como ejemplo la prevalencia de consumo de marihuana en Bogotá en el 2009 que fue del 2.4% la cual llevada a la población estimada de la ciudad equivale a 125.430 consumidores, una muy alta cifra, mas si se tiene en cuenta que alrededor de un 10% de ellos (12.543 personas) tendrían serios problemas de dependencia y deberían ser atendidos en los servicios de salud, esto podría ocasionar el colapso del sistema. Es esta una de las razones para pensar que la mejor estrategia es el control y la reducción de la demanda y el consumo (15).

En el nivel familiar y personal, cuando se está ante la presencia de excesos en las adicciones, la salud física y mental del individuo se ve afectada y genera serios problemas en relación con los ingresos y la comunicación dentro del núcleo familiar, de paso entonces sufren y se afectan familias completas y la sociedad en general. La vulnerabilidad de las familias se aumenta como consecuencia de la afectación de la estabilidad económica, la aparición de violencia intrafamiliar y de modelos de crianza y de vida inadecuados (9).

A todo esto se suma la posible letalidad generada en el consumo individual o conjunto de una o más de estas sustancias, estudios en Texas reportan letalidad directa generada por el consumo de cocaína como única sustancia la cual aumenta cuando se combina con otras sustancias como la heroína, los opiáceos, los antidepresivos y antipsicóticos (14). De otro lado se han encontrado interacciones metabólicas entre el alcohol y la cocaína que generan un metabolito llamado cocaetileno el cual actuaría como tóxico a todos los niveles del organismo (16). así mismo el informe de la comisión clínica del plan nacional de España sobre alcohol, destaca que la administración conjunta de alcohol y marihuana potencia los efectos de ambas produciendo sedación profunda que puede generar alto riesgo de accidentes mortales e incluso causar la muerte misma como consecuencia directa de este efecto sedante aumentado (17).

Aunque los estudios en Colombia son relativamente numerosos, parece ser que no hay universalidad en la muestra puesto que se hacen en poblaciones cautivas entre las cuales la más frecuente es la estudiantil y universitaria. De todas maneras lo descrito en los diversos estudios muestra que este problema afecta a un número alto de personas, se habla de cifras cercanas al 7% de la población estudiantil y entre 10% y 12.7% de la población adulta que han tenido contacto por lo menos una vez en la vida con estas sustancias. Adicionalmente 1 de cada 15 personas en el país abusan del alcohol, uno de cada 200 depende del mismo y un 1% abusan de otras sustancias (2,9). Otros estudios estiman que alrededor del 9% de las personas encuestadas han usado sustancias ilícitas al menos una vez en la vida, siendo el grupo de edad más afectado el de 18 a 24 años con alrededor de un 6%, seguido del de 25 a 30 años con 3.9%, y el de 12 a 17 con 3.4% (1).

El mayor consumo de sustancias ilícitas se encuentra en los estratos socioeconómico 3 y 4 con un 4.2% seguido de los estratos 5 y 6 con 2.9%, los estratos 1 y 2 aportan el 2.4% (1). Con respecto al género se describen relaciones de masculinidad positivas que oscilan entre 3 y 9 (18,19). El alcohol y el tabaco son las sustancias más consumidas y entre las clasificadas como ilícitas la marihuana es la frecuente con una prevalencia de alrededor del 7 al 8%, seguida de la cocaína con un 3 a 4% y por el éxtasis con un 3 a 3.5%. Caso especial es el del basuco que parece representar la primera causa de ingreso a tratamientos aunque la prevalencia de su uso está entre el 1 y 2%. Por último se evidencia un consumo en crecimiento en sustancias como la heroína y los medicamentos de uso psiquiátrico (9).

En atención a que lo que se quiere es identificar los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad que están relacionados con el rendimiento, el beneficio y el provecho de una actividad, es importante hacer una descripción de dichos conceptos de tal manera que se establezcan claramente los criterios con los que se medirá el desempeño del programa de rehabilitación.

La *eficacia* hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales. En el sector de la Salud, hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de sanidad y bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Esta noción respondería a la cuestión sobre cuál es la capacidad esperada de un curso o acción sanitaria (bajo condiciones de uso y de aplicación ideales) para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo (20).

La *efectividad* hace referencia al impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales. Se refiere a la posibilidad de que un

individuo o colectivo se beneficie de un procedimiento farmacológico o de cualquier práctica médica. En el ámbito sanitario, responderá al análisis del efecto de un curso de acción sanitaria, bajo condiciones habituales de práctica médica, sobre el nivel de salud de un colectivo (20).

La *eficiencia* se refiere a la producción de los bienes o servicios más valorados por la sociedad al menor coste social posible. Responde . por tanto. a la medida en que las consecuencias del proyecto son deseables desde la perspectiva económica. Supone en resumen maximizar el rendimiento (output) de una inversión dada (20).

En resumen, la eficacia se mide en condiciones óptimas, la efectividad se mide en condiciones habituales, y la eficiencia es la única que tiene en cuenta los costos de las inversiones (20).

4.3. MARCO CONTEXTUAL

Las cifras presentadas por el DANE del censo 2005, ubican en el Municipio de Envigado una población proyectada de 178.897 habitantes, de los cuales 82.049 (45,9%) son hombres y 96.848 (54,1%) son mujeres. Su distribución territorial se da en 39 barrios, 6 veredas y estos a su vez están distribuidos en 10 zonas; por área de residencia se deduce una población eminentemente urbanizada, con un total de 167.111 habitantes, equivalentes al 93,4% de la población total; la población rural es de solamente 11.786 habitantes (6,6%). La edad promedio para el sexo masculino es de 35 años y para el sexo femenino de 36 años. Se han dado cambios significativos de la dinámica demográfica, hoy existe más población adulta que infantil, hecho que puede asociarse a la disminución de la tasa de natalidad: el promedio de hijos que se tenía en el año 2006 era de solo 1.8 por familia (10).

De acuerdo con un estudio realizado por el DANE en el Municipio de Envigado, el 30% (1.162) de la población encuestada afirmó consumir algún tipo de sustancia con una distribución por género de 63,7% (740) para los hombres y de 36,3% (422) para las mujeres. Reportó además el mismo estudio que los grupos etéreos entre los 45 y 64 años se encuentra la mayor proporción de consumidores (11). Respecto al tipo de sustancia consumida, la mayor prevalencia se dio con el alcohol con 74,7% (867) seguida del tabaco con 48,7% (565). Se observó además que el alcohol es más consumido por hombres y el tabaco por las mujeres. La edad de inicio del consumo de las sustancias encuestadas en los hombres en promedio fue de 16 años y para las mujeres 20 años (11).

Con relación a los factores de riesgo para la aparición de conductas adictivas, y luego de consultar los motivos de inicio de consumo, el 90,5% (1.020) afirmó haberlo hecho por iniciativa propia, el 70% por la influencia de sus pares y un 60% por problemas laborales y familiares. De otro lado el 80% de la comunidad en el municipio, no conoce acerca de los servicios ofrecidos en la prevención de adicciones, el 10% conoce estrategias de prevención ofrecidas desde la Dirección de Farmacodependencia, como la Aventura de la Vida . Daré. , Educación para la Resistencia al uso y abuso de las drogas y la violencia, dirigido por miembros de la Policía Comunitaria; y solo el 5% conoce acerca de los servicios ofrecidos por la comunidad terapéutica de Envigado (11).

Por medio del Plan de Prevención Integral de las Adicciones, la Alcaldía de Envigado, a través de la Secretaría de Salud, contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las familias con programas de formación ciudadana, prevención, tratamiento ambulatorio y las comunidades terapéuticas de mujeres y hombres, que son residentes de los Centros de Atención. Es así como la Administración Municipal brinda, con la reeducación, una oportunidad a quienes alguna vez cayeron en las adicciones.

Dicho plan es un programa de la Dirección Local de Salud que busca, a través de la inter-institucionalidad, el compromiso y el trabajo de todos los estamentos sociales, educativos, culturales, deportivos, económicos, religiosos y políticos del Municipio, para planear, coordinar y desarrollar actividades encaminadas a la prevención integral de las conductas adictivas generadas por el consumo de sustancias psicoactivas tóxicas y no tóxicas y centra la intervención en la promoción de la salud, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios que asisten a los servicios ofrecidos por el área. Además de aportar en la creación de ambientes que formen ciudadanos autónomos, solidarios, creativos, felices, saludables, con capacidad para expresarse y disfrutar sus emociones+ (10).

Este programa tiene tres componentes que funcionan de manera individual pero que al ser integrados permiten desarrollar toda una estrategia de manejo a las adicciones. El primero es el de prevención llamado nivel primario o universal que busca fomentar en la población estilos de vida saludables, este trabajo se hace con las instituciones educativas tanto públicas como privadas del municipio. El segundo es el de tratamiento ambulatorio llamado nivel secundario o Selectivo está orientado al manejo de personas con algún grado de adicción pero que aún no son muy disfuncionales social y familiarmente, y que son captadas en el nivel de prevención, el manejo es entonces ambulatorio con actividades que buscan potencializar factores protectores relacionados con el estilo de vida. Y el tercero es

la comunidad terapéutica llamado nivel terciario o indicado orientado al manejo de los adictos con un grado importante de disfuncionalidad, se trabaja entonces con usuarios a manera de residentes con quienes se abordan tratamientos médicos y clínicos apoyados en actividades lúdicas y de terapia ocupacional (10).

No se encontraron en la bibliografía consultada estudios que evidencien el costo efectividad calculado en términos de pacientes reeducados (rehabilitados), indicador este que será calculado en este estudio. Algunos informes reportan altísimos costos en el manejo de los adictos a las sustancias psicoactivas, estimando cifras por US \$ 193.000 millones anuales de los cuales 113.000 se estiman como costos del sistema de justicia y 14.600 por el tratamiento de salud entre otros. Reportan que el tratamiento de la toxicomanía es rentable para reducir el consumo de drogas y lograr ahorros relacionados con el cuidado de la salud. El tratamiento también ha demostrado que puede reducir consistentemente los costos asociados con la pérdida de productividad, la delincuencia y el encarcelamiento en distintos ámbitos y poblaciones+. El tratamiento de abuso de drogas es menos costoso que otras alternativas como no tratar a los adictos o encarcelarlos, por ejemplo el hecho de tratar con medicamentos como metadona a los presos adictos a los opiáceos antes de su liberación, ayuda a reducir el consumo de drogas y también evita costos por encarcelamientos posteriores. El tratamiento del abuso de drogas es entonces costo-efectivo, reduciendo los costos sociales y de salud asociados (21).

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Costo-Efectividad y su evolución, medido en términos de pacientes reeducados, de los Programas de Recuperación de Adictos (farmacodependencia-alcoholismo), en la comunidad terapéutica del Municipio de Envigado, entre los años 2009 y 2011.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente la población de usuarios de la Comunidad Terapéutica de Envigado.
- Identificar los tipos de adicción más frecuentes entre los usuarios que asisten al programa de rehabilitación.
- Determinar los costos invertidos en los usuarios que reciben tratamiento para la recuperación de Adicciones en la comunidad Terapéutica del Municipio de Envigado.
- Determinar la efectividad lograda por el programa de Recuperación de Adictos desarrollados en la Comunidad Terapéutica del Municipio de Envigado.
- Determinar la eficiencia en términos de costo/eficacia y costo/efectividad del programa.
- Generar información que sirva como base para mediciones futuras del comportamiento de este y otros programas similares, y que además permita la toma de decisiones relacionadas con los mismos.

6. METODOLOGÍA

6.1. Enfoque metodológico de la investigación

6.1.1. Tipo de estudio.

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo. En el cual se midieron las variables relacionadas con el consumo de SPA, con el costo derivado de la implementación de las actividades definidas en el plan de intervención para la recuperación de consumidores y con la efectividad lograda en términos de disminución de estos consumos.

6.2. Población.

Se consideró como población objeto del estudio, el programa de rehabilitación en la Comunidad Terapéutica de Envigado, en el que se incluyen los usuarios ingresados en el entre el 1 de Enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2011.

Por tratarse de un estudio a un programa y sus usuarios, no se calculó ni aplicó tamaño ni diseño muestral.

6.3. Técnicas de recolección y fuentes de la información.

En un primer momento se realizó una tabulación y análisis de datos de fuente secundaria consistente en una base de datos entregada por la secretaría de Salud del municipio de Envigado, de la cual se obtuvieron los datos relacionados con las variables socio-demográficas y de tipo de adicción, y las variables de costos en los procesos de rehabilitación de los pacientes atendidos. En un segundo momento obtuvieron datos de fuente primaria una encuesta dirigida que exploró la variable de paciente reeducado, necesaria para el cálculo de la efectividad del programa.

La totalidad de la información así recolectada fue tabulada de tal manera que se permitiera su adecuada interpretación y análisis.

6.4. Variables

Se exploraron en total diez variables de las cuales cuatro están relacionadas con la caracterización socio-demográfica, dos con el diagnóstico y consumo y las últimas cuatro con los aspectos de efectividad y costos.

Tabla 1: Tabla de Variables

NOMBRE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORIA
Sexo	Sexo al cual pertenece el usuario.	Cualitativa	Nominal	N/A	1-Hombre 2-Mujer
Edad	Cantidad de años cumplidos discriminada en rangos específicos de edad.	Cualitativa	Ordinal	N/A	1- Menor de 15 2- Entre 15 Y 20 3- Entre 21 Y 30 4- Entre 31 Y 40 5- Entre 41 Y 50 6- Mayor de 50
Estrato	Estrato Socio económico de acuerdo con clasificación de SISBÉN.	Cualitativa	Ordinal	N/A	1- Estrato uno 2- Estrato dos 3- Estrato tres 4- Estrato cuatro 5- Estrato cinco 6- Estrato seis
Estado civil	Condición particular de los usuarios al momento de utilizar los servicios del centro de rehabilitación.	Cualitativa	Nominal	N/A	1-Soltero 2-Casado 3-Union libre 4-Separado 5-Viudo
Diagnóstico	Patología con la cual el usuario fue admitido en el programa.	Cualitativa	Nominal	N/A	1- Alcohol 2- Uso nocivo de Marihuana 3- Dependencia de Marihuana 4- Dependiente de Cocaína 5- Uso nocivo de otras SPA 6- Dependencia de otras SPA
Consumo	Sustancia consumida por el usuario y que causa su ingreso al programa.	Cualitativa	Nominal	N/A	1-Alcohol 2-Marihuana 3-Cocaina 4-Otras SPA.
Ingresos	Usuarios atendidos en el programa por año.	Cuantitativa	Razón	Número de usuarios	N/A
Tiempo de permanencia	Cantidad de días de permanencia de cada usuario en el programa.	Cuantitativa	Razón	Días	N/A
Reeducado	Usuario que egresa del programa, con más de seis meses sin consumo.	Cualitativa	Nominal	N/A	1-SI 2-NO

NOMBRE	DEFINICION	NATURALEZA	NIVEL MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORIA
Costo	Valor invertido en el programa por cada uno de los años estudiados, traído a valor presente neto al año 2011.	Cuantitativa	Razón	Pesos Colombianos	N/A

6.5. Control de sesgos

Existió riesgo de sesgo en recolección de información tanto en el manejo de la base de datos recibida de la secretaría de salud como en la aplicación de la encuesta dirigida a los usuarios que han sido dados de alta del programa de rehabilitación. En el primer caso se trabajó cuidadosamente en la base de datos y las inconsistencias fueron confrontadas con la historia clínica que reposa en los archivos de la fundación y con la información financiera del mismo, en el caso de la encuesta se hizo una estandarización de conceptos entre quienes la aplicaron de acuerdo con lo establecido en la tabla de variables y lo necesario para el plan de análisis.

No existió sesgo muestral porque se incluyó toda la población objeto.

6.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

6.6.1. Univariado:

En el cual se incluyeron todas las variables exploradas y permitió hacer una descripción general de la situación del programa y de sus usuarios en el tiempo definido para el estudio. Las variables relacionadas con los costos del programa fueron traídos a valor presenta neto (VPN) con un incremento del 4% por cada año, con el fin de unificar los resultados al calcular los indicadores de eficiencia.

6.6.2. Bivariado:

En el cual se cruzaron las variables relacionadas con la efectividad y el costo del programa para determinar el nivel de eficiencia del mismo. La fórmula utilizada para este cálculo en general fue la razón del costo y los logros obtenidos así:

- Costo eficacia en capacidad de atención: $\text{Costo anual del programa} / \text{Total cupos disponibles para recibir usuarios}$.
- Costo eficacia en atención: $\text{Costo anual del programa} / \text{Total de usuarios atendidos efectivamente por año}$.
- Costo efectividad: $\text{Costo anual del programa} / \text{Total usuarios reeducados por año}$.

6.7. Plan de divulgación

Informe final con los resultados del estudio y adicionalmente se redactará un artículo para poner a consideración para su publicación en una revista científica.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993, Artículo 11 Numeral a, esta es una investigación sin riesgo:

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta (22).

Esta investigación atendió el cumplimiento de los problemas éticos fundamentales:

La institución y los participantes con previo aviso, conocieron la naturaleza de la investigación y participaron de esta voluntariamente. En ningún momento se ha expuesto ni publicado con nombre propio a ninguno de los pacientes participantes, solamente se utilizaron bases de datos con cifras cuantitativas que se convirtieron en los datos objeto de análisis.

8. RESULTADOS

8.1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA, PATOLÓGICA Y DE CONSUMO

8.1.1. Sexo:

La razón de masculinidad entre los usuarios del programa durante el período estudiado fue de 11, en otras palabras la proporción de usuarios de sexo masculino fue de 91.6%, con la siguiente discriminación por año y total.

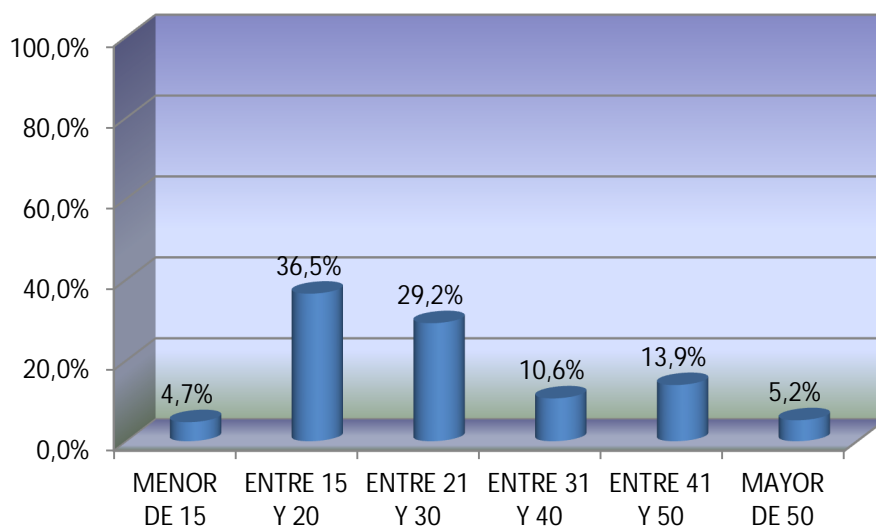
Tabla 2: Discriminación por sexo durante los años estudiados.

Concepto	Año	2009	2010	2011	GENERAL
	MASCULINO		138	116	135
FEMENINO		15	5	16	36
TOTAL		153	121	151	425
PROPORCIÓN MASCULINA		90.2%	95.9%	89.4%	91.6%
RAZÓN DE MASCULINIDAD		9	23	8	11

8.1.2. Edad:

El 65.7% de los usuarios son adultos jóvenes entre los 15 y 30 años. Se observó además una participación de 4.7% de menores de 15 años.

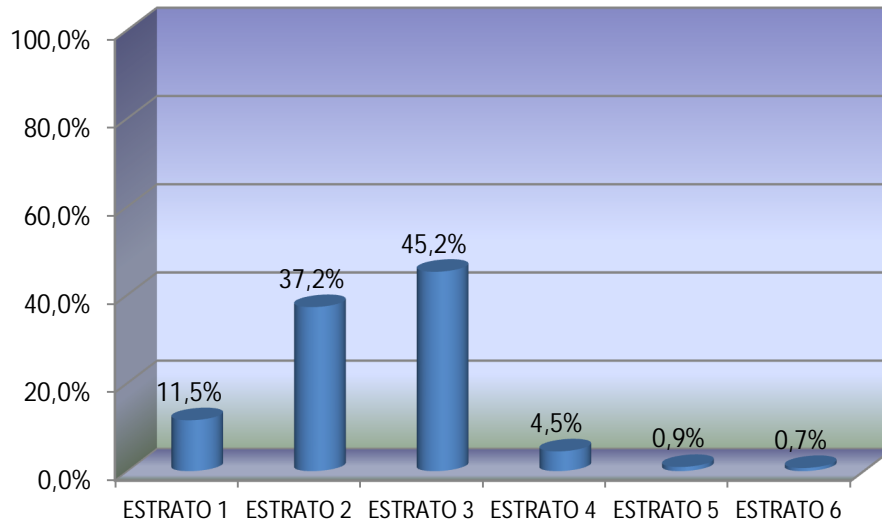
Gráfico 1: Distribución de usuarios por rangos de edad



8.1.3. Estrato Socioeconómico:

La mayor prevalencia se encontró en el estrato 3 con un 45.2% seguido del estrato 2 con 37.2%, la menor prevalencia encontrada fue en el estrato 6.

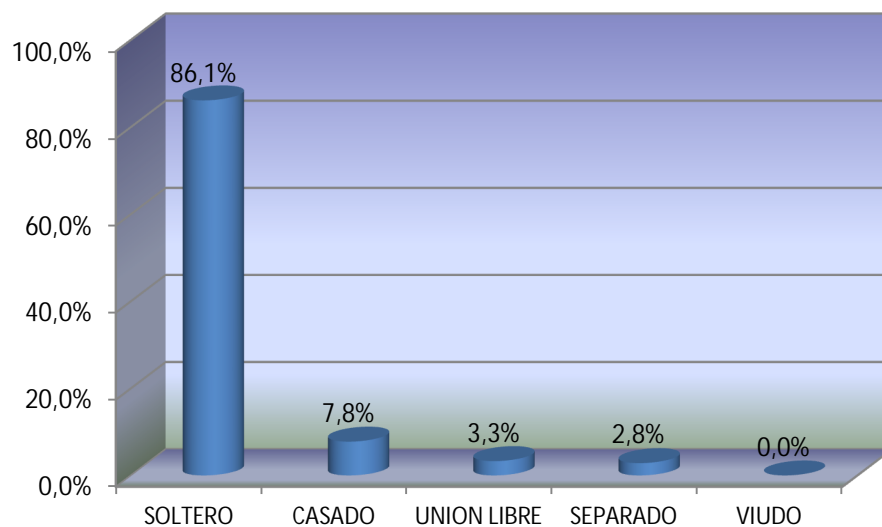
Gráfico 2: Distribución de usuarios por estrato socioeconómico.



8.1.4. Estado Civil:

La más alta proporción se dio en personas solteras, como hallazgo importante se encontró una muy baja prevalencia entre los separados y no se encontró ningún viudo entre los usuarios del programa.

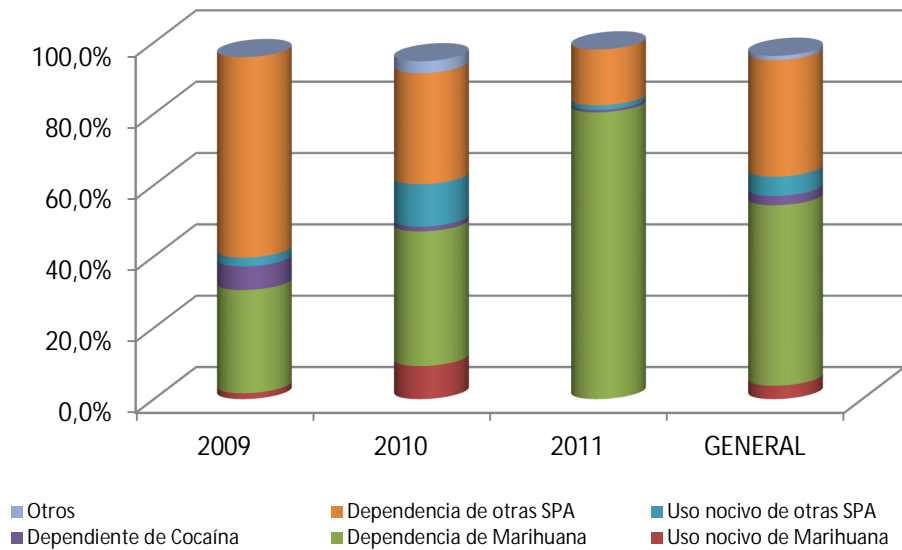
Gráfico 3: Distribución de usuarios por estado civil.



8.1.5. Diagnóstico de ingreso:

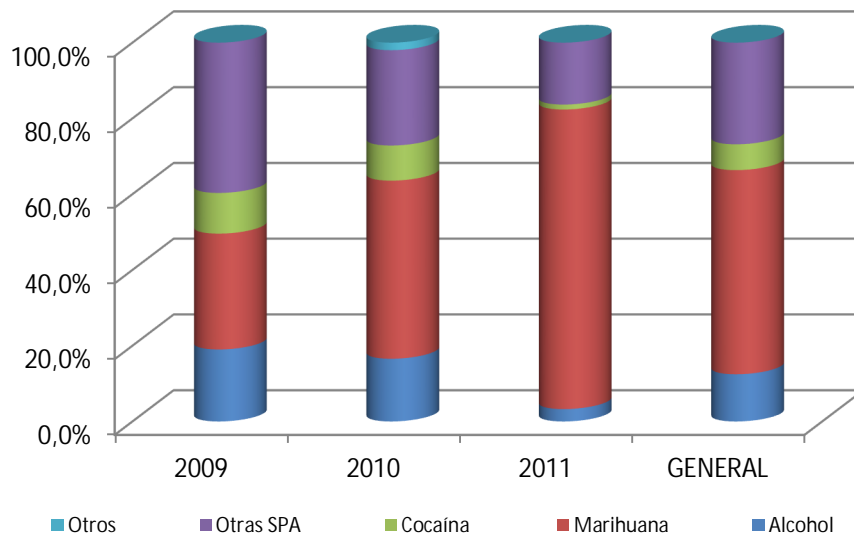
La mayor frecuencia fue para los criterios de dependencia de la marihuana y de otras SPA en los años 2009 y 2010 siendo la primera del 28.9% y la segunda de 56.2%, para el año 2011 la dependencia de la marihuana fue, con mucha diferencia, la más prevalente con 80.4%. El concepto de otros incluye básicamente las ludopatías que solamente se registraron como situaciones asociadas a los consumos ya referidos.

Gráfico 4: Distribución por diagnóstico de ingreso al programa.



8.1.6. Sustancia consumida al ingreso al programa:

Gráfico 5: Distribución por sustancia consumida al ingreso al programa.



Aunque con variaciones a lo largo de los tres años estudiados, la sustancia con más frecuencia de consumo entre los usuarios del programa fue la marihuana seguida de otras SPA, la primera con 30.6% en 2009 y con aumento progresivo hasta 79.1% en 2011 en tanto que la segunda tuvo una tendencia a la disminución desde 47.1% en 2009 hasta 17.6% en 2011. Aparentemente la cocaína como sustancia consumida al ingreso también ha ido disminuyendo a lo largo del tiempo y el alcohol a pesar de ser el de mayor frecuencia en consumo, tuvo una participación relativamente baja entre los ingresos al programa.

8.2. COSTOS Y CAPACIDAD DE ATENCIÓN Y EFECTIVIDAD LOGRADA CON EL PROGRAMA

8.2.1. Costo anual del programa:

Tabla 3: Costos anuales del programa entre los años 2009 y 2011.

CONCEPTO \ AÑO	2009	2010	2011	GENERAL
Costo año del programa	1,107,813,776	1,095,213,776	635,249,898	2,838,277,450
Costo año VPN al año 2011	1,198,211,380	1,139,022,327	635,249,898	2,972,483,605

Tabla 4: Variación de los costos anuales del programa.

CONCEPTO \ AÑO	2009 - 2010	2010 - 2011	GENERAL
Variación por año en VPN	59.189.053	503.772.429	562.961.482
Proporción de variación	4.94%	44.23%	46.98%

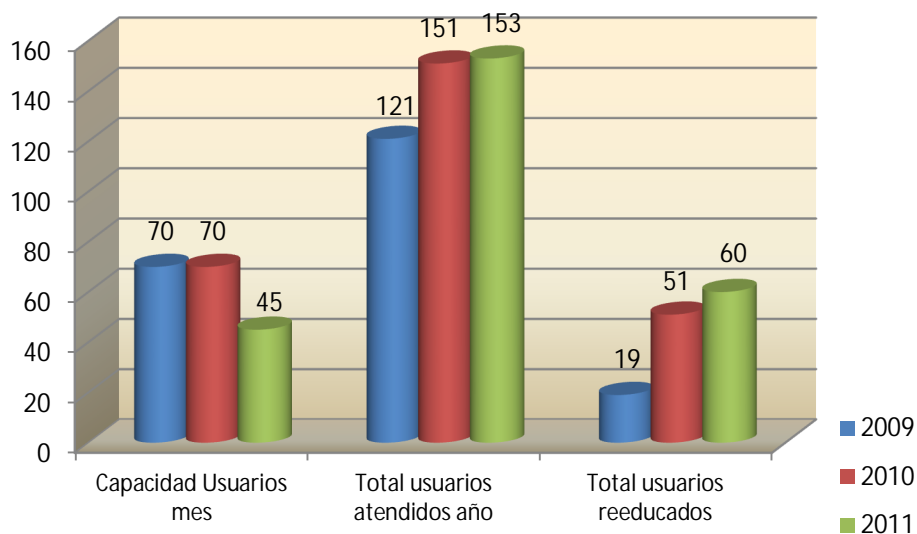
En términos de valor presente neto al año 2011, el costo anual (que mas que costo anual es la inversión anual realizada por el municipio a través de su secretaría de salud) del programa disminuyó progresivamente en el tiempo, en total la reducción fue de 46.98% con un salto muy importante entre 2010 y 2011 de 44.23%.

8.2.2. Capacidad de atención del programa y resultados obtenidos:

La capacidad de atención se mantuvo estable entre los años 2009 y 2010 y disminuyó para el 2011 en un 35.71% (de 70 usuarios a 45). De otro lado el número total de usuarios atendidos y usuarios reeducados por año aumentaron

progresivamente hasta llegar al 20.92% (de 121 a 153 usuarios atendidos) de crecimiento el primero y 68.33% (de 19 a 60) el segundo entre el 2009 y 2011.

Gráfico 6: Comparativo de capacidad de atención usuarios mes, total de usuarios atendidos y total de usuarios reeducados.



8.2.3. Cálculo de eficiencia:

Se calculó la eficiencia del programa cruzando el costo (inversión) contra los resultados definidos en capacidad de atención y número de usuarios atendidos, y contra el impacto logrado el cual fue medido en términos de pacientes reeducados con los siguientes resultados.

Tabla 5: Eficiencia del programa por año.

CONCEPTO	AÑO					
	2009	Variación 2009-2010	2010	Variación 2010-2011	2011	Variación Total
Costo eficacia en capacidad de atención	17,117,305	4.9%	16,271,748	13.2%	14,116,664	17.5%
Costo eficacia en número de usuarios	9,902,573	23.8%	7,543,194	45.0%	4,151,960	58.1%
Costo efectividad en usuarios reeducados	63,063,757	64.6%	22,333,771	52.6%	10,587,498	83.2%

Aunque se observó una tendencia al mejoramiento en todos los conceptos calculados, el logro más importante se dio en lo relacionado con usuarios reeducados cuyo costo disminuyó en un 83.2%.

9. DISCUSIÓN

El estudio del cual hoy se presentan los resultados fue realizado en una población específica y por tanto los hallazgos solo pueden ser inferidos a esa población y no a la población general, se trata de un grupo de personas cuyo común denominador es ser usuarios de un programa de rehabilitación para el alcoholismo y la drogadicción por lo que es un grupo distinto en el cual cada uno de los sujetos incluidos tiene un mayor o menor problema relacionado con el uso y/o abuso de dichas sustancias. De otro lado como ya se dijo en el marco teórico, lo encontrado en la literatura hace referencia a poblaciones generales y en muchos casos a poblaciones focalizadas demográficamente (edad, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad, etc.), y no pudieron encontrarse estudios realizados en circunstancias similares, por esta razón los elementos de comparación no son completamente adecuados. A pesar de lo anterior se encontraron algunas cifras y tendencias que si están alineadas con lo descrito a nivel nacional y mundial.

Adicionalmente el objetivo principal es el análisis de la eficiencia en el manejo de los recursos en el programa estudiado el cual es ejecutado con recursos del municipio de Envigado, en este sentido aunque se encuentran algunos artículos descriptivos acerca de cuáles son los costos de oportunidad comparando las distintas alternativas de uso de los recursos que habitualmente se adjudican a estos programas (7), y comparando los costos del manejo de la dependencia contra los costos que se generan por ejemplo en el sistema de justicia por el manejo de problemas de delincuencia derivados o asociados con el consumo (21), es bastante escasa la disponibilidad de información específica acerca del comportamiento de programas similares en Colombia y el mundo.

Como hallazgo importante no buscado, se detectó en el contacto telefónico con los egresados del programa que el seguimiento que se realiza después del egreso es relativamente poco y que, en muchos casos, se detectan recaídas solamente cuando los usuarios solicitan su reingreso. Teniendo en cuenta lo anterior se hizo el ejercicio de análisis aclarando nuevamente que se trata de una población que no es comparable con las poblaciones de los estudios encontrados en la revisión bibliográfica puesto que no habrá ningún sujeto en el cual las variables que describen las características de dependencia sean negativas, y porque el análisis económico realizado desde la eficiencia del programa no ha sido abordado por lo menos en la bibliografía encontrada y consultada.

En concordancia con lo encontrado en la literatura en población adolescente (18), y aunque algunas cifras describen solamente una relación de 2 a 1 (11), es clara una mayor prevalencia entre los hombres con una razón de masculinidad de 11,

de otro lado la concentración entre los 15 y 30 años rango en el cual se ubica el 65.6% de los usuarios con predominancia entre los 15 y 20, es similar al encontrado en otros estudios (1). La más alta proporción de consumidores son solteros con 86.1% lo cual es coherente con el rango de edad más frecuente, solamente el 7.8% son casados y ninguno de ellos es viudo.

El estrato socio económico (ESE) 3 fue el más afectado con un 45% de los usuarios incluidos en el estudio, seguido del ESE 2 con 37.2%, aunque la cifra para el ESE 3 es similar a la encontrada en la literatura, no sucede lo mismo para el ESE 2 el cual en la población general solo aporta, sumado con el ESE 1 el 26.6% de los casos. De otro lado el ESE 4 solo alcanza el 4.5% de la población usuaria del programa a pesar de que los estudios generales lo ubican en cifras muy superiores (1), esto podría entenderse, entre otras cosas por la diferencia ya referida en las poblaciones, debido a que este es un programa gratuito al cual se puede acceder en forma más o menos fácil y a que existen alternativas privadas a las cuales podrían estar accediendo las personas de ESE 4 - 5 y 6. Podría inferirse de esta distribución que el programa, en principio diseñado para atender los problemas de adicción de la población mas pobre y vulnerable, efectivamente si está llegando a sus usuarios objeto.

El diagnóstico y la sustancia consumida al ingreso, hacen referencia en primer lugar a la marihuana seguida de la cocaína y otras SPA, siendo la primera incluso más prevalente que el alcohol el cual al contrario de lo descrito en la literatura (2), no figura como causa diagnóstica de ingreso y solo fue evidenciado como consumo relacionado. Se presume que, al ser una sustancia de mercado y uso lícito no es considerado en su consumo como patológico por muchas personas y por esto no acuden al programa por esta causa, podría asumirse entonces que existe una buena proporción de consumidores y abusadores del alcohol que no utilizan los servicios porque no usan concomitantemente otras sustancias definidas como ilícitas.

Los recursos económicos destinados al programa han ido disminuyendo en los tres años estudiados, así a valor presente neto (VPN) calculado para 2011 esa disminución fue de 46.98% (de \$ 1,198,211,380 en 2009 a \$ 635,249,898 en 2011) siendo mucho más representativa entre el 2010 y 2011 cuando alcanzó 44.23% (de \$ 1,139,022,327 a \$ 635,249,898), dicho comportamiento obedece directamente a decisiones puntuales tomadas por la alcaldía y la secretaría de salud del municipio. Esto obviamente generó una reducción en la capacidad de atención de 35.7%, a pesar de lo cual se mejoró en términos de efectividad al disminuir el promedio de días de permanencia en 70.8% y aumentar tanto el número de pacientes atendidos por año como el total de usuarios reeducados en

20.9% y 68.3% respectivamente. De todas maneras si se tiene en cuenta la variación que han tenido el diagnóstico de ingreso y la sustancia consumida al mismo, ambos hacia el uso de la marihuana, podría especularse acerca de si el manejo de esta adicción es menos complejo y prolongado que el de las demás, en este sentido la curva positiva en cuanto a duración y costo de tratamiento podrían tener relación directa con este comportamiento de consumo y esto debería ser estudiado mas a profundidad.

De los datos anteriores se deduce que, aunque es posible que al bajar el promedio de días de permanencia la consecuencia lógica es que se haya podido mejorar la cantidad de usuarios atendidos en el año, la cifra total de pacientes reeducados si habla directamente de la calidad de las intervenciones realizadas dentro del programa entendido que el objetivo principal del mismo es precisamente la reeducación de los usuarios.

Igualmente al calcular la eficiencia (costo efectividad) se encontró una curva positiva en las tres dimensiones de la efectividad (Capacidad de atención, número de usuarios año y usuarios reeducados): lo primero es que al disminuir el promedio de días de permanencia se mejoró la capacidad de atención a pesar de que se hubieran disminuido los recursos y por tanto la capacidad instalada del programa. Pero el cambio más importante se dio en términos de reeducación cuyo costo unitario mejoró en 83.2% a lo largo de los tres años al pasar de un total de \$ 63.063.757.00 en 2009 a \$ 10.587.498 en 2011 por cada usuario reeducado.

Lo anterior evidencia un mejoramiento tanto en la operación del programa como en los resultados que se expresa en una tendencia positiva sostenida a lo largo de los tres años estudiados, esto significa que dedicando hoy una financiación similar a la destinada durante 2009 y 2010 podría generarse un impacto importante en este aspecto entre la población del municipio. De otro lado aunque debe tenerse en cuenta el cambio observado en el consumo hacia la marihuana (lo cual puede incidir en las características y tiempos de tratamiento), parece claro que esta tendencia se deriva de una curva de aprendizaje exitosa que consecuentemente mejoró en gran forma la eficiencia medida en términos del costo de cada paciente reeducado.

Por último y teniendo en cuenta los hallazgos relacionados con el alcohol, es importante recomendar que el programa sea revisado en lo relacionado con la detección y captación activa de casos para ser intervenidos dentro del programa y definir estrategias con las cuales se pueda impactar mas en situaciones de alcoholismo el cual, como ya se dijo tiene una aparentemente baja prevalencia entre los usuarios que llegan a la comunidad terapéutica. De otro lado sería

importante establecer estrategias de medición de resultados y de seguimiento más estricto a los usuarios que egresan del programa como reeducados, dicho seguimiento evidenciaría si realmente los atributos que hoy se le dan a esa reeducación si son pertinentes y suficientes, pues solo en la medida en que esos usuarios reincidan o no en el consumo podrá medirse el verdadero éxito del programa de rehabilitación.

En referencia a la continuidad o no del programa operado directamente por el municipio, la percepción es que por lo menos en los últimos tres años se han logrado buenos resultados especialmente en lo relacionado con el mejoramiento de todos los indicadores calculados, comportamiento que debería garantizarse en el momento de entregarlo a un operador externo. Debe estudiarse muy a conciencia todo lo anterior y más que nada tener la garantía no solo del impacto que ya se tiene, sino también de la eficiencia lograda como resultado de un exitoso proceso de aprendizaje.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Protección Social, Ministerio del interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia . 2008 [Internet]. Bogotá: Editora Guadalupe S.A.; 2009 [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: http://www.corazonesresponsables.org/Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf
2. Juan Francisco Gálvez Flórez. Farmacodependencia y abuso de sustancias: ¿un problema de salud pública colombiano olvidado, mal enfocado, distorsionado o convertido en una vendetta política? Revista colombiana de Psiquiatría. 2009 jun;38(2):379. 86.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consolidado nacional sobre el hallazgo de sustancias psicoactivas en muertes violentas. Programa presidencial RUMBOS y Observatorio Colombiano sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas; 2000.
4. Manuel José Martínez Orozco. Nuevas tendencias en el consumo de drogas psicoactivas y su relación con la violencia interpersonal en Colombia de 2006 a 2010 [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2011 [citado 2012 jul 25]. Available a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4257/1/05598927.2011.pdf>
5. Pablo A. Bravo, Sonia M. Bravo, Beatriz Porras, Jaime Valderrama, Angel Erazo, Luis Eduardo Bravo. Prevalencia de sustancias psicoactivas asociadas con muertes violentas en Cali. Colombia Médica. 2005 jul;36(3):146. 52.
6. Pedro A. Carreño Samaniego. Violencia intrafamiliar Colombia, 2008. Forensis Datos para la vida, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 10(1):107. 51.
7. Ricardo Perez Sandoval, Andrés Vergara Ballen, Yilberto Lahuerta Percipiano. Aproximación metodológica y cuantitativa de los costos económicos generados por el problema de las drogas ilícitas en Colombia (1995 - 2000) [Internet]. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos - Archivos de Economía; 2002 [citado 2012 jul 25]. Available a partir de: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/185.PDF

8. Ministerio de la Protección Social, ministerio del Interior y de Justicia, Alcaldía de Bogotá . Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio de consumo de sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. 2009 [Internet]. Editorial Scripto Ltda; 2009 [citado 2012 jul 25]. Available a partir de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=oJhbcSHsiXY%3d&tabid=160>
9. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias psicoactivas y su Impacto [Internet]. [citado 2012 jul 16]. Available a partir de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf>
10. Municipio de Envigado, Departamento de Farmacodependencia. El Plan es Hoy [Internet]. [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: <http://elplaneshoy.blogspot.com/>
11. Municipio de Envigado, Secretaría de Salud. Plan territorial de salud 2008-2011 [Internet]. 2008 [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: <http://www.envigado.gov.co/Secretarias/SecretariadeSalud/Direccion%20de%20Salud%20Publica/plan%20%20territorial%20de%20salud%202008-2011.pdf>
12. Bernardo Pérez Salazar. Control del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: tendencias en el manejo de trastornos relacionados y pautas para su reglamentación legal [Internet]. La Hojarasca - Alianza de escritores y periodistas. [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: <http://www.escriitoresyperiodistas.com/NUMERO47/bernardo.htm>
13. Alexandra Montoya Espinosa, Sandra Catalina Corrales, Ángela María Segura Cardona. Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria municipio de Guatapé Antioquia. Investigaciones Andina. 2008;10(16):44. 56.
14. Jorge A. Martínez Mantilla, Walter Amaya Naranjo, Horacio A. Campillo, Germán E. Rueda Jaimes, Adalberto CampoArias y Luis A. Díaz Martínez. Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. Revista de Salud Pública. 2007 abr;9(2):215. 29.
15. Leonardo Aja Eslava. Breve mirada a la epidemiología del consumo de SPA en Colombia [Internet]. Buscando Ánimo; 2009 [citado 2012 jul 25]. Available a partir de: <http://www.buscandoanimo.org/Descargas/Blog%20-%20Breve%20mirada%20a%20la%20epidemiolog%EDa%20del%20consumo%20de%20SPA%20en%20Colombia.pdf>

16. Pastor R, Llopis JJ, Baquero A. Interacciones y consecuencias del consumo combinado de alcohol y cocaína: una actualización sobre el cocaetileno [Internet]. Psiquiatría. com. 2003 [citado 2012 jul 27]. Available a partir de: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/cocaina/13944/>
17. Ministerio de Sanidad y Consumo, Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Madrid (España) 2007 [Internet]. Madrid-España: Rumagraf, S.A.; 2007 [citado 2012 jul 25]. Available a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/salud/contenidos/BibliotecaVirtual/Informes/informesobrealcohol/1180603415123_informealcohol-2007.pdf
18. Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de interior y justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflictos con la ley en Colombia [Internet]. Bogotá: Alvi Impresores Ltda; 2010 [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/Portals/0/Estudio%20Consumo%20adolescentes.pdf>
19. Ministerio de la Protección Social, Universidad CES, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Situación de Salud Mental del Adolescente Estudio Nacional de Salud mental Colombia [Internet]. L. Vieco e hijas Ltda; 2010 [citado 2012 jul 25]. Available a partir de: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/3304339_salud-mental-adolescente.pdf
20. Pablo Lázaro y de Mercado. Evaluación de tecnología médica. Técnicas avanzadas de investigación en servicios de salud [Internet]. 2008 [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: <http://www.taiss.com/publi/absful/evaluacion-tecnologia-medica-taiss.pdf>
21. National Institute on Drug Abuse, EUA. Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations [Internet]. 2006 [citado 2012 jul 17]. Available a partir de: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations>
22. Ministerio de Salud. Resolución 008430 [Internet]. oct 4, 1993. Available a partir de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/a2/a24fb07a-f561-4fcc-b611-affff4374bb7.pdf