



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2018

()

Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas en los artículos 1º de la Ley 1566 de 2012 y 5º de la Ley 1751 de 2015, y en desarrollo de lo establecido en el artículo 2º del Decreto ley 4107 de 2011 y,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política y el acto legislativo 2 de 2009, establecen entre otros que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y para el efecto, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que de acuerdo con lo señalado en el artículo 20 numeral 3 de la Ley 1098 de 2006 (Código de Infancia y Adolescencia), los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra el consumo del tabaco, las sustancias psicoactivas, los estupefacientes o bebidas alcohólicas, y contra las actividades asociadas a estos productos.

Que el artículo 1º de la Ley 1566 de 2012, *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancia psicoactivas*, reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 2 ib. señala que toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, debe ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el artículo 5º de la Ley 1715 de 2015 -Estatutaria de Salud- contempla como obligaciones a cargo del Estado, formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igual trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello, la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema, así como la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

Que mediante la Resolución 1841 de 2013, este Ministerio adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, estableciendo como una dimensión la de Convivencia y Salud mental, como eje prioritario, y el cumplimiento de las siguientes metas: mantener por debajo de 5,5% la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre escolares (tomando como base la prevalencia medida en el estudio en población escolar del año 2012: 5,2%); aumentar la edad promedio de inicio del consumo de sustancias ilegales, de 13,1 a 15,5 años; posponer la edad de inicio del consumo alcohol, por encima de los 14 años; aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados; reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes; mantener por debajo del 12% el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en población general, y el 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

Que la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, adoptada por la Resolución 429 de 2016, tiene como objetivo la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

Que dicha Política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, este último corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, que comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del Sistema, con una visión centrada en las personas, para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad.

Que mediante la Resolución 4886 de 2018 este Ministerio adoptó la Política Pública de Salud Mental, en el cual se señala que el consumo de sustancias psicoactivas puede transitar a trastornos mentales que requieren atención integral, demanda de servicios de salud, sociales y recursos económicos para atención de las personas que sufren esta patología,

Que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el periodo de sesiones extraordinarias de la Asamblea General de las Naciones Unidas 2016 sobre el problema mundial de las Drogas, establece un conjunto de recomendaciones, entre las cuales se asume como eje de Atención integral al Consumo, atender integralmente el consumo de sustancias psicoactivas desde los enfoques de salud pública, derechos humanos y desarrollo humano para proteger a los ciudadanos de sus consecuencias negativas sobre una base no discriminatoria y de no estigmatización.

Que conforme a la Agenda 2030 definida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se insta, entre otras acciones a que los Estados Partes fortalezcan la coordinación interinstitucional para promover acciones transversales, encaminadas al logro de alcanzar la meta de fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

Que, por lo tanto, se hace necesario adoptar la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, como parte de la garantía y protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* Adoptar la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, contenidos en el Anexo Técnico que hace parte integral del presente acto.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones de esta resolución se aplicarán en el territorio nacional para todas las entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 3. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

ANEXO TÉCNICO

POLÍTICA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Contenido

Introducción	6
1. Antecedentes normativos y de política pública.....	6
2. Contexto.....	8
3. Diagnóstico: Un análisis de situación.....	9
3.1 Causas del consumo de sustancias psicoactivas	9
3.2 La salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales.....	10
3.3 La dinámica de los vínculos y las relaciones y el consumo de sustancias psicoactivas	12
3.4 Consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas no transmisibles	12
3.5 Capacidad de respuesta y oferta de servicios de salud.....	13
4. Enfoques.....	14
6. Alcance y finalidad.....	17
7. Objetivo	17
8. Ejes y líneas de acción.....	17
8.1 Eje 1: Fortalecimiento de los factores protectores en los entornos frente al consumo de sustancias psicoactivas	17
8.1.3 Líneas de acción.....	18
8.1.3.1 Desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida	18
8.1.3.2 Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas	19
8.2 Eje 2. Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas	20
8.2.3 Líneas de acción.....	21
8.2.3.1 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida.....	21
8.2.3.2 Intervenciones en los entornos	22
8.3 Eje 3: Tratamiento integral	22
8.3.3 Líneas de acción.....	23
8.3.3.1 Prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual.	23
8.3.3. 2. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas	24

8.4 Eje 4: Rehabilitación integral e Inclusión social	24
8.4.3 Líneas de acción.....	25
8.4.3.1 Fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales.....	25
8.4.3.2 Inclusión social efectiva	25
8.5 Eje 5: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial	25
8.5.3 Líneas de acción.....	26
8.5.3.1 Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión de atención integral...	26
8.5.3.2 Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial	27
8.5.3.3 Promoción e implementación de los procesos de participación social en salud.	27
8.5.3. 4. Gestión de conocimiento.	27
9. Monitoreo y evaluación de la política	27
9.1 Seguimiento y Monitoreo	28
9.2 Evaluación de la Política.....	28
Bibliografía.....	29

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es una prioridad nacional que presenta diferencias poblacionales y territoriales, convoca la acción sectorial e intersectorial para su prevención y atención desde la Política Nacional de Salud Mental 2018, que parte desde la perspectiva de derechos y de salud pública, y está alineada con los postulados de la Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de Salud), en su reconocimiento de la salud como un derecho fundamental, cuyo centro de atención son los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades).

La Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas, reconoce la magnitud de la problemática, y los efectos que genera en los procesos de desarrollo, en particular en la población más joven y en las mujeres, así como los alcances de mayor incidencia en el abordaje, cuando se logra intervenir en más de uno de los entornos próximos a las personas y sus relaciones, en una perspectiva de integralidad de la atención y de la gestión. Su comprensión se plantea desde un análisis de la situación, considerando los determinantes sociales de la salud, haciendo énfasis en el fortalecimiento de los factores protectores con el fin lograr un óptimo nivel de salud y bienestar de la población colombiana, teniendo en cuenta sus características, necesidades e intereses, se formula basada en la evidencia científica, considerando diversas perspectivas, algunas de ellas objeto de estudio y profundización permanente.

Esta Política exige el compromiso nacional y territorial de todos los sectores y actores, y se articula al proceso de formulación de la Política Integral contra las Drogas por ser el consumo uno de sus componentes, y del mismo modo, es liderada por este Ministerio.

Por otra parte, es una apuesta de política de carácter integral, sostenible, continua y ordenada, orientada a transformar los determinantes sociales que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas, a través de procesos de fortalecimiento de los factores protectores, prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, con participación y protagonismo de las personas, familias y comunidades como gestores de cambio.

1. Antecedentes normativos y de política pública

Colombia como Estado Social de Derecho es respetuoso de la jurisprudencia nacional e internacional, es así, que su carta política está centrada en las garantías y el desarrollo de las libertades públicas, y es orientadora para el desarrollo de políticas públicas.

En el marco del plexo normativo y de política pública internacional se destaca la armonización de las acciones en prevención del consumo de sustancias psicoactivas, concordante con lo expresado por:

La Declaración de Adelaida sobre la Salud en todas las Políticas OMS (2010), la cual establece que los Estados deben considerar la importancia que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial dentro de la formulación de políticas, y de esa manera, avanzar en aspectos como el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad.

La recomendación de las Naciones Unidas de incorporar en las políticas públicas el reconocimiento y garantía de los derechos humanos. En particular, en el asunto del consumo de sustancias psicoactivas, recomienda la atención integral desde los enfoques de salud pública, derechos humanos y desarrollo humano para proteger a los ciudadanos de sus consecuencias negativas sobre una base que elimine prácticas de estigma y discriminación, con acciones de prevención, el acceso al tratamiento y respuestas programáticas integrales en reducción de daños. Con la agenda 2030 insta, entre otras

acciones, a que los Estados Partes hagan esfuerzos para reducir la estigmatización de los enfermos mentales y ofrecer servicios de salud mental a la población, y en particular establece en la meta 3.5. "Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol."

De otro lado, en el marco del plexo normativo y de política pública nacional, se destacan como hitos relevantes para Colombia:

La Ley 1438 de 2011 (Capítulo III, artículo 12) adopta la Atención Primaria en Salud que integra en interdependencia de los servicios de salud, la acción intersectorial y tras sectorial, y la participación social y comunitaria, elementos centrales para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas.

La Ley 1566 de 2012 que ordena en su artículo 2 que toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, tiene derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos.

En coherencia con tal disposición, contempla acciones de promoción de la salud y prevención del consumo, para que Gobierno Nacional, en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, formule líneas de política, estrategias programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas que asegure un ambiente y estilo de vida saludables, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a tales sustancias.

Del mismo modo, la Ley 1616 de 2013 establece el Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, prioriza a los niños, las niñas y adolescentes, y establece como responsabilidad del Consejo Nacional de Salud Mental, el seguimiento y la evaluación de la Política de Salud Mental y del Consumo de sustancias psicoactivas.

De otro lado, la Ley 1751 de 2015 - Estatutaria de Salud -reconoce la salud como un derecho fundamental y, por ende, de los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como titulares de derecho y centro de la atención.

Ahora bien, en cuanto a la regulación expedida por este Ministerio, la Resolución 1841 de 2013 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, incluye la *dimensión salud la construyes tú, Dimensión de Convivencia social*, componente de promoción de la salud mental y la convivencia, que establece el cumplimiento de las siguientes metas:

1. Mantener por debajo de 5,5% la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre escolares (tomando como base la prevalencia medida en el estudio en población escolar del año 2012: 5,2%).
2. Aumentar la edad promedio de inicio del consumo de sustancias ilegales, de 13,1 a 15,5 años.
3. Posponer la edad de inicio del consumo alcohol, por encima de los 14 años.
4. Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.
5. Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes.
6. Mantener por debajo del 12% el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en población general.

7. El 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

En el contexto normativo nacional debe tenerse en cuenta, además la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, adoptada por la Resolución 429 de 2016, que tiene como objetivo la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. En ese sentido, el Modelo Integral de Atención en Salud constituye el marco operativo que comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del Sistema, con una visión centrada en las personas, para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad.

Complementaria a la citada regulación, se expidió la Resolución 3202 del 2016 que adopta el Manual Metodológico para la elaboración implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud que incluye la ruta para la para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Por último, la Resolución 4886 de 2018 que adopta la Política Nacional de Salud Mental, desarrolla el alcance los objetivos, ejes y líneas de acción para la promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, prevención y atención de los problemas y trastornos mentales, y epilepsia; rehabilitación integral e inclusión social, y gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial. Este instrumento prevé que, de forma complementaria, se desarrolle una Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas, toda vez que se trata de una de las problemáticas de salud mental más relevantes del país, con impactos particulares a nivel sanitario, económico y social.

2. Contexto

En los últimos años el consumo de sustancias psicoactivas a nivel global y nacional, sigue en aumento y se ha complejizado desde las formas y tipos de consumo, agudizando los efectos en la salud y el desarrollo de la población. Es alarmante el aumento del contacto y el inicio del consumo en edades cada vez más tempranas, y el impacto a nivel individual, familiar y social.

El consumo de sustancias psicoactivas afecta principalmente el funcionamiento cerebral, el cual experimenta grandes cambios durante la infancia y adolescencia, estructuras encargadas de procesos como la toma de decisiones, planeación, juicio, regulación y procesamiento emocional, entre otras, y sus implicaciones en la generación de vínculos y relaciones sociales. Desde esta comprensión, el curso de vida en reconocimiento de las trayectorias vitales, las transiciones en el desarrollo, los sucesos vitales, los efectos acumulativos, las relaciones intergeneracionales y las ventanas de oportunidad, marcan un reto para generar intervenciones anticipatorias desde el sector salud que impacten en el desarrollo integral de las personas y sus familias.

Entendiendo la familia como un sujeto y fin en sí misma, las formas y dinámicas de sus relaciones, su estructura y proyección desde la calidad de los vínculos, la capacidad de cuidado y de agencia, incide de manera importante tanto en las causas como consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas. En las comunidades podría

afectar las condiciones y relaciones de base que constituyen los colectivos, las redes de apoyo y soporte social que configuran la vida de las personas y las familias.

Por lo tanto esta Política tiene un reto en la transformación de los imaginarios que generan estigmatización, señalamiento y exclusión, así como trascender la idea dicotómica de salud como ausencia de enfermedad con el fin de orientar esfuerzos en procesos de reconocimiento de los sujetos, que tienen capacidades y oportunidades de desarrollo, que exigen del Estado, generar todas las medidas políticas, administrativas y técnicas posibles en un marco de garantía de derechos.

Por otra parte, el consumo de sustancias psicoactivas como cualquier otro fenómeno complejo y multicausal puede conceptualizarse desde diferentes perspectivas, sin que ningún modelo con suficiencia, explique en su totalidad su origen, configuración, curso, efectos y mejoría. La diversidad de modelos explicativos existentes plantea retos para el estudio a profundidad y la generación de análisis más integrales e incluyentes, trascendiendo perspectivas reduccionistas e interpretaciones parciales.

Desde la salud pública, se asume el modelo de los determinantes sociales de la salud que considera para el análisis del consumo de sustancias psicoactivas desde los determinantes estructurales (modelos socioeconómicos, gobernabilidad, cultura y valoración social, género, etnia/raza), que a través de los determinantes intermedios y proximales, configuran los entornos de la vida cotidiana (condiciones materiales, psicológicas y sociales), produciendo factores protectores o de riesgo y vulnerabilidades o potencialidades en las personas, familias y comunidades.

Es de señalar que otros modelos explican que el inicio del consumo se relaciona también con la motivación la cual puede ser intrínseca, o propia de la persona (características personales, necesidad de pertenencia, curiosidad o placer) o extrínsecas, relacionadas con el entorno de la persona (familia, medios de comunicación o amigos). Estos motivadores son susceptibles de modificarse mediante intervenciones preventivas o de políticas que modifiquen el entorno o los determinantes sociales en salud.^{1 2 3}

3. Diagnóstico: Un análisis de situación.

Aproximarse al análisis de la situación del consumo de sustancias psicoactivas, comprende identificar los factores de protección, de riesgo y mantenimiento por los cuales las personas las usan, los efectos deseados, las causas de los consumos problemáticos, su relación con la salud mental, así como los trastornos y problemas mentales, las dinámicas de las relaciones, considerando la afectación de los vínculos afectivos seguros y protectores, las enfermedades crónicas y la oferta de servicios, asuntos prioritarios que ordenan la respuesta en salud pública.

3.1 Causas del consumo de sustancias psicoactivas

El uso repetido de sustancias psicoactivas involucra e intensifica anormalmente los sistemas biológicos que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos cruciales para la supervivencia; un fenómeno complejo por cuanto abarca diversas dimensiones: individuales, familiares, sociales, culturales, económicas, legales y políticas.

Con incidencias variables en la vida de la persona dependiendo del tipo de vínculo, sin ser todo consumo un trastorno mental, ni necesariamente problemático.

La adicción a sustancias psicoactivas es un trastorno que involucra los sistemas motivacionales del cerebro y aunque cada clase de sustancia psicoactiva tiene su propio mecanismo de acción toxicológico, todas activan el sistema mesolímbico dopaminérgico en las regiones cerebrales involucradas en la recompensa, causando aumentos bruscos de la liberación de dopamina, la cual se relaciona con el aprendizaje y la memoria.

Adicionalmente, la alteración en el funcionamiento de la dopamina y glutamato en otras regiones cerebrales afecta las capacidad de autorregulación, toma de decisiones, flexibilidad en la selección e inicio de la acción, y la supervisión del error, afectando la capacidad de decisión de mantenerse abstinente, lo que explica por qué las personas con adicción pueden ser sinceras en su deseo e intención de dejar de usar la sustancia y, al mismo tiempo, ser impulsivas e incapaces de cumplir con su decisión.⁴

Factores genéticos, ambientales y sociales contribuyen a la vulnerabilidad de una persona al uso de sustancias psicoactivas en los consumos iniciales, el uso sostenido o habitual en el contexto del riesgo individual favorecen los cambios progresivos en el cerebro que caracterizan la adicción. Factores que aumentan la vulnerabilidad a la adicción incluyen los antecedentes familiares, la exposición temprana al consumo de sustancias psicoactivas (la infancia y la adolescencia, se encuentran entre los períodos de mayor vulnerabilidad a la adicción), la exposición a los entornos de alto riesgo, insuficiente apoyo familiar y social, fácil acceso a las sustancias psicoactivas, actitudes normativas permisivas hacia el consumo de las mismas, y ciertas enfermedades mentales (trastornos del estado de ánimo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad), psicosis y trastornos de ansiedad).⁴

Los estudios también han demostrado que los niños y adolescentes con evidencia de cambios estructurales o funcionales en las regiones corticales frontales o con rasgos de búsqueda de novedad o impulsividad tienen un mayor riesgo de trastornos por consumo de sustancias. Factores de riesgo para iniciar o continuar el consumo de sustancias incluyen el nivel socioeconómico, la calidad de la crianza de los hijos, la influencia del grupo de pares y la predisposición biológica.⁵

Las investigaciones demuestran riesgos a corto y largo plazo asociados con el consumo de cannabis durante la adolescencia. Este consumo se ha relacionado con el uso avanzado de drogas y adicción en la edad adulta, se ha encontrado que es más probable que los estudiantes que consumen marihuana tengan calificaciones más bajas, menos participación en clase y tasas de asistencia más bajas en comparación con los no consumidores, adicionalmente se ha relacionado con deficiencias en el funcionamiento cognitivo incluyendo la memoria de trabajo, junto con un mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la edad adulta⁶.

Se estima que el 10% de la población expuesta a sustancias psicoactivas desarrolla trastornos por consumo⁷. Por lo tanto, aunque la exposición a largo plazo a las sustancias psicoactivas es una condición necesaria para el desarrollo de la adicción, de ninguna manera es suficiente. Sin embargo, para aquellos en quienes hay un progreso hacia la adicción, los cambios neurobiológicos son distintos y profundos. En Colombia se estima que el 2,08% de la población presentan consumo problemático representados en 700.000 personas⁸.

3.2 La salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, problemas y trastornos mentales

Desde la concepción de salud integral, la relación entre la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas es innegable, en tanto la salud mental constituye una condición de base para el logro de procesos de desarrollo integral y el despliegue de capacidades que

permiten la autonomía y el relacionamiento, la construcción de proyectos de vida con sentido y el adecuado desempeño en la vida cotidiana; adicionalmente los problemas y trastornos mentales son frecuentemente comórbidos al consumo de sustancias psicoactivas.

La Política Nacional de Salud Mental, adoptada mediante la Resolución 4886 de 2018 considera un *problema mental* cuando los síntomas o conductas no constituyen una enfermedad mental diagnosticada, pero producen malestar emocional y disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros; por su parte el *trastorno mental* se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental⁹.

Durante las últimas décadas ha habido mayor interés de la sociedad científica por la evaluación de la comorbilidad (co-ocurrencia en el mismo individuo) entre varios trastornos psiquiátricos, lo que se denomina doble diagnóstico o patología dual, entendida como la simultaneidad en el curso de vida de un individuo de una adicción y un trastorno mental (tales como los trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, entre otros). Es decir, las personas con historial de algún trastorno mental son mucho más propensas a tener adicionalmente un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Estas prevalencias de comorbilidad de enfermedades mentales y uso de sustancias varían de acuerdo a la población estudiada y pueden estar entre el 50 – 60%¹⁰, con hallazgos que sugieren que estos trastornos están vinculados, debido a anomalías neurobiológicas y conductuales comunes. También la evidencia refiere que la exposición al consumo de sustancias psicoactivas asociado a situaciones estresantes, podría ceder espontáneamente al eliminar, evitar o modificar el entorno estresor o condición causante.

Los estudios nacionales han evidenciado que el consumo de alcohol es utilizado con finalidades diversas, entre las que se encuentra el afrontamiento a diversas situaciones estresantes. En el país se estima que el 42,5% de la población consume alcohol en el último año y alrededor de 2.5 millones de personas en Colombia presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres). Para el grupo de 18 a 44 años, el 2.8% de los que beben alcohol tiene problemas de salud, el 1.6% tienen problemas mentales y el 5.5% tienen problemas en el hogar.¹¹

Así mismo, son más frecuentes en los consumidores de cannabis, las comorbilidades con estrés postraumático, en los últimos 12 meses, y en la vida, haber presentado fobia social en algún momento y trastorno de ansiedad generalizada en los últimos 12 meses¹¹. En las personas con consumos de otras sustancias se documentó una mayor prevalencia de vida, y en los últimos 12 meses de trastorno depresivo mayor, trastorno de estrés postraumático, y en las personas que consumen medicamentos sin prescripción médica hay una mayor prevalencia de trastorno de pánico en la vida y en los últimos 12 meses.¹¹

De otro lado, dentro de los factores de riesgo para presentar un trastorno por consumo de alcohol se encuentran: antecedente personal de patología mental (trastornos depresivos, ansiosos, de personalidad, esquizofrenia, entre otros), uso de otra sustancia psicoactiva; problemas durante la infancia, dinámica familiar y modelos de crianza permisivos, experiencias emocionalmente perturbadoras y enfermedades crónicas.¹¹

En varios estudios se ha concluido la importante asociación entre la depresión y los trastornos del estado del ánimo con el consumo problemático de alcohol. Hay un riesgo entre dos y tres veces mayor de presentar depresión si existe dependencia a alcohol; por lo tanto, es una comorbilidad bidireccional. De los sujetos con antecedente de trastornos de ansiedad, hasta el 12% tiene trastorno por consumo de alcohol, que llegan a empeorar

también los trastornos del sueño. Cuando los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen consumo de alcohol con patrón de riesgo, los síntomas de la enfermedad psiquiátrica de base empeoran y dicha situación altera su mejoría clínica. En las personas con esquizofrenia, las prevalencias en los últimos 12 meses para abuso de alcohol es del 9.7% y del 24 – 33 % al año en los casos de dependencia. La prevalencia de alcoholismo (abuso o dependencia) puede aumentar al 76 % en personas con personalidad antisocial.¹¹

3.3 La dinámica de los vínculos y las relaciones y el consumo de sustancias psicoactivas

Una de las principales afectaciones del consumo es la alteración de los vínculos afectivos y relaciones significativas que generan confianza, seguridad y capacidad de contención emocional. Expresión de ello son las violencias que se complejizan de acuerdo al contexto y situaciones particulares.

Las violencias se pueden caracterizar y considerar desde diferentes perspectivas. Siguiendo a Johan Galtung (1985)¹². Podría citarse, la violencia directa (verbal, psicológica, física), la violencia estructural (relacionada con lo social y lo político), la violencia cultural (que justifican concepciones y prácticas violentas consuetudinarias), la violencia simbólica (que implica imposiciones ideológicas, religiosas por ej.). En Colombia, se asume la violencia como una prioridad de salud pública, que prioriza la comprensión y gestión para la prevención y atención de la violencia de género, la violencia familiar, la violencia doméstica, entre otras.

Se encuentra que entre los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de estrés postraumático, específicamente en adolescentes, el abuso de sustancias psicoactivas y la probabilidad de desarrollarlo es mayor al exponerse a la violencia interpersonal¹³. Por otro lado, en los adultos, tanto de la población general como en poblaciones que acceden a los servicios de salud por trastorno de estrés postraumático, tienen un mayor riesgo de presentar otros problemas en salud mental como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y suicidio^{14 15}.

En un grupo de pacientes con diagnóstico de patología dual, el 60,1% informó violencia (abuso físico, agresión sexual o amenazas) y el 58.4% reportó victimización de bienes en los últimos 12 meses. Las mujeres tenían mayor riesgo de ser violentadas. En pacientes con trastornos por uso de sustancias, la violencia se ha asociado con la edad más joven, ser mujer, situación de calle, trastornos psiquiátricos y uso frecuente de drogas.¹⁶

Los datos nacionales reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ofrecen la posibilidad de realizar análisis frente a la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en varios eventos de interés para la salud pública, aproximación que requiere mayor estudio, en correlato con la complejidad del fenómeno de las violencias y consumo de sustancias psicoactivas. Para el 2017, se observó la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en el 5,34% del total de homicidios y el 2,52% del total de suicidios; en el 5,3% de las violencias contra niños, niñas y adolescentes, y en el 9,29% de las violencias de pareja.

3.4 Consumo de sustancias psicoactivas y enfermedades crónicas no transmisibles

Existe una considerable carga de morbilidad como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, en AVAD equivale a 8,9%, esta recae en mayor medida en el uso y abuso de sustancias legales como el tabaco (4,1%) y alcohol (4%). Las enfermedades más frecuentemente vinculadas al consumo son infecciosas y crónicas: cirrosis hepática,

cáncer de pulmón, enfisema, trastornos mentales, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, VIH, hepatitis B y C, problemas en la coordinación física, alteración del juicio, la memoria y la concentración, lo cual hace a estas personas más proclives a morir por accidentes, agresiones o suicidio. En Estados Unidos se ha encontrado una clara asociación entre el uso de tabaco y la presencia de enfermedades mentales (se dice que entre el 26% y el 88% de los pacientes psiquiátricos son fumadores y que el 60% de los grandes fumadores tienen antecedentes de enfermedad mental), especialmente con la esquizofrenia. De otro lado, es frecuente también coexistencia de dependencia de alcohol y trastorno mental (22%), dependencia de alcohol y depresión (38% a 44%), entre otras.¹⁷

Aunque el consumo es mayor en los países desarrollados, la carga de enfermedad se distribuye desigualmente en los países de bajos y medianos ingresos. En América se ha encontrado que el uso crónico de sustancias psicoactivas trae como consecuencia, principalmente, problemas cardiovasculares, infecciones y trastornos mentales, es así que se han identificado varios problemas en el manejo de esta situación que afecta de manera importante la salud pública de la región: "la creciente carga de morbilidad, heterogeneidad en vulnerabilidades identificadas, efectividad de intervenciones, barreras de acceso a servicios y violación de derechos."¹⁸

El estudio de carga de la enfermedad para Colombia, 2010, reporta que el consumo de sustancias psicoactivas impacta en la salud de la población e identifica para los hombres (para las mujeres no se identifica) de todas edades que los trastornos por consumo de alcohol ocupan el puesto 12 (6 años), y el consumo de otras SPA el puesto 20 (3 años) de años de vida saludables perdidos¹⁹.

En otro estudio los investigadores concluyeron que "cuatro grupos de trastornos (dificultades psiquiátricas, neurológicas, cardíacas y respiratorias) resultaron significativos entre consumidores de drogas, la esfera mental fue la más afectada. Los trastornos psiquiátricos comprendían ataques de pánico, euforia excesiva, ansiedad general, desmotivación, depresión y alucinaciones; las drogas más asociadas a estos fueron cocaína y alcohol.

También se presentaron problemas neurológicos, aumento o disminución de la sensibilidad, pérdida de memoria y dificultades motoras. Solamente un problema cardíaco (las arritmias) y uno respiratorio (tos crónica) fueron significativos". No se encontró evidencia de relación directa entre "co-infección de VIH y hepatitis C, daño renal, rinitis o ulceraciones por consumo de SPA."²⁰

3.5 Capacidad de respuesta y oferta de servicios de salud

Existían en Colombia para el año 2016, 181 instituciones que prestan 384 servicios de atención a las personas que consumen sustancias psicoactivas²¹ con predominio de la internación no hospitalaria residencial (65%), seguido de la atención ambulatoria de baja complejidad (35.6%), internación parcial diurna (hospital día) (33%), y de la internación parcial nocturna (19.4%). Dos terceras partes de las instituciones se localizan en Bogotá y cinco departamentos: Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Cundinamarca. El 92% eran instituciones privadas y el 8% de la oferta pública.

Por otra parte, se destaca la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan de Beneficios en Salud, el cual da cobertura para enfermedades o trastornos generados por consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo tanto la internación total o parcial, como la desintoxicación, la atención institucional no hospitalaria, la atención ambulatoria y la rehabilitación mediante la implementación de las diferentes tecnologías en salud, con el fin de garantizar que las instituciones prestadoras de salud

que conforman su red presten oportuna e integralmente los servicios de salud en las condiciones de calidad esperadas.

Respecto al número de personas atendidas se observa un incremento entre el 2009 y el 2017, que pasó de 21.025 a 51.176 (corte a octubre de 2018) SISPRO (SGD) – RIPS, 2018. Así mismo, en el número de atenciones realizadas que pasaron de 54.150 a 278.733 respectivamente. Sin embargo, según estimaciones realizadas por este Ministerio, alrededor de 700 mil personas, presentan consumo problemático que requieren atención en salud. Persiste una brecha importante entre la situación y la atención en salud, aun teniendo en cuenta que solo 6 de cada 10 personas con consumo problemático están interesados en recibir atención. (Informe Mundial de Drogas, 2018). Es decir, en el país, solo se está atendiendo, menos del 20% de la población con consumo problemático motivada en recibir tratamiento.

En el marco del desarrollo de capacidades institucionales y territoriales, se han hecho esfuerzos por consolidar Planes territoriales de Oferta y Consumo de Sustancias Psicoactivas en los 32 departamentos, y se han capacitado en el manejo y la gestión integral de las personas con sustancias psicoactivas y redes de apoyo, cerca de 5000 profesionales del área de la salud, sociales y de justicia, así como agentes y líderes comunitarios, resultado de acuerdos intersectoriales.

El DNP y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público asignan anualmente a los municipios, distritos y departamentos recursos a través del Sistema General de Participaciones para la atención en salud de las personas en riesgo o con consumo de sustancias psicoactivas y sus redes de apoyo que son realizadas por los agentes del sistema (direcciones territoriales, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud); los cuales se complementan con los demás recursos del aseguramiento destinados al financiamiento de la atención en salud conforme a lo dispuesto en el Plan de Beneficios en Salud cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación. De otra parte, este Ministerio con recursos propios concurre con asistencia técnica para el abordaje poblacional y la gestión integral de la política desde el enfoque de desarrollo de capacidades.

El anterior panorama, permite visualizar tanto la multicausalidad como los determinantes sociales de la salud que están asociados con el consumo de sustancias psicoactivas, así como sus efectos en la salud integral y desarrollo de las personas, su funcionalidad y desempeño social, la alteración de los vínculos y redes de soporte y apoyo social, así como las consecuencias en años de vida potencialmente perdidos, y la complejidad de las situaciones sociales relacionadas con justicia, ingresos, educación, entre otros.

4. Enfoques

La Política Integral de Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas, plantea como enfoques y principios orientadores, los siguientes:

- 4.1 El enfoque de Desarrollo Humano basado en Derechos.** El enfoque de derechos se considera el enfoque universal por excelencia, y en su relación ineludible con el enfoque de desarrollo, parte de la concepción del ser humano como finalidad última del desarrollo y en su integralidad²². El desarrollo humano se concibe como un proceso mediante el cual se amplían las capacidades y oportunidades de las personas, siendo las más importantes el logro de una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación, y el disfrute de un nivel de vida decente en el marco de la garantía de derechos, la libertad política, y el respeto por sí mismo. Del mismo modo, promueve la comprensión de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y aquellas situaciones asociadas al

riesgo, desde una perspectiva de capacidades y oportunidades, orientados hacia la transformación y desarrollo.

Desde el enfoque de derechos, emerge el reconocimiento del **género** como constitutivo de los seres humanos, y del **enfoque diferencial**, que posibilita el reconocimiento de las diferencias y la diversidad, propios de las particularidades poblacionales y los territorios.

4.2 El enfoque de la salud pública. El enfoque de Salud Pública vincula para el análisis y abordaje integral, el modelo de determinantes sociales de la salud, desde los que se analizan los logros en salud como resultantes de condiciones estructurales, relacionales y de procesos de decisión de los sujetos (individuales y colectivos), considerando su situación y contextos particulares. Da importancia a las dinámicas de los vínculos, redes y relaciones que constituyen a los sujetos, y al cuidado, como imperativo ético, y pilar fundamental de la salud. Trasciende, la idea de la responsabilidad de la salud, centrada en el individuo, hacia el reconocimiento de la responsabilidad relacional, donde se reconoce la salud como una realidad social y resultado de las dinámicas de relación y desarrollo humano, que incluye las relaciones y la acción estatal como garante de derechos.

De igual manera, desde la salud pública, es relevante la Atención Primaria en Salud que considera la salud familiar y comunitaria, como uno de los pilares de la política sectorial, en su estrecha relación con el cuidado²³, así como la garantía de la atención integral con calidad. De este modo, el análisis de la situación de salud y específicamente del consumo de sustancias psicoactivas, se orienta a impactar situaciones de fondo estructural, así como determinantes intermedios y condiciones particulares y próximas a los individuos.

En este sentido, los enfoques de curso de vida, de género, diferencial, y los enfoques poblacional y territorial, permiten ampliar la perspectiva de análisis y abordaje de la situación con perspectiva integral y con pertinencia, considerando elementos constitutivos de los sujetos como el género, el curso de vida, las características, particularidades, necesidades, contextos poblacionales y territoriales de los sujetos. (Individuales y colectivos)

En este sentido, el enfoque de curso de vida, responde a una perspectiva de desarrollo y proceso continuo desde el inicio de la vida hasta la muerte que comprende la identificación de trayectorias, transiciones, sucesos vitales, entre otros, se asocia en el conjunto de procesos que transcurren a lo largo de toda la existencia, en el marco del variables históricas, sociales y culturales que dan contexto y soporte a la vida. Este enfoque enfatiza en las acciones anticipatorias orientadas al mayor impacto en salud.

El enfoque de género, comprendido como categoría constitutiva del ser humano, propio del desarrollo de los principios universales del derecho, comprende un enfoque de análisis e intervención que pretende el reconocimiento y dignificación de los roles de mujeres y hombres que en relación configuran y expresan condiciones de poder e inciden en los procesos de desarrollo a lo largo de la vida. Implica la reflexión y abordaje de acciones orientadas a promover equidad entre hombres y mujeres, dirigidos al logro de autonomía y mejores condiciones de vida.

El enfoque diferencial alude a la comprensión y reconocimiento de las poblaciones marginadas y discriminadas históricamente, que emergen en contextos de recrudescimiento de violaciones sistemáticas de derechos humanos. Del mismo modo, alude al reconocimiento de las diferencias, atendiendo a particularidades sociales y culturales de individuos y los colectivos, y se define como "un conjunto de argumentos teóricos, políticos y prácticos, orientados hacia el reconocimiento de las diferencias, de la diversidad cultural,

social e histórica"²⁴. Implica también la búsqueda de equidad y el goce de los derechos, considerando condiciones constitutivas de edad, etnia, discapacidad, así como condiciones sociales, políticas, culturales, religiosas y económicas y las afectaciones por violencias (social y política), de ubicación geográfica (urbana o rural) y la situación legal, entre otras.

Por otra parte, la relación población – territorio, constituye en una oportunidad de análisis de situación que permite comprender realidades desde las condiciones de base, educativas, socioeconómicas y ambientales, que deben ser tenidas en cuenta en el diseño de las políticas, así como la identificación de desequilibrios (tensiones) y de las ventajas comparativas del territorio (oportunidades) que se generan en estas interrelaciones. Desde el enfoque territorial se prioriza al territorio en los procesos de salud y enfermedad, tanto como categoría objetiva, es decir, como espacio geográfico en el que se desarrollan los sujetos como en su dimensión subjetiva, a partir de los significados y representaciones que le otorgan los sujetos a los entornos que construyen para su desenvolvimiento vital. Las características que posean estos territorios son determinantes de la salud mental de los sujetos por lo que se debe diferenciar entre territorios rurales, urbanos y dispersos es clave para contextualizar las intervenciones del Estado en materia de salud mental.

5. Principios

En coherencia con los enfoques planteados, constituyen principios orientadores para la comprensión e implementación de esta política, los siguientes:

- 5.1 **Vida Digna:** Implica el reconocimiento de la dignidad humana la vida como valor y derecho fundamental (ST 881- 02), lo cual exige la defensa de la vida de los sujetos en condiciones de dignidad, idea fundante de los derechos humanos. Además, constituye un principio ético y político desde la promoción, protección y cumplimiento de los derechos, y comprende el reconocimiento de los individuos consumidores y no consumidores, y sus familias, desde sus capacidades y libertades humanas, y sus condiciones de desarrollo permanente en el curso de la vida.
- 5.2 **Inclusión – No discriminación:** Implica el reconocimiento de las diferencias y la diversidad de los sujetos y considera un imperativo, la Inclusión e Integración en un marco amplio de posibilidades de promoción, acompañamiento, apoyo y ajustes razonables.
- 5.3 **Participación:** Implica la consideración de los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como protagonistas en el proceso de desarrollo integral, así como en la comprensión, análisis de situación y formas de abordaje integral en salud. La participación, orientada al logro de autonomía de los sujetos y a la incidencia social y política, es constitutiva y razón de ser de la política pública.
- 5.4 **Integralidad:** Comprende como un principio que debe movilizar y concertarse en el fortalecimiento desde la intersectorial e interdisciplinariedad de la acción en salud, considerando procesos de articulación, coordinación, complementariedad, fortalecimiento de la capacidad institucional y territorial, desde una lógica de atención integral e integrada.

Todos estos principios consagrados en la Constitución Política y en diferentes leyes, como la Estatutaria de Salud, y alineada con los principios éticos fundantes de los derechos humanos, y la acción de la gestión integral, resultado de la acción intersectorial en el marco de la legislación nacional y las políticas públicas sectoriales y poblacionales de los últimos años en el país.

6. Alcance y finalidad

Para este Ministerio es una prioridad la salud mental de las personas que habitan el territorio colombiano y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. El consumo presenta un incremento progresivo, en especial en los adolescentes y jóvenes, y el aumento en la disponibilidad y tipo de sustancias, la baja percepción del riesgo y sus manifestaciones y efectos en la salud de la población en general, en riesgo y de la población consumidora, sus familias y redes de apoyo.

En tal virtud, se asume en la agenda pública la implementación de una política, sostenible en el tiempo, y garantista del derecho a la salud, desde la generación de condiciones orientado al fortalecimiento de factores protectores, la prevención del consumo, el tratamiento integral, la rehabilitación e inclusión social de las personas en riesgo y consumo de sustancias psicoactivas, y la gestión desde el sector salud que garantice su implementación en los diferentes ámbitos territoriales, considerando procesos de rectoría, gobernanza, articulación, eficiencia, optimización de los recursos, infraestructura, dotación y un talento humano con competencias y habilidades para su abordaje integral.

7. Objetivo

Incidir en el cuidado de la salud de la población en riesgo o consumo de sustancias psicoactivas, mediante el establecimiento de una agenda pública nacional que garantice la atención integral e integrada desde el fortalecimiento de factores protectores y prevención del consumo en todos los entornos, tratamiento integral, rehabilitación e inclusión social.

8. Ejes y líneas de acción

La Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas busca generar cambios en la salud y calidad de vida de las personas consumidoras a partir de los siguientes ejes de política, que orientan estratégicamente las condiciones intersectoriales, sociales y comunitarias para la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud, la convivencia social y la inclusión social.

8.1 Eje 1: Fortalecimiento de los factores protectores en los entornos frente al consumo de sustancias psicoactivas

Este eje profundiza el fortalecimiento de los factores protectores que en coherencia desde la promoción de la salud mental y la convivencia, realiza la Política Nacional de Salud Mental.

En el consumo de sustancias psicoactivas, la promoción de factores protectores individuales y colectivos se aborda desde la prevención universal, cuyo énfasis es proteger y mantener un nivel óptimo de salud a través del desarrollo de capacidades empáticas, de expresión de emociones, de contención y regulación emocional, comunicación asertiva y manejo de problemas y conflictos, valores y sentido de la vida, vínculos parentales, familiares, de pares y de apoyo comunitario y capacidad de establecer límites y normas, mediante la crianza positiva²⁵.

Adicionalmente, implica el fortalecimiento y transformación positiva de los entornos hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional para el vínculo familiar, oportunidades de participación en los roles familiares, establecimiento de normas de comportamiento y reconocimiento de las capacidades de todos los miembros de la familia, construcción de vínculos de confianza, establecimiento de relaciones equitativas y respetuosas. Reconocimiento de aptitudes y capacidades individuales, promoción de la participación y el

liderazgo, estilos de docencia democráticos, construcción de espacios de aprendizaje cooperativo, aprendizaje de la sanción social, organización comunitaria y estructuración de redes sociales de apoyo.²⁵

8.1.1 Alcance

Propone avanzar en la identificación y fortalecimiento de factores protectores individuales, familiares y colectivos, orientados al desarrollo de capacidades psicológicas y sociales para el afrontamiento ante los retos físicos, emocionales y sociales que impone la vida, y específicamente como respuesta resiliente en torno a la exposición al consumo de sustancias psicoactivas, la adopción de estilos de vida saludables.

8.1.2 Objetivo

Desarrollar capacidades, redes y entornos que incrementen en las personas, familias y comunidades los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas.

8.1.3 Líneas de acción

8.1.3.1 Desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida

Esta línea busca aprovechar la capacidad de agencia de las personas, familias y comunidades y reconoce en el desarrollo de las capacidades, el medio para el fortalecimiento de los factores protectores. Tiene en cuenta las acciones e intervenciones diferenciales por momento de curso de vida y reconoce la importancia de las intervenciones en la primera infancia teniendo en cuenta que, de acuerdo a la evidencia, son las que tienen el mayor retorno social¹.

A partir de la evidencia, esta línea plantea abordar los factores de protección por momento de curso de vida, así:

Primera infancia: Esta etapa es crucial para el desarrollo pleno del ser humano y decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social. En este momento los niños y las niñas sientan las bases para el desarrollo de sus potencialidades y habilidades. Es prioritario fortalecer el vínculo afectivo inicial desde la concepción, la promoción de la lactancia materna, el vínculo parental, la alimentación y nutrición, pautas de cuidado y crianza asertiva y juego²⁶.

Infancia: En este momento existe: a) La potencialidad para desarrollar aprendizajes sistemáticos, b) Amplía la percepción progresiva de sus propias competencias; c) inicia una marcada interacción social fuera de la familia, d) disfrutan de juegos de reglas y competencias; e) Resolución de problemas cotidianos de manera independiente, d) Aprendizaje por imitación de modelos de su entorno²⁷.

Las acciones e intervenciones estarán orientadas al afrontamiento de eventos vitales como el ingreso y la adaptación a la escolarización y mayor autonomía para la toma de decisiones. Se debe fortalecer la supervisión y cuidado por parte de los padres, cuidadores primarios y maestros, la promoción de redes comunitarias de protección y cuidado a las niñas y niños; el acompañamiento en el proceso de socialización con pares en el entorno

escolar, el juego simbólico con reglas y competencias, el fomento de la participación en las actividades físicas y recreativas, y la promoción del apoyo social en situaciones de duelo.

Adolescencia y Juventud: Se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un momento vital que determina mayor independencia psicológica y social, de su familia. Las acciones e intervenciones están orientadas a promover su autonomía y capacidad de agencia, diferenciándose de otros y adaptándose a la estructura social, aprovechando su gran capacidad de participación en diversos procesos, así como al afrontamiento de eventos vitales tales como finalización de la escolarización básica y secundaria, posibilidad de vinculación laboral o ingreso a la educación superior. En esta etapa se debe promover la toma de decisiones asertivas, desarrollo de habilidades sociales, relación con los pares, proyecto de vida con sentido, promover actividades de ocio saludables y la construcción de redes sociales²⁷.

Adultez: En este momento se consolida la capacidad de agencia y las potencialidades, con sus propias posibilidades de establecer nuevas metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas. Es estratégico la implementación de acciones e intervenciones para el afrontamiento de eventos vitales como búsqueda y estabilidad laboral, sostenimiento de relaciones de pareja, crianza de los hijos, cuidado de los padres y duelos. Uso adecuado del tiempo libre, manejo de las emociones y el estrés, actividades de ocio y apoyo social en el duelo.

Adulto mayor: Momento caracterizado por poseer capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto a situaciones que afecten su presente y su futuro. Se requieren acciones e intervenciones para el afrontamiento de eventos vitales tales como la jubilación, el nido vacío, cambio en sus condiciones físicas y funcionales, fallecimiento de la pareja y dificultades de la red de apoyo. Manejo del tiempo libre, fortalecer apoyo familiar, promover la participación en grupos de interés. Apoyo social en el duelo.

8.1.3.2 Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas

Son escenarios de la vida en los cuales los sujetos se desarrollan, construyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con su vida social, histórica, cultural y política a la que pertenecen.

Entorno Hogar: Fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales, la protección y cuidado de sus miembros, construcción de sentido de pertenencia, transmisión de valores y principios. Lo anterior requiere, acciones e intervenciones que desarrollen las capacidades de padres, madres y cuidadores primarios en pautas de crianza positiva, manejo de emociones, las relaciones de respeto y comunicación asertiva, la escucha activa y la gestión de conflictos basados en el respeto²⁷.

Entorno educativo: Escenario que contribuye al fortalecimiento del capital social y la reproducción de la cultura, a través de las relaciones sociales, el desarrollo cognitivo, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, la identidad individual, el desarrollo de aptitudes y destrezas, y el sentido de lo colectivo²⁷. Las acciones e intervenciones en este entorno, a ser desarrollada por parte de toda la comunidad educativa (docentes, padres y alumnos) buscan promover la convivencia, el reconocimiento y respeto por la diferencia, a pautas de crianza, construcción de planes o proyectos de vida con sentido, seguimiento de actividades escolares, supervisión y cuidado.

Entorno Laboral: Escenario en donde las personas se organizan, para producir bienes y servicios, se desarrollan vínculos y se despliegan posibilidades y oportunidades que

potencian los estilos, modos y condiciones de vida. Las acciones estarán orientadas hacia el trabajo cooperativo, las relaciones basadas en el respeto, manejo de las emociones y el estrés, el manejo de la jerarquías, claridad en los roles y tareas, manejo del tiempo, y el tiempo con la familia.

Entorno comunitario: Espacio donde se desarrolla la dinámica social y cultural de las personas y colectivos. En este entorno es estratégico redes comunitarias que reconocen los factores y entornos protectores en la población en general y en particular los niños, niñas y adolescentes y generan mecanismos de contención frente al consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, transformar la manera como se informa a la comunidad acerca del consumo de sustancias psicoactivas orientada a potenciar los factores protectores antes enunciados y a la transformación de normas y representaciones sociales que justifican el uso de sustancias psicoactivas, y el estigma y la discriminación. También es importante en este entorno continuar con la aplicación de normas dirigidas a mantener los espacios libres de humo, el incremento al impuesto al tabaco, prohibición de la publicidad y de la promoción y patrocinio de tabaco e incremento de las advertencias sanitarias y promoción del genérico.

Entorno institucional: Espacios intramurales sanitarios y sociales, temporales o permanentes, donde interactúan personas, generalmente no parientes y que comparten sucesos vitales. Se privilegiarán estrategias de promoción de convivencia, generación de vínculos afectivos asertivos, habilidades para la vida y construcción de planes o proyectos de vida con sentido.

Fortalecer los factores protectores, sin lugar a dudas, exige del sector salud profundizar en su ejercicio de rectoría orientada a la generación de gobernanza en salud, para las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias que se desarrollen de manera articulada para afectar los determinantes intermedios y proximales que se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas.

8.2 Eje 2. Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas

Este eje está orientado a incidir en aquellos factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios que favorecen el inicio y la transición hacia el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Son acciones e intervenciones básicas de prevención que incluyen: detección, intervención motivacional breve y la canalización hacia los servicios de salud y sociales²⁷.

Realizar acciones e intervenciones en prevención del consumo de sustancias psicoactivas requiere desarrollar capacidades, construir redes y entornos, que reduzcan los riesgos a partir del análisis de los contextos, la caracterización, la identificación de factores individuales, familiares y colectivos, la movilización de recursos (humanos, técnicos y financieros) sectoriales, intersectoriales y comunitarios y la evaluación de los efectos de las intervenciones²⁸.

8.2.1 Alcance

Propone intervenir oportunamente, en los entornos, los riesgos individuales, familiares y colectivos que incrementan la probabilidad de uso o abuso de sustancias, así como la transición a consumos problemáticos.

8.2.2 Objetivo

Desarrollar capacidades individuales y familiares, redes y entornos, que reduzcan la exposición a los factores de riesgo asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Las acciones e intervenciones para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en el curso de vida y en los entornos, requiere de una parte, la valoración integral en salud, la identificación y detección temprana de los factores de riesgos, la intervención motivacional breve y la canalización a servicios sanitarios y sociales. De otra parte, la valoración en salud y social de padres, madres, cuidadores primarios, y pares, por ser ellos, su red de apoyo primario.

A continuación, se enuncian basados en la evidencia, las acciones e intervenciones, por curso de vida y entornos, con personas, familias y colectivos con exposición a riesgos:

8.2.3 Líneas de acción

8.2.3.1 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida

Primera infancia:

- a. Detección temprana, incluyendo problemas y trastornos mentales, intervención motivacional breve en gestantes, padres, madres y cuidadores primarios, y canalización.
- b. Intervenciones basadas en apego y crianza para niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad.
- c. Programas de educación en la primera infancia para reforzar el desarrollo social y cognitivo.
- d. Evaluación e intervención de la dinámica familiar en hogares de mujeres cabeza de familia con bajos ingresos.

Infancia:

- a. Detección temprana, incluyendo problemas y trastornos mentales, intervención motivacional breve con padres, madres y cuidadores, y canalización.
- b. Educación en aptitudes personales y habilidades sociales.
- c. Programas de crianza positiva con desarrollo de capacidades de padres, madres y cuidadores para la toma de un papel más activo en el cuidado y la crianza.

Adolescencia y juventud:

- a. Detección temprana, incluyendo problemas y trastornos mentales, intervención motivacional breve y canalización.
- b. Programas de crianza positiva con desarrollo de capacidades de los padres para tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, prevenir la violencia, trastornos del comportamiento y prevenir el maltrato.
- c. Desarrollo de capacidades a cuidadores para cuidar a los hijos con trastornos del desarrollo o discapacidad intelectual.
- d. Programas de tutores naturales como profesores y docentes orientadores y líderes comunitarios que apoyen su desarrollo integral.
- e. Abordar las necesidades psicológicas individuales como estilos de personalidad y vulnerabilidad con entrenamiento en manejo de emociones.

Adulthood:

- a. Detección temprana, incluyendo problemas y trastornos mentales, intervención motivacional breve y canalización.
- b. Abordar las necesidades psicológicas individuales como estilos de personalidad y vulnerabilidad con entrenamiento en manejo de emociones²⁹.

8.2.3.2 Intervenciones en los entornos

Reducir la exposición a los factores de riesgo, en los diferentes entornos, requiere de acciones e intervenciones integradas y complementarias para la detección temprana del consumo, así como de otros eventos que pueden incidir en el consumo (problemas y trastornos mentales, violencias, etc.) para lo cual se requiere desarrollar intervención motivacional breve, canalización a servicios de salud y sociales, así como de educación en habilidades sociales, de rechazo e influencia social y la transformación de normas sociales y culturales asociadas al consumo, al estigma y la discriminación.

Del mismo modo, en la implementación de acciones en lugares de entretenimiento dirigidas a reducir el daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas tales como programas prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol (conductor elegido), acompañamiento a personas que se embriagan (no suministro de bebidas alcohólicas a personas que presenta al grado alcohólicamiento), aplicación de normas relacionadas con la no venta de bebidas alcohólicas a personas menores de 18 años.³⁰

8.3 Eje 3: Tratamiento integral

La propia complejidad del fenómeno de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y la importancia de realizar un abordaje integral del mismo, ha planteado la necesidad de generar recursos en red, de modo que sea posible dar respuesta a los diferentes problemas asociados a las mismas que afectan a las personas consumidoras y sus familias. Cada recurso o servicio que forma parte de la red no es, por sí solo, una solución al problema, sino un elemento más de un proceso de intervención complejo, del que forma parte, en el cual se integran los enfoques de Atención Primaria en Salud, el enfoque de cuidado, el de Gestión Integral del Riesgo en Salud y el enfoque diferencial en la atención.

El origen multicausal de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y las diversas afectaciones personales, familiares y sociales, hace necesario plantearse un abordaje del problema desde una perspectiva integral e integradora, con la participación de diferentes disciplinas, de forma que puedan contemplarse los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada persona.

Adicional a lo mencionado anteriormente, se respalda la generación de políticas que incluyan la atención primaria de salud para abordar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, ya que hay suficiente evidencia de que la integración de la atención primaria y la atención especializada de salud mental puede mejorar sustancialmente el manejo de los trastornos por uso de sustancias, y el tratamiento de muchas afecciones médicas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, incluidos los problemas y trastornos mentales, infección por el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis C, cáncer, cirrosis y afectaciones de las violencias. Es importante tener en cuenta que si el uso voluntario temprano de drogas no se detecta, y no se controla, los cambios resultantes en el cerebro pueden, en última instancia, erosionar la capacidad de una persona para controlar el impulso de consumir sustancias psicoactivas.

El principio fundamental para la reducción de riesgos y daños, es el cuidado y bienestar de las personas, con respuestas prácticas adaptadas a la realidad local, reconociendo a las personas que usan sustancias psicoactivas como agentes del cambio.

La recomendación general del Sistema de Naciones Unidas es no criminalizar el consumo de sustancias psicoactivas y evitar medidas privativas de la libertad en tanto generan mayor estigma, discriminación, consumos ocultos y comportamientos de riesgos que se

relacionan, por ejemplo, con mayores prevalencias de VIH y hepatitis virales entre personas que se inyectan sustancias psicoactivas (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2015 -Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2015 Drug Policy Alliance, 2015). A la par, recomienda disponer de una amplia gama de servicios de atención, flexibles, sin barreras de acceso y acorde a las necesidades de las personas.

8.3.1 Alcance

Evaluación multidimensional del estado de salud de las personas que consumen sustancias psicoactivas y sus familias, el establecimiento de un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades individuales, que incluye la evaluación y seguimiento a los resultados en salud y procesos de atención, asegurando calidad e integralidad.

8.3.2 Objetivo

Gestionar los resultados en salud de las personas con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas o diagnóstico dual, el acceso, calidad en servicios de tratamiento e integralidad de la atención en salud.

8.3.3 Líneas de acción

8.3.3.1 Prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual.

8.3.3.1.1 Atención en todos los niveles de complejidad.

- a. Fortalecimiento de la atención primaria para el diagnóstico, establecimiento de un plan de cuidado primario según grupo de riesgo y acceso a atención especializada.
- b. Fortalecimiento de la atención especializada mediante la aumento de la oferta y el acceso a servicios ambulatorios y de internación parcial, internación hospitalaria de mediana y alta complejidad, tele-salud y telemedicina.
- c. Integración la atención primaria y especializada mediante información e historias clínicas integradas o compartidas y la gestión de casos (apoyo a las personas y las familias en el autocuidado, verificación de la adherencia, cambios de hábitos y estilos de vida saludables, acceso a los servicios, respuesta a las necesidades cotidianas y manejo inicial de las exacerbaciones).
- d. Implementación de programas de cesación del consumo de tabaco en todos los servicios de salud.
- e. Disponibilidad de medicamentos de control especial, laboratorio clínico y apoyo diagnóstico en todos los niveles de atención.

8.3.3.1.2 Atención diferenciada según necesidades y particularidades poblacionales y territoriales.

- a. Procesos de atención ajustados a las características de las poblaciones étnicas, niños, niñas y adolescentes, mujeres, gestantes, personas en situación de calle, privadas de la libertad, adolescentes en el sistema de responsabilidad penal y LGBT, entre otras; teniendo en cuenta los contextos territoriales: urbano, rurales y rurales dispersos.
- b. Lineamientos, protocolos o guías de práctica clínica para el abordaje de la comorbilidad con problemas y trastornos mentales y enfermedades crónicas.

8.3.3.1.3 Gestión de la prestación de los servicios

- a. Seguridad del paciente, cultura del cuidado y humanización de la atención en todo el sistema
- b. Mecanismos de contratación e incentivos orientados a resultados en salud.
- c. Servicios de atención en salud mental y al consumidor de sustancias psicoactivas habilitados y acreditados

8.3.3. 2. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas

- a. Atención diferenciada en todas las complejidades adaptada a las personas que no quieren o no pueden dejar de consumir sustancias psicoactivas. Para estas personas o grupos poblacionales es indispensable ofertar servicios y horarios flexibles, sin barreras administrativas con criterios mínimos de participación.
- b. Fortalecimiento de la oferta y continuidad de programas de mantenimiento de metadona, manejo de sobredosis por opioides, acceso a material higiénico para inyección, pruebas rápidas para VIH, tuberculosis y hepatitis virales, inmunización a hepatitis b, acceso a preservativos masculinos y femeninos y, educación en salud sexual y reproductiva.
- c. Desarrollo de programas de prevención indicada para la reducción de riesgos y daños por otras sustancias psicoactivas.
- d. Gestión desde el sector salud de servicios sanitarios y sociales que garanticen la satisfacción de las necesidades básicas (pernoctar, higiene personal y autocuidado, alimentación y apoyo para la autonomía) para atención al consumidor de sustancias psicoactivas.

8.4 Eje 4: Rehabilitación integral e Inclusión social

La inclusión social ha transitado por múltiples discusiones y cuenta con diversas definiciones, las cuales coinciden en que se trata de un proceso de empoderamiento de las personas para su participación en la sociedad, el aprovechamiento de oportunidades y la disminución de brechas que permitan alcanzar la igualdad. El Protocolo de San Salvador precisa con claridad los elementos básicos para la garantía de los derechos universales sin discriminación.

Los desarrollos conceptuales sobre inclusión e integración social han mostrado como el ser humano es un agente de cambio que gestiona su supervivencia y bienestar a través de la interacción con su entorno y las redes disponibles que configuran escenarios protectores, de riesgo o que facilitan el intercambio o la participación con otros (integración) y que inciden en respuestas a estrategias preventivas, de tratamiento o de reducción de riesgos y daños por consumo de sustancias psicoactivas, así mismo se debe fortalecer las capacidades de los usuarios de drogas para mejorar su desempeño social, laboral, educativo y familiar; fortalecimiento de redes y transformaciones de creencias y representaciones sociales sobre el consumidor de sustancias psicoactivas e implica un abordaje multisectorial y multidisciplinario.

La inclusión social incide en un mejor desempeño funcional lo que permite el empoderamiento de las comunidades y la disminución de la afectación en la salud y lo social del consumo problemático de sustancias psicoactivas. Es obligación de Estado, la sociedad civil y la familia generar las condiciones necesarias de inclusión e integración social a través de la articulación de respuestas intersectoriales que suponen procesos de participación activa en el diseño, implementación y ajustes a políticas o estrategias de inclusión e integración social.

8.4.1 Alcance

Promover un proceso de rehabilitación integral e inclusión social de las personas y sus familias en riesgo o con consumo con el fin de garantizar una gestión que posibilite su vinculación y acceso a servicios sociales y sanitarios que mejoren sus condiciones de vida y el cuidado en salud.

8.4.2 Objetivo

Incidir en la ampliación de capacidades y oportunidades de las personas en riesgo o con consumo problemático y sus familias, orientado a su empoderamiento, el cierre de brechas en el acceso a bienes y servicios, la disminución de la afectación en la salud y la eliminación del estigma y la discriminación.

8.4.3 Líneas de acción

8.4.3.1 Fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales.

- Fortalecimiento las capacidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas y sus familias para la conformación y desarrollo de grupos de ayuda mutua.
- Fortalecimiento del talento humano en salud de los territorios para la conformación y liderazgo de grupos de apoyo.
- Promoción de escenarios de encuentro y concertación para la generación y fortalecimiento de redes de apoyo sociales y comunitarias, formales (asociaciones, cooperativas, entre otros) e informales (líderes de opinión) orientados a desarrollar procesos de identificación, abordaje inicial, canalización a servicios de salud y de otros sectores, seguimiento de casos, reconocimiento de las realidades locales.

8.4.3.2 Inclusión social efectiva

- Alianzas con la empresa privada orientadas a inclusión educativa, laboral, cultural y deportiva de las personas con consumo de sustancias psicoactivas a partir del reconocimiento de sus potencialidades
- Construcción de propuestas comunitarias que reconozcan las potencialidades de los usuarios de sustancias psicoactivas y los recursos comunitarios para el desarrollo local.

8.5 Eje 5: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial

La atención integral de las personas con riesgo o consumo de sustancias psicoactivas, por curso de vida y entornos, demanda de la gestión como una respuesta ordenada, coherente y sistemática del sector salud, esto es la entidad territorial, las EAPB y las IPS. De la misma manera, la coordinación que desde el sector sanitario se realiza con otros sectores responsables de gestionar determinantes sociales de la salud, estructurales e intermedios, buscando garantizar la continuidad e integralidad de las atenciones y la gestión orientada a contribuir a mejorar condiciones de salud y de desarrollo de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y sus familias, hasta alcanzar los resultados en salud.

La gestión por resultados y centrada en las personas, implica mejorar la capacidad de respuesta sectorial e institucional a través del **desarrollo de capacidades** de la autoridad sanitaria y de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, **fortalecer los procesos de articulación y coordinación sectoriales e intersectoriales** para establecer acuerdos en las respuestas sanitarias y sociales partiendo desde la Atención

Primaria en Salud, el acceso a servicios especializados y ambulatorios y tecnología en salud, cuando sea requerido, así como la activación de redes de apoyo e inclusión social de acuerdo con la situación y el contexto territorial, e incentivar la **participación de** diversos actores sociales en las deliberaciones y decisiones sobre el consumo de sustancias psicoactivas, su impacto individual, familiar, social y comunitario, de acuerdo con la Resolución 2063 de 2017.

Esa gestión por resultados garantiza la legitimidad en la gestión de las políticas públicas, permite abordar los intereses y necesidades particulares territoriales y poblacionales, fomentar el control social ejercido por la ciudadanía o la comunidad, y promueve la gobernanza que garantice protagonismo de los sujetos individuales y colectivos en una relación de concertación y construcción permanente entre el gobierno y la población.

Lo anterior, requiere de **gestión del conocimiento** que a través del fomento de la investigación, de procesos de sistematización de experiencias, y de evaluación en materia de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el tratamiento integral, la rehabilitación integral e inclusión social, orientados a conocer en profundidad la situación del consumo de sustancias psicoactivas, su impacto en la salud, las posibles formas de abordaje, y así realimentar el proceso de toma de decisiones de política pública, involucrando a comunidades científicas, academia, y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional y territorial.

8.5.1 Alcance

Esta gestión es multinivel, se desarrolla desde el ámbito sectorial en coordinación intersectorial. En el ámbito nacional, este Ministerio, en coordinación y articulación con otros sectores del Gobierno, organizaciones sociales y privadas, y la comunidad, con el Consejo Nacional de Salud Mental, el Consejo Nacional de Estupefacientes y la Comisión Técnica Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, coordina la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas, proyectos, estrategias, y acciones encaminadas a prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

En el ámbito departamental, desde el Consejo Seccional de Estupefacientes, el Comité Departamental de Drogas y el comité de Salud Mental son responsables de la implementación y seguimiento a los planes territoriales de Promoción de la Salud mental y convivencia, prevención y Atención del Consumo de Drogas. En el ámbito municipal, la gestión se promueve en conjunto con el Consejo municipal de Salud Mental y los comités municipales de prevención del consumo.

8.5.2 Objetivo

Establecer condiciones de gestión técnicas, operativas y financieras de carácter sectorial e intersectorial, nacionales y territoriales que dinamicen la ejecución de la política.

8.5.3 Líneas de acción

8.5.3.1 Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión de atención integral.

- a. Generación de procesos de formación y capacitación permanente a los actores del sistema de salud, en particular a los equipos de salud responsables de la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas (detección, canalización, asistencia, seguimiento), tanto a los profesionales y especialistas, como al personal de base asistencial, y de atención primaria en salud. Igualmente, implica incidir en los procesos de educación formal en salud en pregrados y postgrados.

- b. Diseño e implementación de estrategias para la adecuación institucional (organizacional y funcional), orientado a la calidad en la prestación de los servicios y a la integralidad de las atenciones en salud.
- c. Gestión de servicios de salud y sociales para garantizar la continuidad atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, desde la Atención Primaria en Salud hasta estrategias de inclusión social.

8.5.3.2 Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial.

- a. Identificación y gestión de las intersecciones para la atención integral.
- b. Coordinación y articulación de acciones de gestión conjunta, a través de las instancias intersectoriales existentes a nivel nacional y territorial.
- c. Realizar las acciones transectoriales necesarias para la ejecución de acciones complementarias y optimización de recursos.

8.5.3.3 Promoción e implementación de los procesos de participación social en salud.

- a. Reconocimiento de iniciativas comunitarias orientadas a la garantía del derecho a la salud, con énfasis en la prevención del consumo.
- b. Incidencia de la participación de personas familias y comunidades en el proceso de formulación, implementación y evaluación de Planes Territoriales de Salud, alineados con el Plan de Acción de esta política.
- c. Fortalecimiento de redes de base comunitaria, orientadas a la promoción y exigibilidad de derechos en salud.

8.5.3. 4. Gestión de conocimiento.

- a. Reconocimiento, sistematización, evaluación y divulgación de experiencias demostrativas a nivel territorial, que permitan generar evidencia para el abordaje integral de sustancias psicoactivas.
- b. Promoción y creación de redes de conocimiento con comunidades científicas, academia, y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional y territorial para el desarrollo de líneas de investigación en materia de consumo y abordaje integral al consumo de sustancias psicoactivas.
- c. Fortalecer procesos de investigación de la situación del consumo y de los resultados de estrategias de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, por parte de organizaciones de la sociedad civil y redes de base comunitaria, orientadas a la promoción y exigibilidad de derechos en salud.
- d. Fortalecer sistemas de información y evaluación en materia del consumo de sustancias psicoactivas como apoyo a la generación de evidencia y a los procesos de toma de decisiones.

9. Monitoreo y evaluación de la política

El *Monitoreo* es el proceso que permite el reporte del avance en el cumplimiento de las actividades definidas en los diferentes instrumentos de planeación que se empleen para la implementación de la política en los diferentes ámbitos territoriales. La *Evaluación* se asume como el proceso que tiene como finalidad de "ser útil a los tomadores de decisiones y gestores públicos y a la ciudadanía". Por lo tanto, se asume como una investigación sistemática y objetiva aplicada en alguno de los diferentes niveles de la cadena de resultados o valor (insumos, procesos, productos, resultados e impactos) que tiene como finalidad mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos de un plan, política, programa o proyecto a través de la toma de decisiones" (DEPP, 2010).

Los procesos de monitoreo y evaluación asumen como derrotero principal, la planeación integral en salud: entendida como el conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

Su finalidad es establecer el cumplimiento de los objetivos de la política y los impactos poblacionales e institucionales generados en los diferentes ámbitos territoriales, según condiciones diferenciales de la situación del consumo de sustancias psicoactivas, en cuanto a presencia de factores protectores y de riesgo por curso de vida, la existencia de determinantes sociales propios de cada contexto territorial y la capacidad institucional de respuesta de los diferentes actores del SGSSS.

9.1 Seguimiento y Monitoreo³¹

Incluye el Plan de monitoreo que define indicadores y metas priorizadas para la medición de los resultados en salud de las personas, familias, comunidades; el desempeño de la gestión integral en salud, la prestación de servicios y su contribución al cumplimiento de metas sanitarias estratégicas, en particular las pactadas en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública y Objetivos de Desarrollo Sostenible.

9.2 Evaluación de la Política

Los criterios metodológicos para el proceso de evaluación de la política incluyen establecer el alcance, tipo de evaluación y periodicidad de medición de impactos y usar la cadena de valor, como enfoque para la representación de causas y efectos, la interrelación de los bienes o servicios ofrecidos por el Estado y los impactos esperados sobre el bienestar de la población sujeto.

Bibliografía

1. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro> [
2. PALACIOS, J. (2012) Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. Psicología Iberoamericana (enero-junio, 2012), Vol. 20, No. 1, pp. 29-39. issn 1405-0943. 2018
3. USÁN, P; SALAVERA, C; MURILLO, V. y MERINO OROZCO, A. Relación conductual de la motivación y el autoconcepto físico en el consumo de drogas de adolescentes deportistas. Federación Española de Asociaciones de Docentes de Educación Física (FEADEF). 2018.
4. VOLKOW, N.D., KOOB, G.F, MCLELLAN, A. T. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. Engl J Med 2016; 374:363-71.
5. JAI K. DAS, REHANA A. Salam, AHMED Arshad, et al. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. Journal of Adolescent Health 59 S61eS75. 2016
6. Steven E. Lize, Aidyn L. Iachini, Weizhou Tang, et al. A Meta-analysis of the Effectiveness of Interactive Middle School Cannabis Prevention Programs. Prev Sci (2017) 18:50–60
7. Nora D. Volkow, George F. Koob, A. Thomas McLellan. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. Engl J Med 2016;374:363-71
8. MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO, OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013.
9. LIZE, S.E., IACHINI, A.L, TANG, W. et al. A Meta-analysis of the Effectiveness of Interactive Middle School Cannabis Prevention Programs. Prev Sci 18:50–60. 2017
10. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
11. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015 [en línea]. Bogotá, 2016 [en línea]. Disponible en Internet: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
12. GALTUNG J. "Sobre la Paz", Barcelona: Fontamara, 1985.
13. MCLAUGHLIN, KA., KOENEN, KC., HILL ED, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 Aug;52(8):815-30. e14.
14. KESSLER, RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. J Clin Psychiatry. 2000;61 Suppl 5:4-12; discussion 13-4
15. MILLS, KL., TEESSON M., ROSS J. et al. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Am J Psychiatry. 2006 Apr;163(4):652-8.
16. DE WAAL, MM., CHRIST, C., DEKKER JJM, KIKKERT, MJ., LOMMERSE, NM., VAN DEN BRINK W. y GOUDRIAAN AE. Factors associated with victimization in dual diagnosis patients.
17. INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Forensis 2017. Datos para la vida.
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas, resumen. Ginebra, 2004.
19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas en las Américas: Alcances de la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública. Perú, 2013.
20. PEÑALOZA QUINTERO R. [et al.] (2014) Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 /. -- 1a ed. -- Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2014.
21. CORREA MUÑOZ, A. y PÉREZ GÓMEZ A. Relación e impacto del consumo de sustancias psicoactivas sobre la salud en Colombia. Liber. vol.19 no.2 Lima jul./dic. 2013
22. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Estudio de Evaluación y Diagnóstico Situacional de los Servicios de Tratamiento al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2016.

23. AMARTYA Sen, Citado por RESTREPO OCHOA, D.A. "La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública". CES. Universidad de Antioquía. Medellín-Antioquía, Colombia, 2013.
24. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Modelo Integral de Atención en Salud, 2016.
25. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Montealegre D. (s.f)
26. OBSERVATORIO CHILENO DE DROGAS. Boletín No 19. Involucramiento parental y consumo de drogas en escolares de Chile, marzo 2015. ISSN: 0719 – 2770
27. PROGRAMA DE COOPERACIÓN ENTRE AMÉRICA LATINA Y LA UNIÓN EUROPEA EN POLÍTICAS SOBRE DROGAS (COPOLAD). Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Madrid, España: MANGRAF, S.L. 2014.
28. HECKAM J. y CARNEIRO P. Human Capital Policy. Nnational Bureau of Economic Research – Workin paper 9495.
29. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LAS DROGAS Y EL DELITO. Estándares internacionales para la prevención del uso de drogas, traducción no oficial, Nueva York., Estados Unidos, 2018.
30. MINISTRY OF HEALTH. Substance Use Prevention and Harm Reduction Guideline,(2018), Ontario, Canada - Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). (2014). Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Madrid, España: MANGRAF, S.L.
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud y protección social, Bogotá, Noviembre 2016. Páginas 18 y 19.