

PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCION DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN, Y LA ATENCIÓN DEL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 2014-2021

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Noviembre de 2014

PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCION DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN, Y LA ATENCIÓN DEL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 2014-2021

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
SITUACIÓN.....	3
FACTORES QUE INCIDEN EN EL CRECIMIENTO DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PAÍS	5
BALANCE DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO.....	7
EL ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	12
CONSTRUCCIÓN DEL PLAN	15
METAS DEL PLAN.....	16
OBJETIVO DEL PLAN	27
LÍNEAS Y COMPONENTES DEL PLAN	27
COMPONENTES DEL PLAN.....	28
Fortalecimiento institucional	28
Promoción de la convivencia social y la salud mental	29
Prevención del consumo de sustancias psicoactivas	31
Tratamiento.....	34
Reducción de daños	35
REFERENCIAS.....	38

PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCION DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN, Y LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, 2014-2021

INTRODUCCIÓN

El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, es un esfuerzo nacional por incorporar el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y sus impactos en la población colombiana.

Este Plan se origina del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho y ha sido concertado con los ministerios de Educación, Trabajo y Relaciones Exteriores; la Policía Nacional; el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario; la Fiscalía General de la Nación; el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses; Fondo Nacional de Estupefacientes y Autoridad Nacional de Televisión.

El proceso fue acompañado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito.

Se plantea como definición de salud pública la utilizada en la Ley 1122 de 2007 *la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad*¹.

Con respecto al consumo de drogas, el enfoque de salud pública es una concreción del enfoque de derechos en términos de la garantía de un ciclo de servicios que van desde la promoción de la salud, hasta el tratamiento especializado.

El logro de la salud pública es el desarrollo social y económico de las naciones. El sector de la salud funciona como un vínculo entre los campos en los que avanza el conocimiento acerca de cómo se gesta la salud de las personas, por lo anterior, como se indica más adelante, la salud pública es un asunto de todas de las políticas.

¹ Artículo 32. Ley 1122 de 2007.

En este documento, se presenta la situación de Colombia reconocida internacionalmente por la producción y tráfico de drogas, como un país que requiere fortalecer sus acciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir del cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la salud pública, así como del reconocimiento de lo que se ha logrado y de lo que hace falta, con base en una visión estratégica fundamentada en los datos con los que hoy se cuenta.

SITUACIÓN

Según la serie de estudios disponibles en Colombia desde 1992², el consumo de sustancias psicoactivas está creciendo tanto en el número de consumidores, como en la diversidad de drogas disponibles. Los primeros estudios comparables realizados en 1992 y 1996 en población general, mostraban que el crecimiento del consumo de sustancias se debió especialmente al incremento del evento entre mujeres, al aumento del uso entre adolescentes y al mayor consumo de marihuana (Rodríguez, 1996).

Las encuestas posteriores a 1996 siguieron mostrando la tendencia al incremento del consumo de sustancias psicoactivas ilegales³. Diversos analistas coinciden en señalar que el consumo de sustancias ilegales crece en todos los segmentos poblacionales (Camacho, Gaviria, & Rodríguez, 2011). Mientras en 1996 se registró en población general un 6,5% de uso de sustancias ilegales alguna vez en la vida y 1,6% en el último año (Rodríguez, 1996); en 2008 los mismos indicadores ascendieron a 9,1% y 2,7% respectivamente (Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009) y en 2013 a 13% y 3,6% (Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, & Observatorio de Drogas de Colombia, 2013).

Con respecto a las sustancias legales, el alcohol y el cigarrillo que son las de mayor uso y las de más impacto en la salud en Colombia, el país ocupa el primer lugar en Latinoamérica con respecto a la exposición alguna vez en la vida al alcohol con un 86% en la población general (según datos del Observatorio Interamericano de Drogas, 2011). Los estudios nacionales indican que el consumo de alcohol registra una tendencia a la estabilización, la cual es más acentuada en el caso del consumo de cigarrillos (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

El estudio más reciente en la población general (2013), mostró una disminución en el consumo de tabaco, una estabilización del consumo de alcohol y un aumento en el consumo de sustancias ilegales. Mientras que con respecto al consumo de cigarrillos se logró un aumento en la edad de inicio, la tendencia en cuanto a las sustancias ilegales es al descenso (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

² El Consejo Nacional de Estupefacientes, mediante resolución 0002 del 6 de marzo de 2012, estableció como estudios prioritarios las encuestas nacionales en población general (de 12 a 65 años); en estudiantes de secundaria y en población universitaria.

³ La serie de estudios disponibles es la siguiente: en población general 1992, 1996, 2008 y 2013; en estudiantes de secundaria 2001, 2004 y 2011; y en población universitaria, 2001, 2009 y 2012.

Como se dijo antes, también se observa en el país un aumento en la diversidad de sustancias consumidas, esto implica que todavía están presentes en el mercado nacional las sustancias consumidas hace décadas, como la marihuana y el LSD, y que otras han llegado y crecido entre segmentos de consumidores (Scoppetta, 2010).

Los datos procedentes del sistema basado en centros y servicios de tratamiento⁴ muestran un crecimiento de nuevas sustancias como la metanfetamina y el 2CB, entre otras. Adicionalmente, desde hace unas cuantas décadas se registra en Colombia el crecimiento del uso de heroína. Lo que inició siendo un conjunto de reportes aislados (Castaño, 2002), se constata hoy como un fenómeno en expansión en diferentes ciudades del país (Ministerio de la Protección Social, 2010). Otro caso ilustrativo de la diversificación del mercado de las drogas, es el rápido crecimiento del uso del cloruro de metileno (conocido como dick) entre la población escolar en Colombia, hasta el punto de convertirse en la cuarta sustancia psicoactiva más utilizada en ese segmento, después del alcohol, el cigarrillo y la marihuana (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

Uno de los aspectos más importantes en el estudio del consumo de sustancias psicoactivas, refiere a los efectos negativos de este comportamiento, que repercuten en eventos que afectan la salud pública y la seguridad. En Colombia, datos obtenidos del Estudio Nacional de Consumo de 2013, muestran que aproximadamente 2,6 millones de personas tendrían un patrón de consumo de alcohol de riesgo o perjudicial; es decir, 35% de los consumidores de alcohol; 11,1% de la población entre 12 y 65 años. Igualmente, se estimó que el 55% de los consumidores de sustancias ilícitas en el último año, lo que equivaldría a casi 500.000 personas, estarían en condición de abuso o dependencia (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

El análisis de los datos del Estudio Nacional en Población General en 2013, muestra que entre las personas que no han consumido sustancias psicoactivas, un 3,5% reporta incidentes que han afectado su actividad laboral, mientras este porcentaje asciende al 67% entre quienes han consumido psicoactivos en el trabajo y a 7,5% entre quienes han consumido psicoactivos en el último año.

Adicionalmente, de los datos del estudio en población escolar se obtiene que hay consistentemente una mayor tendencia entre los usuarios de sustancias ilegales, a situaciones de riesgo, en comparación con estudiantes que no consumieron drogas en el último año, como se

⁴ Al corte de julio de 2014 recoge información de 105 centros y servicios distribuidos en 15 regiones del país donde hay este tipo de atención.

ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Situaciones de riesgo entre estudiantes que han o no han consumido sustancias psicoactivas ilegales en el último año (porcentajes)⁵

Situación de riesgo	Consumo de alguna sustancia ilegal en el último año	
	No	Sí
Emborracharse	23,4	67,8
Participar en alguna discusión fuerte o pelea	23,6	53,5
Tener algún problema con la policía	7,5	30,9
Tener problemas familiares	34,0	55,8
Ir en un automóvil o en una moto conducido por alguien que iba con tragos	11,9	29,6
Tener mal rendimiento en alguna evaluación o proyecto importante	58,4	75,1
Causarse heridas o lesiones a si mismo	10,6	24,7
Perder la memoria	6,1	20,1
Pensar seriamente en suicidarse	11,8	25,1
Conducir un automóvil o motocicleta después de beber	5,5	17,2

Por otra parte, una investigación entre adolescentes sancionados por infractores a la ley penal, mostró que el 71,5% de las violaciones a la ley tuvieron alguna asociación con las drogas (uso o venta), y que el 49,1% de estos hechos se cometieron bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva (Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009).

FACTORES QUE INCIDEN EN EL CRECIMIENTO DEL CONSUMO SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL PAÍS

Aunque la experimentación y el uso consuetudinario de drogas dependen de un conjunto variado de factores que requieren de investigación compleja, distintos estudios hechos en el país ofrecen algunos indicios sobre tales factores.

Es necesario tener presente que detrás del consumo de sustancias psicoactivas hay una industria y un mercado, legal e ilegal. En ambos casos se observan estrategias de expansión del mercado que consisten en mecanismos de diversificación de la oferta y mercadeo. Como se expuso antes, en el caso de las sustancias ilegales, el mercado ofrece una gran diversidad de

⁵ Cálculos a partir de la base de datos del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar en Colombia, 2011.

productos dirigidos a diferentes segmentos poblacionales.

La introducción de nuevas sustancias y la promoción de nuevos consumos, se hace evidente en hechos como la entrega de muestras gratis para el usuario y su grupo social inmediato por parte de distribuidores minoristas; esto acompañado por la creación de nombres llamativos (“H” para el caso de la heroína), pueden constituir evidencia de un ingente proceso de comercialización basada en tácticas de mercadeo de las sustancias (Ministerio de la Protección Social, 2010).

En 2013, según los datos del sistema basado en centros y servicios de tratamiento (Suicad), se reportó el uso de 36 sustancias diferentes, incluyendo algunas nuevas en el país como el 2CB y las metanfetaminas. Es importante anotar que se sabe que los proveedores de drogas aprovechan los nombres de las sustancias para vender una molécula distinta, que a veces ni siquiera existe en el país, o para probar un nuevo compuesto con el propósito de reducir costos de producción, como lo revela el Sistema de Alertas Tempranas del Observatorio de Drogas de Colombia.

Por otra parte, el análisis de los datos de los estudios nacionales, muestra que el consumo de sustancias psicoactivas varía según la percepción de facilidad de consecución de drogas, de manera que entre más fácil sea comprar la sustancia, mayor es el consumo. Esto es particularmente cierto en el caso de alcohol $-R^2 = 0,79-$ y la marihuana $-R^2 = 0,89-$ (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

En lo que concierne al alcohol, la legislación colombiana establece que la venta está prohibida para personas menores de 18 años. Sin embargo, un estudio hecho en 9 ciudades del país entre estudiantes de secundaria mostró que el 70% de ellos había sido enviado por un adulto a comprar bebidas alcohólicas, y el 50% informó que nunca se habían negado a venderle. Así mismo, el 32,1% reportó que ese tipo de bebidas no era de su agrado. Estos datos son evidencia de permisividad social y gusto por el alcohol entre adolescentes colombianos (Pérez & Scoppetta, 2008).

Otro factor que puede incidir en el aumento del consumo de sustancias psicoactivas, es el inicio temprano de la práctica. Siguiendo la misma línea de estudios internacionales, el análisis de los datos de la encuesta nacional en población general de 2008, mostró diferencias significativas en las proporciones de personas con consumo de riesgo y problemático del alcohol, dependiendo de la edad en que iniciaron su consumo de esa sustancia. En particular, se encontró que aquellos que iniciaron antes de los 15 años tenían un riesgo cuatro veces mayor que quienes iniciaron después de los 20 años el consumo de alcohol. Adicionalmente, la proporción de consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas fue 14 veces mayor entre quienes usaron tempranamente alcohol (antes de los 15 años) en comparación con quienes lo hicieron a partir de los 21 años (Pérez,

Scoppetta, & Flórez, 2011).

Dentro de las explicaciones psicosociales exploradas a mayor escala en el país, está la relación entre el involucramiento parental y el consumo de sustancias psicoactivas. La encuesta de 2011 entre estudiantes de secundaria mostró que hay menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes cuyos padres se muestran más activos en cuanto a saber el lugar donde el adolescente se encuentra; si se fijan en los programas de televisión que el adolescente ve; si están atentos con respecto a lo que se hace en el colegio; si controlan la hora de llegada a casa durante el fin de semana; si preguntan para dónde va cuando sale los fines de semana; si se sientan a comer juntos y si se muestran interesados en conocer a sus amigos más cercanos. Se encontró una notoria relación inversa entre el involucramiento parental y el consumo de cigarrillos, alcohol y el consumo de alguna sustancia ilícita (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011).

Según se expuso, el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia podría estar aumentando por la gestión que hacen quienes comercian con las sustancias psicoactivas, así como por el uso temprano de drogas y las debilidades en el proceso de crianza y acompañamiento a los adolescentes. Cabría preguntarse si las acciones de prevención en el marco de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, tienen algún efecto en la disminución del consumo.

No hay evaluaciones acerca de los resultados de la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Sin embargo, del estudio nacional en adolescentes de 2011 se extrae que un 70% de los estudiantes de secundaria han recibido algún tipo de información o formación sobre las drogas. Este porcentaje varía consistentemente con el grado escolar, de manera que el 50% de los estudiantes de grado sexto informan haber recibido tal información/formación y al llegar al grado once, incrementa hasta el 86%. No obstante lo anterior, quienes afirman que participaron en una actividad de información o formación una sola vez, es del 26%, y se mantiene cerca de este porcentaje en todos los grados.

BALANCE DE LAS ACCIONES EN SALUD PÚBLICA DIRIGIDAS A LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO

En 1998 por Resolución 2358 del Ministerio de Salud, se adopta la Política Nacional de Salud Mental, la cual incluye como una de sus estrategias la prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas y un anexo denominado *reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas*. En el año 2007, el Ministerio de Protección Social presentó una nueva Política Nacional de

Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto. La Política estableció cuatro ejes: el de prevención del consumo, con el cual se intenta disminuir el número de personas que consumen; el de mitigación, con el cual se busca reducir riesgos y daños; y el eje de superación, dentro del cual se inscribe lo propio del tratamiento a los problemas ocasionados por el consumo. Finalmente, hay un eje dirigido al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional⁶.

Para hacer operativa la Política, se diseñó en el año 2008 el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010, como un intento por conducir la acción interinstitucional hacia tres frentes (1) el consumo en sí mismo⁷; (2) la del consumo activo y problemático; (3) la de la superación de la dependencia a partir del tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social definitiva y sostenible; y (4) el desarrollo de capacidad técnica, institucional, de articulación y financiera.

A su vez el plan mencionado priorizaba las siguientes poblaciones:

1. Población escolarizada de 5 – 18 años.
2. Población no escolarizada de 7-26 años.
3. Población universitaria 19-26 años.
4. Agrupaciones juveniles: barras, tribus urbanas, pandillas.
5. Organizaciones juveniles.
6. Niños, niñas y adolescentes trabajadores autorizados de 15 – 18 años y no autorizados de 7 a 18 años.
7. Trabajadores informales.
8. Adolescentes en conflicto con la ley y en medida de protección.
9. Población en condición de desplazamiento.
10. Población privada de la libertad.

No se conoce una evaluación formal del Plan 2009-2010. En todo caso, se sabe que buena parte de las acciones allí incluidas no fueron ejecutadas por diferentes motivos. Adicionalmente, es importante señalar dos asuntos: por una parte, la gran cantidad de subgrupos poblacionales priorizados y por otra parte, el corto plazo del Plan mismo para lograr una cobertura directa de 12 millones de colombianos.

⁶ No se adoptó por Resolución u otro acto oficial.

⁷ En esta redacción el plan no es claro porque se dice que el no consumo “y la alta vulnerabilidad al mismo es una de las manifestaciones del problema a intervenir”.

Posteriormente, la Comisión Nacional de la Demanda de Drogas acordó en diciembre de 2010 un nuevo plan para el periodo 2011-2014; sin embargo, dicho plan no fue terminado ni puesto en marcha formalmente.

El Ministerio de Justicia y del Derecho en su balance acerca de las acciones en reducción de la demanda de drogas en Colombia, muestra datos de cobertura en los distintos ejes de la Política para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, así (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2014):

Tabla 2. Principales programas para la prevención desarrollados en Colombia durante 2012 y 2013

Eje de prevención /programas	Sujetos
Programa DARE, Bus de la Prevención y Ciudadela de la Prevención (Policía Nacional)	1.111.658
Programa Escuelas Saludables	39.020
Programa Habilidades para la Vida – Leones Educando	30.000 ⁸
La prevención y la mitigación en manos de los jóvenes	7.000
Programa Familias Fuertes	Sin dato
Programa Comunidades Que se Cuidan	Sin dato
Total	1.187.678 ⁹

Como se observa en la tabla, el programa DARE cuenta con la mayor cobertura. Sobre este programa (Drug Abuse Resistance Education) desarrollado por el Departamento de Policía de Los Ángeles (California), las evaluaciones consistentemente han mostrado la necesidad de reconsiderar este programa que sigue su curso en varios países del mundo (West & O’Neal, 2004).

Los programas Familias Fuertes, Comunidades que se Cuidan, y Leones Educando (habilidades para la vida), fueron promovidos como iniciativas de prevención que deberían ser evaluadas en el país. Hasta la fecha no hay una evaluación en el país de ninguna de estas intervenciones, aunque para el caso de Leones Educando se inició una evaluación con el apoyo técnico de la CICAD/OEA que no ha terminado por asuntos administrativos.

Versiones de Familias Fuertes (Strengthening Families) fueron desarrolladas en la Universidad Estatal de Iowa y NIDA (National Institute on Drug Abuse), y hoy cuentan con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ya que incluyen un sistema de evaluación como parte de sus actividades, y evaluaciones externas

⁸ Los datos del programa Leones Educando son suministrados por un operador privado (Colectivo Aquí y Ahora) que ejecuta este programa.

⁹ Por falta de información oficial no se incluyó la cobertura de otras entidades, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

que informan acerca de resultados positivos en el fortalecimiento de la comunicación entre padres e hijos, y en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Kumpfer, Xie, & O'Driscoll, 2012).

Comunidades que se Cuidan fue aplicado en dos comunidades de Colombia¹⁰ sin completar las fases prescritas por la intervención. Este programa fue desarrollado por la Universidad de Washington. Una evaluación independiente mostró resultados positivos en la prevención de conductas delincuenciales en adolescentes, pero no para el consumo de sustancias psicoactivas (Feinberg, Jones, Greenberg, Osgood, & Bontempo, 2010).

El programa Leones Educando utiliza una versión de los sistemas de desarrollo de habilidades para la vida, los cuales cuentan con una tradición considerable en el campo de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y de otros eventos en salud asociados al comportamiento. De acuerdo con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas – CICAD, es una alternativa de prevención basada en la evidencia (OEA, 2005). Los programas de habilidades han sido estudiados y utilizados en América Latina y en otros contextos con resultados favorables, aunque con anotaciones sobre la necesidad de adaptación a los diferentes entornos (Choque & Chirinos, 2009; Pérez de La Barrera, 2012).

Como se indica en la tabla, el Ministerio de Educación reporta acciones en el marco del Programa Escuela Saludable. Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social informa acerca de la inclusión del asunto del consumo de sustancias psicoactivas en los servicios amigables en salud para jóvenes, para lo cual se diseñó un manual para la detección e intervención temprana (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Con respecto al eje de mitigación, el reporte nacional redactado por el Ministerio de Justicia menciona la existencia de 39 Centros de Escucha y Acogida Comunitaria; 57 Zonas de Orientación Escolar, y un número no determinado de Zonas de Orientación Universitaria. Estas intervenciones muestran inestabilidad y falta de continuidad por problemas de gestión y suministro de recursos.

En cuanto al eje de superación, se reportan los siguientes avances:

- Inclusión de la cobertura del tratamiento por consumo de drogas en menores de edad en el POS a partir del Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES¹¹, que en su art. 76 establece que “todo menor de 18 años que use sustancias

¹⁰ La Calera y Usaquéen.

¹¹ Comisión de Regulación en Salud – CRES. Acuerdo 029 de 28 de diciembre de 2011 “por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”.

psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria y con internación, y adicionales a las cobertura establecidas en los artículos 17 y 24”.

- Expedición de la Ley 1566 de 2012¹² en la cual se reconoce que el consumo, el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, entre otros. Y establece que las patologías derivadas del consumo, abuso y adicción deben ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Inclusión de la metadona¹³ en el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS), con el fin de facilitar la disponibilidad necesaria para atender el tratamiento por consumo de heroína.

- Fortalecimiento de los Centros de Atención en Drogadicción - CAD y servicios de farmacodependencia hospitalarios. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de mejorar la oferta de servicios de atención a los consumidores, está brindando capacitación y asistencia técnica para el proceso de habilitación y para el mejoramiento continuo. En este punto, sobresale el Programa Treatnet de UNODC y la OMS, en el cual se han capacitado 1.429 personas a través de tres módulos de formación: Volumen A: Tamizaje, evaluación y plan de tratamiento; Volumen B: Elementos de tratamiento psicosocial; y Volumen C: Sustancias adictivas y poblaciones especiales.

Por otra parte, para efectos de contar con información actualizada acerca de la evolución del consumo de sustancias psicoactivas, los Ministerios de Salud y de Justicia, con el apoyo de UNODC y el Observatorio Interamericano de Drogas de la CICAD/OEA, han desarrollado estudios nacionales en población general, estudiantes de secundaria y universitarios, a tono con las recomendaciones técnicas internacionales.

Adicionalmente, se puso en marcha el denominado Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (Suispa) con el cual se pretende aumentar la capacidad de análisis regional a partir de un conjunto de indicadores y un proceso de formación a profesionales de entidades territoriales para el uso de la información procedente de diferentes fuentes.

¹² Ley 1566 de 31 de julio 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 sustancias psicoactivas’ ”.

¹³ El anexo del Acuerdo 09 de 2011 que constituye el listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS), por gestión del Fondo Nacional de Estupefacientes, incorpora la metadona de 40 mg, con el fin de asegurar la disponibilidad de este medicamento en el tratamiento por consumo de drogas.

Otro rubro de desarrollo ha sido el Sistema Basado en Centros y Servicios de Tratamiento. Por el acuerdo entre las tres entidades ya mencionadas, se desarrolló el Suicad, con el cual se obtiene en la actualidad información constante, procedente de 105 centros y servicios de tratamiento en 15 entidades territoriales. Con este sistema se logra una versión actualizada de los perfiles de consumo y se aporta al seguimiento a nuevos consumos.

EL ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La discusión actual sobre el consumo de drogas en el mundo tiende a subrayar la importancia de un enfoque de salud pública. Esta perspectiva se ha presentado como opuesta al énfasis represivo al consumo, desde una valoración negativa de los resultados obtenidos por la aplicación del conjunto político, normativo y programático denominado la lucha contra las drogas.

Aunque el enfoque de salud pública aparece como una nueva aproximación a la política sobre las drogas, ya en 1966 la OMS indicaba que “todos los organismos y administraciones de salud pública tienen el deber de ocuparse de esa forma de dependencia” (OMS, 1967), refiriéndose a las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas. Más recientemente, en repetidas ocasiones, desde estamentos internacionales se han subrayado las ventajas de fortalecer la intervención del consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la salud pública, como en el caso del programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia (UNODC & OMS, 2010), y como en el estudio de la OEA sobre las políticas aplicadas en las Américas (OEA, 2013).

Un análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y de su afrontamiento, indica cierta morosidad en la aceptación de este llamado de la Organización Mundial de la Salud. Hoy se habla del abordaje del consumo de drogas a partir de un enfoque de salud pública como un paradigma emergente y tal vez no hay tal. Hay una tarea de salud pública por cumplir que incluye los ajustes de política que sean necesarios para lograr los fines del desarrollo. Para el fortalecimiento del enfoque de salud pública, no se deben esperar cambios en la política de drogas, sino que al contrario debería anticiparse el fortalecimiento de las políticas, programas, planes y acciones en salud pública, mientras se surte el debate global acerca de las formas y los resultados de la guerra contra las drogas.

Teniendo en cuenta las consideraciones planteadas, al presentar una aproximación al asunto de las drogas desde la salud pública, debe entenderse que esto no necesariamente implica la abogacía por cambios en el estatuto legal del mercado de las drogas, aunque sí conlleva asumir

que el consumo de sustancias psicoactivas no debe ser tratado como un delito, entre otras razones porque el estigma y la discriminación contra el consumidor, hacen más difícil la aplicación de la perspectiva en cuestión. El trato al consumidor problemático de drogas como un criminal, es mucho menos apropiado para el tratamiento del asunto, a la vez que genera un entorno desfavorable para la concreción del marco de derechos humanos (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

No está firmemente establecido que la descriminalización del consumo sea exitosa en la reducción de los costos sociales y de las consecuencias adversas del consumo de drogas; sin embargo, tampoco los incrementa y sí crea un ambiente más apropiado para el accionar desde la salud pública (Single, Christie, & Ali, 2000; Camacho et al., 2011) por lo que las tareas propias de la salud pública deben cumplirse con o sin cambios en la política actual sobre el asunto de las drogas.

Considerando a cabalidad el enfoque de derechos, tampoco tiene cabida el dilema entre la cárcel o el tratamiento para los consumidores de sustancias psicoactivas. La cárcel no es una opción aceptable y el tratamiento debe ser motivado por la propia voluntad y por una oferta flexible de servicios con calidad.

La aplicación de los preceptos de la salud pública al asunto del consumo de sustancias psicoactivas debería tener efectos en la reducción de la magnitud del uso y de sus consecuencias adversas. Para ello se requiere de un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública aplicados al consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, lo que en Colombia se está consolidando gracias a la interacción entre el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Ministerio de Justicia y del Derecho, que ha permitido contar con estudios periódicos sobre la situación de consumo y el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia a estos fenómenos.

Es menester partir del hecho de que la exposición a las sustancias psicoactivas implica riesgos para la salud. Estos riesgos varían de acuerdo a diversos factores, entre ellos, la frecuencia de la exposición y la edad en que se inicia el consumo. La aplicación del marco de salud pública al caso de las sustancias psicoactivas, incluye la prevención del consumo; la reducción progresiva del número de personas que usan drogas y que se afectan por esa práctica, así como el mejoramiento del acceso al tratamiento con calidad de las personas abusadoras y dependientes. En Colombia, a lo anterior se sumará un proceso promocional de la convivencia y la cohesión comunitaria con

miras a fortalecer capacidades sociales, entendiendo que las matrices comunitarias y familiares sirven como amplificadores de las oportunidades sociales, y como moduladores de los factores del entorno que tienen impacto negativo potencial.

En Colombia se estimó en 2013 que habría cerca de 484.000 personas con problemas de abuso o dependencia a sustancias ilegales. Esto corresponde al 58% de quienes usaron drogas en el último año y al 15% de quienes usaron sustancias alguna vez en la vida. En otras palabras, algo más de dos personas de cada diez que probaron drogas en Colombia desarrollaron problemas mayores con tales sustancias (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

Las cifras hablan de un problema de dimensiones considerables. Si a esto se suma que los tratamientos son costosos y en términos generales, poco efectivos, es notorio que las labores promocionales de condiciones y estilos de vida saludables, así como la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, acogiendo los principios y métodos propios de la salud pública, deberían ser un frente mayor de trabajo.

Sin embargo, un hecho muy importante es que en Colombia el 87% de la población no registró haber consumido sustancias psicoactivas ilegales, ni siquiera ha probado esas drogas. En el caso específico de los adolescentes escolarizados, este porcentaje es del 88%. Significa esto que hay factores sociales y culturales que en el país constituyen barreras para el crecimiento de este fenómeno. Comprender los mecanismos que hacen menos propensas a las personas a consumir drogas, es un camino que puede recorrerse con miras a contener el abuso de sustancias. Es entonces el momento propicio para trabajar en la prevención del consumo, con base en las experiencias exitosas en otros países.

Ligado a la anterior, la asunción del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública, implica además un abordaje desde la gestión del riesgo, en las diferentes circunstancias que representan impactos negativos para la salud individual y colectiva. Es así como la reducción de los riesgos en consumidores activos, denominada también, reducción de daño, tiene cabida desde una perspectiva de salud pública. Dada la complejidad de la interacción entre factores que resultan en la continuación o dejación del consumo, donde intervienen características del entorno, la persona y de la sustancia en sí misma, es necesario afrontar la realidad de que un conjunto de consumidores de sustancias psicoactivas no van a terminar su consumo, o que mientras lo dejan es posible reducir los daños que se producen a su salud. Esto además tiene efectos sobre la salud colectiva al lograrse una mejor convivencia social, así como el manejo de enfermedades asociadas con epidemias (Bernard, 2013).

Con lo expuesto, se tienen los fundamentos para esbozar un programa nacional de salud pública que incluya la promoción de la convivencia social, la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, con un componente de reducción de daños.

CONSTRUCCIÓN DEL PLAN

Para la construcción del Plan se siguió un proceso que incluyó consultas entre los Ministerios de Salud y de Justicia, así como una primera presentación del documento indicativo al Consejo Nacional de Estupefacientes el 26 de marzo de 2014.

A partir de allí se desplegaron consultas, como se observa en la tabla:

Actores	Fechas
Equipo técnico Grupo Convivencia Social - MSPS	16 de mayo de 2014
Grupo de expertos	20 de mayo de 2014
Consulta Departamentos Amazonas, Guaviare, Vaupés	23 de mayo de 2014
Comisión Nacional de Reducción del Consumo de Drogas	26 de mayo de 2014
Consulta Territorial – Zona Pacífica	9 y 10 de junio de 2014
Representantes Asociación Colombiana de Psiquiatría	11 de junio de 2014
Consulta Territorial – Antioquia	12 y 13 de junio de 2014
Consulta Territorial – Eje Cafetero	20 de junio de 2014
Consulta Territorial – Zona Centro	25 de junio de 2014
Consulta Territorial – Zona Norte	27 de junio de 2014
Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas	11 de julio de 2014

LINEAMIENTOS GENERALES DEL PLAN NACIONAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Se asume como marco general del Plan, en primer lugar la Constitución Política de Colombia, la Ley Estatutaria de Salud, y el Plan Decenal de Salud Pública.

El Plan recoge las metas correspondientes al consumo de sustancias psicoactivas indicadas en

el Plan Decenal de Salud Pública, las cuales establecen:

METAS DEL PLAN

- 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.
- El 100% de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el M.S.P.S.

COMPETENCIAS SECTORIALES PERTINENTES AL PLAN

Como se especificó antes, el plan fue construido con la participación de las siguientes entidades:

Ministerio de Educación.

Ministerio de Justicia y del Derecho.

Ministerio de Relaciones Exteriores

Ministerio del Trabajo.

Ministerio de Salud y Protección Social

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Policía Nacional.

Fondo Nacional de Estupefacientes.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Autoridad Nacional de Televisión.

Con respecto al conjunto de competencias sectoriales estas se presentan a continuación, incluyendo las normas que las sustentan¹⁴. Es importante entender que el siguiente recuento de competencias no pretende recoger todo el espectro de responsabilidades sectoriales en la materia, puesto que en la ejecución de un plan con enfoque de salud pública se aplica el sentido de la naturaleza misional, más allá de las competencias específicas.

Gobierno Nacional y Entes Territoriales

- Garantizar las respectivas provisiones presupuestales para el acceso a los servicios previstos en la ley 1566 de 2012 (Ley 1566 de 2012. Art 2. Parágrafo 2).
- Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud bajo las modalidades establecidas en el artículo 13 de la ley 1616 (Ley 1616 de 2013. Art. 12. Ley 1616 de 2013. Art. 13).
- Establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo de funcionamiento de la red de servicios de salud mental teniendo en cuenta la participación ciudadana y espacios de rendición de cuentas (Ley 1616 de 2013. Art. 17).
- Los alcaldes y gobernadores ejercerán funciones de inspección y vigilancia junto con el Ministerio de Educación sobre lo establecido en el Decreto 1108 de 1994, Capítulo III que trata del Código educativo en relación con el consumo de SPA (Decreto 1108 de 1994. Art. 15).

Consejo Nacional de Estupefacientes y seccionales. Adscrito al Ministerio de Justicia según la Ley 30 de 1986, art. 89.

- Trazar políticas contra la producción, comercialización y uso de drogas que produzcan

¹⁴ Basado en una revisión de Jairo Alberto Betancourt Maldonado.

dependencia (Ley 30 de 1986. Art. 91. Literal a).

- Determinar las responsabilidades de los distintos entes gubernamentales en relación con la política antidrogas (Ley 30 de 1986. Art. 91. Literal b).
- Dirigir y supervisar toda campaña que busque la disminución de la producción, comercialización y consumo de SPA (Ley 30 de 1986. Art. 9).
- Determinar la intensidad de las campañas contra el comercio y consumo de SPA por medios de comunicación junto con el Ministerio de Comunicaciones (Ley 30 de 1986. Art. 10).
- Vigilar las actividades de los consejos seccionales (Decreto 3788 de 1986. Art. 10).

Ministerio de Justicia y Derecho

- Formular, adoptar, promover y coordinar las políticas y estrategias en la lucha contra las drogas (Decreto 2897 de 2011, Art. 2).
- Adoptar programas de atención para los enfermos mentales privados de la libertad que garantice su derecho a la salud (Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Administrar los recursos del FRISCO con los cuales se fortalecerá los programas de prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional establecidos por la Política Nacional para la reducción del consumo de SPA (Decreto 3183 de 2011. Art. 29. Ley 1566 de 2012. Art 2, Parágrafo 3)
- Proponer los lineamientos para la formulación de la política de drogas en lo correspondiente a la reducción de la demanda de drogas (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Orientar la elaboración de propuestas de prevención del consumo de drogas ilícitas (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Evaluar en forma permanente y adelantar el seguimiento de la ejecución de los compromisos internacionales en materia de lucha contra las drogas con el Ministerio de Relaciones Exteriores (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Realizar seguimiento y evaluar el cumplimiento y ejecución de los planes de cada uno de los ejes de la política de lucha contra las drogas en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).
- Proponer la formulación de proyectos de ley o de actos legislativos en materia de lucha contra las drogas y actividades conexas y relacionadas (Decreto 2897 de 2011. Art. 19).

- Gestionar por medio del Observatorio de Drogas de Colombia, el conocimiento sobre las diferentes manifestaciones del asunto de las drogas (Resolución 06 de abril de 2005).
- Realizar por intermedio del Observatorio de Drogas de Colombia, estudios periódicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas (Resolución 002 de 2009, del Consejo Nacional de Estupefacientes).

Fiscalía General de la Nación - Programa Futuro Colombia

- Prevención integral contra la delincuencia. Entre sus ejes temáticos se encuentra el tráfico y consumo de sustancias psicoactivas.

Sociedad de Activos Especiales

- Administración de los bienes del Fondo para la Rehabilitación Inversión Social y Lucha Contra el Crimen Organizado FRISCO (Decreto 1335 del 17 de julio de 2014. Artículo 4).

Instituto Nacional Penitenciario

- Deben adoptar programas de atención para los enfermos mentales privados de la libertad que garantice su derecho a la salud (Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Proporcionar tratamiento a internos por parte del servicio médico del sitio de reclusión, con el fin de procurar su rehabilitación física y psicológica, previa evaluación médica, psicológica y psiquiátrica del interno, sin perjuicio de las acciones penales y disciplinarias a que haya lugar (Decreto 1108 de 1994. Art. 28).

Ministerio de Salud y Protección Social

- Determinar fines médicos y científicos del uso de las drogas (Ley 30 de 1986. Art. 3.).
- Reglamentar sobre el servicio obligatorio clínico gratuito para farmacodependientes prestado por universitarios (Ley 30 de 1986. Art. 12).
- A nivel de post-secundaria, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud, trazarán los lineamientos generales para incluir información sobre la farmacodependencia en los programas académicos (Decreto 3788 de 1986. Art. 35).

- Actualizar el plan de beneficios teniendo en cuenta la atención integral e integrada a los pacientes con consumo de SPA (después de liquidación de la CRES) (Ley 1566 de 2012. Art. 2. Parágrafo 1 y 4).
- Determinar las modalidades de atención de farmacodependientes y condiciones de habilitación de los prestadores de este servicio (Ley 1566 de 2012. Art. 3.).
- Reglamentar sobre consentimiento informado (Ley 1566 de 2012. Art. 4. Parágrafo).
- Realizar el seguimiento y evaluación de la política pública de salud mental y la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (Ley 1566 de 2012. Art. 10.).
- Establecer las acciones de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental que las instituciones de SGSSS deben adoptar, priorizando a los niños, niñas, adolescentes y personas mayores (Ley 1616 de 2013. Art. 7. Ley 1616 de 2013. Art. 8).
- Promover y concertar con los demás sectores las políticas, planes, programas y proyectos para garantizar la satisfacción de los derechos fundamentales y el desarrollo y uso de las capacidades mentales para todos los ciudadanos (Ley 1616 de 2013. Art. 7).
- Junto con el Min. Educación, diseñar acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental (Ley 1616 de 2013. Art. 8).
- Junto con el Min. Trabajo, determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la ley 1616. (21/01/13 – 21/07/13) (Ley 1616 de 2013. Art. 9).
- Adoptar, en el marco de la Atención Primaria en Salud, el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente. Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos así como los procesos y procedimientos para su implementación. Estos protocolos y guías deberán ajustarse periódicamente cada cinco años (Ley 1616 de 2013. Art. 10).
- Garantizar la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción

transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental (Ley 1616 de 2013. Art. 11).

- Expedir los lineamientos para que los entes territoriales puedan establecer los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo de funcionamiento de la red de servicios de salud mental (Ley 1616 de 2013. Art. 17).
- El Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales garantizarán la capacitación y formación en salud mental de los equipos básicos en salud, así como su actualización permanente e informarán anualmente el cumplimiento de lo previsto en este artículo (Art 19 de la Ley 1616) al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para lo de su competencia (Ley 1616 de 2013. Art. 19).
- Ajustar y expedir mediante acto administrativo la Política Nacional de Salud Mental (Ley 1616 de 2013. Art. 31).
- Determinar y actualizar los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la ley 1616. (21/01/13 – 21/07/13) (Ley 1616 de 2013. Art. 9).

Fondo Nacional de Estupefacientes. Adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social

- Vigilancia y control de medicamentos a que se refiere la Ley 30 de 1986 y apoyo a los programas contra la farmacodependencia que adelanta el Gobierno Nacional.

Instituciones del SGSSS Públicas y Privadas (EPS e IPS)

- Atender de forma integral toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo de SPA (Ley 1566 de 2012. Art. 2).
- Deben desarrollar acciones de promoción y prevención junto con las ARL, del consumo de SPA según las políticas nacionales (Ley 1566 de 2012. Art. 6. Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Deben prestar una atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud de todos los trastornos mentales (Ley 1616 de 2013. Art. 4).
- Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán

disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud bajo las modalidades establecidas en el artículo 13 de la ley 1616 (Ley 1616 de 2013. Art. 12. Ley 1616 de 2013. Art. 13).

- Disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud. Este equipo está definido en la Ley 1616 Art. 18 (Ley 1616 de 2013. Art. 18).
- Garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial (Ley 1616 de 2013. Art. 20).

Superintendencia Nacional de Salud

- Establecer las medidas y sanciones para los CAD que incumplan con las condiciones de habilitación y auditoría (Ley 1566 de 2012. Art. 5).
- Ejercer acciones de inspección, vigilancia y control de lo ordenado en la Ley 1616 artículo 7 (Ley 1616 de 2013. Art. 7).
- Vigilar sobre el mejoramiento continuo del talento humano de los prestadores de salud privados y públicos según lo establecido en el Art. 20 de la Ley 1616, e informar al Min. Salud y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (Ley 1616 de 2013. Art. 20).

Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA

- Provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población (Decreto 3518 de 2006).

Administradoras de Riesgos Laborales

- Implementarán el proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 1° de la presente ley, en el ámbito laboral (Ley 1566 de 2012. Art. 6. Ley 1616 de 2013. Art. 9).

Consejo Nacional de Salud Mental

- Seguimiento y evaluación a las ordenes consignadas en la ley 1566 de 2012 y la Ley 1616 de 2013, Política Nacional de Salud Mental, Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, Política Pública Nacional de Prevención y atención a la adicción de sustancias psicoactivas y el Plan Decenal para la Salud pública en lo relativo a la salud mental. Además de las funciones establecidas en el Art. 30 de la Ley 1616 de 2013 (Ley 1616 de 2013. Art. 29).

Ministerio de Educación

- Establecer como las instituciones educativas formales y no formales deben informar sobre los riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 11).
- Reglamentar sobre el servicio obligatorio clínico gratuito para farmacodependientes prestado por universitarios (Ley 30 de 1986. Art. 12).
- En los programas de educación primaria, secundaria, media vocacional y educación no formal, diseñará los lineamientos generales para introducir en los planes curriculares contenidos y actividades para la prevención de la drogadicción e información sobre riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 34).
- A nivel de post-secundaria, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud, trazarán los lineamientos generales para incluir información sobre la farmacodependencia en los programas académicos (Decreto 3788 de 1986. Art. 35).
- Fortalecer, promover y orientar en forma permanente y continua procesos de prevención integral a través del sistema educativo, y proveerá los recursos humanos físicos y financieros para ello (Decreto 1108 de 1994. Art 14).
- Ejercer sus funciones de vigilancia y control junto con los alcaldes y gobernadores sobre lo establecido en el Decreto 1108 de 1994, Capítulo III que trata del Código educativo en relación con el consumo de SPA (Decreto 1108 de 1994. Art 15).
- Junto con el Min. Salud, diseñar acciones intersectoriales para que a través de los proyectos pedagógicos, fomenten en los estudiantes competencias para su desempeño como ciudadanos respetuosos de sí mismos, de los demás y de lo público, que ejerzan los derechos humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo énfasis en la promoción de la Salud Mental (Ley 1616 de 2013. Art. 8).

Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA

- Diseñar, promover y ejecutar programas de formación técnica y tecnológica profesional integral para el abordaje y atención a consumidores de SPA (Ley 1566 de 2012. Art. 9).

ICFES

- Establecer cómo las instituciones educativas formales y no formales deben informar sobre los riesgos de la farmacodependencia (Ley 30 de 1986. Art. 11).
- Reglamentar sobre el servicio obligatorio clínico gratuito para farmacodependientes prestado por universitarios (Ley 30 de 1986. Art. 12).
- Reglamentar y vigilar que toda institución Post-secundaria desarrolle semestralmente campañas de prevención de la farmacodependencia (Decreto 3788 de 1986. Art. 36. Reglamentación de la Ley 30).

Secretarías de Educación

- Son responsables del desarrollo de los programas de prevención de la drogadicción, en cumplimiento de las políticas trazadas por el Ministerio de Educación Nacional y el Consejo Nacional de Estupefacientes (Decreto 3788 de 1986. Art. 37. Reglamentación de la Ley 30).
- Asesorar y vigilar que las instituciones educativas incluyan en los reglamentos estudiantiles la prohibición del porte y consumo de SPA y las sanciones que deben aplicarse a sus infractores (Decreto 1108 de 1994. Art 10).

Instituciones educativas

- Deben incluir en su proyecto educativo institucional procesos de prevención integral. Para tal efecto se desarrollarán en las instituciones educativas planes de formación a través de seminarios, talleres, encuentros, eventos especiales, foros, pasantías, que posibiliten la reflexión, movilización, participación y organización en torno al fenómeno cultural de las drogas y el desarrollo de propuestas y proyectos escolares y comunitarios como alternativas de prevención integral (Decreto 1108 de 1994. Art. 12).

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

- Defensores de familia. Tomar medidas de protección establecidas en el Art. 5 del decreto 1108 de 1994 para los menores o mujeres embarazadas que posean o consuman sustancias psicoactivas (Decreto 1108 de 1994. Art. 5 y 6).
- Trabajar por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas (Decreto 987 de 2012).

Ministerio de Trabajo

- Junto con el Min. Salud, determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la promulgación de la ley 1616. (21/01/13 – 21/07/13).
- Ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención de la salud mental en el ámbito laboral (Ley 1616 de 2013. Art. 9. Ley 1562 de 2012. Art 8)

Empresa Privada

- Realizar programas y campañas de responsabilidad social que propenda por la prevención del consumo, abuso y adicción a las SPA. Estos programas y campañas son voluntarias y tienen un reconocimiento por parte del Estado con el premio nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas" creado por la Ley 1556 de 2012 (Ley 1566 de 2012. Art. 8).

Ministerio de Comunicaciones

- Determinar la intensidad de las campañas contra el comercio y consumo de SPA por medios de comunicación junto con el CNE (Ley 30 de 1986. Art. 10. Y Decreto 1108 de 1994. Art. 46).

Departamento para la Prosperidad Social

- Promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo con la asesoría de Min. Salud (Ley 1616 de 2013. Art. 7).

- Con la asesoría del Min. Salud, constituirá y participará en socio con personas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen o promuevan programas para la atención, tratamiento, promoción y prevención de las enfermedades en salud mental (Ley 1616 de 2013. Art. 7).

Procuraduría General de la Nación

- Ejercer vigilancia a la implementación de la Ley 1566 y rendir informes anuales a las comisiones séptimas del Congreso de la República (Ley 1566 de 2012. Art. 11).

Policía Nacional

- Regular, controlar y disminuir el acceso y disponibilidad de las sustancias psicoactivas (Decreto 1108 de 1994. Capítulo 4).

Departamento Administrativo de la Presidencia de la República - Programa Colombia Joven

- Participar en la elaboración de políticas que propendan por el desarrollo integral de los jóvenes (Decreto 822 del 2000 y Decreto 1919 de 2013. Art. 2).

Autoridad Nacional de Televisión

- Trabajar junto con el Ministerio de comunicaciones (Min TICS) en el desarrollo de campañas de prevención a través de los medios de comunicación, en este caso televisión (Ley 1507 de 2012).

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

- Producir datos estadísticos para conocer la realidad de la mortalidad por consumo de SPA en aplicación de la Ley 938 de 2004. Art. 36).

UNODC - Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Crimen. Descentraliza Drogas.

- Trabajar con los Estados y la sociedad civil para prevenir que las drogas y el delito amenacen la seguridad, la paz y las oportunidades de desarrollo de los ciudadanos.

OBJETIVO DEL PLAN

Reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

LÍNEAS Y COMPONENTES DEL PLAN

Con el propósito de armonizar las líneas del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, con el Plan Decenal de Salud Pública, se plantean cinco componentes, ordenados en articulación con tres líneas, tal como se observa en la Figura 1.

Figura 1. Líneas del Plan Decenal de Salud Pública y componentes del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

Plan Decenal	Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas
Gestión de la salud pública	Fortalecimiento interinstitucional
Promoción de la salud	Promoción de la salud
Gestión del riesgo	Prevención Tratamiento Reducción de riesgos y daños

Como se observa, se proponen cinco componentes, que se articulan con las tres líneas del Plan Decenal de Salud Pública, los cuales se desarrollan a continuación.

Los lineamientos generales son:

1. *Gestión del conocimiento y fundamentación en evidencia*, que incluye el fortalecimiento

- de los procesos de seguimiento al consumo de sustancias psicoactivas y sus afectaciones a la salud, además de la evaluación a las políticas, planes y programas correspondientes.
2. *Abordaje intersectorial*, articulado en instancias nacionales y territoriales que establezcan acciones concretas, con cronograma y financiamiento.
 3. *Fortalecimiento territorial*, de manera que el Plan se adapte a las características regionales y sea más efectivo en la llegada directa a los beneficiarios.

COMPONENTES DEL PLAN

El Plan consta de cinco componentes que se describen a continuación.

Fortalecimiento institucional

Por fortalecimiento institucional se entiende el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones institucionales tendientes al fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA.

Así como la salud es el resultado de un conjunto de determinantes de distinta naturaleza, que en el orden social actual son atendidos por distintos sectores del Estado, verbigracia los económicos y ambientales, entre otros, la salud es a la vez un determinante de la manera como la gente de una nación, nace, crece, estudia, produce. Esta realidad lleva a plantear que los asuntos de salud pública deben ser abordados desde distintos sectores (Chan, 2013).

Las cabezas sectoriales suelen ser los ministerios, y es común que sean los ministerios de salud quienes asuman las consecuencias de decisiones políticas de otros sectores (Chan, 2013). Hoy cuando se habla del consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública, deben resaltarse los impactos del consumo también sobre la convivencia, la seguridad y el desarrollo. El caso de las políticas alrededor del consumo de tabaco y de alcohol, sirven como casos de estudio acerca de la necesidad de acciones conjuntas y concertadas entre sectores que aparentemente cumplen funciones distintas en la organización social.

El asunto de las drogas está particularmente surcado por la política criminal de los países, la política educativa y por supuesto, lo propio del sector salud. En Colombia existe una Política para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto que parte del reconocimiento de que el asunto debe ser concebido y atendido desde una perspectiva intersectorial. Uno de los objetivos estratégicos de la política establece la importancia de intervenir “sobre un mayor

número de condiciones y factores macrosociales, microsociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de SPA”. Sin embargo, las realizaciones nacionales en términos de este enunciado requieren de una renovación del compromiso intersectorial, del fortalecimiento de las acciones conjuntas.

Un Plan Nacional que haga efectiva la Política de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto, debe retomar la agenda intersectorial al más alto nivel, tanto para concertar los contenidos, establecer los presupuestos, así como para hacerle seguimiento y evaluación a lo ejecutado.

En lo que corresponde al ámbito nacional, se buscará el fortalecimiento del trabajo intersectorial con los ministerios, institutos y demás entidades nacionales para lograr una afrontamiento integral del asunto del consumo de sustancias psicoactivas.

Se trabajará en concordancia con el Ministerio de Justicia y del Derecho para que esta entidad, como rectora de la política de drogas en Colombia, convoque a las instancias correspondientes para el desarrollo intersectorial del Plan Nacional.

En las instancias territoriales se trabajará en el desarrollo de un modelo de gestión integral que integre los planes de oferta y demanda, de manera que se avance en una aproximación integral al asunto de las drogas, teniendo como eje de articulación los fenómenos de microtráfico y narcomenudeo.

Este componente del Plan integra además las acciones correspondientes a investigación, evaluación, gestión política, gestión administrativa y gestión comunitaria.

COMPONENTE	Fortalecimiento Institucional		ENTORNOS PRIORIZADOS
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS	
Fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA.	1.1 Desarrollo de un modelo integrado de gestión de servicios para la promoción, prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños del consumo de SPA.	1.1.1 Asistencia técnica territorial integrada para el desarrollo de planes de oferta y demanda de SPA.	
		1.1.2 Formación para el mejoramiento de las capacidades individuales e institucionales.	
	1.2 Mejoramiento del conocimiento nacional sobre el consumo de SPA.	1.2.1 Desarrollo del programa nacional de investigaciones sobre SPA.	
		1.2.2 Fortalecimiento de los sistemas de vigilancia en Salud Pública.	
		1.2.3 Registro de programas en el marco de la Política Nacional de Reducción del Consumo y el Plan Nacional.	
	1.2.4 Implementación del sistema de evaluación de la Política Nacional de Reducción del Consumo y el Plan Nacional.		

Objetivo: Fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo, y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.

Se entiende por este componente al conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades y entornos que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social.

El componente promocional de este plan se desarrollará con base en acciones en los ámbitos familiares (hogar), comunitarios (espacio público) y escolares. En el ámbito familiar, se espera que el fortalecimiento de factores de comunicación y de patrones de cuidado por parte de los adultos, promuevan comportamientos saludables que a su vez repercutan en habilidades los niños, niñas y adolescentes para manejar el asunto de las drogas con solvencia.

Hay una relación de continuidad entre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud mental. El lugar más común corresponde a la consideración del abuso y la dependencia a sustancias como trastornos mentales. Así mismo, se conoce la asociación entre el uso de drogas y diferentes enfermedades mentales. Sin embargo, esta relación va más allá. El ámbito de la salud mental es propicio para la comprensión y acción alrededor de factores que promueven comportamientos saludables.

Es necesario considerar los factores como el acceso a educación, a empleo, la calidad de vida y de vivienda, el entorno comunitario. La valoración positiva de la propia salud, del equilibrio entre las demandas del medio y la capacidad de responder adecuadamente.

La Organización Mundial de la Salud definió salud mental como el “estado de bienestar en el cual un individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad” (OMS, 2001, p.1).

Según la OMS, la salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad psiquiátrica, está afectada por factores ambientales y socioeconómicos y está asociada a eventos como el abuso de sustancias, la violencia y enfermedades crónicas. A su vez, este conjunto de eventos son más difíciles de afrontar en condiciones críticas de ingreso, educación, inadecuados ambientes laborales, discriminación por diferentes condiciones (género, etnia), en general, estilos y condiciones de vida no saludables, así como vulneraciones a los derechos humanos (Herrman,

Saxena, Moodie, & Walker, 2005).

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableció como uno de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental. Dentro del Plan se contempla la estrategia de entornos protectores de la salud mental; las redes socio institucionales protectoras de la salud mental y la información, educación y comunicación para la convivencia, que se constituyen en pilares promocionales desde donde se debe fundamentar el abordaje en salud pública al asunto del consumo de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, se conoce que la inclusión de componentes de promoción de la salud en contextos escolares, encaja con los contenidos de prevención basados en preceptos generales como el conocimiento de sí mismo, el cuidado de la salud y las habilidades para la vida (De Vincenzi & Bareilles, 2011).

COMPONENTE	Convivencia Social y Salud Mental		
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS	ENTORNOS PRIORIZADOS
Fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.	2.1 Fortalecimiento de entornos protectores para la convivencia social y la salud mental.	2.1.1 Gestión de políticas públicas que impacten determinantes del desarrollo, desde acciones intersectoriales para la promoción de entornos protectores y la conciliación de la vida laboral y familiar.	Familiar Comunitario Escolar y Laboral
		2.1.2 Promoción de políticas públicas para la creación, recuperación y fortalecimiento de espacios públicos para la convivencia social, la recreación, el deporte, el uso del tiempo libre y el ocio, con énfasis en espacios para niños, niñas y adolescentes.	Familiar Comunitario Escolar
	2.2 Desarrollo de habilidades, comportamientos y actitudes para la vida en niños, niñas, adolescentes, cuidadores/as, sus familias y comunidades.	2.2.1 Incorporación de contenidos en planes y programas del sector social para el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes para la vida en la población sujeto de intervención.	Familiar Comunitario Escolar
	2.3 Movilización social para la promoción de la salud mental y la convivencia social.	2.3.1 Implementación de procesos de gestión del conocimiento para la identificación y divulgación de estrategias y experiencias de promoción de entornos que potencien la salud mental y la convivencia en la población colombiana, con énfasis en niños, niñas y adolescentes.	Institucional Comunitario
2.3.2 Desarrollo de estrategias de información, educación y comunicación para la promoción de la salud mental y la convivencia social.		Institucional Comunitario	
2.3.3 Promoción de redes socio institucionales y comunitarias que fortalezcan el tejido social.		Institucional Comunitario	

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas

Objetivo: Disminuir la incidencia de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y

dependencia.

La prevención de las afectaciones al bienestar y el desarrollo es una de las tareas más importantes desde la salud pública. Este componente del plan tendrá énfasis en los ámbitos escolares y familiares.

En el ámbito escolar se desarrollará un contenido específico de prevención, con participación de la comunidad educativa. Igualmente, en el ámbito familiar, como involucramiento de los padres y cuidadores en actividades que desarrollen habilidades preventivas en los niños, niñas, adolescentes y adultos.

Como se expuso en las líneas anteriores, el consumo de sustancias psicoactivas aumenta por una labor industriosa llevada a cabo por quienes hacen fortuna con esta práctica. Por otra parte, el conjunto de la población particularmente los adolescentes, están expuestos a la oferta de drogas sin que desde su familia, las entidades educativas, la sociedad en su conjunto o el Estado, haya una oferta organizada de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La prevención es una de las tareas fundamentales de la salud pública y en el caso del consumo de sustancias psicoactivas, desde la década de 1970 se viene recabando evidencia acerca de qué funciona y qué no en este campo, gracias a la realización de encuestas nacionales periódicas y estudios longitudinales con cohortes de niños y adolescentes. Adicionalmente, es un hecho que está constituido por adolescentes el segmento poblacional donde crece el consumo de sustancias psicoactivas. Debe ser una prioridad nacional contrarrestar este incremento mediante la adopción de una estrategia nacional de prevención. La evidencia internacional muestra que los programas basados en la escuela son los más adecuados para los fines propuestos, debido a la condición de ese escenario como entorno protector y favorecedor del desarrollo (Sloboda, 2008).

Hace tiempo se logró establecer que las acciones basadas en la comunicación general, dirigidas a plantear un mensaje a la comunidad acerca de los riesgos inherentes al consumo de sustancias psicoactivas, son insuficientes aunque necesarias. En otras palabras, las acciones de información y comunicación deben estar insertadas dentro de un programa de prevención, de las cuales estas deben ser complemento (Paglia & Room, 1998).

Por otra parte, el uso de tecnologías computacionales ha demostrado ser útil como parte de los programas preventivos del uso de sustancias psicoactivas, esto por la afinidad de los adolescentes con estos mecanismos de intercambio social (Schinke, Fang, & Kristin, 2009).

Por lo anterior, un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigido a reducir los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, podría plantearse como

objetivos disminuir la probabilidad de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, comenzando por el alcohol y el cigarrillo.

Las características de la intervención estarían definidas en buena medida por las buenas prácticas reconocidas internacionalmente y las indicaciones que resultan de los estudios nacionales, así:

1. Tengan base en la escuela secundaria.
2. Se dirijan con énfasis a la población de grado sexto y séptimo.
3. Incluyan actividades con los padres o adultos responsables (en el hogar).
4. Utilicen un marco amplio de fortalecimiento de habilidades para la vida en lugar de un marco restrictivo centrado únicamente en el asunto de las drogas.
5. Se desarrollen con un esquema dinámico y participativo de actividades.
6. Involucre actividades entre pares.
7. Tenga en cuenta el entorno comunitario.
8. Involucre a los maestros.
9. Incluya el uso de tecnologías de la comunicación.
10. Tengan definido un proceso de evaluación.

Adicionalmente, con el propósito de mejorar el conocimiento nacional acerca de la oferta de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se desarrollará un sistema de registro voluntario, que además permita una mejor aproximación a la cobertura de estas acciones.

COMPONENTE	Prevención del consumo de SPA: Acciones y programas basados en la evidencia encaminados a reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA (lícitas e ilícitas), interviniendo de manera integral los factores más predictivos del consumo, mediante la reacción y fortalecimiento de las condiciones que promuevan estilos de vida y conductas saludables.		
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS	ENTORNOS PRIORIZADOS
Disminuir la prevalencia del consumo de SPA, el contacto temprano y las afectaciones al bienestar y desarrollo.	3.1 Análisis de la viabilidad de la articulación interinstitucional para la prevención del consumo de SPA.	3.1.1 Concertación intersectorial para el análisis de la articulación. 3.1.2 Desarrollo del marco técnico y normativo de la viabilidad de la articulación interinstitucional.	
	3.2 Diseño e implementación de programas preventivos que reduzcan la posibilidad de contacto con sustancias lícitas e ilícitas, así como el reconocimiento y afrontamiento ante situaciones de consumo.	3.2.1 Desarrollo de habilidades y competencias en los diferentes actores de la comunidad educativa, que les permita afrontar situaciones relacionadas con el consumo de SPA (gasto, experimentación, uso, estigma, entre otros).	Escolar
		3.2.2 Diseño y desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de factores protectores y disminución de factores de riesgo en el NAJ frente al consumo de SPA haciendo uso de tecnologías de la información y comunicación, y de acciones de información, educación y comunicación (IEC).	Escolar, Familiar y Comunitario
		3.2.3 Creación y fortalecimiento de espacios de Información, sensibilización, detección temprana e intervenciones breves del consumo de SPA, y reducir la progresión de consumos problemáticos.	Universitario, Comunitario, Laboral, Carcelario
		3.2.4 Diseño de lineamientos que guíen las acciones, planes, programas y proyectos de prevención en diferentes contextos.	Escolar, Universitario, Comunitario, Laboral, Carcelario, Familiar
	3.2.5 Desarrollo y promoción en el entorno familiar de prácticas de crianza positivas y de baja hostilidad, que retarden el contacto con las sustancias lícitas y prevengan el consumo de estas y las ilícitas.	Familiar	
3.2.6 Desarrollo de conocimientos y habilidades en las comunidades, que les permitan potenciar su rol preventivo y de afrontamiento al consumo.	Comunitario		

Tratamiento

Objetivo: Mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los consumidores de sustancias psicoactivas.

El número de personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas es relativamente alto. Según NIDA¹⁵, solamente el 10% de las personas que requieren tratamiento por abuso de alcohol y drogas ilícitas, solicitaron tratamiento en los Estados Unidos de América (NIDA, 2009). La proporción de personas atendidas en Colombia por asuntos asociados al consumo de sustancias psicoactivas no se conoce. Sin embargo, el conocimiento de la dinámica de la demanda de tratamiento, hace suponer que se trataría de una fracción relativamente baja.

En Colombia, la mayor parte de la oferta de tratamiento es prestada por operadores privados; del tipo ONG, con un modelo de financiación basado en la gestión de donaciones, la oferta de cupos al Estado, especialmente en el caso de menores de edad bajo condiciones de

¹⁵ National Institute on Drug Abuse.

protección y pago por parte del usuario.

El establecimiento del mecanismo de habilitación de servicios para el tratamiento del abuso y la dependencia a sustancias, es un paso en firme para el mejoramiento de la calidad. Es necesario, sin embargo, mejorar notoriamente en los mecanismos de información y evaluación acerca de los prestadores de servicios, así como de la efectividad de los tratamientos ofrecidos en el país.

COMPONENTE	Tratamiento: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones de atención y asistencia basados en recomendaciones que arrojan evidencia, para quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias, que presentan un patrón de consumo problemático en ausencia de dependencia.		
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS	ENTORNOS PRIORIZADOS
Mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención de consumidores de sustancias psicoactivas.	4.1 Fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios de tratamiento.	4.1.1 Censo Nacional de prestadores de atención de consumo de SPA.	Institucional
		4.1.2 Construcción de lineamientos nacionales de tratamiento de consumo de SPA que comprenda estándares, guías y protocolos de intervención basados en la evidencia científica, desde las acciones institucionales y de tratamiento de base comunitario en diferentes entornos con enfoque integral y de inclusión social.	Institucional, Comunitario y Carcelario.
		4.1.3 Orientación de las entidades territoriales para impulsar el proceso de certificación e habilitación de servicios para el tratamiento del abuso y de dependencia a sustancias psicoactivas en el marco de la normatividad vigente.	Institucional
	4.2 Mejoramiento de la oferta de servicios con atributos de calidad.	4.2.1 Generación de mecanismos con las aseguradoras que permitan la prestación de servicios de atención de consumidores de sustancias psicoactivas, como garantía del derecho a la salud.	Institucional
		4.2.2 Incorporación de sistemas de evaluación y de calidad de la red de prestación de servicios de tratamiento, que incorporen la valoración de los usuarios y sus familias, así como las incluidas en el marco normativo.	Institucional, Carcelario, Familiar
		4.2.3 Promoción y fortalecimiento de las redes de apoyo a través de la creación de un banco de buenas prácticas de tratamiento de consumo de sustancias psicoactivas, que incluyan aquellas iniciativas que cumplan con criterios de calidad previamente definidos.	Comunitario, Institucional, Carcelario

Reducción de daños

Por reducción de daños se entiende la prevención de afectaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas que no tienen la voluntad o la capacidad para dejar el uso de drogas (Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, 2013).

El componente de reducción de daños aplica a diferentes ámbitos, especialmente al comunitario, particularmente a espacios públicos, aunque tiene implicaciones para el ámbito de prestadores de servicios.

Sobre reducción de daño se viene hablando hace tiempo en Colombia y en la región de las Américas, especialmente por el auge de la epidemia por VIH/SIDA asociada al consumo de drogas

inyectadas, aunque esta posibilidad de atención a los consumidores fue casi proscrita por la prevalencia de los enfoques represivos del consumo de sustancias psicoactivas (Castaño, 1999). Los reportes de los sistemas de vigilancia que se inauguraban en el país mostraban, una tendencia creciente al consumo de heroína desde comienzos de la década de 1990 en el país, asociada a la siembra y procesamiento de la amapola (Castaño, 2002; Ministerio de la Protección Social, 2010).

Aunque el consumo de heroína en Colombia se da con mayor frecuencia por la inhalación de la sustancia previamente llevada a calentamiento, su utilización por vía inyectada es parte de la evolución del consumo individual en muchos casos (Ministerio de la Protección Social & UNFPA, 2011). Alrededor de la práctica de la inyección de drogas se presentan múltiples riesgos para la salud como las sobredosis, las afectaciones circulatorias y cardíacas, infección por VIH, hepatitis y otras enfermedades. El conjunto de comportamientos de riesgo comprende el manejo de los artículos asociados a la administración de las drogas (parafernalia) o a otras conductas vinculadas a la adquisición de la sustancia y a sus efectos, como la actividad sexual sin protección (Mejía & Pérez, 2005; Ministerio de la Protección Social & UNFPA, 2011; Berbesi, Segura, Montoya, & Mateu, 2013).

Si bien el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008 mostró que solamente un 0,2% de la población habría estado expuesta al uso de heroína (Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, et al., 2009) y el Estudio en Población Escolarizada de 2011 indicó que el 0,5% de este subgrupo habría usado esa sustancia alguna vez en la vida (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011)¹⁶, es un hecho que el consumo de heroína se presenta de manera continua en Bogotá, Medellín, Cali, Armenia, Pereira y Santander de Quilichao (para este último caso, ver Universidad Nacional de Colombia, 2009), según diferentes investigaciones referenciadas aquí.

La aproximación a partir de la reducción de daños se enfoca en sustancias como la heroína, pero también puede llevarse al caso del consumo de otras sustancias, particularmente de aquellas que producen una alta compulsión como el basuco en Colombia.

El basuco es una sustancia con bajos porcentajes de consumo en el país. Un 1,1% de la población general (Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, et al.,

¹⁶ Aunque son estimaciones afectadas por el margen de error de las encuestas, resulta claro que los porcentajes de uso de la sustancia son muy bajos. Debe considerarse en todo caso que el cálculo del consumo de heroína como de basuco tiende a subestimarse puesto que los consumidores de estas sustancias no tienden a permanecer en los hogares, base del muestreo de este tipo de estudios, y son poco dados a contestar cuestionarios largos en los contextos metodológicos más tradicionales.

2009) y un 0,7% de los estudiantes de secundaria (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2011) lo habrían usado alguna vez. Por su proceso de fabricación que incorpora bases (en el sentido químico), produce una fuerte compulsión, además se asocia con sentimientos de pánico, paranoia y agresividad. El basuco también se asocia con procesos avanzados de consumo y con marginalidad. Es más común en poblaciones de habitantes de la calle y en personas que han sido afectadas socioeconómicamente por la dependencia a otras sustancias (Castaño, 2000).

Dadas las implicaciones sanitarias y el compromiso de los derechos humanos de las personas afectadas por la dependencia a heroína y basuco, se adelantará una estrategia nacional de reducción de daño con asiento en las secretarías de salud de Bogotá DC., Antioquia, Medellín, Valle del Cauca, Cali, Risaralda, Caldas, Cauca, Norte de Santander y Quindío.

La estrategia nacional se basará en el conocimiento sobre la situación en Colombia, e incluirá la entrega de elementos de administración segura de sustancias, monitoreo en salud, y acceso a servicios de bajo umbral, basados en la experiencia lograda en el eje de mitigación de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

COMPONENTES	Reducción de riesgos y daños: Acciones orientadas a reducir los efectos negativos del uso de drogas, los riesgos asociados a las prácticas de consumo, y favorecer la accesibilidad a la red de asistencia de estos usuarios, mejorando su calidad de vida.		
OBJETIVO	ESTRATEGIAS PLANTEADAS	LÍNEAS DE ACCIÓN PRIORIZADAS	ENTORNOS PRIORIZADOS
Reducir los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	5.1 Fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	5.1.1 Desarrollo de lineamientos técnicos y operativos para la implementación de acciones en torno a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA.	Institucional
		5.1.2 Implementación del Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína.	Institucional, Comunitario y carcelario.
		5.1.3 Diseño del proceso de rehabilitación de servicios para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.	Institucional

REFERENCIAS

- Berbesí, D., Segura, Á., Montoya, L., & Mateu, P. (2013). Consumo de heroína inyectada en Colombia y comportamientos de riesgo. *Salud Mental, 36*(1), 27-31.
- Bernard, O. (2013). Harm Reduction: between a humanist approach and innovation. En C. Debaulieu, N. Luhmann, & O. Maguet (Eds.), *The history & principles of harm reduction. Between public health and social change*. Francia: Médecins du Monde.
- Camacho, A., Gaviria, A., & Rodríguez, C. (2011). El consumo de droga en Colombia. En A. Gaviria & D. Mejía (Eds.), *Política antidrogas en Colombia: éxitos, fracasos y extravíos*. Bogotá DC.: Universidad de los Andes.
- Castaño, G. (1999). Drogas en América latina y los programas de reducción del daño. *Adicciones, 11*(4), 387-393.
- Castaño, G. (2000). Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Adicciones, 12*(4), 541-550.
- Castaño, G. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones, 14*(1), 87-90.
- Chan, M. (2013). Foreword by the Director-General of WHO. En K. Leepo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar, & S. Cook (Eds.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies*. Malta: Ministry of Social Affairs and Health of Finland.
- Choque, R., & Chirinos, J. (2009). Eficacia del Programa de Habilidades para la Vida en Adolescentes Escolares de Huancavelica, Perú. *Revista de Salud Pública, 11*(1), 169-181.
- Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. (2013). Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas.
- De Vincenzi, A., & Bareilles, G. (2011). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educ.Educ, 14*(3), 577-600.

- Feinberg, M., Jones, D., Greenberg, M., Osgood, W., & Bontempo, D. (2010). Effects of the Communities That Care Model in Pennsylvania on Change in Adolescent Risk and Problem Behaviors. *Prevention Science, 11*, 163-171.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., & Walker, L. (2005). Introduction: promoting mental health as a public health priority. En H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
- Kumpfer, K., Xie, J., & O'Driscoll, R. (2012). Effectiveness of a Culturally Adapted Strengthening Families Program 12-16 Years for High Risk Irish Family. *Child Youth Care Forum, 41*, 173-195.
- Mejía, I. E., & Pérez, A. (2005). La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente, *17*(3), 251-260.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia 2011*. Bogotá DC.: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2014). *El problema de las drogas en Colombia. Acciones y resultados 2011-2013* (Observatorio de Drogas de Colombia.). Bogotá DC.: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, & Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá DC.: Unodc.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud*

amigable para adolescentes y jóvenes. Bogotá DC.: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia*. Bogotá DC.: Dirección Nacional de Estupefacientes.

Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá DC.: Editorial Guadalupe.

Ministerio de la Protección Social, & UNFPA. (2011). *Contexto de vulnerabilidad al VIH/Sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (Codar) en las ciudades de Medellín y Armenia* (Fondo de Población de las Naciones Unidas.). Bogotá DC.

NIDA. (2009). DrugFacts: Enfoques de tratamiento para la drogadicción. Recuperado a partir de <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>

Observatorio Interamericano de Drogas. (2011). *Uso de drogas en Las Américas, 2011*. Washington DC.: Organización de Estados Americanos.

OEA. (2005). *Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar*. Washington DC.: Organización de Estados Americanos.

OEA. (2013). *El problema de las drogas en Las Américas: Estudios. Drogas y salud pública*. Washington DC.: Organización de Estados Americanos.

OMS. (1967). *Servicios de prevención y tratamiento de la dependencia causada por el alcohol y otras drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Paglia, A., & Room, R. (1998). Preventing substance use problems among youth: a literature review & recommendations. *Research Document No. 142. Addiction Research Foundation Division Centre for Addiction and Mental Health*.
- Pérez, A., & Scoppetta, O. (2008). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia 2008*. Bogotá DC.: Corporación Nuevos Rumbos.
- Pérez, A., Scoppetta, O., & Flórez, L. (2011). Age at onset of alcohol consumption and risk of problematic alcohol and psychoactive substance use in adulthood in the general population in Colombia. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 19-24.
- Pérez de La Barrera, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.
- Rodríguez, E. (1996). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 1996*. Bogotá DC.: Carrera 7.
- Schinke, S., Fang, L., & Kristin, C. (2009). Computer-Delivered, Parent-Involvement Intervention to Prevent Substance Use among Adolescent Girls. *Preventive Medicine*, 49(5), 429-435.
- Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias*. Bogotá DC.: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Single, E., Christie, P., & Ali, R. (2000). The impact of cannabis decriminalisation in Australia and the United States. *Journal of Public Health Policy*, 21(2), 157-186.
- Sloboda, Z. (2008). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. En S. Rödner, B. Olsson, & R. Room (Eds.), *A cannabis reader: global issues and local experiences Perspectives on cannabis controversies, treatment and*

regulation in Europe. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

Universidad Nacional de Colombia. (2009). Evaluación rápida de la situación de consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca. Ministerio de la Protección Social; Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

UNODC, & OMS. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

West, S., & O'Neal, K. (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *American Journal of Public Health, 24*(6), 1027-1029.