



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2025

()

Por la cual se adopta la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas. Una apuesta por el cuidado integral, la salud pública y los derechos humanos.

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial de la conferida en el artículo 8º de la Ley 1616 de 2013, el artículo 193 de la Ley 2294 del 2023 y, en desarrollo de los numerales 2 y 3 del artículo 2º del Decreto-ley 4107 de 2011 y la Resolución número 1841 de 2013, y

CONSIDERANDO

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

Que el artículo 64 ibidem fija como obligación del Estado proteger los derechos de la población campesina como sujeto de especial protección. Así mismo, estipula que corresponde al Estado garantizar el acceso de bienes y servicios en condiciones de libertad e igualdad material, aspecto que se hace extensivo al derecho fundamental de la salud.

Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 209 ibidem, "las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado" y, por lo tanto, las acciones para el logro de los resultados esperados frente el consumo de drogas deben ser articulados entre varias entidades del orden nacional y territorial, conforme a los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad.

Que la Ley 1566 de 2012, reconoce, de una parte, que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, que requiere atención integral por parte del Estado, y de otra, el derecho de la persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a tales sustancias, a ser atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a la normatividad vigente, a las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, contempla como obligaciones a cargo del Estado, entre otras, la de formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar su goce efectivo, en igual trato y oportunidades para toda la

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

población, asegurando para ello, la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema, así como la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.

Que el artículo 13 ibidem estableció que el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Que el artículo 24 ibidem señala que el Estado debe garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, e igualmente, en las zonas dispersas deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud.

Que el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera firmado en noviembre de 2016 entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas y Revolucionarias de Colombia -Ejército FARC-EP-, establece la responsabilidad del Estado en implementar acciones dirigidas a promover el desarrollo rural en el país, con miras a “erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de la ciudadanía”. Así mismo, establece en el numeral 1.3.2.1. que el alcance del Plan Nacional para la Reforma Rural Integral-RRI en materia de salud busca “acercar la oferta de servicios de salud a las comunidades, en especial los grupos y personas en condiciones de vulnerabilidad, fortalecer la infraestructura y la calidad de la red pública en las zonas rurales y mejorar la oportunidad y la pertinencia de la prestación del servicio”.

Que el artículo 1 de la Ley 2294 del 2023 plantea que el Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida” sienta las bases para que el país se convierta en un líder de la protección de la vida a partir de la construcción de un nuevo contrato social que propicie la superación de injusticias y exclusiones históricas, la no repetición del conflicto, el cambio de nuestro relacionamiento con el ambiente y una transformación productiva, sustentada en el conocimiento y en armonía con la naturaleza. Este proceso debe desembocar en la paz total, entendida como la búsqueda de una oportunidad para que todos podamos vivir una vida digna, basada en la justicia; es decir, en una cultura de la paz que reconoce el valor exelso de la vida en todas sus formas y que garantiza el cuidado de la casa común.

Que en su artículo 166 ibidem establece la actualización de la Política Nacional de Salud Mental en la cual se abordarán líneas estratégicas con acciones transectoriales de mediano y largo plazo que incidan en los determinantes sociales de la salud mental, por entornos de desarrollo, curso de vida distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial que contemple la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social de la población con afectaciones en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y las situaciones de violencia

Que, en el artículo 193 ibidem, se insta la formulación y adopción de una nueva Política Nacional de Drogas incluyente con un enfoque de género diferencial y territorial, en el marco de espacios de articulación interinstitucional y de participación de distintos actores de la sociedad civil incluyendo comunidades campesinas, para avanzar hacia un nuevo

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

paradigma de política centrado en el cuidado de la vida, con énfasis en la transformación territorial y protección ambiental y salud pública, la prevención del consumo y reducción de riesgos y daños, la generación de una regulación justa, responsable, la seguridad humana y paz total, así como el liderazgo internacional, la justicia social y la transformación cultural; priorizando acciones transversales que inciden en los determinantes sociales de la salud mental y el consumo de sustancias.

Monitoreo.

Que ambas políticas deben trabajar de manera coordinada para abordar de manera integral la reducción de las condiciones que vulneran a las poblaciones, para permitir vivir en entornos seguros y saludables desde un enfoque preventivo e integral con énfasis en la atención primaria y comunitaria.

Que el Ministerio en cumplimiento de las disposiciones previstas en la ley 1566 de 2012 y la ley 1616 de 2013 expidió mediante la Resolución 4886 de 2018, la Política Nacional de Salud Mental, la cual incluye objetivos y acciones sectoriales e intersectoriales para afectar positivamente los determinantes sociales en salud, así como mecanismos para el seguimiento al cumplimiento de metas e indicadores, que dan cuenta de los resultados en salud y bienestar de la población.

Que en el mismo sentido, el Ministerio, en cumplimiento de la normatividad anteriormente referida, expidió la resolución 089 de 2019 por la cual se adopta la política integral de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas,

Que, sin perjuicio de lo anterior se ha identificado la necesidad de actualizar la política en los siguientes términos: incorporar el nuevo modelo de salud basado en Atención Primaria en Salud (APS) en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de esta población, actualizar el concepto de consumo, dirigir objetivos, enfoques y acciones que garanticen la reducción de riesgos y daños y la inclusión y protección social de esta población.

Que teniendo en cuenta la complejidad de la problemática que plantea el consumo de sustancias psicoactivas, la cual, trasciende a la salud mental y genera un impacto a nivel sanitario, económico y social, se hace necesario adoptar la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adoptar la “*Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas. Una apuesta por el cuidado integral, la salud pública y los derechos humanos*”, la cual tiene como propósito liderar y garantizar una respuesta integral, basada en la evidencia y respetuosa de los derechos humanos, al consumo de sustancias psicoactivas, desde la prevención, la detección oportuna, la reducción de riesgos y daños, el tratamiento y la inclusión y protección social, así como la reducción del estigma sobre las personas que usan drogas; contenida en el Anexo Técnico, que hace parte integral de la presente resolución.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Artículo 2. Propósito. La política orienta sus acciones a prevenir y abordar el consumo de sustancias psicoactivas en la población habitante del territorio colombiano. Se hará especial énfasis en las poblaciones expuestas a condiciones de vulnerabilidad social que inciden de manera diferencial en el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.

Artículo 3. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en esta parte, tendrán aplicación en todo el territorio nacional para los siguientes actores:

1. Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
2. Los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos.
3. Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas.
4. Las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados, Especiales y demás regímenes con regulación específica.
5. La Superintendencia Nacional de Salud.
6. El Instituto Nacional de Salud.
7. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social de Salud – ADRES.
8. Las demás entidades que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud para la población habitante del territorio colombiano.

Parágrafo. Las Entidades responsables de los Regímenes Exceptuados, Especiales y demás regímenes específicos, adaptarán y adecuarán su operación a las disposiciones establecidas en la presente resolución conforme a la normatividad vigente.

Artículo 4. Definiciones. Adoptar las definiciones previstas en el Anexo Técnico y que hace parte integral de la presente Resolución:

Consumo de sustancias psicoactivas: Hace referencia al uso de sustancias legales e ilegales que alteran el estado de conciencia, la sensopercepción, el comportamiento y/o la memoria. De acuerdo con la Política Nacional de Drogas, este fenómeno abarca diversos patrones de consumo, desde el experimental hasta el trastorno por consumo, con implicaciones diferenciadas para la salud física, mental y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades.

Atención primaria en salud (APS): Estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en todos los niveles de complejidad. Busca garantizar el mayor bienestar posible a las personas, asegurando equidad, solidaridad y costo-efectividad en los servicios de salud mediante métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas.

Reducción de riesgos y daños (RRD): Es tanto un enfoque como una estrategia de intervención. Como enfoque, reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad en la sociedad y busca minimizar sus impactos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas sin imponer la abstinencia

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

como única opción. Como estrategia, se traduce en acciones concretas basadas en la evidencia, como el acceso a material para un consumo de menor riesgo, programas con agonistas opioides (p.ej. mantenimiento con metadona), distribución de naloxona para la prevención y atención de sobredosis, entre otras. La RRD se fundamenta en la dignidad y los derechos humanos de las personas que usan sustancias, asegurando su acceso a servicios integrales y reduciendo la estigmatización y discriminación.

Promoción de la salud: proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarlala, e incluye desarrollar políticas públicas saludables, crear ambientes de apoyo, apoyar la acción comunitaria a través del empoderamiento de las comunidades y desarrollar habilidades personales, proporcionando información, educación para la salud y mejorando las habilidades para la vida.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: Conjunto de estrategias y acciones orientadas a evitar o reducir la probabilidad del inicio del consumo de sustancias psicoactivas o su progresión hacia formas problemáticas. Se implementa en diferentes niveles: prevención universal, dirigida a toda la población para fortalecer factores de protección; prevención selectiva, enfocada en grupos con mayor vulnerabilidad o exposición a factores de riesgo; y prevención indicada, destinada a personas con signos tempranos de consumo o alto riesgo de desarrollar problemas asociados. Además, incluye la prevención ambiental, que busca reducir la probabilidad de consumo modificando los entornos físicos, sociales, culturales y económicos sin basarse en la persuasión, mediante regulaciones como impuestos, restricciones en puntos de venta, limitación de la publicidad, regulación de la edad de venta a menores y etiquetado de advertencia.

Detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas: Identificación oportuna de signos de riesgo o consumo inicial de sustancias psicoactivas mediante herramientas de tamizaje y evaluación. Facilita la intervención breve, la canalización y el acceso a servicios adecuados para minimizar la progresión hacia consumos problemáticos o trastornos por uso de sustancias.

Tratamiento de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas: Conjunto de intervenciones basadas en la evidencia dirigidas a personas con consumo problemático o trastornos por uso de sustancias. Incluye abordajes médicos, psicológicos y psicosociales, articulados en diferentes niveles de atención, con el objetivo de mejorar la salud, el bienestar y la funcionalidad de la persona, respetando su autonomía y su proceso individual.

Inclusión y protección social de las personas que usan drogas: Acciones y políticas dirigidas a garantizar el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación, el empleo y la vivienda para las personas que usan drogas. Buscan reducir la estigmatización y la exclusión social, generar oportunidades de integración y fortalecer redes de apoyo comunitario para mejorar la calidad de vida y la autonomía de estas personas.

Artículo 5. Enfoques de la política. Adoptar dentro de la Política integral para la prevención, reducción de daños y atención del consumo de sustancias psicoactivas lícitas

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

e ilícitas, en el marco de la salud pública y la implementación de un modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud (APS), los siguientes enfoques:

- **Derechos humanos:** Garantiza el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de las personas usuarias, promoviendo su inclusión y protegiéndolas contra el estigma, la discriminación y la exclusión social.
- **Diferencial:** Asegura que las estrategias respondan a las características específicas de cada grupo poblacional, considerando variables como edad, género, orientación sexual, etnia y condición de salud.
- **Territorial:** Bajo el cual se reconocen las particularidades sociales, culturales y económicas de cada territorio, adaptando las políticas e intervenciones a las realidades locales, con la participación de los actores.
- **Poblacional:** Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de desequilibrios.
- **Interseccional:** Bajo el cual se reconocen las múltiples dimensiones de desigualdad que interactúan para amplificar la vulnerabilidad, diseñando respuestas integrales y equitativas que promuevan la inclusión y la justicia social.
- **Curso de vida:** Integra intervenciones adaptadas a las necesidades y riesgos de cada etapa de desarrollo, desde la niñez hasta la adultez mayor, con especial énfasis en momentos críticos de transición.
- **Género:** Considera las diferencias en patrones, riesgos y consecuencias del consumo entre hombres, mujeres y personas con diversas identidades de género, abordando las desigualdades estructurales y promoviendo la equidad.
- **Étnico e intercultural:** Valora y respeta los saberes, prácticas y cosmovisiones de los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizales, palenqueros y Rrom, promoviendo el diálogo intercultural y la concertación en las acciones.
- **Comunitario:** Garantiza la participación de las comunidades en todas las fases de diseño e implementación de las intervenciones, fortaleciendo el liderazgo comunitario y la sostenibilidad de las acciones.
- **Reducción de Riesgos y Daños (RRD):** Enfoque pragmático y humanitario que busca minimizar los impactos negativos en la salud, sociales y legales asociados al consumo de sustancias psicoactivas

Artículo 6. Ejes de la política. Adoptar dentro de la Política integral para la prevención, reducción de daños y atención del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas cinco ejes estratégicos para la implementación de las acciones: *Eje 1. Promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas; Eje 2. Detección temprana y tratamiento integral de los problemas asociados al consumo; Eje 3. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas; Eje 4. Inclusión y protección social de las personas que usan drogas; Eje 5. Gestión para el ejercicio de la salud pública en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.*

Artículo 7. Eje de Promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. El Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades que lo integran y las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, deberán gestionar la articulación intersectorial y participación social en salud necesarios para la formulación,

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

implementación, monitoreo, seguimiento y evaluación de planes, programas y estrategias, basados en la evidencia, orientados a la identificación y reducción de condiciones de vulnerabilidad social asociadas al inicio del consumo de sustancias psicoactivas y el fortalecimiento de factores de protección, en los diferentes entornos de la vida cotidiana, incluidos los de ocio, creando entornos protectores para niñas, niños, adolescente y jóvenes. Estas acciones deberán integrar el accionar de los actores del sector salud, los otros sectores, los actores sociales y comunitarios y la comunidad en general.

Adicionalmente, deberán formular acciones de política públicas en salud orientadas a afectar de manera positiva los determinantes comerciales de la salud que intervienen en el consumo de sustancias psicoactivas, especialmente las reguladas.

Artículo 8. Eje de Detección temprana y tratamiento integral de los problemas asociados al consumo. Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán garantizar el acceso equitativo de las personas, familias y comunidades a estrategias de tamizaje, intervención breve y canalización a los servicios de salud, para la identificación y la gestión oportuna y de calidad de los consumos problemáticos, priorizando las poblaciones de especial interés definidas por la política. Asimismo, fomentarán la calidad y capacidad de respuesta de los servicios para el cuidado integral de la salud, conforme a las necesidades y potencialidades de las poblaciones en los territorios.

Artículo 9. Eje de Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán implementar acciones de reducción de los riesgos y daños por consumo de sustancias, basadas en evidencia científica, a través de la ampliación de la oferta de servicios que integren una perspectiva de espectro completo. Dicha oferta deberá articularse dentro de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud, con énfasis en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y contará con procesos de articulación efectiva con las organizaciones sociales y comunitarias con experiencia en este tipo de intervenciones. El aumento de la oferta de servicios de bajo umbral, como los dispositivos comunitarios, los CAMAD, los dispositivos de prevención y atención de sobredosis y los servicios de análisis de sustancias, así como el fortalecimiento de las terapias con agonistas y manejo del síndrome de abstinencia serán acciones prioritarias.

Artículo 10. Eje de Inclusión y protección social de las personas que usan drogas. El Ministerio de Salud y Protección Social, las entidades que lo integran y las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales desplegarán estrategias de gestión intersectorial dirigidas a la inclusión y protección social de las personas que usan drogas con el propósito de garantizar el goce efectivo de sus derechos y la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y vulneración social, a través de una respuesta integral e integrada. La articulación en red entre servicios sociales, de salud y comunitarios y la eliminación del estigma y la discriminación de las personas que usan drogas serán acciones prioritarias.

Artículo 11. Eje de Gestión para el ejercicio de la salud pública en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

y coordinará la actualización del Modelo de abordaje integral al consumo de sustancias psicoactivas como una estrategia articulada basada en el modelo preventivo, predictivo y resolutivo vigente. Este modelo organizará los componentes del sistema para garantizar la identificación, prevención, tratamiento, reducción de riesgos y daños e inclusión social de las personas afectadas, con un enfoque diferencial, interseccional y territorial.

Así mismo, El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud, con énfasis en salud mental y abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, que articulen acciones entre los niveles nacional, departamental y municipal, asegurando la participación de comunidades y actores locales. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de garantizar el acceso a intervenciones de educación para la salud, identificación temprana de riesgos, atención integral en salud y reducción de riesgos y daños en consumo de sustancias psicoactivas.

Con el fin de garantizar la acción intersectorial para la afectación positiva de los determinantes sociales de los consumos problemáticos, la reducción del estigma y la discriminación de las personas que usan drogas y la garantía de su inclusión social, el Ministerio de Salud y Protección Social, promoverá, a través de la gestión intersectorial con el Consejo Nacional de Estupefacientes o quien haga sus veces, la creación del Programa Nacional de Intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas y la creación de una instancia consultiva de alto nivel.

Parágrafo. La implementación efectiva y sostenida de la política a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible, se realizará en consonancia con los siguientes ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031: (i) Gobernanza y Gobernabilidad en salud pública; (ii) Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.; (iii) Determinantes Sociales de la Salud; (iv) Atención Primaria en Salud; (v) Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria y (vi) Personal de salud.

Artículo 12. Financiamiento. La Política integral para la prevención, reducción de daños y atención del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se financiará con cargo a los recursos del Sistema de Salud y demás recursos destinados para el aseguramiento u otros fines, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES o entidad que haga sus veces; por los recursos del Sistema General de Participaciones-SGP asignados a las Entidades Territoriales, recursos del Presupuesto General de la Nación-PGN que para el efecto se asignen y por los recursos propios destinados por las Entidades Territoriales para tal fin, atendiendo la normativa vigente y los usos señalados por la Ley para cada fuente y sujeto a las disponibilidades y a las proyecciones del Marco de Gasto de Mediano Plazo y Marco Fiscal de Mediano Plazo.

También podrán finanziarse con recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (Frisco) asignados al Ministerio de Salud y de la Protección social , así como los recursos que las entidades territoriales destinen en el marco del Plan de Acción para el cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública; en

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE

2025

HOJA Nº 9

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

articulación a los lineamientos establecidos en la Resolución 518 de 2015 y sus modificatorias; y los recursos de libre destinación que las entidades territoriales disponga.

Artículo 13. Monitoreo y seguimiento. El monitoreo y seguimiento de la presente política estará a cargo del Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía de la Dirección de Promoción y Prevención o el que haga sus veces, adoptando los procedimientos de seguimiento y monitoreo a las políticas públicas de salud y de protección social y de elaboración de estudios sectoriales y evaluaciones de política pública en salud del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 14. Inspección, Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de la presente resolución y el seguimiento de los indicadores para el Mejoramiento Continuo para Garantizar la Calidad en Salud.

Artículo 15. Vigencia. El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición, hasta el 31 de diciembre de 2033 y deroga la Resolución 089 de 2019

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C, a los

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Aprobó:

Jaime Hernán Urrego R.- Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios
Sandra Consuelo Manrique - Directora de Promoción y Prevención (e)
Rodolfo Salas Figueroa, Director Jurídico

ANEXO. Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas.

Una apuesta por el cuidado integral, la salud pública y los derechos humanos.
Ministerio de Salud y Protección Social
2025-2033

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

Contenido

ABREVIATURAS	12
DEFINICIONES	13
1. INTRODUCCIÓN	15
2. MARCO DE REFERENCIA	15
2.1. MARCO NORMATIVO.....	15
2.2. MARCO CONCEPTUAL	18
2.3. DISEÑO METODOLÓGICO	25
2.4. ENFOQUES DE LA POLÍTICA	25
DERECHOS HUMANOS	26
DIFERENCIAL 26	
TERRITORIAL 26	
POBLACIONAL	26
INTERSECCIONAL	26
CURSO DE VIDA.....	26
GÉNERO 26	
ÉTNICO E INTERCULTURAL	27
COMUNITARIO	27
REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS (RRD).....	27
2.5. PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA.....	27
DIGNIDAD HUMANA.....	27
IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN	27
INTEGRALIDAD	27
PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA	27
PARTICIPACIÓN	27
INTERCULTURALIDAD	27
PENSAMIENTOS PROPIOS Y ARMONÍAS	28
3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	28
3.1. SITUACIÓN DE CONSUMO DE SPA.....	28
3.2. SITUACIÓN DE LA OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS EN SALUD	36
3.3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PÚBLICO.....	39
4. MARCO ESTRATÉGICO.....	42
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	42
4.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA POLÍTICA	42
4.3. EJES DE LA POLÍTICA	43
4.3.1. EJE 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	43
4.3.2. EJE 2. DETECCIÓN OPORTUNA Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS POR CONSUMO	47

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

4.3.3.	EJE 3. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE SPA	50
4.3.4.	EJE 4. INCLUSIÓN, PROTECCIÓN SOCIAL Y CUIDADO DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS	53
4.3.5.	EJE 5. GESTIÓN PARA EL EJERCICIO DE LA SALUD PÚBLICA EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	54
4.4.	POBLACIONES DE ESPECIAL INTERÉS.....	58
MUJERES	58	
PERSONAS GESTANTES	58	
PERSONAS CON ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO DIVERSA -OSIGD	58	
NIÑOS Y NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES	59	
ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE PERTENECEN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN Y RESPONSABILIDAD PENAL DEL ADOLESCENTE	59	
PERSONAS CON TRASTORNOS Y ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL	59	
PERSONAS EN RIESGO O SITUACIÓN DE/EN CALLE	59	
PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD (PPL)	59	
POBLACIONES ÉTNICAS.....	59	
5.	ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN	60
6.	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA [1]	61
7.	REFERENCIAS	63

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Abreviaturas

- APS – Atención Primaria en Salud
CAPS – Centros de Atención Primaria en Salud
DALY – Años de Vida Ajustados por Discapacidad
EPS – Entidades Promotoras de Salud
EBS – Equipos Básicos de Salud
ET – Entidades Territoriales
ICBF – Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICMLCF – Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses
MSPS – Ministerio de Salud y Protección Social
MJD – Ministerio de Justicia y del Derecho
NSP – Nuevas Sustancias Psicoactivas
ODC – Observatorio de Drogas de Colombia
ODS – Objetivos de Desarrollo Sostenible
OSIGD – Personas con Orientación Sexual e Identidad de Género Diversa
PDSP 2022-2031 – Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031
PID – Personas que Inyectan Drogas
PND 2022-2026 – Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia de la Vida” 2022-2026
PND 2023-2033 – Política Nacional de Drogas 2023-2033
PPL – Personas Privadas de la Libertad
PUD – Personas que usan drogas
RITTS – Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud
RRD – Reducción de Riesgos y Daños
SAT – Sistema de Alertas Tempranas
SPA – Sustancias Psicoactivas
SRPA – Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes
TUS – Trastorno por Uso de Sustancias
UNODC – Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

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

Definiciones

Consumo de sustancias psicoactivas: Hace referencia al uso de sustancias legales e ilegales que alteran el estado de conciencia, la sensopercepción, el comportamiento y/o la memoria. De acuerdo con la Política Nacional de Drogas, este fenómeno abarca diversos patrones de consumo, desde el experimental hasta el trastorno por consumo, con implicaciones diferenciadas para la salud física, mental y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades.

Atención primaria en salud (APS): Estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en todos los niveles de complejidad. Busca garantizar el mayor bienestar posible a las personas, asegurando equidad, solidaridad y costo-efectividad en los servicios de salud mediante métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas.

Promoción de la salud: proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla, e incluye desarrollar políticas públicas saludables, crear ambientes de apoyo, apoyar la acción comunitaria a través del empoderamiento de las comunidades y desarrollar habilidades personales, proporcionando información, educación para la salud y mejorando las habilidades para la vida.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas: Conjunto de estrategias y acciones orientadas a evitar o reducir la probabilidad del inicio del consumo de sustancias psicoactivas o su progresión hacia formas problemáticas. Se implementa en diferentes niveles: prevención universal, dirigida a toda la población para fortalecer factores de protección; prevención selectiva, enfocada en grupos con mayor vulnerabilidad o exposición a factores de riesgo; y prevención indicada, destinada a personas con signos tempranos de consumo o alto riesgo de desarrollar problemas asociados. Además, incluye la prevención ambiental, que busca reducir la probabilidad de consumo modificando los entornos físicos, sociales, culturales y económicos sin basarse en la persuasión, mediante regulaciones como impuestos, restricciones en puntos de venta, limitación de la publicidad, regulación de la edad de venta a menores y etiquetado de advertencia.

Detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas: Identificación oportuna de signos de riesgo o consumo inicial de sustancias psicoactivas mediante herramientas de tamizaje y evaluación. Facilita la intervención breve, la canalización y el acceso a servicios adecuados para minimizar la progresión hacia consumos problemáticos o trastornos por uso de sustancias.

Reducción de riesgos y daños (RRD): Es tanto un enfoque como una estrategia de intervención. Como enfoque, reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad en la sociedad y busca minimizar sus impactos negativos sobre la salud y el bienestar de las personas sin imponer la abstinencia como única opción. Como estrategia, se traduce en acciones concretas basadas en la evidencia, como el acceso a material para un consumo de menor riesgo, programas con agonistas opioides (p.ej. mantenimiento con metadona), distribución de naloxona para la prevención y atención de sobredosis, entre otras. La RRD se fundamenta en la dignidad y los derechos humanos de las personas que usan sustancias, asegurando su acceso a servicios integrales y reduciendo la estigmatización y discriminación.

Tratamiento de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas: Conjunto de intervenciones basadas en la evidencia dirigidas a personas con consumo problemático o trastornos por uso de sustancias. Incluye abordajes médicos, psicológicos y psicosociales, articulados en diferentes niveles de atención, con el objetivo de mejorar la salud, el bienestar y la funcionalidad de la persona, respetando su autonomía y su proceso individual.

Inclusión y protección social de las personas que usan drogas: Acciones y políticas dirigidas a garantizar el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación, el

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE

2025

HOJA Nº 14

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

empleo y la vivienda para las personas que usan drogas. Buscan reducir la estigmatización y la exclusión social, generar oportunidades de integración y fortalecer redes de apoyo comunitario para mejorar la calidad de vida y la autonomía de estas personas.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

1. Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA), tanto legales como ilegales, representa un desafío complejo y multifacético para la salud pública, las políticas sociales y el desarrollo sostenible en Colombia. Este fenómeno atraviesa diversas dimensiones, afectando no solo la salud física y mental de las personas, sino también el bienestar de las familias y comunidades, y el tejido social, económico y cultural del país. Reconociendo esta complejidad, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha diseñado la - **Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas. Una apuesta por el cuidado integral, la salud pública y los derechos humanos-**

La política parte de un marco normativo sólido, que garantiza la atención integral al consumo de SPA, y se alinea con los principios establecidos en el **Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026**, que busca fortalecer la Atención Primaria en Salud (APS) como eje de las intervenciones en salud mental y consumo de SPA. Además, responde a los lineamientos establecidos en el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2022-2031**, que orienta las políticas nacionales hacia el fortalecimiento de entornos saludables y la promoción de la equidad en el acceso a los servicios de salud. Por último, esta política se enmarca en los compromisos internacionales de Colombia, promoviendo estrategias que equilibren los enfoques de salud pública, derechos humanos y justicia social.

El documento técnico que sustenta esta política tiene como propósito establecer un marco estratégico para enfrentar los desafíos asociados al consumo de SPA. Para ello, se ha diseñado a partir de un análisis diagnóstico integral que identifica las tendencias de consumo, los determinantes sociales y las barreras de acceso a los servicios. A su vez, plantea un modelo de intervención basado en la prevención, la detección oportuna, la RRD, y la inclusión y protección social, con énfasis en la articulación intersectorial y la territorialización de las respuestas.

En este contexto, la política aborda el consumo de SPA desde una perspectiva que reconoce la diversidad de patrones de uso, las necesidades específicas de poblaciones vulneradas y los impactos diferenciados en los territorios. Además, promueve enfoques diferenciales, de género, interculturales e interseccionales que orienten una atención equitativa y pertinente. Estos principios están alineados con las metas del PDSP, que prioriza la atención integral de las problemáticas de salud con un enfoque de derechos y de determinantes sociales.

A través de cinco ejes estratégicos, esta política busca consolidar un modelo preventivo, predictivo y resolutivo del consumo de SPA, que no solo responda a las necesidades inmediatas, sino que también contribuya a construir un entorno protector para las generaciones presentes y futuras. La implementación de esta política es, en esencia, un compromiso con el bienestar, la equidad y el desarrollo de un país que avanza hacia la protección de sus ciudadanos y ciudadanas, y la construcción de entornos más saludables y justos.

2. Marco de referencia

2.1. Marco normativo

El marco normativo que respalda la presente política está fundamentado en la **Constitución Política de Colombia (1991)**, la cual en su artículo 49, establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando el acceso de todas las personas a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Asimismo, el artículo 211 ordena la

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

coordinación de las autoridades administrativas para el cumplimiento de los fines del Estado, lo que implica que las acciones dirigidas al consumo de SPA deben ser articuladas entre las entidades del orden nacional y territorial, en el marco de los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad.

En este sentido, la **Corte Constitucional** ha enfatizado en la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana de las PUD, y ha ordenado al Estado garantizar acciones de prevención, atención y rehabilitación con un enfoque integral de salud pública en sentencias como la C-176 y C-221 de 1994, T-814 de 2008, C-574 y C-882 de 2011, T-497 de 2012, T-518 de 2013 y T-10 de 2016, entre otras.

En materia de protección de la infancia, la (Ley 1098, 2006) en su artículo 20, establece la obligación de proteger a niños, niñas y adolescentes del consumo de SPA, estupefacientes y bebidas alcohólicas, así como de las actividades asociadas a estos productos.

La **Ley 1438 de 2011**, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, adopta la Atención Primaria en Salud como estrategia fundamental, integrando la acción intersectorial y la participación social y comunitaria, elementos clave para el abordaje integral del consumo de SPA. Posteriormente, la **Ley 1566 de 2012** reconoce el consumo de SPA como un asunto de salud pública y establece la obligación del Estado de garantizar una atención integral para las personas que enfrentan problemas asociados al consumo, abuso o adicción, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las políticas públicas nacionales en salud mental y reducción del consumo de SPA.

En la misma línea, la **Ley 1616 de 2013** establece el derecho a la salud mental y prioriza la atención a niños, niñas y adolescentes, asignando al Consejo Nacional de Salud Mental la responsabilidad del seguimiento y evaluación de la política en esta materia y, complementariamente, la **Ley 1751 de 2015** regula el derecho fundamental a la salud y establece como obligación del Estado la formulación de políticas dirigidas a garantizar el goce efectivo de este derecho, asegurando la coordinación de todos los agentes del sistema y la implementación de estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

El **Plan Marco de Implementación de los Acuerdos de Paz de 2016** incluyó medidas para la atención a situaciones asociadas al consumo de SPA, como la revisión y ajuste de la política frente al consumo, la constitución de un sistema nacional de atención al consumidor, la implementación de mecanismos de seguimiento a las acciones territoriales y la generación de conocimiento en la materia.

En consonancia con este marco, el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031**, adoptado mediante la **Resolución 1035 de 2022**, reconoce la importancia de la interculturalidad y el territorio en la salud pública, estableciendo un enfoque de salud colectiva que requiere la participación social de las comunidades. Las **Resoluciones 2367 de 2023** y **100 de 2024** refuerzan este enfoque al definir que las entidades territoriales (ET) deben armonizar sus planes de salud con el modelo de salud preventivo y predictivo, basado en la APS.

El **Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”**, aprobado mediante la **Ley 2294 de 2023**, establece la actualización de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Nacional de Drogas, priorizando acciones transversales que inciden en los determinantes sociales de la salud mental y el consumo de SPA. Ambas políticas deben trabajar de manera coordinada para abordar de manera integral la reducción de las condiciones que vulneran a las poblaciones, para permitir vivir en entornos seguros y saludables desde un enfoque preventivo e integral con énfasis en la atención primaria y comunitaria.

Por su parte, la política de drogas específicamente demanda un énfasis en la reducción de la oferta y la demanda, la transformación de imaginarios culturales alrededor del consumo y la reducción de la disponibilidad de las SPA, lo cual requiere orientaciones propias para abordar sus desafíos. Por tanto, en su **artículo 193**, el Plan define estrategias para la promoción de la salud integral, la prevención del consumo, la detección oportuna, la RRD, y la inclusión y protección social de las PUD. Asimismo, establece la necesidad de generar políticas y

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

estrategias que permitan asegurar ambientes y estilos de vida saludables, garantizando el acceso a la atención integral desde enfoques de derechos humanos, género y otros enfoques diferenciales.

En el marco de estos lineamientos, el Gobierno Nacional lanzó la **Política Nacional de Drogas 2023-2033** (Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD], 2023b), la cual adopta un enfoque de salud pública, derechos humanos e inclusión social en la atención del consumo de SPA. En su Eje 4, esta política establece la necesidad de implementar medidas diferenciadas para la prevención y atención del consumo, con un enfoque integral e intersectorial que aborde las vulnerabilidades asociadas al uso de SPA. La estrategia contempla la promoción de la salud mental, la reducción del estigma, la ampliación de la cobertura en atención y la implementación de estrategias de RRD, con énfasis en la inclusión y protección social.

En lo referente al consumo de alcohol, el **decreto 120 de 2010** establece medidas para el control del consumo abusivo de alcohol, con el propósito de reducir los daños asociados a esta sustancia y minimizar riesgos de accidentalidad, violencia y criminalidad y entre sus disposiciones, crea la **Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo del Alcohol**, una instancia de coordinación encargada de proponer y supervisar políticas para mitigar los efectos del consumo nocivo de alcohol en la salud pública y la convivencia social. Además, el decreto plantea la restricción en la venta y publicidad de bebidas alcohólicas, establece lineamientos de prevención y educación, y promueve la adopción de estrategias de corresponsabilidad con actores públicos y privados para abordar esta problemática desde una perspectiva integral y basada en la salud pública.

Por su parte, la **Ley 1385 de 2010** establece medidas para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en bebés expuestos al consumo de alcohol de mujeres durante la gestación, y posteriormente la **Ley 1816 de 2016** fija el régimen propio del monopolio rentístico de licores destilados y establece la obligación de los departamentos de promover programas para la prevención y tratamiento de las adicciones relacionadas con el consumo de alcohol y en su artículo 37 establece que los departamentos promoverán la creación de programas para la prevención y tratamiento de las adicciones relacionadas con el consumo excesivo y la dependencia de los licores destilados, vinos, aperitivos y similares, para lo cual gestionará el apoyo de los productores, importadores, distribuidores y comercializadores de dichas bebidas. Así mismo, que los productores e introductores de licores deberán presentar un plan de responsabilidad social, que contenga estrategias para mitigar los efectos negativos producidos en el departamento por el consumo de los productos producidos o introducidos, en los plazos que determine cada departamento. Finalmente, el **Decreto 780 de 2016** regula el funcionamiento de la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol y define políticas para la regulación del consumo de bebidas alcohólicas.

En relación con el tabaco y productos relacionados, Colombia ha adoptado medidas en cumplimiento del **Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud**. La **Ley 1335 de 2009** establece políticas para la prevención del consumo de tabaco y la promoción del abandono de la dependencia en la población. Posteriormente, la **Ley 2354 de 2024** amplió las disposiciones para regular la venta, publicidad y consumo de cigarrillos, tabaco y dispositivos electrónicos, con un énfasis especial en la protección de menores de edad y la reducción de los daños asociados al consumo de nicotina.

En lo referente a la formación del talento humano en salud, la **Ley 1164 de 2007**, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, establece la definición del Talento Humano Salud, así como las disposiciones para su formación, gestión y ejercicio, y que en el año de 2018, el MSPS publicó el documento técnico con la política del Talento Humano en Salud con el propósito de promover y articular acciones intersectoriales en torno al mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud, en el contexto del sistema de salud y la respuesta a las necesidades de la población.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

A nivel internacional, la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible** insta a los Estados a fortalecer la coordinación interinstitucional para promover acciones transversales de prevención y tratamiento del abuso de SPA. En el **período de sesiones extraordinarias de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016** sobre el problema mundial de las drogas, se estableció un conjunto de recomendaciones centradas en la prevención, intervención temprana, tratamiento, recuperación y rehabilitación social, enfatizando la necesidad de adoptar enfoques de salud pública, derechos humanos y desarrollo humano en la respuesta estatal.

Las **Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas del 2019** establecen un marco normativo que orienta a los Estados hacia la implementación de políticas de drogas en plena conformidad con los estándares internacionales de derechos humanos. En materia de consumo de SPA, las directrices enfatizan la necesidad de garantizar el acceso universal y voluntario a servicios de salud basados en evidencia, incluyendo la prevención, el tratamiento, la RRD y el acceso equitativo a medicamentos esenciales. También instan a los Estados a eliminar las restricciones punitivas que impiden el acceso a estos servicios, despenalizar el consumo personal, eliminar la criminalización de las personas usuarias de drogas y promover alternativas a la prisión. Además, subrayan la importancia de proteger los derechos de poblaciones en condiciones de vulneración, como mujeres, personas privadas de la libertad (PPL) y comunidades afectadas por políticas represivas.

Por su parte, el **informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental** (A/79/177), presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2024, enfatiza la importancia de la reducción de daños como una estrategia esencial para la salud pública y los derechos humanos. En este documento, se argumenta que las políticas punitivas y criminalizadoras han exacerbado los riesgos y violaciones de derechos de poblaciones vulneradas, incluyendo personas que consumen drogas (PUD), trabajadoras sexuales, personas con VIH y comunidades LGBTIQ+ (OSIGD en esta política). La Relatora Especial insta a los Estados a integrar la reducción de daños en sus sistemas de salud y políticas públicas, garantizando servicios accesibles, asequibles y de calidad dentro de los marcos de cobertura sanitaria universal. Además, el informe destaca la importancia de eliminar barreras estructurales que perpetúan la marginalización y de regular eficazmente a los actores comerciales cuyo impacto negativo afecta la salud pública.

En este sentido, el MSPS, en su compromiso con la salud pública y los derechos humanos, incorpora estas directrices y recomendaciones, priorizando estrategias que reduzcan el estigma, garanticen la atención integral y promuevan la inclusión social de las PUD.

2.2. Marco conceptual

El consumo de SPA es un fenómeno complejo que trasciende las dimensiones individuales para insertarse en contextos sociales, culturales, económicos y políticos. Por esta razón, su abordaje requiere de una perspectiva integral que permita comprender sus múltiples causas y manifestaciones, así como sus efectos en la salud, el bienestar y los derechos de las personas, las familias y las comunidades.

Una política integral reconoce que el consumo no puede ser reducido exclusivamente a una perspectiva biomédica o de seguridad, sino que debe ser entendido como un fenómeno dinámico, influido por determinantes sociales, factores estructurales e interacciones individuales. Este enfoque permite identificar no solo los riesgos asociados, sino también las oportunidades para la promoción de entornos protectores, la prevención del consumo, la RRD y la inclusión y protección social de las PUD.

En el contexto colombiano, marcado por una enorme diversidad cultural, pero al mismo tiempo por unas profundas desigualdades y unas consecuencias desproporcionadas de la llamada “guerra contra las drogas”, una mirada teórica amplia es fundamental para garantizar que las estrategias respondan a las realidades de las distintas poblaciones y dejen atrás el paradigma prohibicionista que ha demostrado ser insuficiente para abordar el consumo de SPA y sus

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

consecuencias, con el fin de avanzar hacia enfoques basados en derechos humanos y la salud pública.

A lo largo de las últimas décadas, se ha superado la visión reduccionista que encasillaba el consumo en una dualidad entre abstinencia y la enfermedad. Este enfoque binario no solo limitaba la comprensión del fenómeno, sino que también restringía las posibilidades de intervención, al no considerar las múltiples formas en que las personas interactúan con las SPA. En la actualidad, el consumo de SPA, que comprende el uso de SPA legales e ilegales que, según la Organización Mundial de la Salud, alteran el estado de conciencia, la sensopercepción, el comportamiento y/o la memoria, se comprende como un fenómeno complejo y multifacético que abarca una amplia variedad de patrones, desde el uso experimental y recreativo hasta el consumo problemático o los TUS.

Las encuestas globales sobre consumo de SPA, evidencian que un porcentaje menor de las PUD desarrollan TUS (UNODC, 2023, 2024), lo cual sustenta el hecho de que las SPA no tienen siempre el mismo efecto en las personas. Resulta útil analizar el consumo de SPA a lo largo de un espectro que incluye el consumo experimental, ocasional, habitual, el uso problemático, consumo excesivo y los TUS (Centre for Addiction and Mental Health, 2023); sin embargo, es importante tener en cuenta que las personas no necesariamente transitan por una ruta de consumo, escalando hasta los consumos más problemáticos o los trastornos, sino que pueden permanecer en algún punto del continuum, incluso con diferentes SPA (Toronto Public Health, s/f), por lo que las formas de abordar el consumo pueden ser múltiples y deben estar ajustadas a sus capacidades y necesidades.

Figura 1. El continuo del consumo de SPA.



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

- **Abstinencia:** se refiere a la decisión de una persona de no consumir una sustancia psicoactiva, ya sea de manera temporal o permanente.
- **Consumo experimental:** se refiere al uso inicial y esporádico de una sustancia psicoactiva con el propósito de explorar sus efectos. Este tipo de consumo suele estar influenciado por factores sociales, culturales o personales, como la búsqueda de nuevas experiencias, la presión de grupo o la disponibilidad de la sustancia.
- **Consumo ocasional:** se caracteriza por el uso esporádico y no sistemático de una sustancia en situaciones específicas o sociales. Este tipo de consumo no suele interferir significativamente en las actividades cotidianas o en el bienestar general del individuo. Un ejemplo típico es el consumo de alcohol durante celebraciones o eventos especiales.
- **Consumo habitual:** implica el uso regular de una sustancia, generalmente en un patrón predecible o rutinario, que se integra en las actividades diarias de la persona. Este tipo de consumo puede no estar asociado inicialmente con consecuencias negativas evidentes, pero puede aumentar el riesgo de dependencia física o psicológica, así como el desarrollo de problemas de salud a largo plazo.
- **Consumo problemático:** se refiere al uso de SPA, sin importar su frecuencia, que genera consecuencias negativas en cualquier aspecto de la vida del individuo, incluyendo la salud física y mental, las relaciones interpersonales, el desempeño laboral o académico, y la seguridad personal. Este tipo de consumo no

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

necesariamente implica dependencia, pero está asociado con un aumento del riesgo de daños a corto y largo plazo, tanto para el usuario como para su entorno.

- **Trastorno por uso de sustancias (TUS):** es una categoría clínica que describe un patrón de uso de SPA que genera una dependencia física o psicológica y que tiene un impacto significativo y persistente en la salud y el bienestar del individuo.

El **modelo de la tríada del consumo de Zinberg** (Berjano & Musitu, 1987; Zinberg, 1986), que plantea que los efectos de las SPA psicoactivas no dependen exclusivamente de sus propiedades farmacológicas, sino que resultan de la interacción entre tres factores (la sustancia, la persona y el entorno), resulta clave para la comprensión de este fenómeno:

Figura 2. Modelo de la tríada del consumo.



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

- **Sustancia:** Este factor se refiere a las propiedades químicas y farmacológicas de las SPA, incluyendo su potencia, dosis, vía de administración y efectos esperados. Por ejemplo, los efectos estimulantes de la cocaína, los efectos depresores del alcohol o los efectos psicodélicos del LSD son determinantes clave, pero no suficientes para explicar la experiencia completa del consumo.
- **Persona:** Este aspecto incluye las características de la persona que consume, como su estado físico y mental, experiencias previas con la sustancia, motivaciones para consumir, expectativas sobre sus efectos y su nivel de tolerancia, entre otros. Por ejemplo, una persona que consume para manejar el estrés puede experimentar efectos diferentes a otra que lo hace en un contexto recreativo.
- **Entorno:** Este factor abarca el ambiente físico, social y cultural en el que ocurre el consumo. Incluye elementos como la legalidad de la sustancia, normas sociales, estigma, relaciones interpersonales y la disposición de recursos para reducir riesgos. Por ejemplo, consumir alcohol en una celebración familiar es diferente a hacerlo en un entorno de aislamiento y estrés.

Ahora bien, el consumo de SPA, tanto legales como ilegales, ha sido considerado un **problema de salud pública** de gran magnitud debido a su impacto en la salud física y mental, así como en la calidad de vida de las personas, familias y el bienestar de las comunidades. Este fenómeno no solo contribuye al aumento de la carga global de enfermedades y mortalidad, sino que también perpetúa desigualdades sociales y económicas. SPA como el tabaco, el alcohol, la marihuana, los opioides o la cocaína están asociadas con una variedad de consecuencias adversas que van desde enfermedades transmisibles y no transmisibles hasta trastornos mentales y lesiones de causa externa.

El consumo de SPA está estrechamente relacionado con la propagación de enfermedades transmisibles como el VIH, las hepatitis B y C, y la tuberculosis (Friedland, 2010). Los comportamientos de riesgo asociados al consumo de SPA, como el uso compartido de

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

jeringas y las prácticas sexuales sin protección, son factores determinantes para la transmisión de estas infecciones. En particular, las personas que se inyectan drogas (PID) enfrentan un riesgo elevado de contraer estas enfermedades (Kolla et al., 2020).

Por otro lado, el consumo de SPA también contribuye significativamente al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones de causa externa como los accidentes de tráfico. El abuso de alcohol está asociado con enfermedades hepáticas como la cirrosis, trastornos cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (World Health Organization, 2018), mientras que el tabaquismo es una de las principales causas de enfermedades respiratorias crónicas (Labaki & Han, 2020) y cáncer de pulmón (Islami et al., 2015). Además, el consumo de SPA como los estimulantes se relaciona con una mayor incidencia de infección por VIH y hepatitis C, afectaciones a la salud mental (tendencia suicida, psicosis, depresión y violencia) y un mayor riesgo de eventos cardiovasculares (Farrell et al., 2019). Estas dinámicas no solo afectan a la salud individual, sino que también imponen una carga económica significativa sobre los sistemas de salud (Degenhardt et al., 2018; Whiteford et al., 2015).

El impacto del consumo en la salud mental es igualmente relevante. Existe una relación bidireccional entre el consumo de SPA y los trastornos mentales, donde uno puede ser causa y consecuencia del otro. Por ejemplo, el abuso de alcohol está vinculado a la depresión y las conductas suicidas (Norström & Rossow, 2016), mientras que el consumo frecuente de marihuana se asocia con un mayor riesgo de desarrollar psicosis, especialmente en personas con predisposición genética (Murray et al., 2016). Además, las SPA estimulantes, como la cocaína, pueden provocar episodios de ansiedad severa y paranoia, exacerbando los problemas de salud mental en personas vulnerables (Paiva et al., 2017).

La relación entre el consumo de SPA y la violencia es otro aspecto crítico que debe considerarse. No existe evidencia sobre una relación causal entre el consumo de SPA y la violencia, aunque se ha considerado que este puede ser un detonante (factor de riesgo) cuando las SPA tienen efectos desinhibidores en la persona, lo que puede exacerbar características agresivas preexistentes (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 2017). En ese sentido, el consumo de alcohol y estimulantes, por ejemplo, está vinculado a un aumento en los comportamientos agresivos, incluyendo violencia doméstica y delitos violentos (Duke et al., 2018).

En conclusión, el consumo de SPA es un fenómeno complejo que afecta múltiples dimensiones de la salud y la sociedad. Reconocer sus vínculos con enfermedades transmisibles, crónicas, salud mental y violencia es fundamental para diseñar políticas públicas integrales e intersectoriales. Estas deben enfocarse en la prevención, el tratamiento de los TUS, la RRD, y la promoción de entornos de cuidado e inclusión lo cual incluye además los aspectos relacionados con condiciones físicas y sanitarias dignas, garantizando una respuesta efectiva y humanitaria al desafío que plantea el consumo de SPA.

Entender el consumo de SPA desde la perspectiva de la salud pública implica aceptar que el consumo puede llevar a la enfermedad, que existen diferencias entre las SPA y sus riesgos, y diferencias en la interacción de estas con las personas que las usan y sus contextos, representando diferentes niveles de riesgo y vulnerabilidad a la dependencia (Medina-Mora et al., 2013; Scopetta & Castaño Pérez, 2018).

Con respecto al **abordaje del consumo** y los posibles efectos negativos derivados, existen múltiples interpretaciones epistemológicas (Pons Diez, 2008), que se basan principalmente en modelos unidimensionales y multidimensionales (Porumb, 2019).

Los modelos unidimensionales son aquellos que se centran en una sola categoría de factores explicativos, generalmente profundizando una faceta importante del consumo de SPA (social, psicológico, médico, etc.), bajo la hipótesis de que existe algún predominio explicativo, lo cual puede resultar bastante práctico en términos de intervención. Estos modelos, aunque han tenido un gran valor epistemológico, han resultado insuficientes para explicar la complejidad del dominio. Por su parte, los modelos multidimensionales, que integran diferentes factores

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

explicativos, (modelo biopsicosocial, modelo de estilo de vida, modelo de cambio) tienen un valor particularmente descriptivo, pero poco operativo (Porumb, 2019).

La teoría de los determinantes sociales de la salud plantea que las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen influyen significativamente en su salud y bienestar (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020), incluyendo los patrones de consumo de SPA. Factores como la pobreza, el acceso a educación, la exclusión social, las condiciones laborales, y la calidad de las redes de apoyo son elementos estructurales que moldean las oportunidades y riesgos para el consumo.

En el caso del consumo de SPA, estas dinámicas pueden determinar el inicio, la frecuencia, la intensidad y las consecuencias del uso. Por ejemplo, un contexto de desempleo, estrés crónico o falta de oportunidades puede aumentar la vulnerabilidad al consumo como un mecanismo de afrontamiento. De igual manera, el acceso limitado a servicios de salud, educación y apoyo psicosocial puede dificultar la prevención y tratamiento de patrones problemáticos.

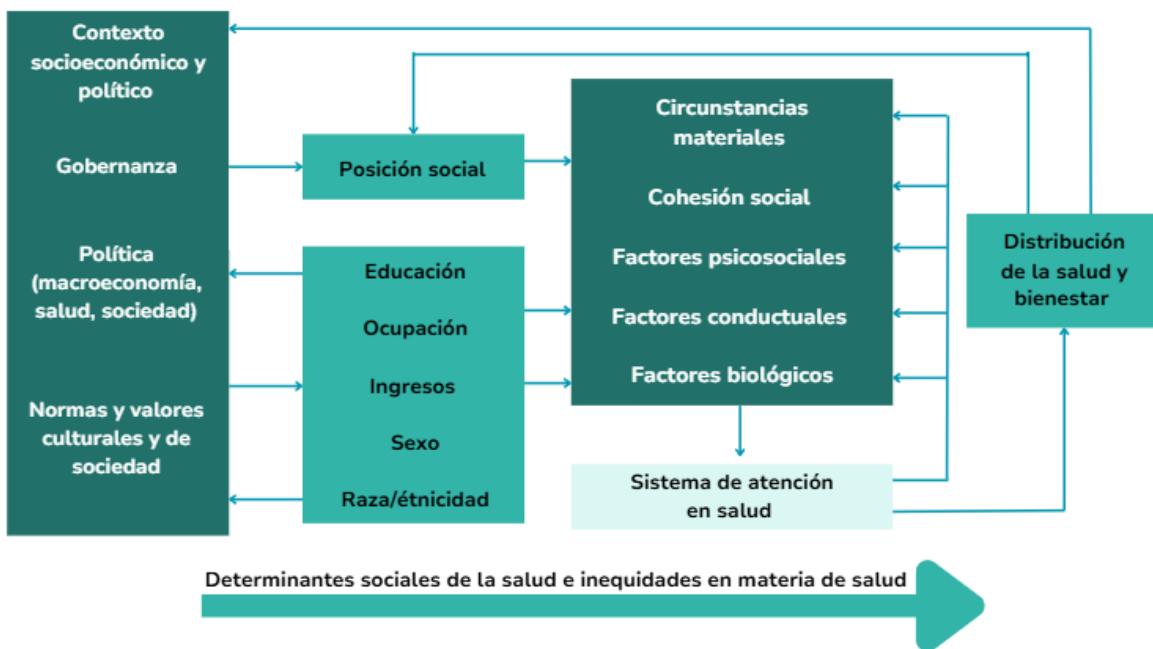
El modelo reconoce que los determinantes sociales no afectan a todas las personas por igual, ya que las desigualdades estructurales crean condiciones de mayor vulnerabilidad para ciertos grupos. En este sentido:

- **Factores económicos:** Los factores económicos desempeñan un papel clave en la vulnerabilidad al consumo de SPA, con dinámicas diferenciadas según el nivel socioeconómico. Aunque las altas prevalencias de consumo son comunes en niveles socioeconómicos altos, la pobreza y la inequidad económica son fuertes predictores de riesgo. En contextos de desigualdad, las personas con menos recursos pueden tener menos acceso a información y servicios de salud.
- **Factores culturales y sociales:** Las normas sociales y el estigma asociado al consumo pueden excluir a las personas usuarias de recursos básicos y exacerbar su marginalidad.
- **Factores ambientales:** La exposición a entornos violentos o inseguros, como zonas afectadas por conflicto armado o narcotráfico, aumenta la probabilidad de consumo problemático y los riesgos asociados.

Estas desigualdades pueden agravarse por características individuales como el género, la etnicidad, la identidad sexual y la edad, que interactúan con los determinantes sociales y amplifican las barreras al acceso a derechos y servicios.

Figura 3. Teoría de los determinantes sociales de la salud

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



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

La resolución 1035 de 2022, que adopta el PDSP 2022-2031, y la resolución 2367 de 2023, que modifica los artículos 1, 2 y 3, así como el anexo técnico en los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11, reconocen que los determinantes sociales varían según las características específicas de cada país, como sus sistemas sociales, culturas e ideologías predominantes. Por ello, se aboga por políticas públicas fundamentadas en la equidad, la justicia social y los derechos humanos, con el objetivo de reducir las desigualdades, eliminar factores que perpetúan la violencia y garantizar el bienestar general. Esto implica una intervención estructural para incidir directamente en el proceso salud-enfermedad-muerte, promoviendo una sociedad más inclusiva y equitativa.

Frente al fenómeno del consumo, implica que las estrategias de prevención y atención deben abordar no solo los factores individuales, sino también los contextos estructurales que generan desigualdad, lo que en el contexto colombiano se traduce en la necesidad de políticas que:

- Promuevan la equidad social y territorial, con acciones específicas en las regiones más vulnerables.
- Integren enfoques interculturales que respeten y valoren las tradiciones y conocimientos de las comunidades étnicas.
- Fortalezcan los sistemas de protección social, garantizando el acceso a servicios de salud, educación y empleo para las personas usuarias y sus familias.
- Reduzcan el estigma asociado al consumo, promoviendo la inclusión social y la protección de derechos.

Por su parte, el **modelo bioecológico** postula que las relaciones que las personas tienen se ven afectadas por los diferentes entornos en los que participan y por su relación con las demás personas con quienes interactúan; estas a su vez se ven afectadas por factores sociales, culturales y políticos más amplios. Estas numerosas capas de relaciones y entornos interactúan entre sí y, en última instancia, influyen en el desarrollo individual (Bronfenbrenner & Ceci, 1994; Bronfenbrenner & Morris, 2007). Por lo tanto, si se pretende comprender el complejo fenómeno del consumo de SPA, es necesario implicar dentro de este proceso las

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

características personales del consumidor y las múltiples características socioambientales que le rodean (Pons Diez, 2008).

Figura 4. Modelo bioecológico.



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

Los entornos se refieren a espacios históricos, sociales, culturales que pueden ser físicos o virtuales donde se relaciona una persona a diferentes niveles. Estos son familiar, comunitario, laboral, educativo e institucional, e incluyen condiciones físicas y sanitarias. Cada entorno influye en la salud y bienestar de las personas de manera única.

- El **entorno comunitario** se destaca por forjar dinámicas sociales y afectivas entre los miembros de un mismo grupo comunitario.
- El **entorno laboral** impacta en el bienestar emocional y físico de los trabajadores.
- El **entorno educativo** se centra en el desarrollo de capacidades de la comunidad educativa directa o indirecta.
- El **entorno hogar** promueve referentes sociales, jerárquicos y culturales básicos para los desafíos cotidianos.
- El **entorno institucional**, especialmente para niñas, niños y adolescentes, debe garantizar oportunidades para el desarrollo integral y mecanismos de inclusión social.
- El **entorno virtual**, como escenario transitorio y espacio digital interactivo donde las personas se relacionan, comunican y acceden a información a través de plataformas tecnológicas, influyendo en su bienestar emocional y cognitivo de manera flexible y a menudo instantánea; que impacta las redes de apoyo social.

Este modelo comprende entonces el consumo de SPA como un fenómeno global y social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y al propio producto y sus efectos sobre un individuo que desarrolla su comportamiento en un marco ambiental definido por los anteriores contextos (Pons Diez, 2008).

Desde estas perspectivas multidimensionales, la salud no es un atributo del individuo mismo, sino de su interacción con los diferentes entornos y relaciones en que se desarrolla su conducta (Sánchez Vidal, 1996) y en ese mismo sentido, los estilos de vida saludables de una persona estarán definidos por una serie de factores interrelacionados, tales como: características individuales y del entorno micro-social inmediato (familia, amigos, trabajo, comunidad, entre otros), factores macro-sociales (sistema social, cultura de valores imperante, medios de comunicación) y medio físico geográfico en que se desarrolla la conducta de los individuos (Pons Diez, 2008).

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

2.3. Diseño metodológico

El proceso de formulación de esta política se desarrolló en línea con el mandato del **PND 2022-2026** (Ley 2294 de 2023), el cual establece la necesidad de formular una nueva Política Nacional de Drogas con una proyección de diez años, de manera participativa e incluyente, con enfoques diferencial, de género y territorial.

Como uno de los principales insumos para el diseño de esta política, la construcción de la **PND 2023-2033**, contó con una amplia participación de comunidades y actores estratégicos. En este proceso, se llevaron a cabo 27 espacios territoriales con la participación de representantes de comunidades campesinas, indígenas y afrodescendientes, así como autoridades locales y departamentales. Además, se realizaron mesas técnicas interinstitucionales con la participación de 44 entidades del nivel nacional, organizadas en función de sus competencias en la implementación de la política de drogas. Además de esto, se estableció una Mesa de Aliados Estratégicos, que incluyó a la academia, el sector privado y organismos de cooperación internacional. La consolidación de estos espacios garantizó un enfoque de construcción desde los territorios, promoviendo la identificación de necesidades y soluciones específicas para las comunidades afectadas por el fenómeno del consumo de SPA.

Posteriormente, se consideraron diversas fuentes de información y mecanismos de participación, entre ellos el II Foro Iberoamericano sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto en la Salud Pública, realizado el 26 de junio de 2024. En este espacio, liderado por la Academia Nacional de Medicina de Colombia y la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), se destacó que el consumo de sustancias psicoactivas representa un problema creciente de salud pública, con un aumento en la prevalencia y una edad de inicio cada vez más temprana. Como parte de sus principales recomendaciones, se resaltó la necesidad de adoptar un enfoque integral basado en la APS, con estrategias de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de riesgos y daños, acompañadas del fortalecimiento de capacidades técnicas y de laboratorios para la identificación de nuevas sustancias. Asimismo, se enfatizó en la urgencia de garantizar la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento de los trastornos por consumo, la necesidad de revisar los requisitos de habilitación para las instituciones que ofrecen servicios de atención y rehabilitación, y la importancia de formar talento humano capacitado para responder a los desafíos emergentes en el abordaje del consumo de sustancias.

Adicionalmente, en diciembre de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló espacios de apropiación con grupos de interés, en los cuales se presentó el avance en la formulación del Plan de Acción de la política. Estos encuentros facilitaron la validación de las estrategias y permitieron recoger recomendaciones de actores clave en el ámbito de la salud, la protección social y la gestión intersectorial. Entre los participantes se incluyeron entidades gubernamentales, prestadores de servicios de salud y organizaciones de la sociedad civil.

El diseño de la política también se basó en un análisis técnico y normativo que permitió estructurar un modelo integral de atención, alineado con el enfoque de APS y el modelo preventivo, predictivo y resolutivo. Para ello, se analizaron datos epidemiológicos sobre el consumo de SPA en Colombia y la evidencia científica disponible en la materia, así como experiencias previas en la implementación de la política de prevención y atención integral del consumo de SPA (2019). Finalmente, se estructuró un marco de seguimiento y evaluación, que permitirá medir el impacto de la política a través de indicadores de gestión, resultado e impacto, alineados con el PDSP 2022-2031 y la PND 2023-2033.

2.4. Enfoques de la política

La Política, en el marco de la salud pública y la implementación de un modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud (APS), adoptará los siguientes enfoques:

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Derechos Humanos

Este enfoque garantiza que las PUD sean tratadas con dignidad y respeto, asegurando sus derechos fundamentales, como la salud, la vida, la libertad y la no discriminación. Busca eliminar el estigma y la discriminación que limitan el acceso a servicios y evitan la búsqueda de tratamiento, reduciendo el riesgo de abusos, violencia y exclusión social. Este enfoque promueve la inclusión y la protección de las personas usuarias, transformando los sistemas de atención hacia una respuesta más justa y humanitaria.

Diferencial

Este enfoque reconoce que el consumo de SPA afecta de manera distinta a las personas en función de variables como edad, género, identidad de género, orientación sexual, pertenencia étnica, condición de salud física o mental y discapacidad.

Territorial

Este enfoque reconoce las particularidades de cada territorio en lo urbano y lo rural, en cuanto a dinámicas sociales, culturales, económicas y de consumo de SPA. Este enfoque garantiza que las políticas e intervenciones se adapten a las realidades locales, promoviendo soluciones pertinentes y sostenibles. Además, aboga por la participación activa de actores locales en la implementación de estrategias, asegurando que respondan a las necesidades y contextos específicos de cada región.

Poblacional

Consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, con el fin de responder a los problemas que de allí se derivan, orientándose a la formulación de objetivos y estrategias de desarrollo para el aprovechamiento de las ventajas del territorio y la superación de desequilibrios.

Interseccional

Este enfoque reconoce que las personas no experimentan las desigualdades de manera aislada, sino a través de múltiples dimensiones interconectadas como género, etnicidad, clase, discapacidad y migración, entre otras. Este enfoque busca comprender cómo estas intersecciones amplifican la vulnerabilidad al consumo de SPA y diseñar estrategias integrales que respondan a estas realidades complejas, promoviendo la equidad y la inclusión en la prevención, el tratamiento y la reducción de daños.

Curso de vida

El enfoque de curso de vida reconoce a las personas a lo largo de su trayectoria vital, y a sus familias y comunidades como centro de la política. Comprende el transcurso de toda la vida de las personas, como un proceso continuo, permanente y dinámico, desde la gestación hasta la muerte. Se interesa por el reconocimiento de cambios, capacidades, experiencias, influencias y desafíos relacionados con las personas con riesgo o que usan drogas a lo largo de los momentos del curso de la vida. Identifica momentos sensibles y períodos críticos que aumentan la susceptibilidad al consumo, como la adolescencia y las transiciones a la adultez. Asegura intervenciones personalizadas que respondan a las capacidades, necesidades y riesgos específicos en cada momento de la vida; promoviendo intervenciones durante la gestación, primera infancia, infancia, adolescencia, juventud que repercutan en la adultez y vejez y en las generaciones futuras.

Género

Este enfoque reconoce las diferencias en las experiencias, patrones y efectos del consumo entre hombres, mujeres y personas con diversas identidades de género. Este enfoque analiza cómo las normas, roles y desigualdades de género influyen en el consumo, los riesgos y las consecuencias, para garantizar que las estrategias aborden estas diferencias de manera equitativa. Busca evitar la perpetuación de desigualdades, estigmatización y exclusión, promoviendo la inclusión y el respeto por los derechos humanos de todas las personas, independientemente de su identidad de género.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Étnico e Intercultural

Este enfoque garantiza el respeto y la inclusión de las prácticas, tradiciones y cosmovisiones de los pueblos y comunidades étnicos en las estrategias de intervención. Busca evitar la estigmatización y la discriminación, promoviendo la igualdad en el acceso a servicios. Reconoce la importancia del diálogo intercultural y la concertación de acciones con comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, y Rrom, con el fin de diseñar políticas y programas que respondan a sus realidades y necesidades.

Comunitario

El enfoque comunitario garantiza que las comunidades participen activamente en todas las fases de los programas que afectan sus vidas. Este enfoque promueve el liderazgo comunitario como agente de cambio, fomentando la autodeterminación y la capacidad de las comunidades para identificar sus necesidades, establecer prioridades, y diseñar, implementar y evaluar proyectos. Esto asegura que las intervenciones sean culturalmente apropiadas y sostenibles, reforzando el tejido social y la cohesión comunitaria.

Reducción de Riesgos y Daños (RRD)

La RRD es un enfoque pragmático y humanitario que busca minimizar los impactos negativos en la salud, sociales y legales asociados al consumo de SPA. Reconoce que muchas PUD no necesariamente requieren tratamiento o no dejarán de consumir, al menos en el corto plazo, por lo que plantea acciones que reduzcan los riesgos y mitiguen los daños asociados al consumo. Este enfoque se orienta a transformar el estigma y las barreras institucionales que dificultan el acceso a servicios, promoviendo un enfoque de salud pública basado en derechos humanos, equidad e inclusión.

2.5. Principios de la política

Dignidad Humana

Reconoce el derecho de todas las personas a vivir con respeto, seguridad y libre de explotación, violencia o malos tratos. Este principio aboga por una atención humanizada en salud, con servicios de calidad que cuenten con recursos accesibles y personal capacitado para responder a las necesidades de las PUD.

Igualdad y no discriminación

Garantiza que todas las personas sean tratadas con respeto y consideración, sin importar sus condiciones individuales. Este principio, alineado con el artículo 13 de la Constitución Política de Colombia, busca eliminar barreras de acceso a servicios y evitar cualquier forma de exclusión o estigmatización.

Integralidad

Garantiza la atención integral e integrada a través de procesos de articulación, coordinación y complementariedad. Implica el abordaje de los determinantes sociales en salud.

Promoción de la autonomía

Reconoce el derecho de las personas a tomar decisiones informadas sobre su salud mental y física, libres de coerción o influencias externas. Este principio enfatiza el respeto por las creencias, valores y preferencias individuales, fomentando su autodeterminación y su capacidad para formular y alcanzar sus objetivos de vida.

Participación

Promueve la acción activa de los actores sociales para identificar problemas, definir prioridades y formular propuestas. Este principio garantiza que las comunidades, personas usuarias y actores clave tengan voz y capacidad de incidencia en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, fortaleciendo su rol como agentes de cambio.

Interculturalidad

Reconoce y respeta la diversidad cultural de Colombia, integrando los saberes y prácticas tradicionales, complementarias e integrativas en los enfoques de promoción, prevención,

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

RRD, tratamiento e inclusión y protección social. Este principio fomenta un diálogo intercultural que permita adecuar las estrategias a las particularidades socioculturales de las comunidades étnicas y rurales, respetando su cosmovisión y autonomía.

Pensamientos propios y armonías

Incorpora los saberes ancestrales de los pueblos y comunidades étnicas como guía para sus intervenciones, buscando restablecer la armonía, reconectar la vida con el territorio y equilibrar el presente con prácticas tradicionales. Este principio subraya la importancia de respetar las singularidades culturales como un eje de salud integral.

Y demás principios propios de la **garantía del derecho a la salud**, como la universalidad, equidad, oportunidad, libre elección, concurrencia, subsidiariedad, continuidad, sostenibilidad y eficiencia.

3. Diagnóstico situacional

3.1. Situación de consumo de SPA

Con el fin de conocer la magnitud y características del consumo de SPA, tanto legales como ilegales, entre la población 12 a 65 años de Colombia, se realiza el **Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas** (MJD, 2019). Según el último estudio, las SPA legales son aquellas con mayor prevalencia de consumo.

El 84% de los encuestados en este estudio (MJD, 2019) reporta haber consumido **alcohol** alguna vez en la vida, y un 30.1% refiere que lo hizo en el último mes, lo que equivale a 7.1 millones de personas. La mayor prevalencia se concentra en los grupos de 25 a 34 años (39.7%) y 18 a 24 años (38.3%), con un 20.4% de los consumidores de último mes presentando patrones perjudiciales. Además, el inicio temprano del consumo, con un 25% de los usuarios iniciándose a los 15 años o antes, exacerbaba los riesgos.

Geográficamente, territorios como Vaupés (49.8%), Boyacá (40.3%), Chocó (38,3%), Casanare (37,5%), Bogotá D.C. (33,4%), Meta (32,8%), Medellín y área metropolitana (32,5%), Huila (31,5%), Cundinamarca (31,3%), Risaralda (30,8%), Atlántico (30,7%), Cali y Yumbo (30,2%), presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (30,1%) mientras que Sucre, Cesar y Caquetá muestran valores significativamente menores (MJD, 2019). Aunque el consumo en el último mes es mayor en los estratos socioeconómicos altos, los problemas asociados al abuso de alcohol se concentran en los estratos bajos (MJD, 2019). La percepción de gran riesgo frente al consumo frecuente, es alta en general (82.3%), sin embargo, disminuye en los estratos altos y entre adolescentes, quienes requieren estrategias diferenciadas (MJD, 2019).

Un 12,1% de la población del estudio (MJD, 2019) reportó haber fumado **tabaco** en el último año, y un 10% lo hizo en el último mes, con mayor prevalencia entre hombres (13,8%) y en el grupo etario de 45 a 64 años (7,3%). El consumo diario afecta al 5,7% de la población, siendo más común en hombres y en personas del estrato 2. La edad más frecuente de inicio es 18 años, aunque 25% comienza a los 15 años o antes (MJD, 2019).

En términos regionales, territorios como Vaupés (16,9%), Bogotá D.C. (13,7%), Cundinamarca (12,8%), Caldas (12,6%), Boyacá (12,1%), Medellín y área metropolitana (12,0%), Guainía (11,6%), Risaralda (11,0%), Casanare (10,5%) y Nariño (9,9%) presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (9,8%) mientras que Córdoba, Choco y San Andrés muestran valores significativamente menores (MJD, 2019). Con respecto porcentaje de personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol según dominio territorial, el estudio (MJD, 2019) revela que Vaupés (21,9%), Chocó (21,7%), La Guajira (14,1%), Casanare (9,2%), Guaviare (8,6%), Cesar (8,3%), Guainía (8,0%), Putumayo (7,9%), Boyacá (7,8%), Nariño (7,7%), Resto de Antioquia (7,3%), Medellín y área metropolitana (7,5%), Córdoba (7,2%), Vichada (7,0%), Resto del Valle (6,9%), Arauca (6,8%), Bogotá D.C. (6,6%), Caldas (6,4%), Huila (6,3%), Amazonas (6,2%) presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (6,1%).

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Si bien el 85,5% de la población encuestada (MJD, 2019) percibe un gran riesgo asociado al consumo frecuente de cigarrillos, esta percepción es menor entre adolescentes (80,5%). Además, aunque el uso de dispositivos electrónicos con nicotina es bajo (5% alguna vez en la vida y menos del 1% en el último mes), es más frecuente en hombres jóvenes (18-24 años) y en estratos altos.

Según este mismo estudio (MJD, 2019), el consumo de **SPA ilícitas** en Colombia afecta al 10,3% de la población alguna vez en la vida, con diferencias significativas entre hombres (14,5%) y mujeres (6,3%). En el último año, la prevalencia fue del 3,4%, equivalente a 800,000 personas, destacándose los grupos de 18 a 24 años (7,5%) y 25 a 34 años (5%). El consumo aumenta con el nivel socioeconómico, alcanzando un 4,7% en los estratos altos. La edad más frecuente de inicio es a los 18 años, con un 50% de los usuarios iniciándose entre los 15 y 20 años.

Geográficamente, territorios como Risaralda (6,8%), Quindío (5,9%), Medellín y área metropolitana (5,4%), Caldas (5,1%), Amazonas (4,4%), Bogotá D.C. (4,3%), Cauca (4,2%), Putumayo (3,6%) y Nariño (3,5%) presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (3,4%), mientras que Cesar, Bolívar y San Andrés muestran valores significativamente menores (MJD, 2019).

Aproximadamente 350,000 personas presentan patrones de **abuso o dependencia**, siendo los hombres los más afectados (70%). De los consumidores del último año que participaron en este estudio (MJD, 2019), el 47,2% reporta problemas relacionados con el consumo, reflejados en impactos físicos, psíquicos, familiares o sociales. Aunque el consumo aumenta con el nivel socioeconómico, los problemas de dependencia y abuso son más prevalentes en los estratos bajos, donde afectan al 58,3% de los usuarios.

Según este estudio (MJD, 2019), la **marihuana** es la sustancia ilícita de mayor consumo, con un 8,3% de la población habiéndola consumido alguna vez en la vida, destacándose, diferencias significativas por sexo (12,3% hombres frente a 4,6% mujeres). En el último año, un 2,7% de la población reportó consumo, lo que equivale a 640,000 personas, con prevalencia más alta en jóvenes de 18 a 24 años (6,5%) y 25 a 34 años (4,2%). Cerca del 51% de los consumidores del último año muestra signos de abuso o dependencia, afectando principalmente a hombres y jóvenes entre 18 y 34 años. La percepción de riesgo frente al consumo ocasional es moderada (71%), pero aumenta al 88% para el uso frecuente, con la menor percepción en los estratos socioeconómicos altos (4 a 6).

En términos regionales, territorios como Risaralda (5,7%), Quindío (5,4%), Medellín y área metropolitana (4,6%), Caldas (4,3%), Bogotá D.C. (3,6%) y Amazonas (3,0%) presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (2,7%) mientras que Vaupés, Bolívar y San Andrés muestran valores significativamente menores (MJD, 2019).

El acceso y la oferta de marihuana también plantean desafíos importantes. Un 55% de la población cree que es fácil conseguirla, siendo esta percepción más alta entre hombres y jóvenes (18-34 años). El 12,2% de los adolescentes (12-17 años) reportó haber recibido oferta en el último año. Además, los estratos socioeconómicos altos presentan mayor prevalencia de consumo (4,1%) y exposición a la oferta (10%) (MJD, 2019).

Por su parte, el consumo de **cocaína** presenta patrones preocupantes en términos de vulnerabilidad y consecuencias asociadas, según lo identificado en este estudio (MJD, 2019). Un 2,1% de la población ha consumido cocaína alguna vez en la vida, con una prevalencia anual del 0,6% (136,000 personas). Este consumo es más alto en hombres (1%) y jóvenes de 18 a 24 años (1,1%), seguido por el grupo de 25 a 34 años (0,9%), quienes en conjunto representan el 64% de los consumidores.

En cuanto a las regiones, territorios como Medellín y área metropolitana (1,2%), Risaralda (1,2%), Caquetá (1,0%), Norte de Santander (0,7%), Bogotá D.C. (0,7%), Cauca (0,6%), Quindío (0,6%), Cali y Yumbo (0,6%) presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (0,6%) mientras que San Andrés, Vaupés y Vichada muestran valores significativamente menores (MJD, 2019).

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Este estudio además revela que un 48,1% de los consumidores anuales presenta abuso o dependencia, afectando principalmente a hombres (88%) (MJD, 2019). Aunque el 95% de la población percibe un alto riesgo en el consumo frecuente, esta percepción disminuye para el consumo experimental (78,1% entre adolescentes). Además, el acceso es un factor crítico: el 33% de la población considera que es fácil conseguir cocaína, percepción más alta en hombres, el grupo de 25 a 34 años y el estrato 1. Un 2,8% de la población reporta haber recibido oferta de cocaína en el último año, siendo más frecuente entre hombres y jóvenes de 18 a 24 años.

Según lo reportado por el estudio (MJD, 2019), el consumo de **basuco** en Colombia es bajo, con un 0,5% de la población habiéndolo consumido alguna vez en la vida y un 0,1% en el último año (aproximadamente 24,000 personas). Los hombres (0,9%) presentan una prevalencia significativamente mayor que las mujeres (0,2%). Aunque el consumo es limitado, su impacto potencial es preocupante, ya que el basuco está asociado con vulnerabilidad socioeconómica y problemas de salud severos. La percepción de riesgo frente a su consumo es alta, con un 95% considerando peligroso el uso frecuente, aunque los adolescentes de 12 a 17 años muestran niveles menores de percepción de riesgo.

El acceso al basuco sigue siendo un desafío: un 32% de la población cree que es fácil conseguirlo, percepción más alta en los hombres (36,3%) y en el estrato 1 (35,8%). Además, un 1,1% reportó haber recibido oferta en el último año, especialmente hombres jóvenes de 18 a 24 años y personas del estrato 2. El consumo mensual se concentra en personas de bajos ingresos, quienes gastan menos de \$30,000 en promedio, con un precio por papeleta de \$2,000 (MJD, 2019).

El **éxtasis** tiene una prevalencia de uso alguna vez en la vida del 0,7%, con mayor incidencia entre hombres (1%), jóvenes de 18 a 24 años (0,6%) y en los estratos altos (0,7%) (MJD, 2019). La percepción de fácil acceso es del 21,6%, siendo más alta entre hombres, jóvenes y personas de estratos 4 a 6, quienes también reportan mayor exposición a ofertas directas (1,3%).

El consumo de **heroína** es más limitado (0,09% alguna vez en la vida), pero su percepción de fácil acceso es preocupante (12,2%) (MJD, 2019). La oferta de heroína afecta principalmente a hombres jóvenes de 12 a 24 años y zonas urbanas.

En cuanto a **sustancias inhalables**, el estudio reporta que un 1,6% de la población ha usado alguna vez estas SPA, siendo el popper el más común (1,4%). El consumo reciente está concentrado en hombres jóvenes (0,7% y 1,2% respectivamente) y en estratos socioeconómicos medios y altos (MJD, 2019).

Los **alucinógenos (LSD, Yagé, hongos)** tienen una prevalencia de uso alguna vez en la vida del 1,6%, destacándose el Yagé (0,8%) y el LSD (0,6%). Su consumo es más alto en hombres (2,3%), jóvenes (2,5%) y personas de estratos altos (3,1%) (MJD, 2019).

Los resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2019 reflejan una tendencia general hacia la disminución en el consumo de SPA, particularmente en **comparación con los estudios de 2008 y 2013** (MJD, 2019). El consumo de alcohol en el último mes mostró una significativa reducción del 35,7% en 2013 al 30,1% en 2019, observada en todos los grupos etarios, en los estratos socioeconómicos del 1 al 3 y en 15 dominios territoriales. De manera similar, el consumo de tabaco experimentó un descenso constante desde 17,5% en 2008 a 9,8% en 2019, especialmente en los estratos bajos y en territorios como Bogotá, Medellín, Cali y Yumbo, y San Andrés. Estas reducciones reflejan el impacto positivo de intervenciones previas, aunque aún existen grupos de riesgo que requieren atención sostenida.

En cuanto al consumo de SPA ilícitas, según lo reportado en el estudio (MJD, 2019) la prevalencia alguna vez en la vida regresó al 8,7% en 2019, después de un aumento al 12% en 2013. La prevalencia de consumo en el último año también disminuyó significativamente del 3,4% al 2,9%, especialmente en hombres, adolescentes y jóvenes, y en los estratos bajos. Esta tendencia es impulsada principalmente por una reducción en el consumo de marihuana,

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

del 3,2% en 2013 al 2,7% en 2019. El uso de cocaína se mantuvo estable a nivel nacional, pero el consumo de basuco presentó una reducción significativa del 0,21% al 0,10% en el último año.

Ahora bien, un análisis de los **trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas**, realizado a través de los datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) (MSPS, 2024) en el cual se incluyen los trastornos por consumo de alcohol, opiáceos, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, estimulantes (incluida la cafeína), alucinógenos, tabaco, disolventes volátiles y otras SPA, evidenció que en el periodo comprendido entre 2019 y 2023 se registraron 374.146 casos diagnosticados de trastornos relacionados con el consumo de SPA, de los cuales la mayor proporción se observó en hombres, que representaron el 73% de los casos, personas entre los 25 y 59 años (48%), seguidos por jóvenes de 15 a 24 años (39%); y la mayoría (90%) de los diagnósticos se concentraron en cabeceras municipales, evidenciado que los habitantes de estas áreas tienen más del doble de riesgo en comparación con las zonas rurales (IRR = 2,79).

Las tasas nacionales mostraron una leve disminución, pasando de 179,7 casos por 100.000 habitantes en 2019 a 162,9 en 2023, con una tendencia a incrementarse nuevamente en los últimos años (MSPS, 2024).

Algunos departamentos, como Boyacá, Nariño y Guaviare, mostraron una reducción significativa en las tasas, mientras que otros, como Cesar y Santander, experimentaron incrementos. Quindío, La Guajira, Amazonas, Antioquia y Risaralda presentaron las tasas más altas en los últimos dos años (MSPS, 2024).

Los adolescentes entre 10 y 14 años representaron el 5% de los casos, lo cual es preocupante debido a los efectos adversos del consumo temprano en el desarrollo del sistema nervioso (MSPS, 2024).

El **Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar** (MJD, 2022) se realiza con el fin de actualizar la información sobre la magnitud, distribución y factores relacionados con el consumo de SPA entre estudiantes de 12 a 18 años, permitiendo además comparar resultados con encuestas previas de 2004, 2011 y 2016.

Según lo reportado por el estudio del Ministerio de Justicia y del Derecho (MJD, 2022), entre esta población el consumo de SPA presenta patrones que varían según la sustancia, la edad, el género y el contexto socio-educativo:

El **alcohol** es la sustancia más consumida, con un 47,8% de escolares habiéndolo probado alguna vez en la vida y un 30,5% reportando consumo en el último mes. Las mujeres presentan una prevalencia significativamente mayor (33%) que los hombres (27,8%). El consumo aumenta con la edad, alcanzando el 43,3% entre los escolares mayores, y es más prevalente en instituciones privadas.

El 11,1% de los escolares ha consumido **tabaco** alguna vez en la vida, con una prevalencia del 4,5% en el último mes. El estudio concluye que el consumo aumenta significativamente con la edad, alcanzando el 8,7% entre los escolares de 17-18 años.

Con respecto a los **dispositivos electrónicos con nicotina**, el 22,7% de los escolares reporta consumo alguna vez en la vida y el 11,2% en el último mes, siendo más prevalente en mujeres y en estudiantes de instituciones privadas. Además, el consumo es mayor en zonas urbanas y aumenta con la edad, con un 14,8% en escolares mayores.

El 4,6% de los escolares ha usado **tranquilizantes sin fórmula médica** alguna vez en la vida, con mayor prevalencia en mujeres (6,4%). En el último año, la prevalencia es del 3%, con un mayor consumo en escolares entre 15-16 años.

Con respecto a las **sustancias ilícitas**, el 9,5% de los escolares refieren haberlas consumido alguna vez en la vida, con un 6,7% reportando consumo en el último año. El estudio concluye que el uso aumenta con la edad, alcanzando el 10,5% entre los mayores de 17-18 años.

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

La **marihuana** es la sustancia ilícita más consumida, con un 6% alguna vez en la vida y un 4,1% en el último año. Además, cerca del 16,8% de los consumidores recientes presentan un índice de alto riesgo.

Así mismo, 2,6% de los escolares reportan haber consumido **popper** alguna vez en su vida, con un 1,5% reportando consumo reciente y siendo el consumo más prevalente en instituciones públicas.

Por último, el 1,7% de los escolares reporta haber consumido **cocaína** alguna vez en su vida, con un 1% en el último año, siendo el consumo mayor entre los de mayor edad y en instituciones públicas.

Además de esto, el estudio concluye que la percepción de riesgo aumenta con la edad y es mayor para el consumo frecuente que para el ocasional (MJD, 2022). Con respecto a la disponibilidad y oferta de SPA, señala que el 63,2% de los escolares considera fácil conseguir alcohol, mientras que el 42,3% percibe lo mismo para cigarrillos y el 20,5% con la marihuana. El 21,2% de los escolares ha recibido ofertas para consumir SPA, siendo más común en hombres y en estudiantes mayores.

Tabla 2. Prevalencia de consumo de SPA en población escolar 2004, 2011, 2016 y 2022

Sustancia psicoactiva	Vida				Último año				Último mes			
	2004	2011	2016	2022	2004	2011	2016	2022	2004	2011	2016	2022
Alcohol	75,47	70,99	67,62	47,69	62,30	64,19	58,30	40,87	50,90	45,93	36,51	30,08
Tabaco	46,69	29,94	23,37	10,95	31,13	19,77	14,16	7,33	23,19	12,34	7,63	4,50
Marihuana	8,47	9,07	11,95	6,29	7,42	6,68	8,21	4,53	2,83	3,63	4,33	2,69
Cocaína	2,06	3,65	4,07	1,83	1,78	2,35	2,71	1,14	0,62	1,25	1,56	0,57
Extasis	3,47	1,39	2,13	0,74	3,03	0,86	1,31	0,37	0,94	0,41	0,73	0,17
Basuco	1,56	0,69	1,20	0,42	1,41	0,43	0,92	0,17	0,63	0,22	0,60	0,09
Cigarrillos electrónicos				22,67				17,61				11,21

Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

Por su parte, el **Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población universitaria** (MJD, 2023a) busca comprender la magnitud del consumo de SPA tanto lícitas como ilícitas, y analizar la tendencia en relación con las investigaciones previas realizadas con la misma población y la misma metodología.

El **alcohol** es la sustancia más consumida, con un 56,1% de los estudiantes reportando consumo en el último mes, especialmente entre hombres (59,1%) y jóvenes de 23 a 24 años (60,4%). Un 31,6% de los consumidores anuales califican en uso riesgoso o perjudicial, y el 12,6% presenta signos de dependencia, siendo esta última significativamente más alta en hombres (14,4%) que en mujeres (8,2%) (MJD, 2023).

Por otro lado, aunque el consumo de **tabaco** tradicional está en descenso, el 15,9% de los estudiantes sigue fumando, y el uso de cigarrillos electrónicos está en aumento, con un 37,9% que los ha usado alguna vez en la vida y un 12,1% en el último mes, siendo más prevalente entre menores de 18 años (MJD, 2023).

En cuanto a **sustancias ilícitas**, el 28,4% de los universitarios las consumió en el último año, destacándose la marihuana como la más prevalente con un 26,7%, seguida por el LSD (9,7%) y el éxtasis (3,7%) (MJD, 2023).

La **marihuana** presenta un acceso percibido muy alto (66,7% la consideran fácil de conseguir), y dos de cada tres estudiantes reportaron haber recibido oferta en el último año. Las SPA emergentes, como el **LSD** y el **éxtasis**, aunque menos prevalentes, muestran una tendencia preocupante entre los jóvenes de 23-24 años, con percepciones de riesgo relativamente bajas en comparación con sus efectos (MJD, 2023).

La percepción del riesgo varía significativamente según la sustancia y la frecuencia de uso. Si bien el consumo frecuente de alcohol y tabaco tiene una percepción alta de riesgo (75,1% y 76,8% respectivamente), la marihuana es vista como menos riesgosa, con solo un 55,1% de los estudiantes considerando su uso frecuente como peligroso. Por otro lado, la cocaína y el

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

éxtasis tienen una percepción de riesgo alta, con 89,8% y 86,7%, respectivamente, reflejando una mayor conciencia de sus efectos adversos (MJD, 2023).

En términos de tendencias, una comparación entre estudios evidencia que el consumo reciente de alcohol y tabaco muestra ha disminuido en comparación con años anteriores, mientras que el uso de marihuana y LSD presenta incrementos significativos desde 2009 (MJD, 2023).

Ahora bien, reconociendo que el consumo tiene impactos diferenciales en algunas poblaciones, como lo son las PPL, los adolescentes y jóvenes que hacen parte del sistema de protección o del sistema de responsabilidad penal adolescente y las PID, entre otras, se han desarrollado estudios con el fin de conocer la situación de consumo y sus impactos en la salud y el bienestar de estas poblaciones.

El Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población penitenciaria y carcelaria en Colombia (MJD, 2015) buscó comprender las dinámicas del consumo dentro de los centros penitenciarios, con el fin de informar decisiones en promoción, prevención e intervención en salud para esta población vulnerable.

Los resultados de este estudio (MJD, 2015) destacan que las SPA más consumidas alguna vez en la vida fueron el **alcohol** (79,2%), el **tabaco** (62,1%) y la **marihuana** (42,8%). En términos de consumo reciente (último año), el **tabaco** lideró con un 44,8%, seguido de la **marihuana** (30%) y el **alcohol** (20,7%). En cuanto al consumo actual (último mes), el **tabaco** mantuvo la mayor prevalencia (38,3%), seguido por la **marihuana** (20,8%) y la **cocaína** (5,3%). Estas cifras reflejan una mayor prevalencia en comparación con la población general, especialmente en el caso de las SPA ilícitas.

El estudio (MJD, 2015) reveló que la **marihuana** es la sustancia ilícita más consumida dentro de los establecimientos penitenciarios, con un consumo reciente (último año) del 30%, nueve veces superior al valor nacional. Por otro lado, el **consumo de cocaína** alguna vez en la vida alcanzó el 24,2%, mientras que el consumo reciente fue del 12,4%. También se identificaron prevalencias significativas en el consumo de **LSD** (4,4% en el último año) y **basuco** (3,7%), ambas considerablemente superiores a las de la población general.

La relación entre consumo de SPA y comisión de delitos es otro hallazgo clave del estudio (MJD, 2015). Cerca del 20% de los internos indicó haber cometido su delito bajo los efectos de SPA, siendo el **alcohol** la sustancia más asociada a delitos de homicidio (44,2%), mientras que la **marihuana**, el **basuco** y la **cocaína** se relacionaron con delitos de hurto. Además, se identificó que la edad de inicio del consumo suele ser más temprana en esta población, especialmente para la marihuana, lo que representa un indicador pronóstico de consumos más problemáticos.

En cuanto a las intervenciones, se evidenció una baja participación en programas preventivos o terapéuticos dentro de los centros penitenciarios (MJD, 2015). Esto resalta la necesidad de fortalecer estrategias de atención que incluyan enfoques de RRD, así como programas específicos para abordar las altas prevalencias de abuso y dependencia detectadas en esta población.

Las prácticas de consumo, así como la prevalencia de VIH, Hepatitis virales, Sífilis entre las **personas que se inyectan drogas (PID)**, ha sido de especial interés para las políticas de salud pública. En Colombia, se estima que alrededor de 8 mil personas se inyectan drogas en Armenia, Cúcuta, Cali, Medellín, Bogotá y Pereira/Dos Quebradas, (MJD et al., 2021) y que el 0,86% de la población ha consumido opioides sin prescripción médica (Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos).

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Un estudio realizado en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira-Dosquebradas (MJD et al., 2021), que tuvo como objetivo actualizar la línea base establecida en 2014 para orientar políticas públicas y acciones programáticas en salud pública, reveló una alta prevalencia de enfermedades infecciosas entre las PID. El VIH mostró tasas significativas en las ciudades estudiadas: 3,2% en Bogotá, 11,2% en Medellín, 17,6% en Pereira-Dosquebradas y 23,9% en Cali. Estas cifras representan un aumento respecto a 2014 en ciudades como Medellín, Cali y Pereira-Dosquebradas. En cuanto a hepatitis C, se identificó una prevalencia del 73,9%, mientras que la hepatitis B y la sífilis afectaron a un promedio menor pero relevante de las PID. Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer los programas de prevención y atención dirigidos a esta población.

El estudio también describió características sociales y demográficas de las PID (MJD et al., 2021). Predominan los hombres jóvenes, aunque también se registró una participación significativa de mujeres, quienes enfrentan mayores barreras de acceso a servicios. La mayoría de los participantes reportaron bajos niveles educativos y precariedad económica, reflejando un patrón de movilidad social descendente. En términos de prácticas de inyección, si bien el 79,8% de las PID usaron material estéril en su último evento de inyección persistieron prácticas de riesgo como el uso compartido de jeringas. Adicionalmente, un porcentaje considerable reportó haber sufrido una sobredosis y presentaron altas tasas de depresión y ansiedad, especialmente entre mujeres y personas menores de 25 años.

El estigma y la discriminación fueron factores recurrentes que impactaron negativamente en el acceso a servicios de salud y programas de reducción de daños. Según el estudio el 11% de las PID en Bogotá tenía conocimiento sobre intervenciones como PrEP y PEP, y este porcentaje fue aún menor en otras ciudades (MJD et al., 2021) . También se identificaron barreras administrativas en programas de sustitución de opioides, como esquemas de dosificación insuficientes y requisitos de ingreso restrictivos.

Otro estudio realizado en las ciudades de Armenia y Cúcuta (MJD & Universidad CES, 2021) que buscó caracterizar a la población que se inyecta drogas, sus prácticas de consumo y comportamientos de riesgo, evidenció que el 60% de los participantes tenía entre 25 y 44 años, y el 85% eran hombres. Más del 60% pertenecía al régimen subsidiado de salud y percibía ingresos inferiores a un salario mínimo. La heroína fue la sustancia más inyectada, y el inicio promedio del consumo ocurrió a los 13,4 años, con el 45% recibiendo ayuda de un amigo en su primera inyección. Entre las motivaciones principales para iniciar el consumo inyectable, la curiosidad destacó con un 32%. Estas prácticas se vinculan con importantes riesgos para la salud, como la alta prevalencia de infecciones transmisibles.

En términos de salud, el estudio reportó una prevalencia de VIH del 6,0% en Armenia y 4,6% en Cúcuta, mientras que la hepatitis C afectó al 62,8% y 69,6% de los participantes, respectivamente (MJD & Universidad CES, 2021). La hepatitis B fue menos prevalente (3,4% en Armenia y 0,4% en Cúcuta), y la sífilis se detectó en el 16,6% en Armenia y 15,0% en Cúcuta. Además, se identificó que el 25% de los participantes había experimentado una sobredosis, y el 60% reportó sentirse excluido de actividades familiares, reflejando un alto nivel de vulnerabilidad social. Asimismo, el 20% desconocía la hepatitis C y sus formas de transmisión, destacando la necesidad de mejorar la educación y sensibilización en esta población.

Ahora bien; con el fin de estimar las **muertes asociadas el consumo de sustancias psicoactivas** en nuestro país, se analizó y caracterizó la información disponible entre 2013 y 2020 (MJD & Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses [ICMLCF], 2020), reuniendo datos toxicológicos y demográficos, así como las características de las muertes relacionadas con SPA.

Este estudio fue elaborado a partir del análisis de la información de toxicología de las muertes que entran por lesiones de causa externa, con el propósito de tener una aproximación más precisa sobre las muertes asociadas al consumo de SPA, sin embargo, fue considerado como caso todo registro con resultado positivo de consumo de SPA psicoactivas con prueba de

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

toxicología de las víctimas, sin posibilidad de establecer que la causa de muerte se derive del consumo de la sustancia (MJD & ICMLCF, 2020).

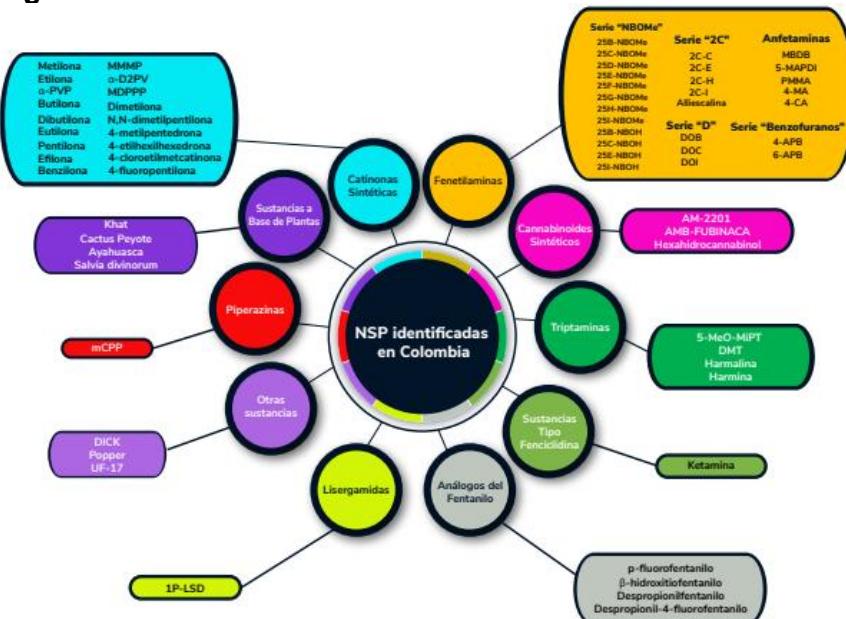
Entre los hallazgos más relevantes, se identificaron 28.541 casos de muertes asociadas al consumo de SPA en el período estudiado (MJD & ICMLCF, 2020). El alcohol fue la sustancia más frecuente, presente en 24.723 casos, seguido por la cocaína (3.469 casos) y la marihuana (1.813 casos). Además, se identificaron casos relacionados con sustancias médicas utilizadas de forma recreativa, como morfina (37 casos), tramadol (19 casos), y fentanilo (5 casos). Estas sustancias reflejan un panorama de riesgo asociado tanto al uso recreativo como al abuso de sustancias médicas.

Las muertes estuvieron predominantemente relacionadas con hombres jóvenes (90% de los casos), en edades entre los 20 y 39 años. La mayor proporción de casos se atribuyó a accidentes de tránsito (31,7%) y homicidios (30,5%), seguidos de suicidios. El alcohol tuvo una alta incidencia en accidentes de transporte y homicidios, mientras que la cocaína y la marihuana también fueron detectadas en combinaciones con otras SPA (MJD & ICMLCF, 2020).

El análisis también evidenció patrones como la alta prevalencia de grados elevados de embriaguez en los casos relacionados con alcohol y el uso de combinaciones de SPA como cocaína y marihuana, así como adulterantes como lidocaína y levamisol (MJD & ICMLCF, 2020). Además, se detectaron nuevas sustancias psicoactivas (NSP) emergentes, como PMMA y 25B-NBOMe, asociadas a casos de mortalidad.

Con respecto a esto último, es importante señalar que Colombia no ha sido ajena al fenómeno de las **drogas emergentes**. En los últimos años, los estudios nacionales de consumo de SPA, el registro de pacientes atendidos por consumo de SPA, blogs y foros virtuales de PUD, información transmitida por las organizaciones civiles, noticias de prensa, etc., revelan la existencia de oferta y consumo de NSP, cambios en los patrones o aumentos inusuales de SPA ya conocidas, tanto naturales como sintéticas, fiscalizadas o no, entre las cuales están: el dick, la metanfetamina en cristales, el LSD, la ketamina, los hongos alucinógenos, la salvia divinorum, el GHB, el 2C-B, por mencionar solo algunos (MJD, s/f-a). En la actualidad, las SPA sintéticas "más baratas y fáciles de producir" están cambiando los mercados de la droga. Hasta la fecha, a través del Sistema de Alertas Tempranas (SAT), se han detectado 47 NSP en Colombia, las cuales se enuncian a continuación:

Figura 5. NPS identificadas a través del SAT de Colombia.



Fuente: Tomado de Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia(s/f-b)

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Los opioides sintéticos, como el **fentanilo**, son un ejemplo de cómo el SAT permite identificar de manera oportuna la aparición de NSP o SPA emergentes. Aunque la evidencia sobre el consumo de fentanilo en el país es poca, el seguimiento realizado desde el MJD (2024) ha revelado que en los últimos años ha habido un incremento tanto de las incautaciones de esta sustancia en su forma farmacéutica, como de las muertes asociadas a su consumo. El estudio de mortalidad mencionado previamente revela que entre el 2013 y el 2020, en lo que se refiere a los casos procedentes de las salas de necropsia, fueron hallados cinco casos en los que se detectó la presencia de fentanilo; sin embargo, es poca la información acerca de la etiología de estas muertes (MJD & ICMLCF, 2020). Una actualización que incluyó información hasta el año 2023 reportó un total de 30 casos e indicó que en el 34.8% de estos casos, también había presencia de otras SPA sintéticas, principalmente ketamina. Por último, este informe refiere que entre 2021 y 2022, 21 personas iniciaron tratamiento por trastornos que refieren uso problemático de fentanilo (MJD, 2024).

La única alerta por eventos adversos asociados al consumo de algún tipo de fentanilo no farmacéutico en el país se dio en agosto del 2022. Un hospital de Cartagena informó sobre la intoxicación de un paciente con una sustancia psicoactiva en polvo, la cual, al ser analizada por el Laboratorio Químico de Investigación Antidrogas de la Dirección Antinarcóticos de la Policía Nacional, concluyó que correspondía al beta (β) hidroxifitofentanilo y cantidades menores de éxtasis y ketamina, esto indica que la fuente no fue el fentanilo farmacéutico, pues no existe en polvo (Observatorio de Drogas de Colombia [ODC], 2022).

3.2. Situación de la oferta y demanda de los servicios en salud

Se cuenta con la resolución 3100 de 2019, expedida por el MSPS “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”, la cual ha sido modificada mediante las Resoluciones 2215 de 2020, 1317 de 2021, 1138 de 2022 y 544 de 2023. En su anexo No. 11.4.10 “Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas”; Anexo No. 11.4.11 “Servicio de hospitalización parcial”; y 11.4.12 “Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas”.

Esta regulación define las modalidades para la atención a PUD, privilegiando la APS, al igual que la definición de los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud, y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, con estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, e interdependencia dispuestos para la atención integral de las PUD, con servicios de hospitalización en salud mental o consumo de SPA, y cuidado básico del consumo de SPA.

Acorde con la consulta realizada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, de la Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria de esta cartera, se encuentra la siguiente distribución territorial para estos servicios:

Tabla 3. Número de servicios en consumo de SPA.

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE

2025

HOJA Nº 37

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

Departamento	Número de servicios en consumo de sustancias psicoactivas	
	Cuidado básico	Hospitalización
Amazonas	1	
Antioquia	16	5
Arauca	2	1
Atlántico	13	7
Barranquilla	3	7
Bogotá D.C.	13	8
Bolívar	3	6
Boyacá		1
Caldas	3	3
Cali	6	4
Caquetá	3	1
Cartagena	2	9
Casanare	2	1
Cauca	5	7
Cesar	11	14
Chocó	1	
Córdoba	8	11
Cundinamarca	10	3
Huila	3	1
La Guajira	6	9
Magdalena	3	2
Meta	5	6
Nariño	3	2
Norte de Santander	5	7
Putumayo		1
Quindío	3	1
Risaralda		1
Santa Marta	14	13
Santander	4	4
Sucre	11	10
Tolima	1	1
Valle del Cauca	10	1
Total general	170	147

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - REPS, consultado en la bodega de datos SISPRO el 2 de enero de 2025.

En Colombia, el tratamiento para las personas con consumo problemático de SPA enfrenta diversos obstáculos que dificultan el acceso y la continuidad en la atención. Por un lado, persisten barreras estructurales relacionadas con la escasa disponibilidad de servicios especializados, especialmente en zonas rurales, y con la limitada articulación entre los diferentes niveles de atención (Delgado et al., 2020). Asimismo, los sistemas de información incompletos impiden una planeación adecuada de los recursos y la identificación oportuna de la demanda de tratamiento (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

Los servicios de rehabilitación relacionados con el consumo de SPA suelen tener ubicación dentro de hospitales psiquiátricos o en instalaciones propias especializadas, que de acuerdo a los datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en Colombia hay 147 instituciones que brindan el servicio de internación en salud mental para el tratamiento

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

de TUS para adultos, con 3.675 camas ofertadas; donde el 91% de las mismas corresponde a IPS privadas y el 9 % restante a Entidades Sociales del Estado (ESE).

El 66 % de las camas para internación en salud mental de adultos destinadas al tratamiento de SPA están disponibles en las ciudades capitales, mientras que en las ciudades periféricas se encuentra el 34 % restante. Las cuatro principales capitales del país —Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla— concentran solo el 13,6 % de estas camas, un porcentaje notablemente bajo comparado con otras modalidades de internación.

En cuanto a la oferta del servicio de internación para niños, niñas y adolescentes menores de edad, hay 63 instituciones a nivel nacional, con 914 camas ofrecidas; de las cuales el 94 % corresponde a IPS privadas y el 6 % restante pertenece a ESE, según los registros del REPS.
143 En lo que respecta a la distribución geográfica, las capitales albergan el 72 % de estas camas (688 camas), mientras que las ciudades periféricas disponen del 28 % restante (226 camas).

En el manejo ambulatorio por consumo de SPA, existen 165 instituciones en el ámbito nacional que brindan el servicio de cuidado básico en consumo de SPA con modalidad ambulatoria; donde el 97 % de las camas corresponde a IPS privadas y el 3 % restante pertenece a ESE; encontrando que las capitales ofrecen el 48 % del cuidado básico en consumo de SPA, mientras que las ciudades periféricas disponen del 52 %.

Un factor clave que incide en la búsqueda de ayuda es el estigma y la discriminación social. Las personas con consumo problemático suelen enfrentar actitudes negativas que desincentivan la solicitud de servicios de salud, lo que afecta la adherencia a los tratamientos y genera barreras adicionales en entornos clínicos y comunitarios (Alarcón, 2018). Además, aunque la normatividad colombiana (por ejemplo, Ley 1566 de 2012) reconoce el consumo como un problema de salud que debe ser cubierto por el sistema, la implementación efectiva de los lineamientos no siempre se materializa en la práctica, creando vacíos en la cobertura y la calidad de la atención (MSPS, 2019).

Por último, las dificultades económicas, las inequidades en la asignación de recursos y la falta de continuidad en programas de prevención y rehabilitación, descritas en informes recientes (MJD, ODC, 2021), completan el panorama de retos.

Con respecto a la RRD, en Colombia este enfoque ha cobrado una relevancia creciente, como una estrategia fundamental para minimizar los impactos negativos del consumo de SPA, especialmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, su implementación ha enfrentado barreras estructurales, normativas y socioculturales que han limitado su alcance y sostenibilidad.

A pesar de la existencia de dispositivos como los CAMAD y los centros de escucha, la articulación de estos con los servicios de salud y la protección social sigue siendo un desafío. En este contexto, el informe elaborado por la Fundación Ideas para la Paz (FIP) y COPOLAD (Rueda, 2024) analiza la viabilidad y factibilidad de la sostenibilidad de las acciones de RRD en diversas ciudades del país, con el fin de proponer estrategias de incidencia y gestión interinstitucional que permitan consolidar y expandir estas intervenciones.

El informe destaca que, en ciudades como Medellín, Cúcuta, Pereira, Dosquebradas y Armenia, los servicios de RRD han mostrado avances significativos, pero aún enfrentan barreras operativas y de financiación. La falta de normativas claras, la escasa integración de los enfoques comunitarios en los dispositivos de atención y la falta de capacitación en reducción de daños entre los actores de salud y seguridad han dificultado la consolidación de un modelo efectivo y sostenible. Además, se identifican problemas de estigma y discriminación que afectan la disposición de las PUD a acceder a los servicios, lo que subraya la necesidad de estrategias de sensibilización y transformación cultural.

A partir de estos hallazgos, el informe propone una estrategia de incidencia y gestión interinstitucional que prioriza la articulación entre los diferentes niveles de gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional. Se enfatiza la importancia de fortalecer la formación de actores clave, garantizar la continuidad de la financiación mediante fuentes

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

diversas y consolidar redes de atención integrales que incluyan tanto la salud como la inclusión social.

En línea con estos hallazgos, una evaluación realizada en Cúcuta, Pereira, Dosquebradas, Medellín y Armenia (Ojeda & Roig, 2024), reveló cómo las estrategias de RRD reflejan una importante diversidad territorial, ajustándose a las características locales y a las necesidades de las poblaciones atendidas. En ciudades priorizadas, se ha reconocido que las dinámicas de consumo, los perfiles de las personas usuarias y los recursos disponibles varían considerablemente, lo que exige una personalización de las intervenciones. Esta diversidad permite la inclusión de prácticas innovadoras y adaptadas a contextos específicos, pero también plantea desafíos significativos en términos de coordinación y sostenibilidad.

El modelo predominante es de carácter comunitario, donde se priorizan enfoques inclusivos que reconocen las experiencias de las personas usuarias, fomentan su empoderamiento y promueven el acceso a servicios de salud y apoyo social. Estas estrategias se basan en redes locales que integran instituciones públicas, privadas y colectivos comunitarios, logrando impactos positivos en la reducción de riesgos sanitarios, sociales y legales asociados al consumo de SPA. Sin embargo, la falta de articulación efectiva entre actores clave, sumada a limitaciones en el financiamiento, dificulta la expansión y sostenibilidad de los programas. Entre las intervenciones más destacadas se encuentran la distribución de kits de inyección segura, los servicios de análisis de SPA, la educación sobre consumo seguro y el acompañamiento psicosocial. Aunque estas iniciativas han demostrado su efectividad, persisten barreras significativas que limitan el acceso de las poblaciones más vulnerables, como las personas en situación de habitabilidad en calle, migrantes o quienes enfrentan exclusión social. Estas barreras incluyen estigmatización, insuficiencia de recursos y cobertura limitada en áreas rurales o de difícil acceso.

El enfoque participativo ha sido una de las fortalezas de estas estrategias, al incluir a las PUD en el diseño y evaluación de políticas. Esto ha contribuido a desestigmatizar el consumo y a adoptar una visión más pragmática y humanitaria. Sin embargo, aún se enfrentan desafíos para integrar plenamente los enfoques de género e interseccionalidad, necesarios para abordar las desigualdades estructurales que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos, como las mujeres y las comunidades étnicas (Ojeda & Roig, 2024).

En términos de sostenibilidad, dicho informe ha señalado que es fundamental garantizar un continuo y suficiente para los programas, así como promover una mayor articulación intersectorial. La coordinación entre sectores como salud, justicia, educación y comunidad es esencial para maximizar el impacto de las intervenciones. Además, las estrategias deben adaptarse continuamente a los contextos locales, considerando las particularidades socioculturales y económicas de cada territorio.

Finalmente, resalta que las políticas de RRD deben reconocer el contexto sociopolítico en el que operan, entendiendo cómo la “guerra contra las drogas” ha exacerbado problemas estructurales y generado exclusión. Estas estrategias deben priorizar los derechos humanos, la justicia social y la equidad como principios rectores para lograr una respuesta más inclusiva y efectiva al fenómeno del consumo de SPA en Colombia.

3.3. Definición del problema público

El diagnóstico situacional y la situación de la oferta y demanda de los servicios en salud permiten concluir que el consumo de SPA sigue siendo un desafío de salud pública en Colombia, con impactos significativos en el bienestar de las personas, las familias y comunidades. Si bien se han observado reducciones en la prevalencia de consumo de algunas SPA, persisten altos niveles de consumo problemático de alcohol, tabaco, marihuana y cocaína, con patrones diferenciados según edad, género y territorio.

El alcohol es la sustancia más consumida, con un uso perjudicial concentrado en jóvenes y en estratos socioeconómicos bajos. El tabaco mantiene una prevalencia significativa, con una creciente preocupación por el uso de cigarrillos electrónicos entre adolescentes. La marihuana

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

es la droga ilícita de mayor consumo, con un acceso percibido como fácil y una baja percepción de riesgo en ciertos sectores de la población. La cocaína y sus derivados presentan menores tasas de consumo, pero con altos niveles de abuso y dependencia.

El impacto en la salud es evidente, con un aumento en los TUS, especialmente en hombres y personas jóvenes. Además, el consumo está vinculado a enfermedades transmisibles como el VIH y la hepatitis en PID, así como a enfermedades crónicas, lesiones y violencia.

Además de esto, el acceso a servicios de salud para la prevención, tratamiento y RRD asociados al consumo de SPA no es equitativo para todas las personas. Existen grupos poblacionales que enfrentan barreras adicionales, derivadas del estigma, la discriminación, la exclusión social y la falta de servicios adaptados a sus necesidades específicas.

Las mujeres, por ejemplo, enfrentan barreras significativas para acceder a servicios de salud debido a la estigmatización que asocia el consumo con roles de género tradicionales. Esto limita su disposición a buscar ayuda por temor a ser juzgadas o por la dificultad de desprenderse de sus labores de cuidado. Además, los servicios de atención y tratamiento no siempre están diseñados con perspectiva de género, lo que dificulta su acceso a intervenciones que consideren sus necesidades específicas, como la violencia de género, la responsabilidad del cuidado o la falta de redes de apoyo. Por su parte, las gestantes que consumen SPA enfrentan un nivel de estigma aún mayor, lo que conlleva barreras legales y administrativas que limitan su acceso oportuno a los servicios de salud por temor a represalias, o separación de sus hijos al nacer. Adicionalmente, los servicios especializados para esta población son escasos, y no siempre están preparados para abordar las implicaciones médicas y sociales del consumo durante el embarazo.

Las personas con orientación sexual e identidad de género diversa -OSIGD también se enfrentan a situaciones marcadas por el estigma, la discriminación y diversas barreras, que van desde las estructurales hasta las socioculturales, limitando su acceso y permanencia a servicios basados en la evidencia, humanizados y respetuosos de su dignidad. Por lo general, los servicios desconocen sus necesidades particulares, por lo que rara vez son inclusivos.

Ahora bien, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes son una población clave en la prevención y atención del consumo de SPA, dado que esta etapa del desarrollo es un período de alta vulnerabilidad en el que influyen múltiples factores sociales, familiares y emocionales. La exposición temprana al consumo de SPA puede incrementar los riesgos de dependencia, afectaciones en el desarrollo y dificultades en la salud mental. Además, la normalización del consumo en ciertos entornos sociales y la baja percepción de riesgo en esta población dificultan la adopción de conductas protectoras.

Dentro de estos, los adolescentes y jóvenes que hacen parte del Sistema de Protección y del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescentes (SRPA) enfrentan desafíos adicionales. Muchos de ellos han estado expuestos a entornos familiares disfuncionales, violencia, exclusión social y condiciones de precariedad que aumentan su vulnerabilidad. Además, el estigma asociado a su situación dentro del SRPA limita sus oportunidades de acceso a programas de prevención y tratamiento, lo que perpetúa los riesgos y dificulta su proceso de recuperación e inclusión social.

De igual forma, el panorama actual de la población privada de la libertad es complejo y preocupante. Algunos de los principales retos incluyen la violencia en los centros penitenciarios, la pérdida de la red de soporte social, la privación de privacidad e intimidad, las desigualdades en el acceso a beneficios entre sindicados y condenados, así como el

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

estigma, la discriminación y la exclusión. Además, enfrentan barreras relacionadas con la ausencia de programas de tratamiento efectivos dentro de los establecimientos penitenciarios.

Las personas con trastornos y enfermedades de salud mental, aquellas que desarrollan trastornos a raíz del consumo de SPA y quienes presentan patología dual, también enfrentan múltiples barreras en el acceso y permanencia en los servicios de salud, debido a la fragmentación de la atención, el estigma y la falta de protocolos diferenciados. La alta comorbilidad entre los trastornos mentales y el consumo de SPA incrementa su vulnerabilidad y dificulta la adherencia a los tratamientos, mientras que la ausencia de modelos integrados de atención limita su acceso a intervenciones oportunas y especializadas.

Así mismo, las personas en riesgo o situación de calle enfrentan un acceso limitado a servicios debido a la exclusión social, la discriminación y la estigmatización. Además, se encuentran con barreras adicionales como la falta de documentación, el desconocimiento de sus derechos, la baja participación en redes de intercambio político, social y económico, y la vulnerabilidad frente a su instrumentalización por redes criminales, entre otras. Lo anterior afecta el diseño y la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, respetuosas y humanizantes con y para la población objetivo.

Finalmente, los campesinos, campesinas, comunidades indígenas, afrodescendientes, raizales y palenqueras, y Rrom, enfrentan barreras relacionadas con la falta de servicios socioculturalmente pertinentes. Además de condiciones de exclusión, discriminación histórica y vulnerabilidades socioeconómicas que exacerbaban el consumo problemático de SPA.

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

Figura 6. Barreras que enfrentan diferentes poblaciones.



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025)

Ante este panorama, es necesario fortalecer un modelo de prevención y atención integral basado en la APS, ampliando el espectro de la prevención y con estrategias adaptadas a los territorios y a las poblaciones vulnerables. Asimismo, es fundamental avanzar en la articulación sectorial e intersectorial, la disminución de las barreras de acceso para lograr el acceso equitativo a servicios, la RRD y del estigma y la mejora de los sistemas de información, así como el desarrollo territorial, la innovación en el abordaje y la gestión de la política y destinación efectiva de recursos para una respuesta eficaz y sostenible.

4. Marco estratégico

4.1. Objetivo general

Esta política, en articulación con la Política Nacional de Drogas 2023-2033, busca liderar y garantizar una atención integral e integrada a las personas, familias y comunidades en relación con el consumo de SPA, desde un enfoque de derechos humanos y salud pública. Su alcance abarca la prevención, la detección oportuna, el tratamiento, la RRD, y la inclusión y protección social, asegurando intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas a las necesidades territoriales y poblacionales.

4.2. Objetivos estratégicos de la política

- Disminuir la vulnerabilidad social asociada al inicio del consumo de SPA, promoviendo factores de protección en diferentes entornos, con especial atención a niños, niñas, adolescentes y jóvenes, bajo un enfoque diferencial, de género, étnico y de curso de vida.
- Garantizar una atención integral y de calidad, desde la identificación y gestión adecuada de casos hasta el tratamiento de calidad, mediante estrategias de tamizaje, intervención breve y derivación, con enfoque diferencial, de género, étnico y de curso de vida.

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

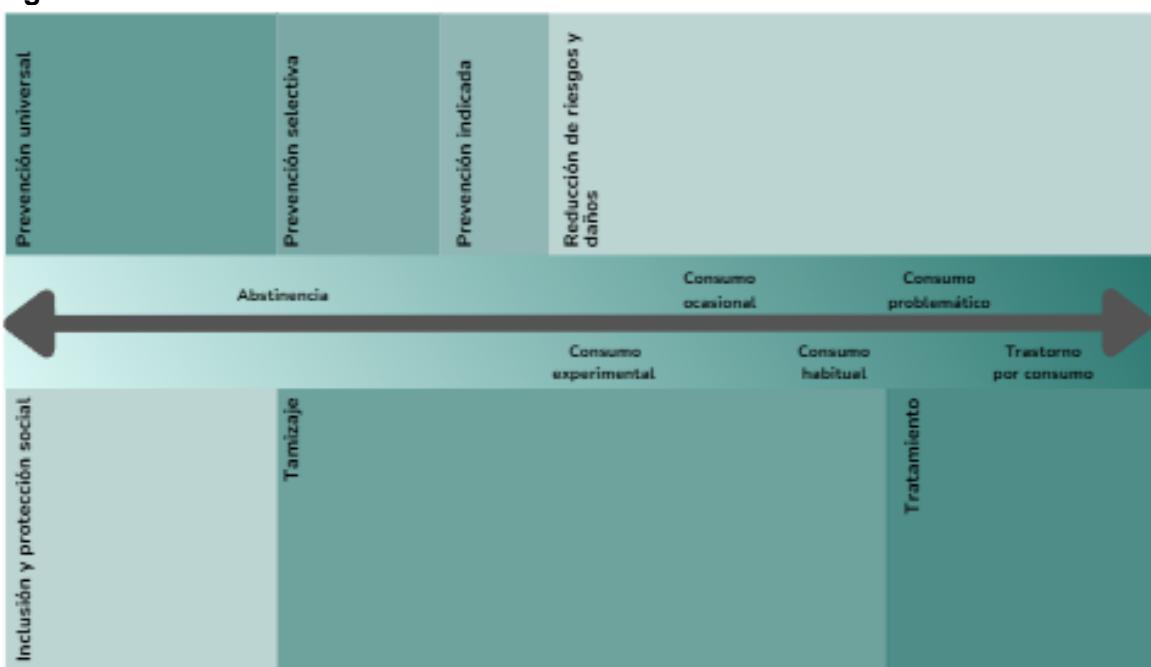
- Aumentar la oferta de servicios que integran una perspectiva de RRD de espectro completo, que se articulen dentro de redes integrales e integradas territoriales de servicios de salud, con énfasis en salud mental y consumo de SPA.
- Consolidar la respuesta intersectorial, integral e integrada, entre servicios sociales, de salud y comunitarios, que permita garantizar el goce efectivo de los derechos de las PUD.
- Garantizar la gestión del conocimiento y la información y el fortalecimiento de las capacidades de los diferentes actores involucrados en una respuesta integral al consumo de SPA.

4.3. Ejes de la política

Con base en los estudios analizados, se identifican áreas críticas que requieren atención prioritaria para la formulación e implementación de una política integral sobre consumo de SPA. Estas prioridades abarcan tanto la prevención como la detección oportuna, la RRD, el tratamiento, la inclusión y protección social, así como acciones de gestión, articulación y fortalecimiento de capacidades institucionales.

Estas prioridades subrayan la importancia de una política integral que articule prevención, atención y reducción de riesgos, con un enfoque basado en derechos, intersectorial y territorial, para responder de manera efectiva a los desafíos del consumo de SPA en Colombia.

Figura 7. El continuo de la atención.



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025)

4.3.1. Eje 1. Promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas

La **promoción de la salud** se define como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarl (Kumar & Preetha, 2012), e incluye desarrollar políticas públicas saludables, crear ambientes de apoyo, apoyar la acción comunitaria a través del empoderamiento de las comunidades y desarrollar habilidades personales, proporcionando

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

información, educación para la salud y mejorando las habilidades para la vida (Erkoç & Göçmen, 2011).

Por su parte, la **prevención** se refiere a las acciones dirigidas a reducir la probabilidad de que las personas consuman SPA y se clasifica en **tres niveles** según la población para la cual se considera aconsejable.

En el **nivel universal**, las estrategias deben dirigirse a toda la población, independientemente de su riesgo inicial de consumo de SPA (Gordon, 1983), con el objetivo de abordar los factores de riesgo a nivel comunitario y fortalecer los factores protectores, a través de campañas educativas, programas de concientización y políticas públicas, que permitan la creación de ambientes de apoyo, social y familiar, y promuevan estilos de vida saludables.

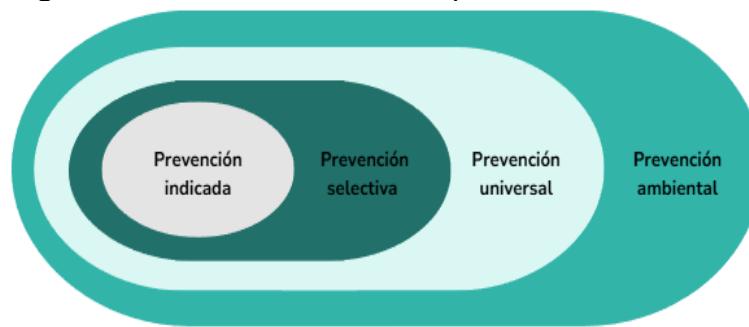
En el **nivel selectivo**, se deben identificar subgrupos específicos con características particulares que los coloquen en mayor riesgo, como edad, sexo u ocupación (Gordon, 1983). Estas estrategias se centran en ofrecer intervenciones más específicas y personalizadas para estos grupos, como programas educativos dirigidos a adolescentes y jóvenes en entornos escolares y universitarios, capacitación en habilidades para la vida o enfoques de prevención adaptados a sectores laborales específicos.

En el **nivel indicado**, las estrategias se implementan cuando existe una condición demostrable que identifica a un individuo como de riesgo superior a la media para el desarrollo futuro del consumo de SPA (Gordon, 1983). Aquí, se requiere una evaluación individualizada para identificar las señales de riesgo y proporcionar intervenciones específicas, por ejemplo, para los y las adolescentes y en general para las personas que viven en entornos de vulnerabilidad económica y social, aquellos que están desescolarizados y/o aquellos que pertenecen al sistema de responsabilidad penal.

La coordinación entre instituciones de salud, educativas y comunitarias es fundamental para garantizar la efectividad de estas estrategias. Además, la evaluación continua y la adaptación de las intervenciones en función de la dinámica cambiante de la comunidad y los factores de riesgo son clave para lograr resultados sostenibles en la prevención del consumo de SPA.

En las últimas décadas, se ha señalado la importancia de introducir, de manera transversal a los diferentes niveles de la prevención, estrategias de **prevención ambiental**, dirigidas a disminuir la probabilidad de que las personas consuman SPA, al influir en las normas y los ambientes físicos, sociales, culturales y económicos, sin basarse en persuasión (Burkhart, 2011). Por lo tanto, se centran en influir en el entorno, más que intentar responsabilizar solamente a las personas sobre su consumo. De ahí que las estrategias ambientales pueden ser macro (ej., restringir la disponibilidad) o micro (ej., en el ambiente familiar, normas familiares y estilos educativos). La prevención ambiental usa, entre otras estrategias, la legislación, como los impuestos, restricción de puntos de venta, en la publicidad, en la edad de venta a menores, en el etiquetado, etc.

Figura 8. Diferentes niveles de la prevención.



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025)

Este eje trabaja en doble vía. Por un lado, en la reducción de las vulneraciones sociales y los riesgos asociadas a cualquier tipo de consumo (sea este experimental, recreativo, riesgoso o problemático). La afectación a los determinantes sociales y ambientales de la salud llevan a

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

mejorar las condiciones de vida de las personas, las familias y las comunidades, a través de acciones de promoción de la salud. Por otra parte, se espera garantizar entornos protectores a través de la prevención ambiental y universal, cuyo énfasis es mantener un nivel óptimo de salud a través del desarrollo de capacidades territoriales, comunitarias, familiares e individuales.

Lo anterior implica el fortalecimiento de capacidades en todos los entornos en los que se desenvuelve la vida, pero con un énfasis en lo comunitario con acciones que permitan la estructuración de redes sociales de apoyo, desde un enfoque diferencial de género, étnico, territorial, por curso de vida y participativo

4.3.1.1. Línea de acción: Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de SPA

Según lo establecido en las resoluciones 3202 de 2015 y 3280 de 2018, los entornos son escenarios de la vida en los cuales los sujetos se desenvuelven, lo cual no se refiere solo a los espacios físicos o virtuales en donde interactúan, sino que además dan cuenta de su vida subjetiva, sus vínculos, sus relaciones sociales, su identidad histórica, cultural y política, e incluyen las condiciones físicas y sanitarias del espacio que se habita. Siguiendo el enfoque ecológico ya mencionado en el presente documento, se tomarán los siguientes entornos para las acciones:

Entorno Hogar: Se refiere al escenario en el que se hace énfasis en las relaciones y estilos de vida de las personas que conforman el hogar y que se entiende como la familia, siendo este un sujeto social con estructura jerárquica propia. Fortalecer este entorno implica principalmente: Afianzar vínculos y relaciones sociales de protección y cuidado entre quienes conformen el hogar, el desarrollo de las competencias parentales, la construcción y práctica de hábitos y estilos de vida saludables, reconocer, comprender y manejar las emociones frente al conflicto, así como practicar la empatía, la comunicación assertiva, y la escucha activa. Con lo anterior se espera formar un espacio en el que se reconozca la igualdad de género, la solidaridad y el respeto por las diferencias.

Entorno educativo: Es el escenario que contribuye al fortalecimiento del capital social y la reproducción de la cultura, a través de las relaciones sociales, el desarrollo cognitivo, la afectividad, los hábitos y estilos de vida, el afianzamiento de la identidad individual, el desarrollo de aptitudes y destrezas, y el sentido de lo colectivo en toda la comunidad educativa.

Para lograr fortalecer este entorno se requiere aspectos como: espacios de convivencia en los que se destaque el reconocimiento y el respeto por la diversidad, étnico, cultural, de género, física y cognitiva, la construcción autónoma de proyectos de vida a través de una amplia oferta de actividades curriculares y extracurriculares, ambientes físicos y virtuales propicios para el desarrollo de hábitos saludables, espacios de diálogo, solución de conflictos y pautas de crianza.

En el entorno universitario se debe propiciar una cultura orientada al cuidado de la salud de manera integral, participativa e incluyente y en el caso de los grupos étnicos, fortalecer la educación intercultural o etno-educación para la recuperación de su identidad cultural.

Entorno Laboral: Es el entorno en el que se facilitan vínculos, posibilidades y oportunidades para mejorar las condiciones, modos y estilos de vida entre los trabajadores. Para fortalecer este entorno se requiere entre otros: una dinámica de trabajo en la que se propicie el trabajo cooperativo y las relaciones horizontales e igualitarias, transformar rituales o dinámicas organizacionales que reproduzcan cualquier tipo de violencia, estigma o discriminación por género, etnia, creencia o discapacidad, la vinculación de la familia a las actividades laborales y a la oferta de actividades extralaborales y orientación oportuna y efectiva en temas relacionados con gestión del estrés, la solución de conflictos, ansiedad, depresión, acoso laboral entre otros.

Entorno comunitario: Es el espacio donde se desarrolla la dinámica social y cultural de las personas y los colectivos. En este entorno se configuran y consolidan las redes comunitarias, los imaginarios sociales, la participación e identidad cultural. Por tanto, fortalecer este entorno

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

requiere principalmente: participación de las comunidades en su proceso de salud a través del desarrollo de capacidades territoriales, en ese orden, la existencia de mecanismos de participación social que fortalezcan los lazos y la confianza interpersonales y con las instituciones, la transformación de imaginarios y normas sociales que reproduzcan roles de género, cualquier tipo de violencias o discriminación hacia la diversidad, además se requiere practicar la solidaridad, la tolerancia, la empatía y hacer efectiva la justicia y mejorar las condiciones físicas y sanitas del espacio habitado.

Entorno institucional: Es el espacio intramural sanitario y social, temporal o permanente, donde interactúan personas, generalmente no parientes y que comparten sucesos vitales. Para fortalecer este entorno se requiere principalmente garantía y calidad en el acceso prioritario y oportuna a los servicios de protección social de poblaciones y grupos en situación de discriminación, la protección de los derechos humanos en todo el ejercicio y acciones hacia la comunidad, la transformación de imaginarios y creación de vínculos afectivos y seguros, que reduzcan la discriminación o las violencias basadas en género, etnia o clase social.

4.3.1.2. Línea de acción: Implementar estrategias para reducir los factores de riesgo frente al consumo de SPA

Significa comprender que existen poblaciones con mayores afectaciones o situaciones de mayor vulnerabilidad que requieren atenciones prioritarias frente a la prevención del consumo, como los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, las mujeres y personas gestantes. En estas poblaciones se requiere prevenir o retardar el consumo de SPA por el alto impacto que esto puede causar a su salud y al tejido social. El énfasis de la prevención se enfoca en incidir en los factores de riesgo individuales, familiares, educativos, laborales, comunitarios, ambientales e institucionales, que se relacionan con el inicio temprano del consumo de SPA y su impacto, y así evitar la transición hacia consumos problemáticos.

Reducir los factores de riesgo también implica la detección temprana del consumo y la gestión eficaz y efectiva de los casos detectados. En este sentido, se requiere de estrategias de prevención selectiva e indicada en grupos poblacionales con alto riesgo de incurrir en consumos problemáticos o TUS. Estos grupos pueden ser: pueblos y comunidades étnicos, personas en situación de calle, privadas de la libertad, niños, niñas y adolescentes en protección, adolescentes en el Sistema de Responsabilidad Penal, personas con identidades de género u orientación sexual diversa, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, personas en procesos de reincorporación a la sociedad civil, población migrante, entre otras.

Dicho lo anterior, reducir los factores de riesgo implica, por un lado, el desarrollo de capacidades de las personas, familias y grupos. A nivel individual, capacidades que ayuden a resistir a la presión de grupo o gestionar los conflictos, a nivel familiar aquellas que fortalecen las pautas de crianza y el vínculo afectivo, a nivel comunitario las que permita transformar las prácticas e imaginarios sociales que reproducen estigma y discriminación, a la vez que promueven la participación social, y a nivel institucional, capacidades que puedan incidir en la regulación de políticas públicas que impacten el consumo.

Por otro lado, se requiere la puesta en marcha de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de SPA, contar con estrategias de atención primaria, detección temprana del riesgo para la salud asociado al consumo de SPA, problemas y trastornos mentales e intervención motivacional breve, así como la valoración integral social y de salud de las familias en situaciones de vulneración con respuestas que mejoren su calidad de vida y bienestar.

4.3.1.3. Línea de acción: Prácticas culturales propias para el cuidado de la salud y prevención del consumo de SPA, en el marco de la atención integral a pueblos y comunidades étnicas

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

En grupos étnicos es necesario contemplar el reconocimiento de sus prácticas culturales como un factor protector y de contención frente al consumo de SPA. Esto implica promover rituales, prácticas de cuidado, formación propia, protección, orientación y atención desde los saberes ancestrales o medicina tradicional.

Asimismo, fortalecer los mecanismos y espacios de transmisión de saberes y prácticas de crianza desde las particularidades culturales, así como los intercambios de conocimientos entre las generaciones y los adultos mayores o sabios, que contribuyan a la pervivencia y mantenimiento de los grupos étnicos.

Finalmente, promover actividades físicas y recreativas propias, favoreciendo el fortalecimiento de la etnoeducación para la recuperación de la identidad cultural, los oficios, capacidades técnicas, artísticas, entre otras, que estén relacionadas con sus planes de vida y etnoderrollo.

4.3.2. Eje 2. Detección oportuna y tratamiento de los problemas por consumo

En cuanto a la detección temprana y el tratamiento de los problemas por consumo de SPA, se cuenta con fundamentos conceptuales y metodológicos que respaldan el diseño de estrategias para estructurar un modelo de intervención de cuidado continuo que garantice una atención adecuada, organizada y basada en evidencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

En este contexto, se propone la integración de acciones en cuatro etapas clave, cada una con objetivos específicos que contribuyen a un propósito general: fomentar la autogestión del consumo, optimizar la funcionalidad de la persona y reducir el riesgo de recaídas en consumos problemáticos.

Estas etapas comprenden la identificación temprana e intervención, la estabilización, el tratamiento integral y la autogestión de la recuperación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Las acciones orientadas a asegurar la continuidad del cuidado en estas etapas se enmarcan dentro del modelo preventivo, predictivo y resolutivo. Su propósito es además ampliar el alcance de las estrategias de tamizaje, intervención breve y derivación, así como fortalecer la calidad y capacidad de respuesta de los servicios de salud, garantizando así una atención integral e integrada.

Identificación temprana e intervención

La detección temprana en el consumo de SPA se refiere al proceso sistemático de identificar, de manera oportuna, señales o factores de riesgo asociados al uso inicial, ocasional o problemático de SPA, antes de que generen consecuencias negativas a nivel físico, mental, social o económico. El modelo preventivo, predictivo y resolutivo permite la implementación de intervenciones preventivas o terapéuticas que minimicen los riesgos asociados y favorezcan la salud integral de las personas.

La detección temprana en el consumo de SPA debe estar alineada con los principios de la APS, priorizando un enfoque integral, inclusivo y territorial para reducir el impacto social y sanitario del consumo problemático (MSPS, s/f).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la detección temprana es una estrategia clave dentro de los programas de prevención del consumo de SPA, orientada a

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

mitigar sus efectos adversos y promover acciones preventivas que aborden los determinantes sociales y personales que predisponen al consumo (World Health Organization, 2010).

Por otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) destaca que la detección temprana debe integrar herramientas de evaluación estandarizadas, como cribados en entornos comunitarios, educativos o de atención primaria, que permitan identificar casos en etapas iniciales y conectar a las personas con los servicios de apoyo necesarios (UNODC, 2013).

Estabilización

La etapa de estabilización en el tratamiento no busca alcanzar una sobriedad duradera, sino preparar a la persona con consumos problemáticos, que se encuentra en un estado de inestabilidad, para avanzar hacia una etapa posterior de tratamiento integral. En esta etapa las estrategias de disminución de riesgos y reducción de daños son esenciales (Shannon C. Miller MD, 2019).

Un objetivo clave de esta etapa es motivar y comprometer a la persona estabilizada a continuar con un manejo y seguimiento adecuados. Sin embargo, la estabilización, por sí sola, rara vez es suficiente para lograr una recuperación duradera, especialmente en personas con un historial prolongado de abuso de SPA.

Tratamiento integral

El tratamiento para el consumo de SPA se define como el conjunto de intervenciones médicas, psicológicas, sociales y comunitarias diseñadas para ayudar a las personas a reducir o cesar el uso problemático de estas SPA. Su objetivo es mejorar la salud física y mental del individuo, reducir los daños asociados al consumo, promover la recuperación y facilitar la inclusión social (Shannon C. Miller MD, 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tratamiento del consumo de SPA debe estar basado en la evidencia y centrarse en las necesidades individuales del paciente, incluyendo estrategias como el manejo médico del síndrome de abstinencia, terapias psicosociales, programas de recuperación y apoyo a la inclusión. Este proceso debe ser accesible, continuo y adaptable a las características culturales y sociales de cada población (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) enfatiza que el tratamiento debe abordarse como parte de un enfoque integral y multidisciplinario, considerando la reducción de daños, la inclusión social y el respeto por los derechos humanos. Esto incluye la implementación de programas que aborden los factores sociales y psicológicos subyacentes desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (UNODC, 2019).

El tratamiento para el consumo de SPA debe alinearse con un enfoque de APS, garantizando la accesibilidad a todos los servicios disponibles, los cuales deben ser adaptados a las necesidades territoriales y culturales del país (MSPSI, s/f).

Se deben promover los servicios de bajo umbral basados en APS, para eliminar las barreras de acceso que le impiden a las personas que usan SPA acceder al tratamiento (Alberta Health Services, 2024).

Autogestión de la recuperación

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

El concepto de "gestión personal" hace referencia a la transición desde el cuidado clínico supervisado hacia la capacidad de la persona para gestionar de manera autónoma su relación con el consumo de SPA y los problemas asociados. Este proceso puede estar acompañado del apoyo informado de familiares y amigos, quienes desempeñan un papel crucial en este enfoque.

Tradicionalmente, las intervenciones informales de este tipo no se incluían dentro del tratamiento formal, sin embargo, el cambio de paradigma ha resaltado el valor de estas intervenciones, especialmente mediante la participación en programas de apoyo mutuo. Estas iniciativas son esenciales para mantener los logros alcanzados durante el tratamiento formal, promover la salud y funcionalidad del paciente, y actuar como una barrera contra las recaídas en el consumo problemático de SPA.

En el caso de los pueblos y comunidades étnicas, es fundamental avanzar en el fortalecimiento y articulación de la medicina tradicional y sus agentes, a los procesos de atención y tratamiento del consumo problemático de SPA con perspectiva intercultural; y, de igual manera, en la adecuación técnica y sociocultural de instrumentos, programas, estrategias y atenciones relacionadas con el consumo de SPA en esta población.

Lineas de acción del eje 2:

Para lograr el objetivo de garantizar el cuidado continuo de las personas que con consumos problemáticos o de riesgo se establecen cuatro lineas de acción enmarcadas dentro del modelo preventivo, predictivo y resolutivo. La primera hace referencia a **la ampliación y el fortalecimiento de las estrategias de tamizaje, intervención breve y derivación**, con el objetivo de identificar de forma oportuna a personas con consumos iniciales y trastornos leves. Para ello, se prioriza la implementación de estas estrategias en los entornos de APS, permitiendo gestionar de manera temprana los casos de riesgo y canalizar adecuadamente a las poblaciones de especial interés definidas por la política.

La segunda línea de acción hace referencia al **desarrollo de capacidades en los equipos de atención primaria y en los centros especializados de tratamiento**. Se promoverá la formación y actualización de personal en metodologías basadas en evidencia, que integren enfoques preventivos y predictivos adaptados a las capacidades territoriales y que consideren las particularidades diferenciales e interseccionales (por ejemplo, de género, curso de vida, y étnico-interculturales). Esta capacitación facilitará la detección temprana, el diseño de planes individualizados de tratamiento y la promoción de la recuperación integral de las personas usuarias.

La tercera linea de acción busca **diversificar la oferta de servicios de tratamiento**, abarcando desde niveles de baja complejidad hasta atención de alta complejidad, de acuerdo con las necesidades específicas de cada usuario. Esto implica aumentar la oferta de programas ambulatorios y fortalecer la atención en urgencias y emergencias para casos de intoxicación aguda, síndrome de abstinencia y patologías duales, incluyendo la respuesta a NSP. Las acciones deben articularse dentro de redes integrales e integradas territoriales de atención sociosanitaria, con especial énfasis en salud mental y en el abordaje del consumo de SPA.

Finalmente, la cuarta línea de acción promoverá la **implementación de estrategias articuladoras** que incluyan el uso de la telemedicina y el fortalecimiento de la medicina tradicional. Estas acciones permitirán ampliar el acceso a servicios especializados y asegurar que los protocolos y estrategias se adecuen técnica y socioculturalmente a las realidades de las diversas poblaciones, incluyendo a pueblos y comunidades indígenas.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

4.3.2.4. Atención diferencial y enfoque intercultural

En el caso de los pueblos y comunidades étnicas, es fundamental avanzar en el fortalecimiento y articulación de la medicina tradicional y sus agentes, a los procesos de atención y tratamiento del consumo problemático de SPA con perspectiva intercultural; y, de igual manera, en la adecuación técnica y sociocultural de instrumentos, programas, estrategias y atenciones relacionadas con el consumo de SPA en esta población.

4.3.3. Eje 3. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA

La reducción de riesgos y daños (RRD) es un enfoque pragmático y humanitario (Marlatt, 1996), que busca minimizar los impactos negativos sanitarios, sociales y legales asociados al consumo de SPA (Harm Reduction International [HRI], 2020), reconociendo que muchas personas que consumen SPA no necesariamente requieren tratamiento, y otras no están dispuestas o no pueden dejar de consumir, al menos en el corto plazo, por lo que, en lugar de centrarse exclusivamente en la abstinencia, propone metas realistas y alcanzables que mejoren el bienestar general de las personas, reduciendo los riesgos y los daños asociados al consumo (Single, 1995).

Desde esta perspectiva, las estrategias que buscan únicamente reducir la prevalencia del consumo no logran abordar de manera efectiva los riesgos y daños que este conlleva, y en algunos casos, incluso pueden agravarlos. Esto no implica que la abstinencia y la RRD sean incompatibles, más bien, este enfoque reconoce que, para algunas personas, la abstinencia no es un objetivo alcanzable o deseado en el corto plazo (Riley & O'Hare, 2000), por lo que propone metas más accesibles que permitan mejorar progresivamente el bienestar de la persona, incluyendo eventualmente la posibilidad de alcanzar la abstinencia, si así lo decide, pero sin que esta sea un condicionante para recibir apoyo (Harm Reduction International [HRI], 2020).

Las estrategias de reducción de riesgos y daños persiguen dos objetivos próximos (Newcombe, 1992), por un lado, buscan disminuir la probabilidad de tener consecuencias negativas asociadas al consumo de las SPA (reducir los riesgos) y, por otro lado, pretenden mitigar las consecuencias negativas que ya se han causado por el consumo (reducir los daños).

En general, las intervenciones encaminadas a reducir los riesgos y daños han demostrado ser costoefectivas (Ritter & Cameron, 2006), especialmente aquellas encaminadas a abordar el consumo de sustancias opioides por vía inyectada, como por ejemplo el uso de metadona para prevenir y manejar el síndrome de abstinencia (Ward et al., 1994), la entrega de material higiénico de inyección (Fernandes et al., 2017) o la distribución de naloxona para la atención sobredosis (Chimbar & Moleta, 2018). Sin embargo, como se ha señalado previamente, para que la RRD sea efectiva en el contexto Colombiano, debe ser culturalmente apropiada, sostenible y holística, abordando tanto el consumo de SPA como los factores sociales y económicos subyacentes (Ojeda & Roig, 2024).

Es por esto que la política nacional busca, a través de la articulación sectorial e intersectorial, lograr una **RRD de espectro completo**. Este se define como un enfoque integral y multifacético que logra minimizar los impactos negativos asociados al consumo de SPA, abordando tanto las consecuencias inmediatas como los factores estructurales, sociales y económicos que los agravian (Calzada et al., 2024).

Desde esta perspectiva, las PUD tienen diversas necesidades y contextos, y por tanto, se requiere estrategias adaptadas que vayan más allá de los enfoques tradicionales. A diferencia de los enfoques puramente sanitarios, la RRDEC abarca intervenciones que incluyen desde la atención sanitaria, como programas de mantenimiento con metadona o la distribución de naloxona, hasta acciones más amplias, como el apoyo psicosocial y servicios integrales de salud, incluyendo salud mental y la salud sexual y reproductiva, así como apoyo para lograr acceso a vivienda, empleo,

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Este enfoque promueve un cambio estructural que busca desmantelar las políticas punitivas y estigmatizantes, priorizando la dignidad, la autonomía y los derechos humanos de las PUD. Además, la RRDEC se basa en la participación activa de las personas usuarias en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias, reconociéndolas como agentes clave en la construcción de soluciones. Este enfoque valora la diversidad, considerando factores como género, identidad sexual, edad y situación socioeconómica, y adapta las intervenciones a las realidades locales y culturales, con énfasis en comunidades históricamente marginadas.

En esencia, este enfoque adopta una perspectiva holística y pragmática, orientada hacia la equidad y la justicia social, para garantizar que las intervenciones sean sostenibles, accesibles y efectivas, mientras se promueve un entorno de apoyo que facilite cambios positivos en la vida de las personas.

El eje de RRD busca transformar el abordaje del consumo de SPA en Colombia mediante el fortalecimiento de una oferta de servicios amplia, inclusiva y basada en principios de equidad y derechos humanos y promoviendo la articulación de dispositivos de RRD dentro de redes integrales e integradas territoriales de servicios en salud, con énfasis en salud mental y consumo de SPA.

Para consolidar la RRD se han establecido tres líneas de acción:

4.3.3.1. Ampliación de la oferta y fortalecimiento de dispositivos y programas de reducción de riesgos y daños

La primera línea de acción está enfocada en la **ampliación de la oferta y fortalecimiento de dispositivos y programas**, asegurando que estos servicios sean accesibles y estén articulados dentro de redes de atención sociosanitaria.

La implementación de programas integrales de atención a PUD, deben garantizar el acceso a servicios de salud y apoyo social, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y reducir su vulnerabilidad frente a problemas de salud y exclusión social. En esencia, parten de la premisa de que la reducción del daño y el respeto por la autonomía de las personas deben estar en el centro de la respuesta institucional. Por ello, garantizan que las PUD tengan acceso a servicios de calidad sin discriminación, en un entorno seguro y con un enfoque diferencial.

Estos programas incluyen una oferta diversificada de servicios, entre ellos la educación en salud y asesoría para la RRD, la dispensación de medicamentos de sustitución como la metadona para personas que consumen opioides, la atención y prevención de sobredosis mediante el acceso a naloxona, el acompañamiento para la detección y tratamiento de enfermedades transmisibles como el VIH y la hepatitis viral, el acceso a asesoría especializada en prevención del aborto inseguro y educación en salud sexual y reproductiva o la provisión de material de consumo de menor riesgo (como kits de inyección y otros elementos para el consumo de menor riesgo), entre otros.

Para asegurar la calidad de la intervención y la adherencia de las personas a las intervenciones, se debe garantizar que la entrega de elementos para el consumo de menor riesgo, como los kits de inyección u otros elementos para el consumo por otras vías, se haga dentro de los programas integrales de atención a PUD y que estos elementos sean apropiados para población.

Esta línea de acción prioriza también el aumento de la oferta de dispositivos de bajo umbral, como los dispositivos comunitarios, los CAMAD, los espacios de consumo de menor riesgo, los servicios de análisis de SPA y las farmacias comunitarias, los cuales deberán operar bajo

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

los lineamientos del MSPS, responder a las necesidades de las poblaciones de especial interés y estar articulados dentro de redes integrales e integradas territoriales de servicios en salud, con énfasis en salud mental y consumo de SPA.

Los espacios de consumo de menor deben servir como espacios de acogida, donde las personas puedan consumir SPA en condiciones más higiénicas y seguras (Hedrich, 2004), bajo la supervisión de personal capacitado para responder a posibles eventos adversos asociados al consumo de SPA, como las sobredosis, así como ofrecer orientación para prevenir infecciones localizadas en los sitios de inyección, transmisión de infecciones como HIV y Hepatitis y otros riesgos asociados a las prácticas de consumo.

Por su parte, los servicios de análisis de SPA deben servir para identificar adulterantes y sustituyentes y promover la toma de decisiones informadas en los usuarios de SPA (Maghsoudi et al., 2022).

Adicionalmente, se desarrollará un modelo de farmacias comunitarias que facilite el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento y manejo del consumo de SPA, como la metadona y otras terapias de sustitución, así como la naloxona para la atención de sobredosis, garantizando su accesibilidad y disponibilidad en entornos comunitarios. Dentro de esta misma línea, se fortalecerán los programas de mantenimiento con metadona y otras estrategias de sustitución y manejo del síndrome de abstinencia, asegurando su implementación en el territorio y su integración con los servicios de salud.

4.3.3.2. Construcción y actualización de lineamientos técnicos

La segunda línea de acción está orientada a la **construcción y actualización de lineamientos técnicos** que garanticen la implementación de intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas a las realidades del país. Esto incluye la formulación y actualización de lineamientos específicos para los dispositivos comunitarios, los CAMAD, los espacios de consumo de menor riesgo, los servicios de análisis de SPA y las farmacias comunitarias.

Los lineamientos para los espacios de consumo de menor riesgo establecen orientaciones para el diseño, implementación, operación y evaluación de estos dispositivos, detallando recomendaciones sobre infraestructura, dotación, talento humano, protocolos de atención y bioseguridad, así como mecanismos de monitoreo y evaluación para garantizar su efectividad y sostenibilidad.

Asimismo, se desarrollarán lineamientos específicos para la RRD asociados al consumo de alcohol, asegurando que estas estrategias respondan de manera efectiva a los desafíos sanitarios y sociales que representa su consumo.

4.3.3.3. Desarrollo de capacidades y fortalecimiento comunitario

Finalmente, la tercera línea estratégica se centra en el **desarrollo de capacidades y el fortalecimiento comunitario**, asegurando que los equipos de salud y los actores comunitarios cuenten con las herramientas necesarias para implementar estrategias efectivas de RRD. Se promoverá la formación de los equipos interdisciplinarios de salud, incluyendo los equipos de APS, los equipos territoriales y los CAMAD, así como de actores comunitarios, educativos e institucionales que intervienen en la prevención y atención del consumo de SPA, como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) y los centros penitenciarios. Esta capacitación incluirá enfoques basados en derechos humanos, salud pública, género, interculturalidad y territorio, garantizando una atención integral y humanizada.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Además, se fortalecerán las capacidades de los actores comunitarios para el manejo de sobredosis por opioides, asegurando que en los entornos comunitarios se disponga de medicamentos antagonistas como la naloxona y se adopten estrategias efectivas para reducir la mortalidad y las complicaciones asociadas al consumo de estas SPA. Estas acciones contribuirán a consolidar un enfoque pragmático y humanitario que permita mejorar la calidad de vida de las PUD y promover entornos más seguros y saludables para toda la comunidad.

4.3.4. Eje 4. Inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas

La inclusión, protección social y cuidado de las PUD se refiere a garantizar que este grupo de personas, que a menudo sufren estigmatización y exclusión, tenga acceso equitativo a los derechos fundamentales y a los recursos necesarios para su bienestar.

Incluir socialmente a las PUD implica eliminar barreras discriminatorias, promover la igualdad de oportunidades y fomentar su participación activa en la sociedad. Por su parte, la protección social se centra en salvaguardar sus derechos, seguridad y dignidad, asegurando medidas adecuadas para prevenir y abordar situaciones de vulneración, como el acceso a servicios de salud, programas de reducción de daños y estrategias que aborden las causas subyacentes del consumo problemático de SPA. Ambos conceptos buscan contrarrestar el estigma asociado con el uso de SPA y crear entornos que favorezcan la inclusión y el cuidado integral de las personas afectadas por el consumo de SPA.

El consumo de SPA plantea retos que van más allá del ámbito de la salud pública, afectando también la inclusión y protección social de quienes usan estas SPA. Estas personas enfrentan barreras estructurales, culturales y sociales que limitan su acceso a servicios esenciales, perpetuando situaciones de vulneración y exclusión. Este eje busca garantizar el acceso efectivo a servicios que promuevan el bienestar integral de las personas, en un entorno inclusivo que resalte y garantice sus derechos humanos. Para ello, se enfatiza la importancia de articular esfuerzos intersectoriales que integren servicios sociales, de salud y comunitarios en una respuesta integral e integrada.

Este eje busca garantizar que las PUD accedan de manera efectiva a derechos fundamentales como la salud, la educación, el empleo y la vivienda, asegurando su inclusión en la sociedad sin barreras de estigma o discriminación. En Colombia, las PUD enfrentan múltiples obstáculos para acceder a servicios esenciales, debido a la estigmatización, la exclusión social y la falta de articulación entre los servicios sociosanitarios. Estos factores perpetúan situaciones de vulneración y agravan los riesgos asociados al consumo. Para hacer frente a esta problemática, la política propone un modelo de inclusión basado en la eliminación de barreras, la articulación de servicios y la promoción de estrategias que transformen el imaginario social sobre las PUD, reconociéndolas como sujetos de derechos y promoviendo su plena integración a la comunidad.

Para lograr este objetivo, se han definido dos líneas de acción:

4.3.4.1. Articulación de redes

La primera, enfocada en la articulación de redes, busca establecer mecanismos que faciliten la integración de los servicios sociosanitarios dentro de la oferta de atención integral para las PUD. Esto implica diseñar e implementar orientaciones técnicas para asegurar la interoperabilidad de los servicios de salud, empleo, educación y bienestar social, eliminando las barreras administrativas y garantizando una atención continua y efectiva. La integración de estos servicios permitirá que las PUD no solo accedan a tratamiento y atención en salud, sino que también cuenten con oportunidades reales de reinserción social y laboral, asegurando su bienestar y la sostenibilidad de los procesos de inclusión.

4.3.4.2. Eliminación del estigma y la discriminación

La segunda línea de acción está orientada a la **eliminación del estigma y la discriminación**, con el propósito de transformar las percepciones sociales y reducir los obstáculos que limitan el acceso de las PUD a los servicios de protección social. Para ello, se implementarán

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

estrategias de sensibilización y educación dirigidas a la sociedad en general y a sectores clave, como el sector salud, la justicia, la educación y los medios de comunicación, con el fin de cambiar narrativas y eliminar los prejuicios y estereotipos que perpetúan la exclusión y la marginalización. Estas estrategias tendrán un enfoque de género e incluirán acciones específicas para la población LGBTIQ+ (OSIGD), garantizando que las intervenciones sean inclusivas y respeten la diversidad. Además, se desarrollarán campañas de información para promover el respeto por los derechos de las PUD y fomentar su reconocimiento como parte de la sociedad, contribuyendo a la construcción de comunidades más solidarias e incluyentes.

4.3.5. Eje 5. Gestión para el ejercicio de la salud pública en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas

El eje de gestión para el ejercicio de la salud pública en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas busca garantizar la implementación efectiva y sostenida de la política a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible, en consonancia con las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031. La complejidad del fenómeno del consumo de SPA requiere una respuesta coordinada que vincule el sector salud con otros sectores, promoviendo la incidencia positiva sobre los determinantes sociales de la salud y el bienestar de las personas. Para ello, se retoman los ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031 como líneas de acción que estructuran las acciones de este eje:

4.3.5.1. Gobernabilidad y Gobernanza de la salud pública

Busca generar abogacía e incidencia técnica y política en la agenda de otros sectores para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas y de las condiciones de vulnerabilidad asociadas. Se fortalecerán los espacios sectoriales e intersectoriales existentes a nivel nacional y territorial como los Consejos Seccionales de Estupefacientes y la creación de una estructura programática para la implementación nacional y territorial de la política que incluya una instancia de alto nivel de carácter consultivo. Además, se acompañará a los departamentos en la formulación, ejecución y evaluación de planes departamentales de prevención, atención, RRD e inclusión social de PUD, con especial énfasis en la atención a pueblos y comunidades étnicas. También se establecerán procesos de cooperación técnica y financiera con organismos internacionales, asegurando la sostenibilidad de los programas y la adopción de mejores prácticas globales.

En esta línea, se prioriza la creación de un plan de respuesta integral en salud para el abordaje de NSP y emergentes, incluyendo el fentanilo, con estrategias de detección oportuna, RRD, atención y monitoreo continuo. En términos normativos, se impulsarán ajustes legislativos que respalden la atención integral de las PUD, la reactivación de la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo de Alcohol, la actualización de la Estrategia Nacional de Respuesta frente al Consumo de Alcohol y la inspección, vigilancia y control frente a la atención integral en salud.

4.3.5.2. Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.

Comprende la transversalización del enfoque territorial, étnico, de curso de vida, de género y diversidad en la atención integral al consumo de Sustancias Psicoactivas, mediante el fortalecimiento de espacios para la participación de personas y colectivos diferenciales, de género y diversidad y para pueblos y comunidades étnicos acordes con sus procesos políticos y organizativos en todos los momentos de la implementación de la política.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Así, se promoverá la participación de PUD, familias y comunidades en la formulación, implementación y evaluación de los planes territoriales de salud, asegurando su alineación con el Plan de Acción de la política. Finalmente, se garantizarán procesos de consulta de los instrumentos de política con las instancias de representación reconocidas.

4.3.5.3. Determinantes Sociales de la Salud.

Se fortalecerán las redes socio-institucionales y comunitarias en el territorio con el fin de reducir las condiciones de vulnerabilidad asociadas a los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas y atender las necesidades diferenciales de las personas que consumen sustancias, favoreciendo la inclusión social efectiva a partir de sus necesidades e intereses.

Por otra parte, se implementarán estrategias costo-efectivas para impactar los determinantes comerciales de la salud relacionados con el consumo de sustancias lícitas como el alcohol, tales como el incremento de impuestos o la regulación de horarios y lugares de venta, publicidad y patrocinio buscando reducir su asequibilidad y generar ingresos destinados a la salud pública.

4.3.5.4. Atención Primaria en Salud

Desde el modelo preventivo, predictivo y resolutivo, con énfasis en atención primaria en salud, se configurarán **redes integrales e integradas territoriales de servicios en salud**, con énfasis en salud mental y consumo de SPA. Bajo los principios de coordinación, equidad y sostenibilidad, estas redes abarcarán todos los niveles de atención, desde el nivel primario hasta la alta complejidad, organizando servicios desde promoción hasta recuperación, reconociendo:

- **Los dispositivos de base comunitaria** que involucran activamente a la comunidad en la promoción de la salud, la prevención y atención del consumo de SPA (MSPS, 2015) y adaptan las intervenciones a las necesidades específicas de la comunidad y fortalecer la capacidad de la comunidad para tomar decisiones informadas sobre su salud.
- **Los centros que prestan APS, los equipos básicos de salud, los CAMAD y en muchas ocasiones los servicios de urgencias** se convierten en los primeros puntos de contacto con el sistema de salud y trabajan para resolver la mayoría de las necesidades de salud relacionadas con el consumo de SPA. Este nivel primario se coordina con servicios comunitarios e intersectoriales, integrando saberes culturales y populares para brindar atención integral y centrada en las personas.
- **Las instituciones, públicas y privadas de Instituciones de mediana y alta complejidad** se integran a las redes para ofrecer servicios especializados, asegurando accesibilidad y equidad en territorios con baja oferta.
- **La telesalud** como facilita el acceso a servicios de salud en zonas remotas, permitiendo que comunidades alejadas reciban atención especializada, como diagnóstico temprano, intervenciones psicosociales y seguimiento continuo, sin necesidad de traslados. La telesalud también es útil para actividades de promoción y

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

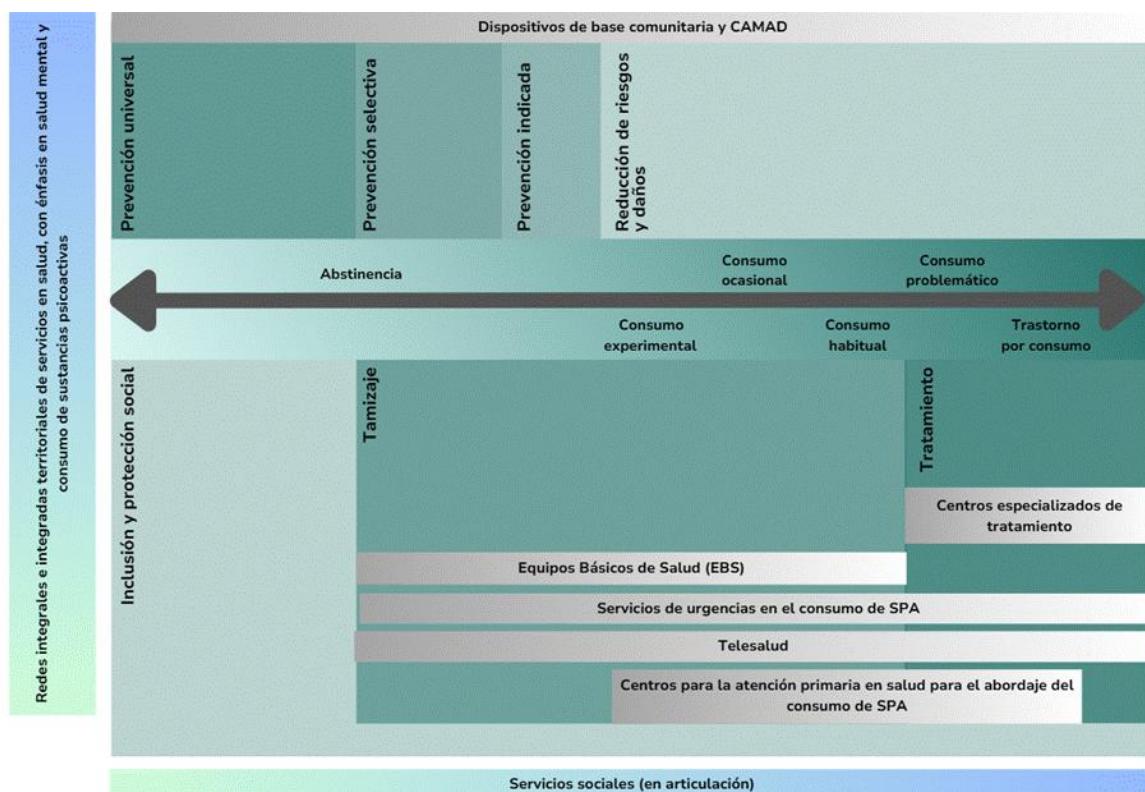
prevención, al ofrecer información en salud a través de acciones como charlas virtuales y campañas educativas adaptadas a las características culturales y sociales de cada territorio. Asimismo, permite monitorear de manera constante a los pacientes en tratamiento, fomentando la adherencia y detectando recaídas de forma temprana.

- **La línea toxicológica nacional y la línea nacional de teleorientación en salud mental** proporcionan escucha y asesoría inmediata, facilitando respuestas rápidas y oportunas, incluso en regiones remotas, actuando como nodos de comunicación entre los diferentes niveles del sistema de salud, fortaleciendo la coordinación y continuidad en la atención. La línea toxicológica nacional, adicionalmente, apoya la capacitación del personal de salud, garantizando el manejo adecuado de emergencias toxicológicas en territorios con recursos limitados.

Igualmente, se actualizará **el modelo de abordaje integral al consumo de sustancias psicoactivas** integrando las intervenciones basadas en la evidencia para el cuidado de la salud, la prevención, la detección temprana de los riesgos, el tratamiento, la reducción de riesgos y daños, la recuperación. Esto permitirá fortalecer el acceso, la calidad y la gestión eficiente de los servicios de salud, articulando esfuerzos entre actores públicos y privados, promoviendo un enfoque centrado en las personas, las familias y las comunidades.

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

Figura 9. El modelo preventivo, predictivo y resolutivo con énfasis en APS para el abordaje integral al consumo de SPA



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025)

4.3.5.5. Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria

Se impulsará la producción y uso de información para la toma de decisiones en la política pública. Se desarrollará del componente de consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Nacional de Salud Mental articulado al Observatorio de Drogas de Colombia y al Observatorio Nacional de Salud. Se sistematizarán, evaluarán y divulgarán experiencias territoriales exitosas, asegurando su replicabilidad a nivel nacional. Se conformarán redes territoriales de conocimiento con comunidades científicas, academia y sociedad civil, articuladas con los Consejos Seccionales de Estupefacientes, promoviendo investigaciones sobre el consumo de SPA y su abordaje integral. Se incidirá en el fortalecimiento de la investigación sobre reducción de riesgos y daños en poblaciones de especial interés, como mujeres, gestantes, adolescentes, jóvenes, poblaciones étnicas y personas en situación de calle, asegurando que las intervenciones sean específicas y adaptadas a sus realidades. Asimismo, se impulsarán investigaciones sobre los usos medicinales del cannabis y los psicodélicos en el tratamiento de los TUS y la patología dual, garantizando que la evidencia científica guíe la toma de decisiones en políticas públicas.

4.3.5.6. Personal de salud

Se orienta al desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de SPA y busca fortalecer la formación y actualización del talento humano en salud y otros sectores clave. Para ello, se diseñará una estrategia de formación continua para fortalecer las competencias del talento humano en salud que participa en la implementación

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

de la política, incluyendo a los integrantes de todos los equipos de salud de prestadores de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales (ET) y demás actores del sistema de salud, y una estrategia de educación para la salud, dirigida a empoderar y fortalecer capacidades de los actores sociales, comunitarios, educativos y de otras instituciones relacionadas, como el ICBF, el SRPA y los centros penitenciarios. Estas estrategias podrán ser financiadas, adaptadas e implementadas por diferentes oferentes de acciones de formación continua; para el caso del talento humano en salud en el marco de los planes institucionales de formación continua de IPS, EPS y Dirección Territoriales de salud y, para los demás actores, de acuerdo con sus funciones y responsabilidades.

Asimismo, el MSPS promoverá que los enfoques y componentes de la política sean incluidos en los programas de educación superior, de educación para el trabajo y el desarrollo humano del área de la salud.

4.4. Poblaciones de especial interés

La política orienta sus acciones a prevenir y abordar el consumo de SPA en toda la población del territorio colombiano, sin embargo, el acceso a servicios y programas de prevención, detección oportuna, tratamiento y RRD relacionados con el consumo de SPA está profundamente condicionado por barreras estructurales, económicas, sociales y culturales que enfrentan ciertas poblaciones. Estas barreras, como la discriminación, la exclusión, la estigmatización, las limitaciones económicas, la falta de información culturalmente pertinente y la ausencia de infraestructura adecuada, obstaculizan el acceso y el mantenimiento a una atención equitativa y oportuna. Por ello, esta política prioriza a grupos de especial interés, reconociendo sus necesidades específicas y promoviendo un enfoque diferencial que garantice su inclusión efectiva en las intervenciones. Además, busca fortalecer la capacidad de los actores institucionales y comunitarios para eliminar barreras, promover la participación activa de las poblaciones de especial interés y garantizar su acceso pleno a servicios integrales y de calidad.

Mujeres

Desde esta política, se busca garantizar un enfoque diferencial en la atención de las mujeres, asegurando que los tratamientos y los servicios de RRD sean integrales, accesibles, seguros y adecuados a sus necesidades, además de garantizar que se articulen con otros servicios de apoyo social como servicios de cuidado.

Personas gestantes

Esta política propone la eliminación de barreras punitivas y la implementación de programas específicos de atención prenatal, manejo del síndrome de abstinencia y estrategias de RRD que protejan tanto a la persona gestante como al bebé. Se promoverá un acceso a servicios de salud respetuoso, humanizado y libre de discriminación, asegurando que ninguna persona gestante sea privada de atención médica adecuada debido a su consumo de SPA.

Personas con orientación sexual e identidad de género diversa -OSIGD

La política propone incorporar un enfoque afirmativo que garantice entornos incluyentes y de protección para todas las personas, promueva la capacitación del personal de salud en diversidad sexual y de género para ofrecer abordajes inclusivos y respetuosos, y facilite programas adaptados a las necesidades e intereses específicos de esta población.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Niños y niñas, adolescentes y jóvenes

Para abordar estos desafíos, la política fortalece la prevención ambiental, promoviendo entornos protectores en el ámbito educativo, comunitario y familiar. Asimismo, se impulsan intervenciones de prevención selectiva e indicada, dirigidas a adolescentes y jóvenes en situaciones de riesgo, con estrategias educativas, de promoción de la salud y formación en habilidades para la vida. También se busca garantizar el acceso a servicios oportunos, continuos y adaptados a sus realidades, priorizando enfoques diferenciales e intersectoriales que articulen los sistemas de educación, salud y protección social.

Adolescentes y jóvenes que pertenecen al Sistema de Protección y Responsabilidad Penal del Adolescente

En respuesta a esta realidad, la política propone fortalecer estrategias diferenciales que aseguren la detección temprana del consumo, el acceso a tratamientos adaptados a sus necesidades y la implementación de intervenciones humanizadas y basadas en la evidencia. Se busca garantizar que esta población reciba una atención integral, articulada con el sistema de justicia juvenil y el sistema de protección, promoviendo programas de reintegración social que faciliten su acceso a oportunidades educativas, laborales y comunitarias.

Personas con trastornos y enfermedades de salud mental

Para garantizar su derecho a la salud, la política fortalecerá la integración de la atención en salud mental y el tratamiento del consumo de SPA dentro de redes integrales e integradas territoriales de servicios en salud, con énfasis en salud mental y consumo de SPA, ampliando la oferta de servicios especializados en patología dual, promoviendo la formación del talento humano en abordajes interdisciplinarios y diferenciados, y desarrollando estrategias para combatir el estigma, asegurando un acceso equitativo y humanizado a la atención.

Personas en riesgo o situación de/en calle

La política prioriza la creación de dispositivos de bajo umbral y servicios móviles que faciliten el acceso, la oportunidad y la continuidad en la atención humanizada, reduciendo los riesgos, los daños o las afectaciones asociadas a su contexto. Asimismo, promueve la capacitación del personal en intervenciones basadas en la evidencia con esta población para ofrecer abordajes diferenciales, humanizados y articulados entre los distintos sectores, enfocados en mejorar la funcionalidad, la inclusión y el bienestar de las personas.

Personas Privadas de la Libertad (PPL)

La política propone ampliar la oferta de servicios en los centros de reclusión, integrando estrategias de RRD, y garantizando continuidad y pertinencia en la atención, especialmente durante el proceso de reintegración social. Asimismo, promueve la capacitación del personal en intervenciones fundamentadas en la evidencia, para ofrecer abordajes humanizados y pragmáticos que respondan a las necesidades de esta población.

Poblaciones étnicas

La política incorpora un enfoque intercultural, el cual respeta los saberes ancestrales y promueve la integración de prácticas tradicionales propias y los sabedores/sabedoras de la medicina ancestral en todo el proceso de la atención en salud, asegurando el reconocimiento

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

del rol de los sabedores/sabedoras tradicionales en salud y la participación de estas comunidades en la construcción de las intervenciones.

5. Orientaciones para la implementación

La implementación en el nivel nacional se realizará a través del plan de acción de la política reconociendo, por una parte, las competencias y responsabilidades de las Direcciones Territoriales de Salud, las EPS y las IPS, las Organizaciones de la Sociedad Civil, y por otro lado, las articulaciones necesarias con otros sectores y las organizaciones de la sociedad civil.

Por su parte, la gestión local de la política demanda procesos integrales, sostenibles, continuos y ordenados que transformen los determinantes sociales y favorezcan el abordaje integral de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la salud pública y los derechos humanos. En este sentido, se retoma la Guía Técnica de Implementación que acompañó la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2019, para proponer los siguientes hitos de implementación:

- I. Diagnóstico situación territorial en consumo de sustancias psicoactivas considerando las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan las personas, las familias y las comunidades.
- II. Comité Departamental de Drogas y Consejo Seccional de Estupefacientes que acompañan los procesos de adopción, adaptación y seguimiento de las Políticas.
- III. Política adoptada y adaptada según el contexto territorial
- IV. Adopción de la política mediante acto administrativo.
- V. Estrategias priorizadas anualmente por cada uno los ejes de la política, vinculadas al Plan Territorial de Salud y en concordancia con los Planes Territoriales de Drogas:
 - A. Eje 1. Promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas
 - B. Eje 2. Detección oportuna y tratamiento de los problemas por consumo
 - C. Eje 3. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA
 - D. Eje 4. Inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas
 - E. Eje 5. Gestión para el ejercicio de la salud pública en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas
- VI. Plan de acción para la implementación de la política local concertado, que viabiliza las alianzas sectoriales, intersectoriales, académicas y comunitarias para desarrollo operativo de las estrategias.
- VII. Instrumentos de planeación territorial (PTD, PTS, PISC) incorporan las prioridades de política en consumo de sustancias psicoactivas.
- VIII. Seguimiento semestral, a través de indicadores, al cumplimiento del plan de acción de la política territorial.
- IX. La ciudadanía está vinculada a las diferentes fases de implementación de la Política
- X. Los resultados de la implementación de política son incluidos en los procesos territoriales de rendición de cuentas

El Ministerio de Salud y Protección Social solicitará semestralmente, a las Direcciones Territoriales de Salud, el reporte de la información cuantitativa y cualitativa que da cuenta de la implementación de estos hitos.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

6. Seguimiento y evaluación de la política [1]

La evaluación y el monitoreo de esta política son fundamentales para garantizar su efectividad, sostenibilidad y adaptación a las necesidades cambiantes de la población. Para los tomadores de decisiones, permite medir el impacto de las intervenciones, optimizar recursos y ajustar estrategias en función de la evidencia. Para las ET y los prestadores de servicios IPS, facilita la implementación efectiva, asegurando la articulación entre sectores y la prestación de servicios adecuados. A nivel intersectorial, promueve la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la prevención, atención y RRD, asegurando un abordaje integral del consumo de SPA. Por su parte, para la sociedad civil y las comunidades, representa una herramienta clave para el control social y la exigibilidad de derechos, garantizando que las acciones implementadas respondan a las realidades y necesidades de las personas que usan drogas y sus entornos. Un sistema de evaluación robusto permite no solo medir avances y desafíos, sino fortalecer la transparencia, la participación y la rendición de cuentas en la implementación de esta política.

Este proceso se articulará con los mecanismos de seguimiento del PND 2022-2026, el PDSP 2022-2031, la Política Nacional de Drogas 2023-2033, del Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), asegurando una aproximación integral al desempeño de la gestión, la prestación de servicios y los resultados esperados.

De esta manera se realizará seguimiento a los siguientes indicadores

- Indicadores de gestión: Hitos de la implementación territorial definidos en el presente documento.
- Indicadores de resultado: Plan de Acción de la política. Ver anexo
- Indicadores de impacto: PDSP 2022-2031 y del Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz, a saber:

Línea de Año base	Meta	
13,6 años	2016	A 2031, Colombia aumentará la edad de inicio de consumo de SPA ilícitas a más de 14 años en población en edad escolar.
12,85 años	2016	A 2031, Colombia aumentará la edad inicio de consumo de alcohol a más de 14 años en población en edad escolar.
7,97	2016	A 2031, Colombia reducirá en 10% la prevalencia de último año el consumo de marihuana en población escolar
59,59	2016	A 2031, Colombia disminuirá en 10% la prevalencia año del consumo de alcohol en población escolar.

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

0,98	2019	A 2031 Colombia reducirá en 4.7% los DALYS atribuidos a trastornos por consumo de alcohol.
84.819	2023	A 2031, aumentar a 123.500 personas/año, el número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas
0,04 100.000 habitantes	x 2023	A 2031, mantener en 0.04 muertes por 100.000 habitantes, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, debido al uso de sustancias psicoactivas

Los lineamientos y mecanismos a emplear serán los definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en el procedimiento vigente de seguimiento y monitoreo a las políticas públicas de salud y de protección social[1]. Para el reporte de avance de los indicadores se empleará el aplicativo MiGestión de acuerdo con la periodicidad definida para los indicadores. El grupo Convivencia Social y Ciudadanía, de la Dirección de Promoción y Prevención, o quien haga sus veces, elaborará un informe anual de seguimiento al avance de la implementación de la política pública, indicando las acciones de mejora en caso de ser necesario.

En lo que respecta a la evaluación de la política se realizará una evaluación de medio término, al completarse 4 años de la implementación de la política, siguiendo el procedimiento de elaboración de estudios sectoriales y evaluaciones de política pública en salud del Ministerio de Salud y Protección Social, dispuesto para tal fin[2]

[1] Ultima versión disponible a la fecha:
https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPP_P03.pdf

[2] Ultima versión disponible a la fecha:
https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GPP_P04.pdf

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

7. Referencias

- Alberta Health Services. (2024). *Best Practice Recommendations*. Alberta Health Services.
<https://www.albertahealthservices.ca/ipc/page6411.aspx>
- Berjano, E., & Musitu, G. (1987). *Las drogas: Análisis teórico y métodos de intervención*. NAU Llibres.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nuture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568–586.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2007). The Bioecological Model of Human Development. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (1a ed.). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0114>
- Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23(2), 87–100.
- Calzada, R., Castro, T., Keller, E., & Arredondo, C. (2024). *CONNECTING THEORY AND PRACTICE: Best practices of the Full Spectrum Harm Reduction Survey Report*. Youth RISE.
- Centre for Addiction and Mental Health. (2023). *Understanding Substance Use Problems and Addiction*.
<https://moodle8.camhx.ca/moodle/mod/book/view.php?id=113&chapterid=213>
- Chimbar, L., & Moleta, Y. (2018). Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. *Journal of Addictions Nursing*, 29(3), 167–171. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000230>
- Constitución Política de Colombia, Artículo 49 (1991).
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and*

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

No Positive Results, 5(1), 81–90.

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrara, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S. E., Knudsen, A. K., Haro, J. M., Patton, G., Kopec, J., ... Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987–1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)

Duke, A. A., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., Westphal, A., & McKee, S. A. (2018). Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(2), 238–249. <https://doi.org/10.1037/vio0000106>

Erkoç, Y., & Göçmen, L. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik dönüm noktaları: Global konferanslardan bildiriler* (1st ed). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Farrell, M., Martin, N. K., Stockings, E., Bórquez, A., Cepeda, J. A., Degenhardt, L., Ali, R., Tran, L. T., Rehm, J., Torrens, M., Shoptaw, S., & McKetin, R. (2019). Responding to global stimulant use: Challenges and opportunities. *Lancet (London, England)*, 394(10209), 1652–1667.

Fernandes, R. M., Cary, M., Duarte, G., Jesus, G., Alarcão, J., Torre, C., Costa, S., Costa, J., & Carneiro, A. V. (2017). Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs – An overview of systematic reviews. *BMC Public Health*, 17(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4210-2>

Friedland, G. (2010). Infectious Disease Comorbidities Adversely Affecting Substance Users With HIV: Hepatitis C and Tuberculosis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55(Supplement 1), S37–S42. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3181f9c0b6>

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

- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports (Washington, D.C.: 1974)*, 98(2), 107–109.
- Harm Reduction International [HRI]. (2020). *What is Harm Reduction?* <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA]. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/339/Consumption_rooms_101741.pdf
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017). *Violencia y consumo de sustancias psicoactivas*. <https://iafa.go.cr/violencia-y-consumo-de-sustancias-psicoactivas/>
- Islami, F., Torre, L. A., & Jemal, A. (2015). Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Translational Lung Cancer Research*, 4(4), 327–338. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2218-6751.2015.08.04>
- Kolla, B. P., Oesterle, T., Gold, M., Southwick, F., & Rummans, T. (2020). Infectious diseases occurring in the context of substance use disorders: A concise review. *Journal of the Neurological Sciences*, 411, 116719. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116719>
- Kumar, S., & Preetha, G. (2012). Health promotion: An effective tool for global health. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 37(1), 5–12. <https://doi.org/10.4103/0970-0218.94009>
- Labaki, W. W., & Han, M. K. (2020). Chronic respiratory diseases: A global view. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 531–533. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30157-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30157-0)
- Ley 1098 (2006). <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigofinancialeyley1098.pdf>
- Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D., & Scheim, A. I. (2022). Drug checking services for people who use drugs: A systematic review. *Addiction*, 117(3), 532–544. <https://doi.org/10.1111/add.15734>

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779–788.

[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(96\)00042-1](https://doi.org/10.1016/0306-4603(96)00042-1)

Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Guillermina, N. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública de México*, 55(1), 67–73.

Ministerio de Justicia y del Derecho. (s/f). Recuperado el 29 de diciembre de 2024, de <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Paginas/Publicaciones-Consumo.aspx>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (s/f-a). *OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA- SISTEMA DE ALERTAS TEMPRANAS EN DROGAS*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/SAT/Manuales/SAT%20Colombia.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (s/f-b). *Sistema de Alertas Tempranas de Colombia*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Paginas/Sat.aspx>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (2015). *ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN POBLACIÓN PENITENCIARIA Y CARCELARIA EN COLOMBIA*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20estudio%20consumo%20Poblaci%C3%A9n%20Penitenciaria.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (2019). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (2022). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolares*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

[co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20nacional%20escolares.pdf)

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (2023a). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población Universitaria.*

<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Estudio%20Nacional%20de%20Consumo%20de%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Poblaci%C3%B3n%20Universitaria.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (2023b). *Política Nacional de Drogas 2023-2033. Sembrando vida desterramos el narcotráfico.*

<https://www.minjusticia.gov.co/Sala-de-prensa/Documents/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Drogas%202023%20-202033%20%27Sembrando%20vida,%20desterramos%20el%20narcotr%C3%A1fico%27.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD]. (2024). *Situación actual de la problemática del fentanilo y opioides sintéticos con fines no médicos en Colombia.*

<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Fentanilo.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD], Fundación Salutia, & Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial - ENTerritorio. (2021). *Estudio de prevalencia de vih, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas bogotá, medellín, santiago de cali y el área conurbada de pereira y dosquebradas.* https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20final%20de%20resultados_digital%20%281%29.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD] & Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses [ICMLCF]. (2020). *ESTUDIO DE MORTALIDAD ASOCIADA AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 2013—2020.*

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/Nacionales/informe%20de%20resultados.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia [MJD] & Universidad CES. (2021). *Estudio de prevalencia de VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis, y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Armenia y Cúcuta.*

<https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Informe%20de%20Resultados%20de%20Investigacio%cc%81n%20PID%20Armenia-Cu%cc%81cuta%20Marzo%202022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s/f). *Resolución 089 de 2019 Ministerio de Salud y Protección Social.* Recuperado el 30 de diciembre de 2024, de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=82566>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Modelo de atención integral para el consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modelo-atencion-integral-sustancias-psicoactivas-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MSPS]. (2024). *Análisis de la situación en salud.*

MinSaludCol (Director). (2024, agosto 31). *Actualización de lineamientos de los Equipos Básicos en Salud* [Video recording].

<https://www.youtube.com/watch?v=Xmje3nxMNmk>

MODELO DE SALUD PREVENTIVO Y PREDICTIVO PARA UNA COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA. (s/f). MD&CO Consulting Group. Recuperado el 29 de diciembre de 2024, de <https://mdco.com.co/blog-1/1t94rnyef6vf9z62l6h7cyqqrwloas-744tb>

Murray, R. M., Quigley, H., Quattrone, D., Englund, A., & Di Forti, M. (2016). Traditional

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

- marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: Increasing risk for psychosis. *World Psychiatry*, 15(3), 195–204. <https://doi.org/10.1002/wps.20341>
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. En P. O'Hare (Ed.), *The Reduction of drug-related harm*. Routledge.
- Norström, T., & Rossow, I. (2016). Alcohol Consumption as a Risk Factor for Suicidal Behavior: A Systematic Review of Associations at the Individual and at the Population Level. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 489–506. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1158678>
- Observatorio de Drogas de Colombia [ODC]. (2022). *Alerta informativa acerca de la aparición del opioide sintético (β -hidroxitiofentanilo)*. <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/SAT/Alertas/2022%20Alerta%20b-hidroxitiofentanilo.pdf>
- Ojeda, S., & Roig, A. (2024). *Estrategias de reducción de daños en Cúcuta, Pereira, Dosquebradas, Medellín y Armenia (Colombia): Una mirada desde la interseccionalidad*. COPOLAD, MINISTERIO DE JUSTICIA DE COLOMBIA, METZINERES y EPISTEME SOCIAL.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours*. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis>
- Paiva, C. B., Ferreira, I. B., Bosa, V. L., & Narvaez, J. C. D. M. (2017). Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(1), 34–42. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0065>
- Pons Diez, X. (2008). *Modelos interpretativos del consumo de drogas*. 4(2), 157–186.
- Porumb, M. D. (2019). *Explanatory Models Of Drug Use And Their Rationality*. 1158–1168. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.08.03.142>

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

- Riley, D., & O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. En *National and international perspectives* (pp. 1–26).
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 611–624. <https://doi.org/10.1080/09595230600944529>
- Rueda, A. M. (2024). *ESTRATEGIA DE INCIDENCIA Y GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA AVANZAR EN LA REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS*.
- Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. EUB.
- Scopetta, O., & Castaño Pérez, G. (2018). El enfoque de salud pública en la política de drogas en Colombia. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(1), 81–88. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.349>
- Shannon C. Miller MD, R. N. R. M. (2019). *The ASAM Principles of Addiction Medicine: Print ...* (6a ed.). Wolters Kluwer. https://shop.lww.com/The-ASAM-Principles-of-Addiction-Medicine--Print---eBook-with-Multimedia/p/9781975201562?srsltid=AfmBOopcCSjzbLVOnypyNrenq_VMYRz206LJvrARP6E6vjTMsQPjci3K
- Single, E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, 14(3), 287–290. <https://doi.org/10.1080/09595239500185371>
- Toronto Public Health. (s/f). *DISCUSSION PAPER: A PUBLIC HEALTH APPROACH TO DRUGS*.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2023). *World Drug Report*.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2024). *World Drug Report*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2024/WDR24_Key_findings_and_conclusions.pdf

Continuación de la resolución “*Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas*”

UNODC. (2013). *International Standards on Drug Use Prevention*.

UNODC. (2019). *Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system: Alternatives to conviction or punishment*.
<https://www.who.int/publications/i/item/treatment-and-care-for-people-with-drug-use-disorders-in-contact-with-the-criminal-justice-system-alternatives-to-conviction-or-punishment>

Ward, J., Mattick, R. P., & Hall, W. (1994). The effectiveness of methadone maintenance treatment: An overview. *Drug and Alcohol Review*, 13(3), 327–336.
<https://doi.org/10.1080/09595239400185431>

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS ONE*, 10(2), e0116820.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>

World Health Organization. (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. 38.
<https://iris.who.int/handle/10665/44395>

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/274603>

Zinberg, N. (1986). *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.