Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas 2025-2033: Una apuesta por el cuidado integral, la salud pública y los derechos humanos.

Contenido

No se encontraron entradas de tabla de contenido.

Figuras

Figura 1. El continuo del consumo de SPA. 13
Figura 2. Modelo de la tríada del consumo. 13
Figura 3. Teoría de los determinantes sociales de la salud. 16
Figura 4. Modelo ecológico. 17
Figura 5. Enfoques y principios de la política. 22
Figura 5. Prevalencias de consumo de alcohol en el último mes en población de 12 a 65 años a nivel territorial. 23
Figura 6. Porcentaje de personas con consumo perjudicial de alcohol en población de 12 a 65 años a nivel territorial. 24
Figura 7. Prevalencia de consumo en el último año en población general según territorio, año 2019. 26
Figura 8. Prevalencias de consumo de cualquier sustancia en población escolar. 30
Figura 9. Barreras que enfrentan diferentes poblaciones. 43
Figura 10. Ejes de la política. 45
Figura 11. Entornos protectores frente al consumo de SPA. 46
Figura 12. Diferentes niveles de la prevención. 48
Figura 13. Sistema Nacional De Atención Al Consumo De Sustancias Psicoactivas. 60

Tablas

Tabla 1. Prevalencia de consumo de SPA en población general comparativos años 2008, 2013 y 2019. 21
Tabla 2. Prevalencia de consumo de SPA en población escolar comparativo años 2004, 2011, 2016 y 2022. 27
Tabla 3. Prevalencia de consumo de alcohol en población escolar según sexo comparativo años 2004, 2011, 2016 y 2022. 28
Tabla 4. Prevalencia de consumo en el último año en población escolar según territorio, año 2022. 30
Tabla 5. NPS identificadas a través del SAT de Colombia. 34
Tabla 6. Número de servicios en consumo de SPA. 37

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 se 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

Definiciones

Atención primaria en salud. 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.

CAMAD. Estrategia integral que articula intervenciones colectivas, individuales y sociales desde los enfoques de salud pública, derechos humanos y atención primaria, dirigida a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas. Se implementa mediante equipos interdisciplinarios que realizan intervenciones de la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, violencias, y la reducción de riesgos y daños, de manera fija o itinerante según las necesidades territoriales y poblacionales. Tiene como propósito facilitar la entrada y permanencia en los servicios de salud de personas y sus familias y desarrollar acciones que desafíen y transformen las percepciones negativas hacia las personas que usan drogas, fortaleciendo la inclusión social y la dignidad de los individuos.

Consumo de sustancias psicoactivas. Hace referencia al uso de sustancias que alteran el estado de conciencia, la sensopercepción, el comportamiento y/o la memoria. Este consumo puede adoptar diversas formas, con implicaciones diferenciadas para la salud física, mental y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades. Este se puede clasificar según su intencionalidad (experimental, social/recreativo, medicinal/terapéutico y ritual) y su impacto (consumo no problemático, consumo problemático). Esta perspectiva reconoce el carácter no homogéneo del fenómeno, permitiendo identificar múltiples formas de uso que requieren respuestas diferenciadas desde la política pública.

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.

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, la vivienda, la cultura, la recreación, la unión familiar y la participación efectiva de las personas que usan drogas (legales e ilegales). 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.

Navegación en salud. Estrategia de acompañamiento orientada a facilitar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud, sociales y comunitarios para las personas que usan sustancias psicoactivas. A través de gestores en salud, se promueve el ejercicio del derecho a la salud, brindando orientación sobre puertas de entrada y servicios disponibles, apoyando la gestión de trámites, superando barreras de acceso, y fortaleciendo el vínculo entre las personas usuarias y los servicios disponibles.

Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Conjunto de estrategias y acciones orientadas al desarrollo sano y seguro de los niños, niñas y jóvenes para que puedan desplegar sus talentos y su potencial y convertirse en miembros activos de su comunidad y de la sociedad. Una prevención eficaz contribuye de forma significativa al compromiso

positivo de los niños, niñas, jóvenes y adultos con sus familias y en sus escuelas, lugares de trabajo y comunidades. Garantizar lo anterior llevará a evitar o reducir la probabilidad del inicio del consumo de sustancias psicoactivas o su progresión hacia formas problemáticas.

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.

Reducción de riesgos y daños. Es tanto un enfoque como una estrategia de intervención dirigida a minimizar los impactos negativos del consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, así como los impactos negativos de las políticas de prohibición. Como enfoque, reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad en la sociedad, y busca proteger la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades, en lugar de ignorar, castigar o estigmatizar dichas prácticas. Señala además, que el consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multifacético que abarca un continuo de comportamientos dentro de los cuales se reconocen diferentes tipos de consumo, que requieren diferentes estrategias de abordaje, reconociendo los determinantes sociales y las desigualdades como factores que influyen en el consumo y en las posibilidades de cuidado, por lo que promueve el acceso voluntario a servicios sociales y de salud, basados en evidencia y ajustados a las necesidades de las personas, poniendo su bienestar como criterio central para la evaluación de las políticas e intervenciones. Además, la reducción de riesgos y daños garantiza su participación significativa en el diseño, implementación y evaluación de programas. Como estrategia, incluye acciones concretas basadas en la evidencia, como el acceso a material para un consumo de menor riesgo, programas con agonistas opioides (p.ej. programas de mantenimiento con metadona), dispositivos móviles de dispensación de medicamentos, dispositivos para la prevención y atención de sobredosis, distribución de naloxona para la prevención y atención de sobredosis, servicios de análisis de sustancias, entre otras.

La RRD se fundamenta en el respeto por la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana y la protección de los derechos humanos de las personas que usan drogas, asegurando, a través de políticas de salud pública, su acceso a servicios integrales y reduciendo la estigmatización y discriminación, por lo que es transversal al continuo de la atención en salud y a los ejes de la presente política.

Sustancia psicoactiva. Compuesto natural, semisintético o sintético que, al ser introducido en el organismo por diferentes vías de administración (oral, inhalada, fumada, inyectada, entre otras), actúa sobre el sistema nervioso central, generando alteraciones en sus funciones. Estas sustancias pueden estimular, deprimir, distorsionar la percepción o modificar el estado de conciencia, el ánimo, la cognición o la conducta.

Tratamiento y recuperación 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, que tienen como objetivo mejorar su salud, bienestar y funcionalidad. Estas intervenciones —médicas, psicológicas, sociales y comunitarias— se articulan en los distintos niveles del sistema de salud, respetando la autonomía de cada persona y reconociendo la diversidad de trayectorias posibles. El tratamiento se orienta al acompañamiento de los procesos de recuperación, entendida como un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven una vida autónoma y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. Esto incluye acciones para el abordaje clínico, la estabilización, el apoyo psicosocial, la vinculación a redes, la prevención de recaídas y el sostenimiento de logros a lo largo del tiempo.

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 sectorial, que deroga la Resolución 089 de 2019, tiene como propósito establecer un marco estratégico para enfrentar los desafíos del sector salud asociados al fenómeno social del 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 promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, el tratamiento y la recuperación de los trastornos por consumo, la reducción de riesgos y daños, y la inclusión y protección social de las personas que usan drogas, 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 sectorial 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.

En este marco, la presente política se operacionaliza a través del Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas, una estructura articuladora que orienta, organiza y coordina las acciones en los distintos niveles y actores del sistema de salud. Este sistema se fundamenta en los principios de la Atención Primaria en Salud y promueve respuestas oportunas, continuas, integrales, culturalmente pertinentes y centradas en las personas. Su adopción representa un avance hacia la garantía del derecho a la salud,

mediante una red de servicios e intervenciones que reconocen la diversidad de trayectorias, contextos y necesidades de las personas que usan sustancias psicoactivas.

Con el propósito de orientar de manera clara y estructurada el desarrollo e implementación de esta política sectorial, el documento se organiza en ocho secciones. La introducción presenta el contexto y propósito general de la política. El marco de referencia desarrolla los fundamentos normativos, conceptuales y metodológicos, así como los enfoques y principios orientadores. El diagnóstico situacional expone la realidad del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, identificando las problemáticas y brechas en la oferta de servicios. A partir de este análisis, el marco estratégico plantea los objetivos y cinco ejes de intervención. Luego, el marco de implementación detalla los actores, los servicios y las intervenciones que componen el Sistema Nacional de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas. Finalmente, se presentan los apartados de seguimiento y evaluación y financiamiento, que garantizan la viabilidad técnica, institucional y financiera de esta política.

2. Marco de Referencia

2.1. Marco Normativo

2.1.1. Marco Normativo Nacional

El marco normativo que respalda la presente política está fundamentado en la **Constitución Política (1991)**, la cual en su artículo 49, modificado por el A.L 2 de 2009, 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 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.

Así mismo, 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, (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.

Por su parte, 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.

Posteriormente, la **Ley 2460 de 2025** dicta disposiciones orientadas a la prevención y atención de los trastornos y enfermedades mentales, y a la vez, a la promoción y cuidado de la salud mental, bajo un enfoque integral, comunitario y basado en derechos.

En consonancia con este marco, el **Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031**, adoptado mediante la **Resolución 1035 de 2022** y modificado mediante la Resolución 2367 de 2023, 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. La **Resolución 100 de 2024** refuerza este enfoque y dicta disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud al definir que las entidades territoriales (ET) deben armonizar sus planes territoriales 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. 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 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, "Sembrando vidas, desterramos el narcotráfico"** (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. Por tanto, las estrategias contempladas en la presente propuesta buscan atender las necesidades y fortalecer los recursos del sector salud para responder a los desafíos intersectoriales propuestos en el eje 4 y sus objetivos, lo cual principalmente 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.

Así mismo, la **Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022-2031** orienta determina en el Eje 1 Prevención de la habitanza en calle el desarrollo de atenciones preventivas en salud mental de la población en riesgo de calle, con énfasis en la detección temprana de trastornos de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, y desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento, y reducción de riesgos y daños con la población

consumidora; promoción de la prevención, detección, tratamiento y atención integral del consumo de sustancias psicoactivas de niños, niñas y adolescentes en riesgo y alta permanencia en calle y de sus familias. Por su parte, el Eje 2 Atención para el restablecimiento de derechos y la inclusión social, busca que las personas habitantes de la calle logren superar su situación de calle, motivarlos para la superación (transformar sus condiciones de vida) en los casos en que aún no lo han decidido, y si su decisión es no abandonar esa opción de vida, mejorar las condiciones en las que la desarrollan, así como mitigar el daño causado por la vida en la calle; eje dentro del cual también orienta a entidades e instituciones de los servicios sociales (vivienda, educación, interior, justicia, recreación y todos aquellos relacionados con la protección social) y de salud, a desarrollar acciones de sensibilización en los niveles directivo, técnico y operativo, para reducir el estigma y discriminación hacia la población y garantizar el reconocimiento de sus derechos ciudadanos, así como para la aplicación de los enfoques diferencial e interseccional en la atención. En este sentido, las tres políticas antes mencionadas, deben trabajar articuladamente para así sumar esfuerzos y tener mayor garantía de alcanzar sus objetivos.

Por su parte, el **Decreto 0729 de 2025**, por el cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034. Esta política promueve una atención integral, integrada y continua en salud mental, basada en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque territorial, interseccional y diferencial, e integra acciones específicas frente al abordaje de la salud mental, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Además, consagra la creación de la Red Nacional de Salud Mental como parte de las Redes Integrales e Integradas en Salud con enfoque territorial, el fortalecimiento de la gobernanza, la articulación sectorial y la calidad en la prestación de servicios, integrando saberes científicos y comunitarios.

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 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[1] 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 consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, 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

[1] El alcance de la palabra "Corresponsabilidad" tal como aparece en el texto y en la sección denominada Marco normativo, corresponde a una cita textual traída del Decreto 120 de 2010. En el contexto amplio y alcance de la estrategia Nacional de alcohol que se contempla como una acción estratégica de la política, la corresponsabilidad se entenderá como lo sugiere el Plan de Acción Mundial de Alcohol de la OMS 2022-2030

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** tiene por objeto contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, productos de tabaco, sus derivados, sucedáneos o imitadores y los dispositivos necesarios para su funcionamiento.

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, posteriormente el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS, 2018) 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.

Por medio de la Circular Externa 002 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud impartió instrucciones a las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Territoriales, sobre la atención de los problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. En ella se reconoce el consumo como un asunto de salud pública que requiere un abordaje estructural, integral y basado en la evidencia, y se reitera la obligación de garantizar la atención en salud, estableciendo directrices específicas para los actores del sistema en relación con la garantía de acceso y la calidad, así como el reporte de la información.

2.1.2. Marco Normativo Internacional

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 y asegurar la participación de poblaciones en condiciones de vulneración, como los y las trabajadores sexuales, las mujeres, las personas

LGBTIQA+, la población negra, los Pueblos Indígenas, las personas migrantes, las personas que viven con el VIH o la hepatitis, las personas con discapacidad, las personas sin hogar o en situación de pobreza, las personas y las personas que viven en zonas rurales, las personas privadas de la libertad (PPL) y en general las 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** ("Reducción de daños para una paz y un desarrollo sostenibles", A/HRC/56/52), 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), personas en actividades sexuales pagas, personas que viven con VIH y población 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 Ministerio de Salud y Protección Social, 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 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 de sustancias psicoactivas (SPA) en una dualidad entre abstinencia y 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. Hoy en día, se reconoce que el consumo puede adquirir

diversas formas, con implicaciones diferenciadas para la salud física, mental y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades.

Las encuestas globales evidencian que solo una minoría de las personas que usan drogas desarrollan trastornos por uso de sustancias (TUS) (UNODC, 2023, 2024, 2025), lo que demuestra que el consumo de SPA no genera los mismos efectos ni consecuencias en todas las personas. En consecuencia, resulta útil analizar el consumo como un fenómeno situado a lo largo de un espectro, donde pueden coexistir distintas trayectorias de uso. Esta perspectiva, sustentada por enfoques contemporáneos (Centre for Addiction and Mental Health, 2023, Toronto Public Health, s/f), plantea que no todas las personas transitan necesariamente hacia consumos más problemáticos, sino que pueden mantenerse de forma estable en distintas posiciones del espectro, incluso con diferentes sustancias.

Desde este enfoque, el consumo de SPA puede clasificarse de acuerdo con dos dimensiones principales: su intencionalidad y su impacto en la vida de la persona. Esta clasificación no es prescriptiva ni secuencial, sino que busca comprender la diversidad de significados, motivaciones y consecuencias del consumo, a fin de orientar intervenciones más pertinentes.

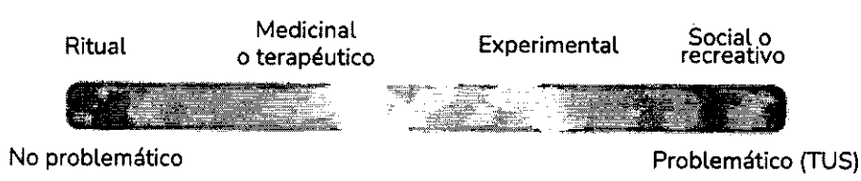
Según su intencionalidad:

- **Consumo experimental:** uso inicial, esporádico y de corta duración, que puede ser motivado por la curiosidad o el deseo de explorar los efectos de una sustancia.
- **Consumo social o recreativo:** uso voluntario orientado a generar placer, relajación o facilitar la interacción social, generalmente en contextos festivos, íntimos o relacionales.
- **Consumo medicinal o terapéutico:** uso con fines de aliviar, tratar o controlar síntomas físicos o mentales, ya sea bajo prescripción profesional o en contextos tradicionales que reconocen sus propiedades terapéuticas.
- **Consumo ritual o ceremonial:** uso con significados simbólicos, espirituales o culturales, enmarcado en prácticas colectivas reguladas por saberes, normas y valores ancestrales o comunitarios.

Según su impacto:

- **Consumo no problemático:** uso que no produce consecuencias negativas significativas sobre la salud o el bienestar de la persona, ni altera su funcionalidad o su entorno.
- **Consumo problemático:** patrón de uso que afecta de manera significativa la salud, las relaciones, la funcionalidad o la calidad de vida de la persona. Incluye los TUS, cuya gravedad puede clasificarse como leve, moderada o grave, según criterios clínicos.

Figura 1. *El continuo del consumo de SPA.*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

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

Desde el enfoque de los **determinantes sociales de la salud se** 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.

A lo anterior, se suman los determinantes comerciales de la salud. Un determinante social que se refiere a las condiciones, acciones y omisiones de los actores comerciales en el contexto de la prestación de bienes y o servicios y que pueden tener efectos beneficiosos o perjudiciales para la salud, ya que las actividades comerciales configuran los entornos físicos y sociales (World Health Organization [WHO], 2023).

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:

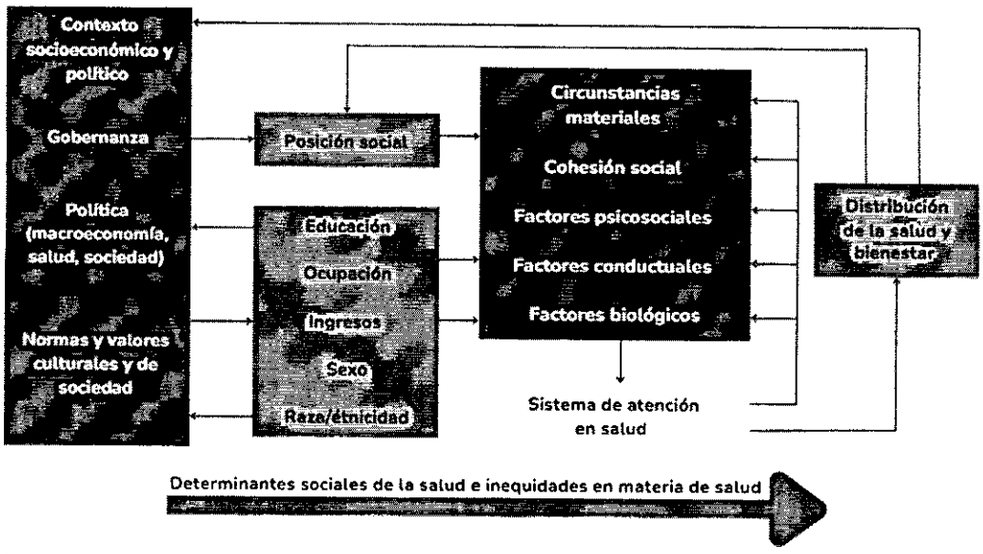
- **Factores económicos:** Los factores económicos desempeñan un papel clave en la vulnerabilidad al consumo de SPA, con dinámicas diferenciadas según el nivel socioeconómico. Aunque las altas prevalencias de consumo son comunes en niveles socioeconómicos altos, la pobreza y la inequidad económica son 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.*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025) adaptada de (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017).

La Resolución 1035 de 2022, que adopta el PDSP 2022-2031, y la Resolución 2367 de 2023, por medio de la cual se 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.

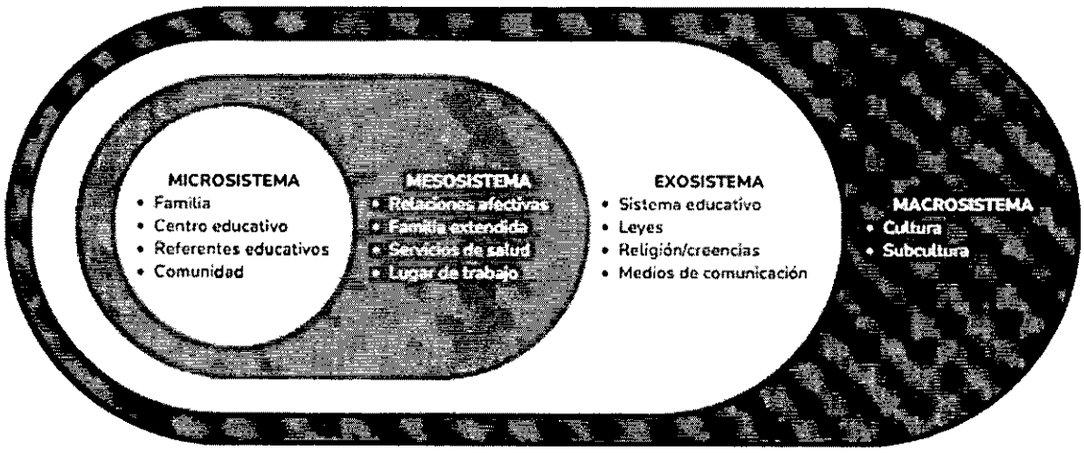
Frente al fenómeno del consumo, implica que las estrategias de prevención y atención deben abordar no sólo los factores individuales, sino también los contextos estructurales que generan desigualdad, lo que en el contexto colombiano se traduce en la necesidad de políticas que:

- 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 ecológico** 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

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

Figura 4. *Modelo ecológico.*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025) adaptado de (Bronfenbrenner & Ceci, 1994).

Estos 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.

El consumo de SPA desde este modelo se comprende entonces, 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).

2.3. Diseño Metodológico

El proceso de formulación de esta política se desarrolló en línea con el mandato del **Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 (Ley 2294 de 2023)**, el cual establece la necesidad de formular una nueva Política Nacional de Drogas (PND) 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 **Política Nacional de Drogas 2023-2033: Sembrando vida desterramos el narcotráfico**, 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 garantiza 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.

El diseño de la política también se basó en un análisis técnico y normativo. Para ello, se analizaron datos epidemiológicos sobre el consumo de SPA en Colombia y la evidencia científica disponible en la materia. 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.

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.

En diciembre de 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló cuatro espacios de apropiación con grupos de interés: dos encuentros presenciales en la ciudad de Bogotá y dos espacios virtuales con participación territorial, en los cuales se presentó el avance en la formulación del Plan de Acción de la política. Estos espacios contaron con la participación de actores clave, incluyendo representantes de la academia, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil y organismos de cooperación internacional, así como entidades gubernamentales, prestadores de servicios de salud y equipos territoriales. Dichos encuentros permitieron validar las estrategias planteadas, recoger recomendaciones especializadas y fortalecer la definición del problema público a partir del análisis de fuentes secundarias, datos estadísticos y la discusión directa con los actores involucrados en la respuesta al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.

Además, esta política fue sometida a dos procesos de consulta ciudadana en cumplimiento de los principios de participación y transparencia. La primera consulta se llevó a cabo en marzo de 2025, recibiéndose un total de 256 comentarios y observaciones provenientes de actores del ámbito académico, científico, comunitario e institucional. A partir de este proceso, se tomó la decisión de incluir el Sistema Nacional de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas dentro del acto administrativo, lo cual permitió consolidar una estructura operativa clara para la implementación de la política. Posteriormente, el proyecto de resolución ajustado fue sometido a una segunda consulta ciudadana en agosto de 2025, durante la cual se recibieron 62 observaciones adicionales, las cuales fueron analizadas y consideradas en la versión final del documento. Este proceso permitió fortalecer el contenido normativo, técnico y operativo de la política, garantizando su pertinencia, legitimidad y alineación con las necesidades del país.

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), adopta los siguientes principios, que constituyen un marco ético y transversal para orientar la acción frente al 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; en este sentido, abarca el enfoque de género, curso de vida, étnico e intercultural.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

2.5. Principios de la Política

Además de los previstos en las Leyes 1751 de 2015 y 1438 de 2011, se enfatiza en los siguientes principios y criterios:

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, 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. Reconoce el rol activo de las personas, incluyendo aquellas que usan drogas, las comunidades y las organizaciones, en la identificación de necesidades, el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas, garantizando que tengan voz y capacidad de incidencia, fortaleciendo su rol como agentes de cambio, fortaleciendo la legitimidad de las decisiones, promoviendo la corresponsabilidad y permitiendo que se construyen respuestas contextualizadas, sostenibles y culturalmente pertinentes.

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

Figura 5. *Enfoques y principios de la política.*

Fuente: Elaboración propia MSPS (2025)

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.

Tabla 1. *Prevalencia de consumo de* SPA *en población general comparativos años 2008, 2013 y 2019.*

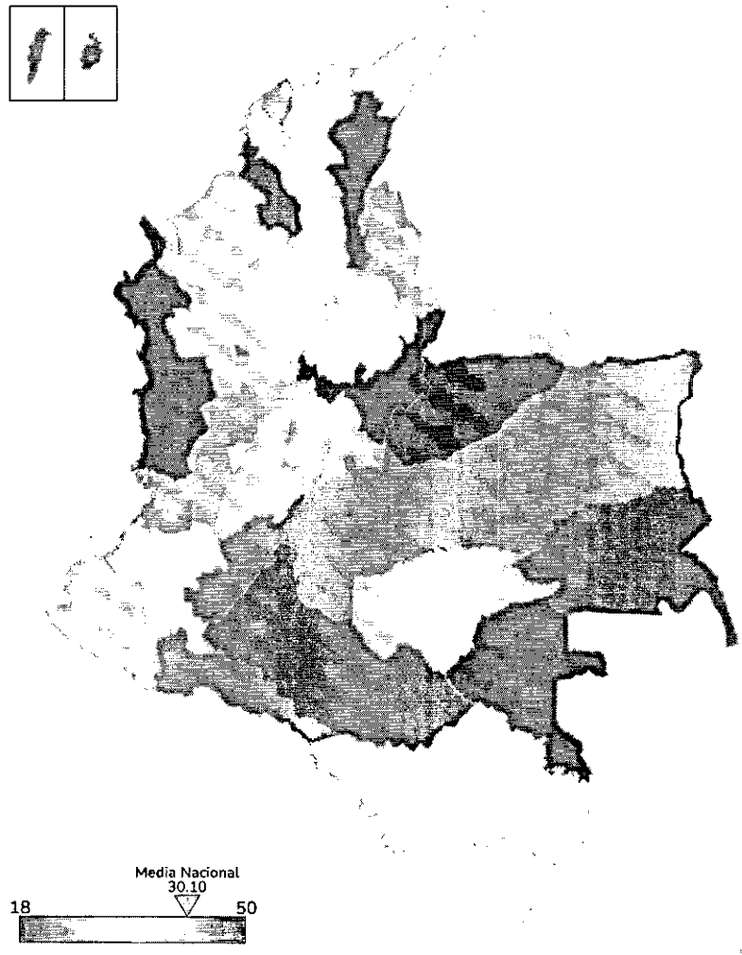
Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población general 2008, 2013 y 2019									
Sustancia psicoactiva	Vida			Último año			Último mes		
	2008	2013	2019	2008	2013	2019	2008	2013	2019
Alcohol	86,64	87,48	83,97	60,09	58,83	54,54	33,72	35,71	30,1
Tabaco	46,12	42,76	33,31	21,83	16,44	12,07	17,53	13,2	9,75
Marihuana	7,99	11,44	8,30	2,07	3,19	2,68	1,48	2,13	1,78
Cocaína	2,47	3,23	2,07	0,69	0,67	0,57	0,44	0,38	0,31
Extasis	0,78	0,73	0,69	0,24	0,19	0,16	0,08	0,02	0,06
Basuco	1,17	1,21	0,54	0,19	0,21	0,10	0,11	0,16	0,07
Heroína	0,18	0,14	0,09	0,02	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
Cualquier sustancia ilícita	8,68	12,01	8,69	2,44	3,44	2,86	1,68	2,27	1,91
Cigarrillos electrónicos			5,03						0,67

Fuente: Datos tomados de MJD, 2019. Elaboración propia MSPS (2025).

En cuanto a la prevalencia de consumo de **alcohol** en el último mes, está equivale a 7.1 millones de personas, concentrando la mayor prevalencia 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, exacerba los riesgos. Aunque el consumo en el último mes es mayor en los estratos socioeconómicos altos, los problemas asociados al consumo de alcohol se concentran en los estratos bajos, sin embargo, la percepción de gran riesgo frente al consumo frecuente, es alta en general (82,3%), pero disminuye en los estratos altos y entre adolescentes, quienes requieren estrategias diferenciadas (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. Doce (12) territorios presentan las tasas más altas de consumo por encima del promedio nacional (30,1%) (MJD, 2019).

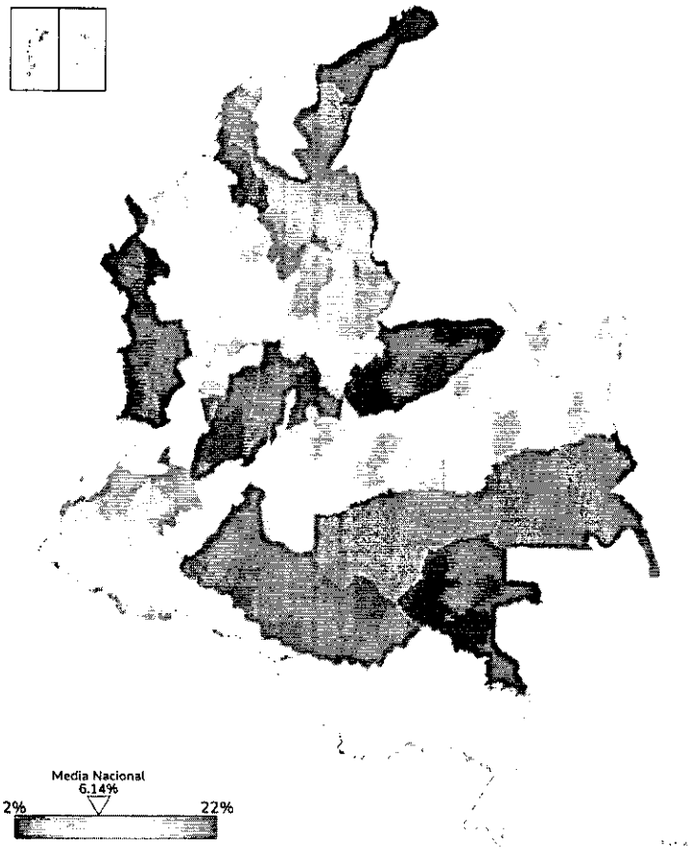
Figura 5. Prevalencias de consumo de alcohol en el último mes en población de 12 a 65 años a nivel territorial.



Fuente: Datos tomados de MJD, 2019. Elaboración propia MSPS (2025).

Con respecto porcentaje de personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol según dominio territorial, el estudio (MJD, 2019) revela 20 de ellos presentan las tasas más altas de consumo actual, por encima del promedio nacional (6,1%).

Figura 6. Porcentaje de personas con consumo perjudicial de alcohol en población de 12 a 65 años a nivel territorial.



Fuente: Datos tomados de MJD, 2019. Elaboración propia MSPS (2025).

Las prevalencias de consumo de tabaco (MJD, 2019) son significativamente mayores en hombres, en el grupo de edad de 45 a 64 años (7,3%), pertenecientes al estrato socioeconómico 2 (6,4%). La edad de inicio de este consumo es más común a los 18 años; sin embargo, uno de cada cuatro consumidores (25%) comenzó a fumar a los 15 años o antes. El consumo de tabaco experimentó un descenso constante desde 17,5% en 2008, a un 13,2% en el 2013 y a 9,8% en 2019, especialmente en los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, en territorios como Bogotá, Bolívar, Cali y Yumbo, Chocó, Antioquia, Meta, Orinoquía, Amazonía, San Andrés y Santander.

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, Chocó y San Andrés muestran valores significativamente menores (MJD, 2019).

El 85,5% de la población encuestada (MJD, 2019) considera que el consumo frecuente de cigarrillos representa un riesgo para la salud, percepción que es más alta entre las mujeres y aumenta con la edad. En contraste, los adolescentes son el grupo con menor percepción de riesgo, con un 80,5%. Con respecto al uso de dispositivos electrónicos o vaporizadores con nicotina, el consumo más frecuente se presentó entre hombres (7,1%) de 18 a 24 años (11,9%) de estratos socioeconómicos 4 a 6 (9,2%).

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.

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.

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).

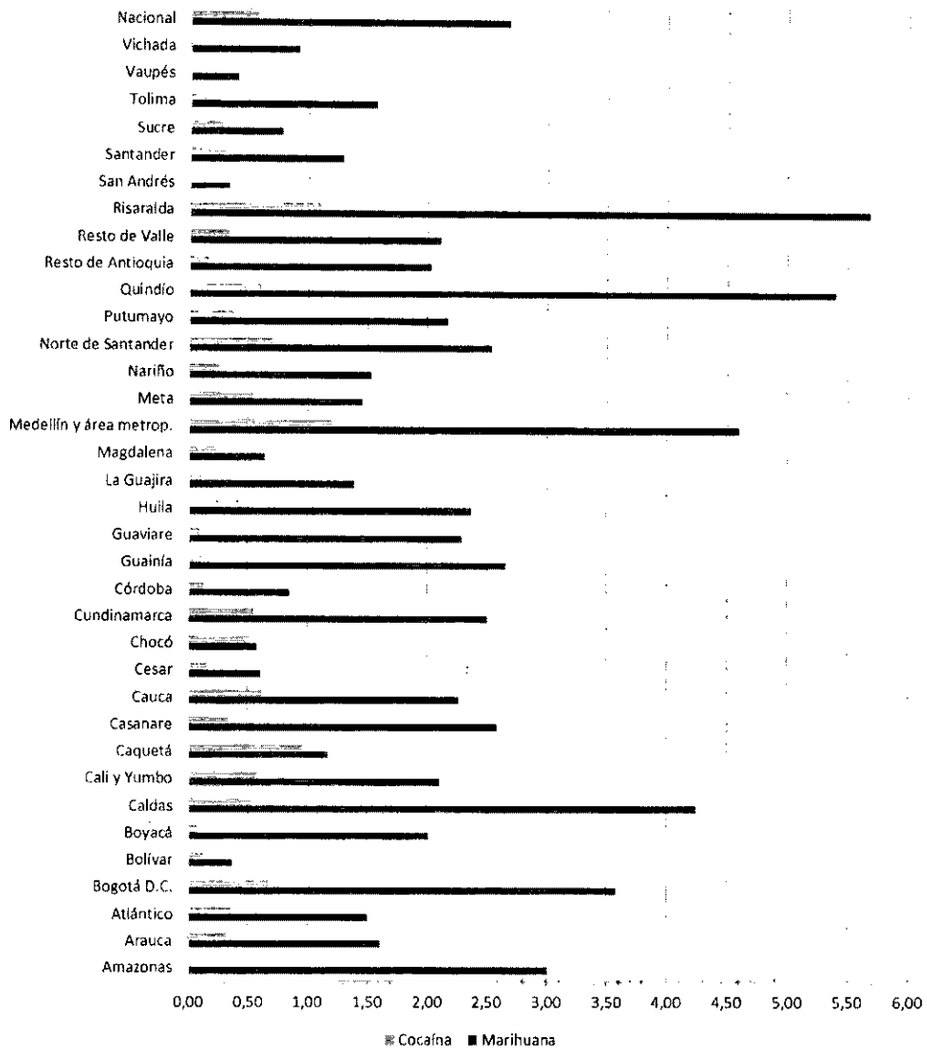
Aproximadamente 350.000 personas presentan patrones de **abuso o dependencia**, siendo los hombres los más afectados (70%). De los consumidores del último año que participaron en este estudio (MJD, 2019), el 47,2% reporta problemas relacionados con el consumo, reflejados en impactos físicos, psíquicos, 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, 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 territoriales se identifican diferencias significativas en la prevalencia de consumo de marihuana en el último año (MJD, 2019), como se observa en siguiente la tabla.

Continuación anexo técnico de la resolución: *"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 y el Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas"*

Figura 7. *Prevalencia de consumo en el último año en población general según territorio, año 2019.*



Fuente: Datos tomados de MJD, 2019. Elaboración propia MSPS (2025).

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, ocho (8) 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 una prevalencia de consumo por encima del promedio nacional (0,6%) (MJD, 2019).

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). Estas reducciones reflejan el impacto positivo de intervenciones previas, aunque aún existen grupos de riesgo que requieren atención sostenida.

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.

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

Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas 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: Datos tomados de MJD, 2022. Elaboración propia MSPS (2025).

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 una prevalencia significativamente mayor (33%) en las mujeres que en los hombres (27,8%), y el consumo es más alto en la zona urbana que en la rural, sin diferencias significativas. El consumo aumenta con la edad, alcanzando el 43,3% entre los escolares mayores, y es más alto en instituciones privadas. Las bebidas alcohólicas consumidas con mayor frecuencia por los escolares durante el último mes son cerveza (71,4%), seguida del aguardiente (54,5%) y el vino (48,8%). La edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas es a los 13,4 años, y es similar en hombres y mujeres.

Tabla 3. *Prevalencia de consumo de alcohol en población escolar según sexo comparativo años 2004, 2011, 2016 y 2022.*

Año del estudio en población escolar	Prevalencia de consumo de alcohol 2004, 2011, 2016 y 2022, según sexo								
	Vida			Último año			Último mes		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
2004	78,22	73,04	75,47	64,88	60,03	62,30	53,77	48,36	50,90
2011	70,74	71,21	70,99	63,41	64,89	64,19	46,36	45,55	45,93
2016	65,18	69,77	67,62	55,31	60,94	58,30	34,61	38,19	36,51
2022	42,87	51,93	47,69	36,36	44,85	40,87	26,14	33,56	30,08

Fuente: Datos tomados de MJD, 2022. Elaboración propia MSPS (2025).

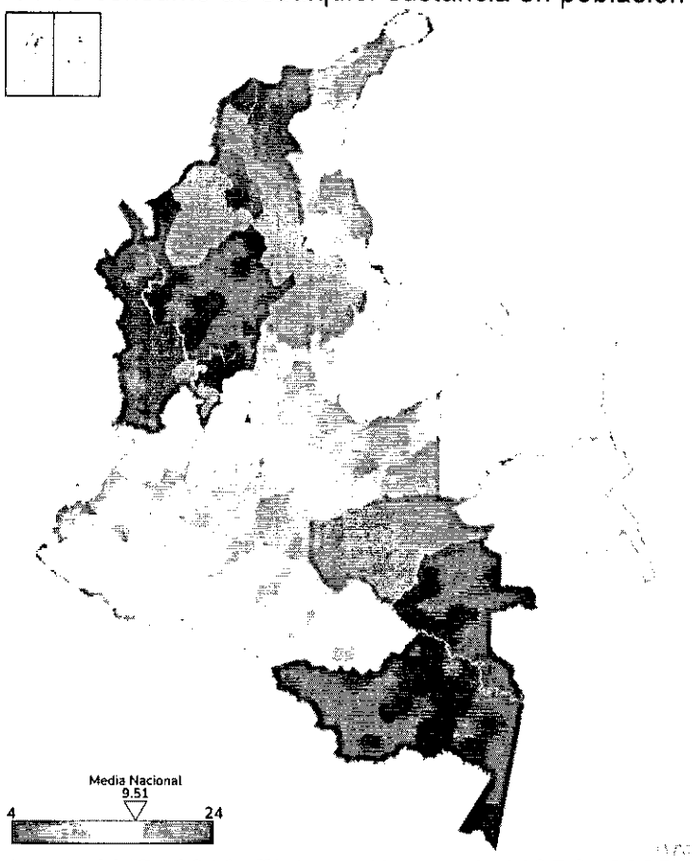
El 10,95% de los escolares ha consumido **tabaco** alguna vez en la vida, con una prevalencia del 4,50% en el último mes. El consumo de cigarrillo aumentó con la edad, en los escolares entre 12 a 14 años se registró una prevalencia en el último mes de 2,6%, cifra que aumentó dos veces en el grupo de edad de 15 a 16 años (5,2%) y en el grupo de 17 a 18 años (8,7%) (MJD, 2022).

Con respecto al uso de **dispositivos electrónicos o vaporizadores con nicotina**, la edad promedio de inicio de consumo es a los 14,1 años, siendo más prevalente en mujeres. Además, el consumo es mayor en estudiantes de instituciones privadas (14,9%), en zonas urbanas (11,6%) y aumenta con la edad, los escolares de 12 a 14 años presentaron una tasa de consumo en el último mes del 8,3%, mientras que en los escolares entre los 17 a 18 años fue del 14,8% (MJD, 2022).

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.

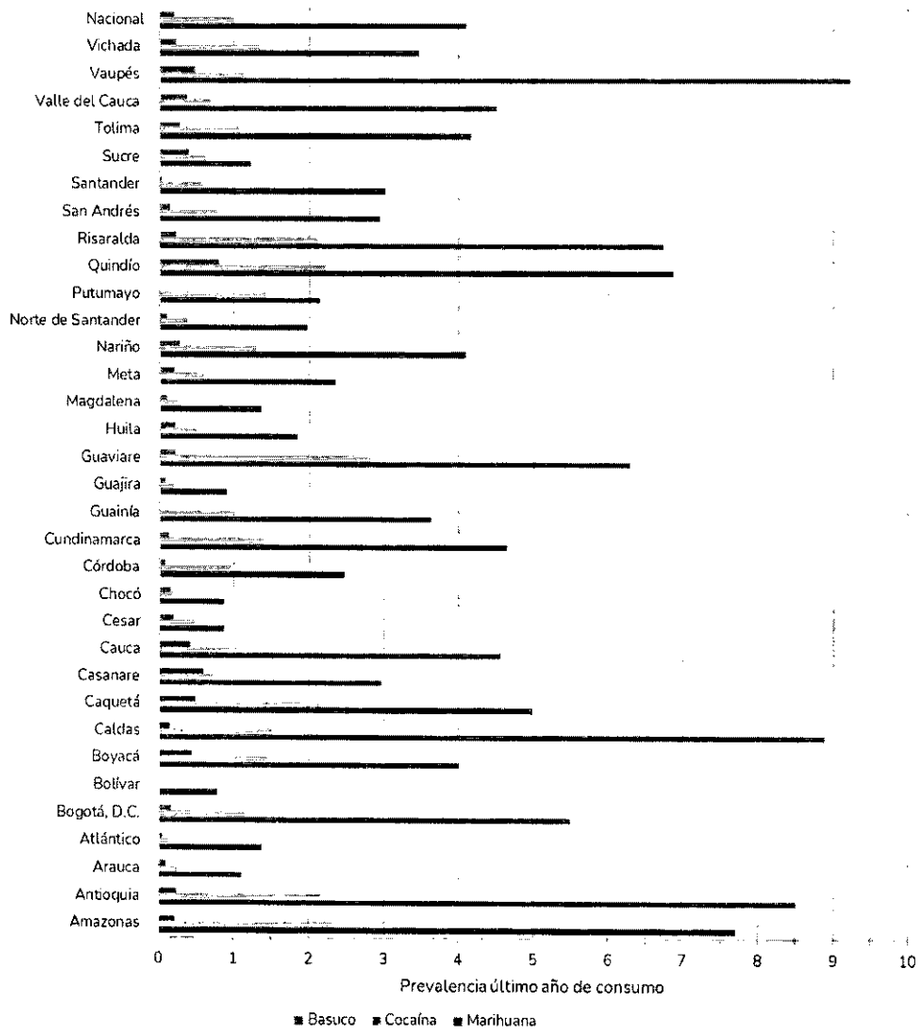
Figura 8. Prevalencias de consumo de cualquier sustancia en población escolar.



Fuente: Datos tomados de MJD, 2019. Elaboración propia MSPS (2025).

La **marihuana** es la sustancia ilícita más consumida y cerca del 16,8% de los consumidores recientes presentan un índice de alto riesgo. Así mismo, el 1,7% de los escolares reporta haber consumido **cocaína** alguna vez en su vida, siendo el consumo mayor entre los de mayor edad y en instituciones públicas.

Tabla 4. *Prevalencia de consumo en el último año en población escolar según territorio, año 2022.*



Fuente: Tomado de MJD, 2022. Elaboración propia MSPS (2025).

Por último, 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. 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. Para el consumo ocasional de cigarrillos electrónicos o vaporizadores, el 21,6% de los escolares consideró una gran percepción del riesgo, siendo más frecuente en las mujeres (22,1%) en comparación con los hombres (21%). De igual forma, para el consumo frecuente, el 42,3% de los escolares, comparte esta opinión, siendo más común entre las mujeres (46%) que entre los hombres (38,5%).

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 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). Aunque el consumo de **tabaco** tradicional está en descenso, el 46,9% de los universitarios han consumido tabaco o cigarrillo alguna vez en su vida, en el último mes el 15,9% refirió haber fumado, con una prevalencia superior en hombres (21%). El promedio de la edad de inicio de consumo de tabaco es a los 16,8 años, incrementando con la edad, de una prevalencia mensual de 11,9% en los universitarios menores de 18 años a 19,7% en los universitarios mayores de 25 años. Por otro lado, el uso de cigarrillos electrónicos está en aumento, el 37,9% de los estudiantes universitarios han utilizado dispositivos electrónicos o vaporizadores alguna vez en su vida, siendo más frecuente el consumo en hombres (41,8%) y el 12,1% de los universitarios refirieron el consumo actual, el promedio de la edad de inicio de consumo de estos dispositivos es a los 19,4 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 76,8% de los universitarios perciben un gran riesgo en el uso frecuente de cigarrillos, siendo más alta en las mujeres (77,7%) con respecto a los hombres (75,8%), 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 éxtasis tienen una percepción de riesgo alta, con 89,8% y 86,7%, respectivamente, reflejando una mayor conciencia de sus efectos adversos (MJD, 2023).

El 76,8% de los universitarios perciben un gran riesgo en el uso frecuente de cigarrillos, siendo más alta en las mujeres (77,7%) con respecto a los hombres (75,8%). En términos de tendencias, una comparación entre estudios evidencia que el consumo reciente de alcohol ha disminuido en comparación con años anteriores, mientras que el uso de marihuana y LSD presenta incrementos significativos desde 2009. En los hombres se observa una tendencia descendente en el consumo de tabaco, pasando del 27,1% en 2009 al 21% en 2023. En contraste, entre las mujeres se evidencia una disminución hasta 2016, seguida de una estabilización del 11,1% (MJD, 2023).

Ahora bien, reconociendo que el consumo tiene impactos diferenciales en algunas poblaciones, como lo son las PPL, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Sistema de Protección y adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) 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 con mayor prevalencia de consumo alguna vez en la vida fueron el **alcohol** (79,2%), el **tabaco** (62,1%) y la **marihuana** (42,8%). No obstante, al analizar el consumo reciente (último año), se observó que 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 evidencian una prevalencia significativamente mayor en la población privada de la libertad en comparación con la población general, particularmente en el consumo de sustancias psicoactivas 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 las personas privadas de la libertad indicaron 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.

En el contexto del **Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA),** los hallazgos del Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (MJD, 2023) evidencian una alta prevalencia de consumo en adolescentes entre 14 y 22 años, en modalidades privativas y no privativas de libertad. Se identificó un patrón policonsumidor de inicio temprano (edad media de 14 años para tabaco y 14,1 para cannabis), que incluye también el uso de sustancias emergentes como vaporizadores con nicotina (42 %), 2CB (36 %) y LSD (10 %). El 86 % reportó haber ingerido alcohol alguna vez, el 68 % marihuana, y el 17 % cumple criterios de dependencia. El uso se intensifica entre los 15 y 18 años y es mayor en privación de libertad, donde la prevalencia mensual de cannabis supera el 48 %.

Este informe señala que casi la mitad de los adolescentes que han cometido delitos declaró haber consumido marihuana durante la infracción (45 %), con un 32 % asociado a robo con intimidación. Entre los factores de riesgo predominan las redes de pares consumidores, hogares monoparentales y baja percepción de riesgo; mientras que los factores protectores incluyen el interés por la educación y la presencia de figuras afectivas. Pese a estos indicadores, sólo el 17 % ha recibido tratamiento, y el 42 % ha tenido recaídas, lo que exige fortalecer la detección temprana, el acceso efectivo y continuo a servicios de salud mental y adicciones, así como la implementación de rutas resolutivas de atención con enfoque diferencial, territorial y de género (MJD, 2023).

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 / Dosquebradas, (MJD et al., 2021) y

que el 0,86% de la población ha consumido opioides sin prescripción médica (Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos).

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 persisten 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

2022 (MJD e 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 ingresan 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 en una prueba de toxicología a las víctimas que presentan una lesión de causa externa fatal (MJD & ICMLCF, 2020). Entre los hallazgos más relevantes, se identificaron 51.405 casos de muertes asociadas al consumo de SPA en el período estudiado (MJD & ICMLCF, 2020). El alcohol fue la sustancia más frecuente, presente en 40.399 casos, seguido por la cocaína (7.571 casos) y la marihuana (5.002 casos). Además, se identificaron casos relacionados con sustancias médicas utilizadas de forma recreativa, como tramadol (40 casos), morfina (27 casos), fentanilo (23 casos) y en 103 casos se identificaron metabolitos de la heroína. Estas sustancias reflejan un panorama de riesgo asociado tanto al uso recreativo como al abuso de sustancias médicas.

El análisis también evidenció casos con una alta concentración de alcohol (embriaguez grado 3) 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 DOB/Brolanfetamina, 25B-NBOMe, 25-C-NBOMe y PMMA y, asociadas a casos de mortalidad. Las muertes estuvieron predominantemente relacionadas con hombres (90% de los casos), 58,1% de estos casos en personas con edades entre los 20 y 39 años. De las muertes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, la causa predominante fue el homicidio (35,7%) y los accidentes de transporte (33,8%). 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).

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 ha logrado identificar 64 Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP), distribuidas en diferentes familias químicas, siendo las más comunes las feniletilaminas y las catinonas sintéticas (MJD, 2024). Estas se enuncian a continuación:

Tabla 5. *NPS identificadas a través del SAT de Colombia.*

Clasificación	NSP	
Lisergamidas	1P-LSD	
Análogos del fentanilo	p-fluorofentanilo	Despropionilfentanilo
	β-hidroxitiofentanilo	Despropionil-4-fluorofentanilo
Sustancias Tipo Fenciclidina	Ketamina	
Triptaminas	5-MeO-MiPT	Harmina

Continuación anexo técnico de la resolución: *"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 y el Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas"*

	DMT	Harmalina	
Cannabinoides Sintéticos	AM-2201	Hexahidrocannabinol	
	AMB-FUBINACA		
Fenetilaminas	**Serie "NBOMe"**	25B-NBOMe	25H-NBOMe
		25C-NBOMe	25I-NBOMe
		25D-NBOMe	25I-NBOH
		25E-NBOMe	25E-NBOH
		25F-NBOMe	25C-NBOH
		25G-NBOMe	25B-NBOH
	Serie "2C"	2C-C	2C-I
		2C-E	Alliescalina
		2C-H	
	Serie "D"	DOB	DOI
		DOC	
	Anfetaminas	PMMA	5-MAPDI
		4-MA	MBDB
		4-CA	
	Serie "Benzofuranos"	4-APB	6-APB
Catinonas Sintéticas	Metilona	Efilona	N,N-dimetilpentilona
	Etilona	Pentilona	4-metilpentedrona
	α-PVP	Benzilona	4-etilhexilhexedrona
	Dibutilona	MMMPα-D2PV	4-cloroetilmetcatinona
	Butilona	MDPPP	4-metilpentedrona
	Eutilona	Dimetilona	4-fluoropentilona
Sustancias a Base de Plantas	Khat	Ayahuasca	
	Cactus Peyote	Salvia divinorum	
Piperazinas	mCPP		
Otras sustancias	DICK	UF-17	
	Popper		

Fuente: Tomado de Ministerio de Justicia y del Derecho de Colombia (2024)

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. 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) hidroxitiofentanilo 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 da Oferta y Demanda de los Servicios en Salud

Se cuenta con la Resolución 3100 de 2019, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, "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 tiene la siguiente distribución territorial:

Tabla 6. *Número de servicios en consumo de SPA.*

Departamento	Número de servicios en consumo de sustancias psicoactivas	
	Cuidado básico	Hospitalización
Amazonas	1	
Antioquia	14	5
Arauca		1
Atlántico	13	6
Barranquilla	3	7
Bogotá D.C	8	7
Bolívar	3	7
Boyacá		1
Caldas	3	3
Cali	5	4
Caquetá	2	1
Cartagena	2	9
Casanare	2	1
Cauca	6	7
Cesar	12	14
Chocó	1	
Córdoba	9	11
Cundinamarca	9	4
Huila	3	1
La Guajira	6	9
Magdalena	3	2
Meta	5	6
Nariño	1	2
Norte de Santander	4	6
Putumayo		1
Quindío	3	1
Risaralda		1
Santa Marta	11	10
Santander	4	4
Sucre	12	11
Tolima		1
Valle del Cauca	10	1
Total general	**155**	**144**

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - REPS, consultado en la bodega de datos SISPRO el 15 de junio 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 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).

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [MSPS], 2024)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. 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, al igual que generar acciones en conjunto y no de forma aislada según sus competencias. En este contexto, el informe elaborado por la Fundación Ideas para la Paz (FIP) con el apoyo de 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.

En este informe se destaca que en ciudades como Medellín, Cúcuta, Pereira, Dosquebradas y Armenia se han logrado avances importantes en la implementación de servicios de reducción de riesgos y daños (RRD). Sin embargo, estos esfuerzos aún enfrentan múltiples barreras que dificultan su consolidación como un modelo efectivo y sostenible. Entre los principales desafíos identificados se encuentran: la ausencia de normativas y lineamientos técnicos claros; las limitadas fuentes de financiación, así como la dificultad de acceso a recursos estatales; el estigma y la discriminación, que reducen el respaldo político y financiero de los gobiernos locales; y la escasa información actualizada y basada en evidencia, especialmente en relación con el enfoque diferencial y las dinámicas emergentes del consumo.

Adicionalmente, se señala la falta de documentación y evaluación sistemática de las experiencias en RRD; la predominancia de un enfoque exclusivamente sanitario; las barreras de acceso a servicios de salud; la débil articulación entre la oferta del sector salud y del sector social; la limitada capacidad institucional para implementar un enfoque comunitario; las desigualdades territoriales en capacidades de gestión; la exclusión de la RRD de los Planes Territoriales de Desarrollo; la ausencia de estrategias dirigidas a poblaciones distintas de quienes se inyectan drogas y la no incorporación del enfoque interseccional.

Frente a este panorama, el informe propone una estrategia de incidencia y gestión interinstitucional que prioriza la articulación entre los distintos niveles de gobierno, la sociedad civil y la cooperación internacional, delimitando con claridad las competencias institucionales, las funciones administrativas y los mecanismos de financiación necesarios para fortalecer la RRD en el país. Se enfatiza además en la importancia de fortalecer la formación de actores clave, garantizar la continuidad de la financiación mediante fuentes diversas y consolidar redes de atención integrales que incluyan tanto la salud como la inclusión social.

En línea con estos hallazgos, la investigación realizada por Metzineres con apoyo de COPOLAD en Cúcuta, Pereira, Dosquebradas, Medellín y Armenia (Ojeda & Roig, 2024), reveló que el consumo de sustancias en Colombia se encuentra profundamente vinculado a múltiples formas de exclusión social como el sinhogarismo, el trabajo sexual, la migración y las violencias estructurales. Así mismo, el informe señala que a pesar de los avances institucionales en reducción de daños, persisten barreras significativas como el estigma, la falta de continuidad en los servicios, la escasa adaptación a las necesidades de poblaciones diversas (como mujeres, personas migrantes o de género no binario), y la limitada financiación. El estudio destaca el valor de las estrategias de pares, el enfoque comunitario, la participación activa de las personas usuarias y la necesidad de visibilizar y apoyar sus saberes y redes de cuidado como ejes fundamentales para construir respuestas más justas, eficaces y sostenibles.

El informe propone adoptar un enfoque integral, comunitario e interseccional en las estrategias de reducción de daños, que reconozca las múltiples vulnerabilidades y potencie la participación de las personas que usan drogas como agentes activos de transformación. Se recomienda fortalecer los sistemas de información, invertir en dispositivos comunitarios, desarrollar intervenciones con enfoque de género y decolonial, generar estrategias específicas para menores de edad, e implementar modelos basados en el cuidado informado por el trauma. Asimismo, se hace un llamado a garantizar la sostenibilidad financiera de las acciones, mediante mayor compromiso gubernamental y la articulación con redes locales, académicas e internacionales, que permitan construir políticas públicas ancladas en la justicia social y los derechos humanos. 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 ha 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 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 y lactantes 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 Adolescente (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 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 que habitan en 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 exacerban el consumo problemático de SPA.

Figura 9. *Barreras que enfrentan diferentes poblaciones.*

Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

Lo anterior permite concluir que la población general no cuenta con una atención integral e integrada frente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), lo que vulnera sus derechos humanos y limita el abordaje desde una perspectiva de salud pública. Ante este panorama, es necesario fortalecer un modelo de prevención y atención integral basado en la Atención Primaria en Salud (APS), que amplíe el espectro de la prevención e implemente estrategias adaptadas a los territorios y a las poblaciones vulnerables. Asimismo, es fundamental avanzar en la articulación sectorial e intersectorial, reducir las barreras de acceso, garantizar el acceso equitativo a servicios, implementar acciones de reducción de riesgos y daños, disminuir el estigma, mejorar los sistemas de información, fomentar la innovación y el desarrollo territorial, y asegurar una gestión adecuada de la política y una destinación efectiva de recursos para una respuesta eficaz y sostenible.

4. Marco Estratégico

4.1. Objetivo General

Garantizar la atención integral e integrada en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, dirigida a la población general, desde un enfoque de derechos humanos y salud pública.

Su alcance abarca la prevención, la detección oportuna, el tratamiento, la reducción de riesgos y daños, y la inclusión y protección social, asegurando intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas a las necesidades de las personas, familias y comunidades y territorios.

4.2. Objetivos Específicos

1. Disminuir la vulnerabilidad social asociada al inicio del consumo de sustancias psicoactivas, 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.

2. 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.

3. Aumentar la oferta de servicios que integran una perspectiva de reducción de riesgos y daños 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 sustancias psicoactivas.

4. 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 personas que usan drogas.

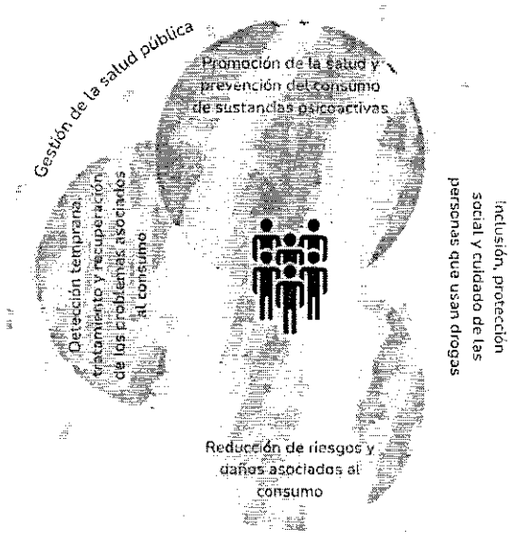
5. Garantizar la implementación efectiva y sostenida de la política a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible, en consonancia con las disposiciones del Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031

4.3. Ejes de la Política

En línea con el diagnóstico situacional, 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 reducción de riesgos y daños, el tratamiento, la inclusión y protección social, así como acciones de gestión, articulación y fortalecimiento de capacidades institucionales. Además, subrayan la importancia de una política integral que articule los ejes de acción con un enfoque basado en derechos, intersectorial y territorial, para responder de manera efectiva a los desafíos del consumo de SPA en Colombia.

Asimismo, esta política reconoce que los servicios de salud y sociales deben diversificarse y adaptarse a las trayectorias individuales, reconociendo que no existe una única vía de atención ni un modelo único de cuidado. Se promueve una oferta flexible, gradual, no lineal y culturalmente pertinente, que combine acciones clínicas, comunitarias, territoriales y de reducción de riesgos y daños, en función de las necesidades, elecciones y contextos de cada persona.

Figura 10. *Ejes de la política.*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

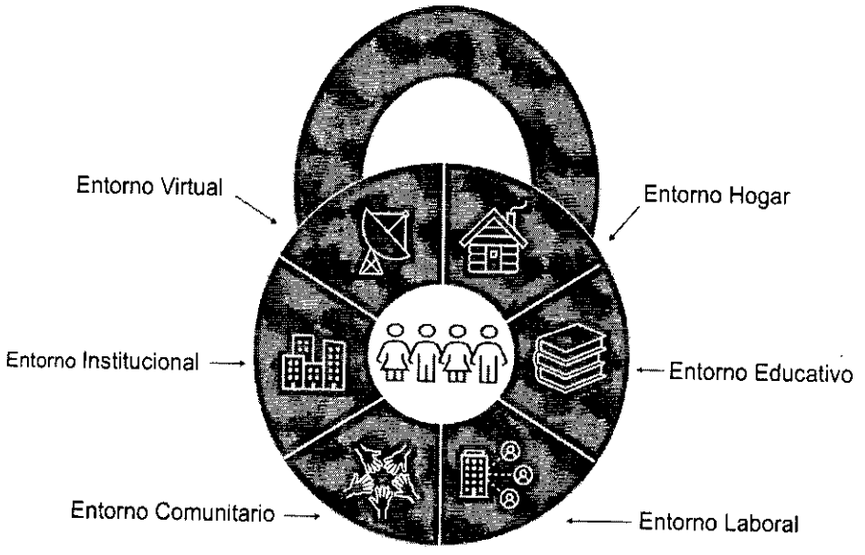
4.3.1. Eje 1. Promoción de la Salud y Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas

La **promoción de la salud** (PS) se define como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla (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 información, educación para la salud y mejorando las habilidades para la vida (Erkoç & Göçmen, 2011). Promocionar la salud implica iniciar acciones intersectoriales concertadas, es decir, acciones entre los diferentes sectores y actores de una sociedad, para incidir positivamente en las condiciones de vida. y las acciones deben ir encaminadas hacia la autonomía y agencia de las comunidades e individuos para que puedan realizar un ejercicio activo de sus derechos y deberes, y para la toma de decisiones por mejorar esas condiciones (Restrepo Espinoza, 2006). La promoción debe ir siempre acompañada de la prevención para garantizar el fomento de hábitos saludables y entornos protectores.

Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de SPA.

Siguiendo el enfoque ecológico ya mencionado en el presente documento y 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 de promoción de la salud (PS):

Figura 11. *Entornos protectores frente al consumo de SPA.*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

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 desde (PS) 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 asertiva, 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 a través de la implementación y sostenimiento de centros de escucha.

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.

El entorno laboral es un espacio clave para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, dado su potencial tanto para promover el bienestar como para generar factores de riesgo. La exposición prolongada al estrés, las jornadas extensas, las condiciones laborales precarias, los desequilibrios entre la vida laboral y personal, y la presión por el desempeño pueden contribuir al deterioro de la salud mental y al inicio o mantenimiento del consumo. Por ello, se deben implementar estrategias de promoción de la salud mental, prevención del consumo y reducción del estigma en los lugares de trabajo, así como fortalecer las capacidades institucionales de empleadores y entes reguladores para identificar señales de alerta temprana y facilitar el acceso a servicios de apoyo.

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 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.

El entorno virtual como escenario transitorio y espacio interactivo donde las personas se relacionan, comunican y acceden a información a través de plataformas tecnológicas. Para fortalecer este entorno se requiere endurecer las políticas de acceso a los niñas, niños, adolescentes y jóvenes a Internet y las redes sociales, la venta, publicidad y acceso de los mercados lícitos e ilícitos por plataformas, la prevención y abordaje integral ciberacoso.

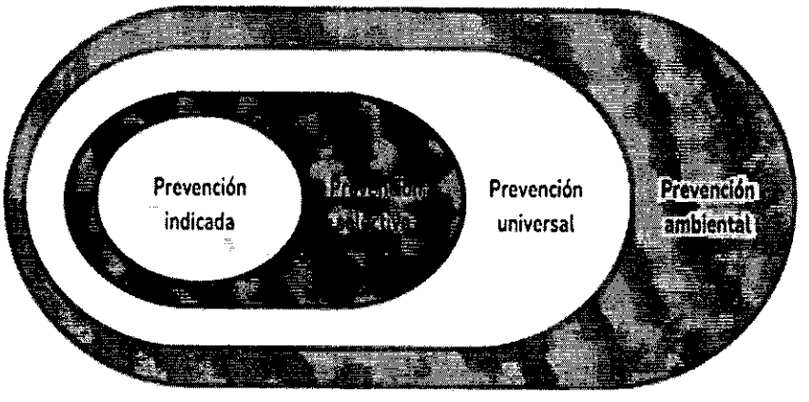
Por su parte, la **prevención** se refiere a las acciones dirigidas a reducir la probabilidad de que las personas consuman SPA y se clasifica en **tres niveles** según la población para la cual se considera aconsejable. En el **nivel universal**, las estrategias deben dirigirse a toda la población, independientemente 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 puedan tomar decisiones conscientes e informadas relacionadas con el consumo de 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 busca afectar los determinantes contextuales y políticos del consumo de sustancias, reduciendo la probabilidad de consumo al modificar los entornos físicos, sociales, culturales y económicos más allá de las estrategias de información, educación y comunicación para la salud, 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, entre otras estrategias costo efectivas para reducir los daños asociados al consumo de sustancias como el alcohol.

Figura 12. *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 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.

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, las gestantes y lactantes. 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, culturales, 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 Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Estos grupos pueden ser: pueblos y comunidades étnicos, personas en riesgo o que habitan 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.

En concordancia con la Ley 1098 de 2006, la estrategia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en niñas, niños y adolescentes se fundamenta en la garantía del interés superior de esta población, priorizando la promoción de entornos protectores, el fortalecimiento de factores de protección y el retraso o evitación del inicio del consumo. Todas las acciones enmarcadas en este eje deben responder a su condición de sujetos de derechos, y ser culturalmente pertinentes, pedagógicas y no estigmatizantes.

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: 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 etnodesarrollo.

4.3.2. Eje 2. Detección Temprana, Tratamiento y Recuperación de los Problemas Asociados al Consumo

En cuanto a la detección temprana, el tratamiento y la recuperación de los problemas asociados al 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 el abordaje de personas con trastornos por uso de sustancias psicoactivas, la detección temprana, el tratamiento y la recuperación se conciben como elementos complementarios de un mismo continuo de atención, más que como procesos aislados. Este enfoque integrado exige transiciones fluidas entre niveles de complejidad asistencial y subraya la primacía de la persona, cuya participación activa se mantiene invariable a lo largo de todo el itinerario terapéutico y de recuperación.

En este contexto, se propone la integración de acciones en cuatro elementos claves, 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.

Estos elementos comprenden la identificación temprana e intervención, la estabilización, el tratamiento integral y la recuperación (MSPS, 2015).

Las acciones orientadas a asegurar la continuidad del cuidado en estas etapas se enmarcan en un modelo de salud 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 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 les impiden a las personas que usan SPA acceder al tratamiento (Alberta Health Services, 2024).

Recuperación. Se define como un proceso voluntario y dinámico de cambio mediante el cual las personas mejoran su salud y bienestar, desarrollan una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial, manteniendo un estilo de vida caracterizado por la autogestión de su salud personal y ciudadanía. Este concepto 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. (SAMHSA; 2012). Los pilares esenciales de este proceso son:

- **Salud:** manejo de la enfermedad o síntomas y adopción de decisiones informadas para sostener el bienestar físico y emocional.

- **Hogar**: acceso a un entorno estable y seguro.
- **Propósito:** actividades significativas (empleo, estudio, voluntariado) que faciliten la autonomía económica y social.
- **Comunidad:** redes de apoyo que proporcionen conformada por redes de apoyo que ofrezcan vínculos afectivos, respaldo social continuo y sentido de pertenencia.

La recuperación admite múltiples caminos (abstinencia, uso controlado con reducción de riesgos, intervenciones de reducción de daños) y requiere apoyos de largo plazo —incluidos servicios profesionales y redes de pares— para sostener los avances y prevenir recaídas.

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.

Redes territoriales de dispositivos de bajo umbral. Existe evidencia que respalda la creación de redes territoriales de *dispositivos de bajo umbral* (DBU). (EMCDDA 2018, SAMHSA 2023, Lowenstein M 2023). La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) en sus *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders* (UNODC 2020), recomienda la confirmación de redes escalonadas de servicios accesibles y culturalmente pertinentes como pilar de la respuesta pública en salud mental y uso de sustancias Diversas revisiones sistemáticas y estudios clínicos confirman que los dispositivos de bajo umbral (DBU) —dispositivos de salud de "puerta abierta", unidades móviles y *bridge clinics*— constituyen puntos de entrada altamente efectivos al sistema de salud para personas con trastornos por uso de sustancias.(EMCDDA 2018, SAMHSA 2023, Lowenstein M 2023).

En el plano operativo los diversos dispositivos de bajo umbral funcionan como puertas de contacto son los servicios de salud que permiten tamizar y diagnosticar precozmente, iniciar intervenciones basadas en evidencia sin barreras de acceso, estabilizar el consumo mediante seguimiento flexible y canalizar hacia servicios de mayor complejidad cuando el cuadro lo exige. Así, se garantiza un el continuo de la atención a lo largo de la trayectoria tratamiento-recuperación, garantizando que la persona mantenga participación activa en cada fase y reduzca el riesgo de recaídas tempranas.

En nuestro contexto, fortalecer la red de dispositivos de bajo umbral mediante CAMAD, Equipos Básicos de Salud con enfoque en adicciones, unidades móviles integradas y puntos de consumo de menor riesgo, consolida la Ruta Integral de Atención en Salud Mental y Consumo de SPA al convertir estos escenarios en verdaderos umbrales de acceso, detección precoz y estabilización clínica. La evidencia reseñada respalda la asignación prioritaria de recursos técnicos y financieros a estos dispositivos, así como la articulación entre secretarías de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, instituciones prestadoras y organizaciones comunitarias, para asegurar rutas de atención fluidas que optimicen la recuperación y reduzcan la carga sanitaria y social asociada al consumo de sustancias.

Estrategias de navegación. La literatura reciente confirma que los modelos de navegación de pacientes constituyen una intervención eficaz para superar barreras de acceso y articular la atención a los trastornos por uso de sustancias. Una revisión sistemática de 17 estudios sobre navegación en población perinatal evidenció una reducción del consumo materno, mayor recepción de servicios sanitarios y mejores desenlaces materno-neonatales cuando los navegadores trabajaban con enfoque de confianza y co-localización de cuidado. De modo complementario, el programa Substance Use Navigator (SUN) en tres servicios de urgencias de EE. UU. mostró que el 50,4 % de los pacientes con intervención estaban vinculados a

tratamiento ambulatorio a los 30 días frente al 15,9 % del grupo sin navegación (aOR 3,7; IC 95 % 2,4-5,8). Estas cifras corroboran la capacidad de la navegación para transformar un contacto esporádico con el sistema en una ruta terapéutica efectiva. (Anderson ES, Rusoja E 2023)

La evidencia también respalda su valor en transiciones críticas. Un ensayo controlado en curso en Alaska prueba que añadir hasta cuatro semanas de navegación tras la desintoxicación aumenta la probabilidad de iniciar tratamiento antes de 30 días y reduce reingresos a 12 meses, objetivo clave para evitar la "puerta giratoria" de desintoxicaciones sucesivas. (Running Bear U, Poole EM 2023). Convergentemente, informes clínicos y análisis de costo-efectividad del modelo *bridge clinic* indican que ofrecer buprenorfina y acompañamiento inmediato desde servicios de "umbral bajo" triplica la retención farmacológica continua y reduce las visitas a urgencias, situando a la navegación como elemento central de estabilización y recuperación temprana. (Wouk K, Caton L 2024,

En nuestro contexto las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas deberán implementar estrategias de navegación que permitan reducir barreras de acceso y la fragmentación en la atención, garantizando la atención centrada en las personas. Estas estrategias deberán incluir la búsqueda activa de personas en riesgo y con consumo de sustancias y su acompañamiento para la atención integral en los distintos niveles de la atención (primaria y especializada), así como en el acceso a servicios sociales.

Servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas integrados a la Red Nacional de Salud Mental. En coherencia con la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033, expedida mediante el Decreto 729 de 2025, que ordena articular todos los niveles de atención dentro de redes integrales e integradas, los servicios dirigidos a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas deben enlazarse operativamente con la Red Nacional de Salud Mental. El propio texto rector subraya que esta integración debe abarcar tanto la atención primaria como la complementaria y garantizar una coordinación asistencial efectiva mediante los sistemas de referencia y contrarreferencia de las entidades administradoras de planes de beneficios y los centros reguladores de urgencias.

En consecuencia, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales; las Entidades Promotoras de Salud y las adaptadas; y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán incorporar toda su oferta de prevención, tratamiento y rehabilitación de consumo de sustancias a la mencionada red, priorizando la creación y el fortalecimiento de programas ambulatorios conforme a los estándares nacionales de habilitación y sus futuras actualizaciones. La adecuación de estos servicios deberá realizarse dentro de un plazo máximo de seis meses contados a partir de la expedición de la presente política, momento a partir del cual comenzará el reporte obligatorio de información al Ministerio de Salud y Protección Social.

La política exige, además, que la provisión se ajuste técnica y socioculturalmente mediante procesos de interculturalidad, fomentando el diálogo entre la medicina occidental y los saberes tradicionales y comunitarios. Paralelamente, toda la red deberá transversalizar el enfoque de género, identificando y resolviendo las brechas de acceso y calidad que afectan diferencialmente a mujeres, hombres y población OSIGD, tal como se señala en los principios orientadores de la política.

El cumplimiento de estas obligaciones (integración a la red, ampliación ambulatoria, adecuación diferencial y reporte al MSPS) constituye un requisito indispensable para materializar la atención centrada en las personas y la continuidad asistencial prevista por la Política Nacional de Salud Mental.

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 y las políticas de prohibición (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 e integral, abordando no solo el consumo de SPA, sino también los factores sociales, económicos y contextuales que lo atraviesan (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 agravan (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 exclusivamente sanitarios, la RRD de espectro completo abarca intervenciones que incluyen desde la atención sanitaria, 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, 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 RRD 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 integral y pragmática, orientada hacia la salud pública, los derechos humanos, resaltando el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 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 derecho a la salud incluye el acceso, de forma voluntaria, a servicios, bienes, instalaciones e información relacionados con la reducción de riesgos y daños. De conformidad con sus obligaciones en materia de derechos humanos, el Estado debe garantizar que estos servicios estén disponibles, sean accesibles, aceptables, científicamente sólidos, médicamente adecuados y de buena calidad. Esto implica que cuenten con financiamiento suficiente, respondan a la diversidad de necesidades según poblaciones, sustancias y patrones de uso, y salvaguarden la confidencialidad de la información relacionada con el consumo de drogas, utilizándola exclusivamente para mejorar la atención sanitaria de la persona usuaria (Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas, 2019). 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 sostenible, basada en principios de equidad y derechos humanos (incluyendo el derecho a la salud) y promoviendo la articulación de dispositivos de RRD dentro de la Red Nacional de Salud Mental.

Oferta de dispositivos y programas de reducción de riesgos y daños. El aumento de la oferta de dispositivos y programas de reducción de riesgos y daños de bajo umbral (dispositivos comunitarios, dispositivos de consumo de menor riesgo y prevención de sobredosis, servicios de análisis de sustancias, dispositivos de dispensación comunitaria de medicamentos, y otros que se consideren necesarios según la evidencia), que funcionen bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, que implementen programas integrales, y que se articulen dentro de redes, será fundamental para el logro de los objetivos de este eje.

La implementación de programas integrales, 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 e interseccional.

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.

También será prioridad la creación y el fortalecimiento de dispositivos de consumo de menor riesgo y prevención de sobredosis, los cuales 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 en salud física y mental, por ejemplo para prevenir infecciones localizadas en los sitios de inyección, transmisión de infecciones como HIV y Hepatitis y otros riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

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 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. Para esto, se desarrollará un modelo de dispensación comunitaria de medicamentos que facilite el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento y manejo del consumo de SPA, así como la naloxona para la atención de sobredosis, garantizando su accesibilidad y disponibilidad en entornos comunitarios.

Construcción y actualización de lineamientos técnicos de reducción de riesgo y daños. Se priorizará 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 dispositivos para la prevención de sobredosis y cuidado de las PUD, los servicios de análisis de SPA y los dispositivos de dispensación comunitaria de medicamentos. 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.

Desarrollo de capacidades y el fortalecimiento comunitario. Se priorizará 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, como por ejemplo, el manejo de sobredosis por opioides. Así mismo, se promoverá la formación de los equipos interdisciplinarios de salud, incluyendo los equipos de APS, los Equipos Básicos en Salud, los equipos territoriales y los CAMAD, así como otros actores comunitarios e institucionales. Este fortalecimiento de capacidades incluirá enfoques basados en derechos humanos, salud pública, género, interculturalidad y territorio, garantizando una atención integral y humanizada.

Estas acciones, en su conjunto, 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 das 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 respete 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.

Articulación de redes. Para el logro de los objetivos de este eje será fundamental la articulación de redes, a través de 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 inclusión social y laboral, asegurando su bienestar y la sostenibilidad de los procesos.

Transformación del estigma, autoestigma, la discriminación y la exclusión de las personas que usan drogas. Además de esto, se trabajará en 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 estrategias dirigidas a la sociedad en general, a sectores clave, como el sector salud, la justicia, la educación y los medios de comunicación, y a las personas que usan drogas, 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 reconozcan y respeten las diversidades sexuales y de género. 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 de la Salud Pública en el Abordaje del Consumo de SPA

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:

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.

Con respecto a la participación social y comunitaria, esta política fortalecerá los espacios participativos según se define en el Artículo 63 Ley 1757 de 2015) mediante modalidades como: Veedurías Ciudadanas, Juntas de vigilancia, Auditorías ciudadanas, Consejos municipales de juventud, Instancias de participación ciudadana, Organizaciones comunitarias, profesionales, juveniles, sindicales, benéficas o de utilidad común, no gubernamentales, sin ánimo de lucro constituidas para tal fin.

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.

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.

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.

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. Estas estrategias incluyen 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.

Atención Primaria en Salud. En este marco se reconocen diversos dispositivos y servicios que, actuando de forma complementaria y operando en red, garantizan la integralidad del modelo. Los dispositivos de base comunitaria, definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015), involucran activamente a la población en la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de SPA; adaptan las intervenciones a las características locales y fortalecen la capacidad comunitaria para tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

El nivel de atención primaria está representado por los centros de APS, los equipos básicos de salud, los CAMAD y, con frecuencia, los servicios de urgencias, que constituyen el primer contacto con el sistema y resuelven la mayoría de las necesidades relacionadas con el consumo de SPA. Este nivel se articula con recursos comunitarios e intersectoriales, integrando saberes culturales y populares para ofrecer una atención centrada en las personas.

Las instituciones públicas y privadas de mediana y alta complejidad se integran a la red para proveer servicios especializados allí donde la oferta es limitada, garantizando accesibilidad y equidad. La telesalud facilita el acceso en zonas remotas, al permitir diagnósticos tempranos, intervenciones psicosociales y seguimiento continuo sin necesidad de desplazamientos; también potencia las acciones de promoción y prevención mediante charlas virtuales y campañas educativas adaptadas a cada territorio, además de vigilar de forma constante la adherencia terapéutica y detectar recaídas tempranas.

Finalmente, la Línea Toxicológica Nacional y la Línea Nacional de Teleorientación en Salud Mental ofrecen escucha y asesoría inmediata, funcionan como nodos de comunicación entre los distintos niveles del sistema y fortalecen la continuidad asistencial; la primera, además, apoya la capacitación del personal sanitario para el manejo oportuno de emergencias toxicológicas en territorios con recursos limitados.

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 integrará el componente de consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Nacional de Convivencia Social y Salud Mental articulado 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, lactantes, adolescentes, jóvenes, poblaciones étnicas y personas en riesgo de calle o 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.

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 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.

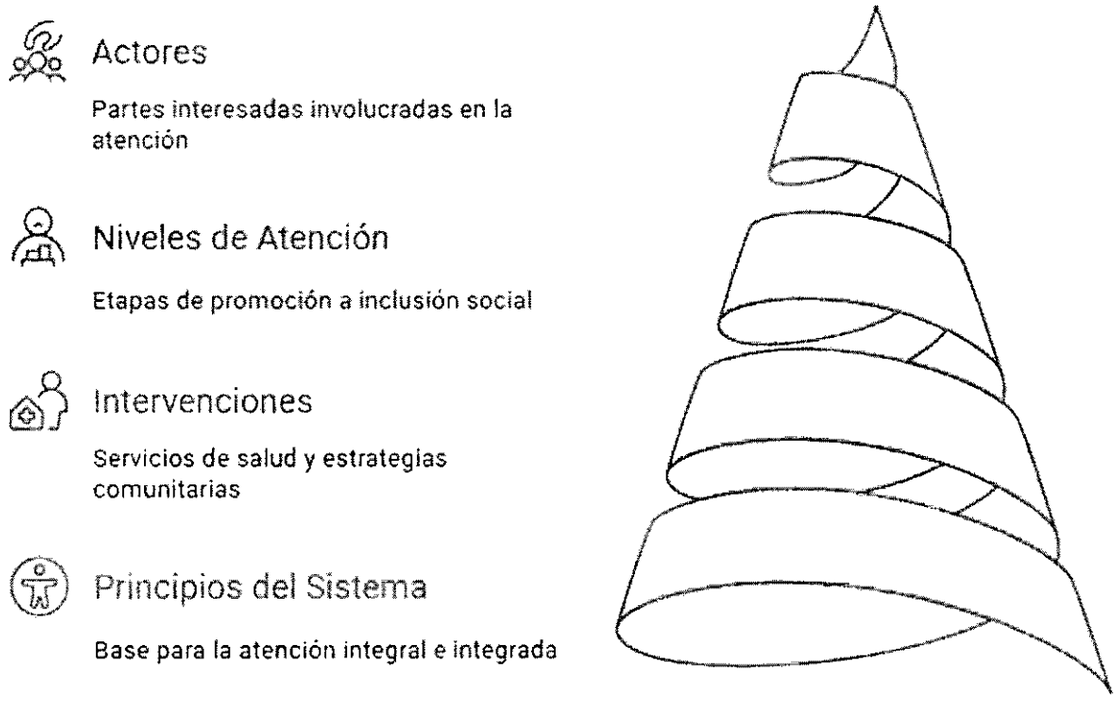
Asimismo, el Ministerio de Salud y Protección Social promoverá que los enfoques y componentes de la política sean incluidos en los programas de educación superior, de educación para el trabajo y el desarrollo humano del área de la salud.

5. Implementación: Sistema Nacional de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

5.1. Objetivo

El Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas es concebido como un marco técnico y de implementación de la Política Nacional, orientado a organizar y articular los componentes del sistema de salud (actores, servicios e intervenciones), bajo los principios de la Atención Primaria en Salud para garantizar que las personas reciban atención adecuada, en el momento oportuno, por el equipo y en el lugar adecuado, asegurando así, un abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas.

Figura 13. *Sistema Nacional De Atención Al Consumo De Sustancias Psicoactivas.*



Fuente: Elaboración propia MSPS (2025).

5.2. Alcance

El Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas establece las orientaciones técnicas y operativas para la organización, articulación y ejecución de acciones dirigidas a personas, familias y comunidades, en todos los territorios del país. Su alcance abarca las acciones en promoción de la salud, prevención del consumo, detección temprana, tratamiento, reducción de riesgos y daños, e inclusión y protección social de las personas que usan drogas. Este sistema se aplica en los distintos niveles del sistema de salud, con enfoque diferencial, territorial, comunitario e intersectorial, e involucra a todos los actores responsables de garantizar el derecho a la salud y la atención integral, desde el ámbito institucional hasta las redes sociales y comunitarias.

Este sistema **no reemplaza el Sistema General de Seguridad Social en Salud**, sino que **opera dentro de él** como una estrategia específica que articula sus componentes, servicios e intervenciones.

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 y orientación socio-jurídica.

Personas gestantes y lactantes. 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 o lactante, 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.

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.

Niños, niñas, adolescentes y jóvenes del Sistema de Protección y adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA): 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 que habitan 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 del rol de los sabedores/sabedoras tradicionales en salud y la participación de estas comunidades en la construcción de las intervenciones.

5.3. Principios

El Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas se sustenta en principios orientadores que permiten garantizar una atención centrada en las personas, las familias y las comunidades. Estos principios, que profundizan los atributos de la Atención Primaria en Salud (APS), complementan y operacionalizan los principios generales de la política, traduciéndolos en criterios concretos para la organización de los servicios. De esta manera, aseguran que el sistema de salud responda de forma oportuna, continua y adaptada a las realidades sociales, culturales y territoriales, superando barreras de acceso, estigmas y fragmentación. Al integrar estos principios, el sistema promueve trayectorias de cuidado dignas, coordinadas y sostenibles, que reconozcan a las personas que usan drogas como sujetos de derechos y garanticen su inclusión plena en la sociedad.

- **Accesibilidad y primer contacto:** el sistema promueve el acceso efectivo y sin barreras a los servicios de salud para todas las personas, en especial aquellas que enfrentan exclusión o estigma por su consumo de sustancias. Se garantiza que la atención pueda iniciarse en el nivel más cercano al lugar donde vive o transita la persona, en escenarios institucionales, comunitarios o extramurales, asegurando que el sistema de salud reciba de manera oportuna a las personas usuarias, sea cual sea su situación.
- **Integralidad:** el sistema busca reconocer los determinantes sociales del consumo de sustancias, y a las personas de forma integral, asegurando que los servicios se ajusten a sus necesidades en salud, a través de talento humano adecuadamente formado y suficiente.
- **Coordinación:** el sistema promueve la articulación efectiva entre los distintos niveles de atención, a través de la atención compartida entre el primer nivel (responsable de coordinar la atención de la persona) y los centros especializados, garantizando los procesos de canalización, referencia, contrarreferencia y seguimiento se realicen de manera efectiva y haciendo uso de un sistema de información.
- **Continuidad:** el sistema garantiza que la atención de las personas se realice de forma fluida y continua entre los diferentes niveles, sin fragmentar la atención.
- **Cupo y longitudinalidad:** El sistema se orienta a garantizar que cada persona cuente con un gestor de caso (un par comunitario, un técnico o profesional) que conozca su historia, y le brinde acompañamiento sostenido a lo largo del tiempo. Esto permite construir trayectorias personalizadas de cuidado, adaptadas a las metas, capacidades y necesidades cambiantes de cada persona, fomentando relaciones basadas en la confianza, el respeto y la empatía.

- **Intersectorialidad:** El sistema reconoce que la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas no puede ser responsabilidad exclusiva del sector salud. Por ello, promueve la acción conjunta con otros sectores como inclusión y protección social, educación, vivienda, cultura, justicia, y trabajo, entre otros. Esta articulación permite una respuesta más efectiva, capaz de abordar los determinantes estructurales del consumo y de garantizar el goce efectivo de los derechos.

5.4. Actores, Servicios e Intervenciones

El Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas está conformado por un conjunto articulado de **actores, servicios e intervenciones**, que trabajan de manera coordinada para garantizar una atención integral, oportuna, continua, pertinente y basada en la evidencia.

Los **actores** del Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas son las instituciones, organizaciones, entidades y personas que tienen responsabilidad directa o indirecta en la garantía del derecho a la salud de las personas que usan sustancias psicoactivas. Estos actores intervienen en la planeación, gestión, financiación, prestación, supervisión, acompañamiento o exigibilidad de los servicios e intervenciones del sistema, e incluyen:

- Las Entidades Territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- Los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos.
- Las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces y las entidades adaptadas.
- La Superintendencia Nacional de Salud.
- El Instituto Nacional de Salud.
- El Fondo Nacional de Estupefacientes.
- La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social de Salud – ADRES.
- Los demás actores entidades que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud para la población habitante del territorio colombiano, entre otros las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones de base comunitaria, la academia y otros actores estatales y no estatales.

Los **servicios** que hacen parte Sistema Nacional de Atención son las instancias y modalidades organizadas para garantizar la atención en salud y las respuestas sociales a las personas que usan sustancias.

- Los servicios de salud habilitados conforme a la Resolución 3100 de 2019, o las que la modifiquen, sustituyan o deroguen, incluyendo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, transporte especial de pacientes, profesionales independientes, y demás prestadores públicos, privados o mixtos con capacidad para responder al consumo de sustancias en los niveles de baja, mediana y alta complejidad. Estos servicios pueden prestarse en modalidad intramural, extramural, domiciliaria, telesalud y otras formas innovadoras que garanticen el acceso efectivo, continuo y adaptado al contexto.

Por último, las **intervenciones** del Sistema Nacional de Atención corresponden a las acciones concretas que realizan los actores y servicios, con base en la normativa vigente. Estas se agrupan en:

- Intervenciones colectivas en salud, definidas en la Resolución 1597 de 2025 y 3280 de 2018 (o las que las sustituyan), dirigidas a grupos, comunidades o territorios.

Incluyen acciones de promoción, prevención, reducción de riesgos y daños e inclusión y protección social.

- Intervenciones individuales en salud, según la Resolución 2718 de 2024 (o las que la sustituyan), orientadas a la gestión del riesgo individual, e incluyen entre otros:
  - Consulta médica, psiquiátrica, de enfermería, psicológica o trabajo social.
  - Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos por uso de sustancias.
  - Intervenciones breves, atención en crisis, programas con agonistas, terapias psicosociales, entre otros.

Todas las intervenciones deben realizarse con enfoque de derechos, género, diferencial, territorial, comunitario y de reducción de riesgos y daños, y deben respetar la autonomía, la dignidad y la participación activa de las personas.

5.5. Competencias de los Actores

5.5.1. Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital.

Gobernanza

- Adoptar y adaptar la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, mediante acto administrativo y vincular sus acciones en los planes territoriales para garantizar una respuesta local efectiva.
- Implementar los mecanismos de socialización para incidir técnica y políticamente en la agenda de otros sectores, con el objetivo de transversalizar las acciones tendientes a mejorar la atención integral y la inclusión social de las personas que usan drogas.
- Atender las recomendaciones emitidas, entre otros, por el Consejo Departamental o Distrital de Salud Mental y el Consejo Seccional de Estupefacientes, a partir de los informes entregados por el Departamento o Distrito a este órgano consultivo.
- Asegurar la concurrencia y complementariedad del departamento a los municipios de su jurisdicción, para el logro de objetivos y metas de los planes en materia de abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.

Gestión del riesgo

- Fortalecer las capacidades del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y establecer mecanismos de articulación intersectorial que garanticen una respuesta eficaz, oportuna y sin discriminación ante emergencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, como las sobredosis.

Red Nacional de Salud Mental

- Conformar, monitorear y evaluar las redes territoriales de dispositivos de bajo umbral, con el objetivo de ampliar y cualificar la oferta, disponiendo recursos técnicos y financieros. Estos dispositivos incluyen los dispositivos comunitarios, los CAMAD y los EBS, los dispositivos de consumo de menor riesgo para la prevención y atención de sobredosis, entre otros, y se enfocarán en la garantía del aseguramiento en salud, la promoción de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la detección temprana y la canalización a los servicios de salud, así como en la reducción de riesgos y daños, en los diferentes entornos, adecuando técnica y socioculturalmente las intervenciones, en el marco de procesos de interculturalidad y articulando acciones colectivas e individuales y la oferta del sector social.
- Conformar, supervisar e integrar a la Red Nacional de Salud Mental, una red integral con enfoque territorial que incluya servicios de salud, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, y su articulación con intervenciones colectivas tales como dispositivos comunitarios, redes sociales de apoyo y grupos de apoyo, así como

equipos de APS como CAMAD y Equipos Básicos de Salud, basada en los principios de la APS, con referencia-contrarreferencia y suficiencia pública-privada.

- En coordinación con las Entidades Promotoras de Salud, viabilizar que las redes de salud se articulen con otros actores relevantes para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas, implementando rutas para la inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas, socializándolas con los diferentes actores del sistema y asegurando mecanismos de canalización efectivos.

Inspección, vigilancia y control

- Vigilar y controlar en los municipios de su jurisdicción el cumplimiento de las políticas, normas técnicas, científicas y administrativas, y aquellas que resulten transversales (sistema de referencia y contrarreferencia, interoperabilidad de la historia clínica, sistema de autorizaciones, entre otros) para el logro de la atención integral de las personas que consumen sustancias psicoactivas y sus familias.
- Realizar inspección, vigilancia y control de la prestación de servicios individuales, así como de la confiabilidad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud que incluye, entre otros, el código del diagnóstico principal y los códigos del diagnóstico(s) relacionado(s) y la entrega oportuna, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3374 de 2000 y en los lineamientos técnicos definidos para este reporte.
- Promover el tránsito a la habilitación de los centros de tratamiento para las personas que usan drogas.
- Implementar la vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas y demás eventos de interés en salud pública relacionados, así como garantizar el registro y reporte de los casos definidos para estos eventos.
- Desarrollar análisis situacionales con los actores que participan en la implementación territorial del Sistema Nacional de Atención.

Participación

- Implementar estrategias de participación social y comunitaria en todas las acciones trazadoras del presente Sistema de Atención, con un especial énfasis en las poblaciones expuestas a mayores condiciones de vulneración.
- Hacer públicos los informes de seguimiento y monitoreo de la implementación del Sistema Nacional de Atención.
- Vincular los resultados de la implementación del Sistema Nacional de Atención a los escenarios de rendición de cuentas del territorio.

Seguimiento y monitoreo

- Monitorear y reportar al Ministerio de Salud y Protección Social la información e indicadores de gestión de la implementación del Sistema Nacional de Atención.
- Aportar al Ministerio de Salud y Protección Social insumos para los indicadores de resultado e impacto de la implementación del Sistema Nacional de Atención.
- Realizar análisis del cumplimiento de indicadores y generar planes de mejora con los actores pertinentes para garantizar la implementación del Sistema Nacional de Atención.

5.5.2. Las Entidades Territoriales del Orden Municipal.

Diagnóstico

- Garantizar que se incluya dentro del análisis de situación de salud (ASIS), un apartado que aborde los riesgos individuales y colectivos en salud del consumo de sustancias psicoactivas. Lo anterior, teniendo en cuenta los resultados de estudios e investigaciones locales, análisis territorial de los hallazgos del Observatorio Nacional de Salud Mental y Observatorio de Drogas de Colombia, reportes del Instituto Nacional

de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA, Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud Sexual y Reproductiva – SISCO SSR, poblaciones especiales descritas en la Resolución 1838 de 2019 (o instrumentos que los reemplace) y demás instrumentos disponibles, información proveniente de la Circular 02 de 2018 de la Superintendencia Nacional de Salud e información obtenida de otras entidades que atienden personas que consumen sustancias psicoactivas.

- Realizar y mantener actualizado el diagnóstico de capacidad instalada (disponibilidad y suficiencia) incluyendo infraestructura, servicios de salud, modalidades de prestación de servicios, disponibilidad de tecnologías en salud y talento humano (capacitado y especializado) con los que cuenta cada municipio de su jurisdicción, para la atención integral de las personas usuarias de sustancias psicoactivas.
- Identificar la oferta de servicios sociales y de asistencia social para las personas usuarias de sustancias psicoactivas y sus familias, presentes en el territorio.

Gobernanza

- Adoptar y adaptar las acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, el tratamiento, la reducción de riesgos y daños y la inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas al Análisis de la Situación en Salud del territorio, complementando con los estudios poblacionales sobre consumo y demás información disponible en el territorio, así como adecuarlas a las características y necesidades socioculturales de su territorio.
- Diseñar, ejecutar y evaluar políticas, planes[2] y programas dirigidos a la promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, el tratamiento, la reducción de riesgos y daños y la inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas, asegurando su financiamiento, continuidad y sostenibilidad a largo plazo.
- Garantizar la inclusión de acciones estratégicas en el Plan Territorial de Salud relacionadas con el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas.
- Elaborar e implementar los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC), que sean complementarios a las atenciones individuales, los cuales deberán incluir acciones de promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, la reducción de riesgos y daños y la inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas, e implementados a través de estrategias como Zonas de Orientación Escolar (ZOE), Centros de Escucha (CE) y Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) entre otras contempladas en la normatividad vigente, asegurar su financiamiento, continuidad y sostenibilidad a largo plazo.
- Socializar con las EPS de su territorio, las intervenciones colectivas, complementarias a las intervenciones individuales, señalando la población sujeto, los entornos y momentos del curso de vida a los que se orientan, así como los mecanismos de acceso a estas intervenciones.

Gestión del riesgo

- Integrar los servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas a la Red Nacional de Salud Mental, dispuesta en el Decreto 729 de 2025.
- Realizar verificación, seguimiento y evaluación del proceso de afiliación de oficio, en los entes municipales de su jurisdicción, para las personas usuarias de sustancias psicoactivas, garantizando el cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente.
- Incluir dentro de las acciones de promoción de la salud que se implementan a través de los PIC acciones encaminadas al involucramiento parental, al desarrollo de competencias socioemocionales, y demás estrategias basadas en la evidencia.

[2] Planes de Desarrollo, Planes Territoriales de Salud

- Incluir dentro de las acciones prevención del consumo de sustancias que se implementan a través de los PIC acciones encaminadas a la detección temprana del riesgo de consumo, el tamizaje, la intervención breve, la gestión del caso, los primeros auxilios psicológicos; a través de dispositivos comunitarios, teleorientación, redes sociales de apoyo, entre otros; priorizando a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
- Diseñar y ejecutar estrategias e incluir dentro de los planes territoriales el fortalecimiento de la prevención ambiental, que incluya actividades para la promoción de entornos protectores para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, como control de la venta, patrocinio y publicidad de sustancias psicoactivas reguladas, la transformación de narrativas asociadas al consumo para desnormalizarlo, el seguimiento a medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol y sensibilizar a la población sobre la necesidad de adoptar la normatividad frente a los impuestos de las sustancias reguladas, entre otros.
- Incluir dentro de las acciones de reducción de riesgos y daños que se implementan a través de los PIC acciones encaminadas a la atención integral de las personas que se inyectan drogas (incluyendo la entrega de material higiénico de inyección, la educación para la prevención y atención de sobredosis en el entorno comunitario, el tamizaje de infecciones de transmisión sanguínea, la canalización a tratamiento y programas de mantenimiento con metadona, entre otros), así como estrategias basadas en la evidencia para las personas que consumen basuco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de análisis de sustancias. Estas acciones pueden ser implementadas a través de dispositivos comunitarios, CAMAD, entre otros y deben priorizar a las personas que usan drogas y se encuentran en mayores situaciones de vulnerabilidad.
- Considerar dentro de las acciones de inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas que se implementan a través de los PIC acciones encaminadas a la transformación de estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión de personas que usan drogas, y acciones para reducir las barreras de acceso de las personas a los servicios sociales y de salud. Estas acciones pueden ser implementadas a través de dispositivos comunitarios, CAMAD, entre otros y deben priorizar a las personas que usan drogas y se encuentran en mayores situaciones de vulnerabilidad.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión de personas que usan drogas, priorizando el talento humano en salud y asegurando su sostenibilidad en el largo plazo.
- Sensibilizar y comunicar a la comunidad sobre la importancia de la reducción de riesgos y daños, así como la transformación del estigma y la discriminación hacia las personas usuarias de sustancias psicoactivas.
- Generar de forma conjunta con los aseguradores, prestadores y grupos étnicos presentes en su territorio, procesos participativos para concertar las adaptaciones técnicas e interculturales requeridas para las atenciones o intervenciones individuales y colectivas, aprovechando los recursos provenientes de la UPC diferencial, sin desconocer la normativa vigente que rige la materia.
- Garantizar la disponibilidad permanente del talento humano competente para brindar acompañamiento a los actores de su jurisdicción, que intervienen en la implementación de la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas.
- Realizar seguimiento a los eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública relacionados con esta política, con el fin de garantizar el acceso oportuno a los servicios requeridos para la atención integral.

- Identificar y gestionar programas, proyectos y oferta de servicios que existen a nivel departamental, nacional e internacional, que puedan ser aplicados en el municipio y que incidan en el logro de los resultados esperados en la presente política.

Participación

- Implementar estrategias de participación social y fortalecimiento comunitario en salud, garantizando la participación de las PUD, sus familias y comunidades, en el diseño, la implementación y evaluación de las estrategias de promoción de la salud, prevención del consumo, tratamiento, reducción de riesgos y daños e inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas.

Gestión sectorial e intersectorial

- Coordinar la articulación interinstitucional para abordar de manera integral la promoción de la salud, la prevención del consumo de sustancias, la reducción de riesgos y daños, e inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas; incluyendo las acciones de gestión del riesgo colectivo e individual.

Fortalecimiento de capacidades

- Gestionar y favorecer el fortalecimiento de las capacidades técnicas y profesionales del personal de salud, y otros actores institucionales y comunitarios encargados de la promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, el tratamiento, la reducción de riesgos y daños y la inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas; a través de programas de formación continua estructurados para la adopción de estrategias de intervención con base en la evidencia, atendiendo a las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud Mental, en coherencia con la implementación de la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas y la Política Nacional de Salud Mental, aprovechando los recursos disponibles para la gestión de la salud pública, recursos propios o de cooperación, entre otros.
- Conocer y orientar a los actores del SGSSS de su territorio acerca del cumplimiento de las políticas, normas técnicas, científicas y administrativas, y aquellas que resulten transversales (sistema de referencia y contrarreferencia, interoperabilidad de la historia clínica, sistema de autorizaciones, entre otros) para el logro de la atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas y sus familias.
- Articular con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) los mecanismos institucionales que garanticen una respuesta eficaz, oportuna y sin discriminación ante emergencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, como las sobredosis.

Inspección, vigilancia y control

- Garantizar el cumplimiento de las normativas de salud y control de los factores de riesgo en su territorio, para la promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, tales como:
    - Vigilancia sobre la venta de alcohol a menores de edad.
    - Restricción de horarios y puntos de venta de alcohol.
    - Restricciones en la conducción bajo el efecto del alcohol, en coordinación con Secretaría de Movilidad y demás actores relevantes.
    - Restricciones del consumo de sustancias psicoactivas en espacios públicos en coordinación con la Alcaldía, la Policía Nacional y demás actores relevantes.

- Implementar la vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas y de más eventos de interés en salud pública relacionados, así como garantizar el registro y reporte de los casos definidos para estos eventos.

Seguimiento, monitoreo y evaluación

- Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación de las estrategias de promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, la reducción de riesgos y daños y la inclusión, protección social y cuidado de las personas que usan drogas, consolidando la información sobre las acciones que se llevan a cabo en la totalidad de los municipios del departamento.
- Definir e implementar mecanismos para la garantía de la calidad de la información de los registros y fuentes de información requeridas para el monitoreo y evaluación de los resultados en salud definidos en el Sistema Nacional de Atención.
- Monitorear y reportar a la Dirección Territorial en Salud la información requerida y los indicadores de gestión de la implementación del Sistema Nacional de Atención.

5.5.3. Las Entidades Promotoras de Salud o las Entidades que hagan sus veces y las Entidades Adaptadas.

Diagnóstico

- Realizar la caracterización de la población afiliada incluyendo el análisis de riesgos, ubicación geográfica (urbano, rural, disperso), oferta de servicios disponibles para la atención de los afiliados, características y circunstancias poblacionales de las personas usuarias de sustancias psicoactivas, para cada uno de los momentos del curso de vida.
- Participar en el proceso de análisis de situación de salud convocado por los departamentos o distritos donde se ubica su población afiliada.
- Participar en el Consejo Departamental de Salud Mental, Consejo Seccional de Estupefacientes y el Comité Departamental de Drogas, a los que sean convocados.
- Identificar y eliminar barreras administrativas para la prestación de los servicios de salud para personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Identificar las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios en salud para la atención de su población usuaria de sustancias a cargo.

Gestión del riesgo

- Incorporar a los modelos de atención, estrategias de promoción de la salud, prevención del consumo, tratamiento y reducción de riesgos y daños en consideración de las particularidades individuales y poblacionales por entornos, curso de vida, género y pertenencia étnica, garantizando que las personas usuarias de sustancias psicoactivas reciban atención integral, libre de discriminación y con un enfoque basado en derechos humanos.
- Garantizar a sus afiliados el acceso oportuno y efectivo a las actividades de promoción de la salud definidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) tales como suministro de información y desarrollo de estrategias educativas para que las personas adopten estilos de vida saludables, desarrollen competencias socioemocionales y usen adecuadamente los servicios de salud. Estas acciones deberán realizarse en los diferentes entornos y priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Garantizar a sus afiliados el acceso oportuno y efectivo a las actividades de prevención del consumo de sustancias psicoactivas definidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) tales como el suministro de información sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias, detección temprana e intervención motivacional breve. Estas acciones deberán realizarse en los diferentes entornos y priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Realizar búsqueda activa de casos de personas en riesgo o con consumo de sustancias psicoactivas.
- Implementar cohortes de gestión del riesgo en población usuaria de sustancias psicoactivas, realizando el monitoreo sobre el acceso y los resultados de sus intervenciones.

- Implementar estrategias de navegación que permitan reducir barreras de acceso y la fragmentación en la atención, garantizando la atención centrada en las personas. Estas estrategias deberán incluir la búsqueda activa de personas en riesgo y con consumo de sustancias y su acompañamiento para la atención integral en los distintos niveles de la atención (primaria y especializada), así como en el acceso a servicios sociales.
- Integrar los servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas a la Red Nacional de Salud Mental, dispuesta en el Decreto 729 de 2025, priorizando el desarrollo de programas ambulatorios, de acuerdo con los estándares de habilitación y sus actualizaciones y adecuando los servicios con enfoque diferencial e interseccional.
- Contratar la oferta requerida para garantizar la atención integral con enfoque diferencial e intercultural, concertando e implementando las adaptaciones a través de procesos participativos.
- Garantizar la canalización efectiva de las personas usuarias de sustancias psicoactivas y la gestión del riesgo individual derivadas de las atenciones de los Planes de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
- Implementar acciones de detección temprana y canalización efectiva de personas usuarias de sustancias psicoactivas y sus familias derivadas de acuerdos sectoriales e intersectoriales, desde las competencias y funciones particulares.
- Garantizar a sus afiliados el acceso oportuno y efectivo al tratamiento de los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, tal y como se define en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), como la atención prehospitalaria y de urgencias, el tratamiento intrahospitalario, el tratamiento domiciliario, y priorizando el desarrollo de programas ambulatorios. Estas acciones deberán priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Garantizar a sus afiliados el acceso oportuno y efectivo a estrategias de reducción de riesgos y daños, tales como el acceso a programas de mantenimiento con metadona, el suministro de naloxona, el suministro de material higiénico de inyección, la educación para la prevención de sobredosis, entre otras acciones basadas en la evidencia. Estas acciones deberán priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Garantizar en la red de prestación de servicios de salud, el acceso a los procedimientos, medicamentos, consultas y demás tecnologías en salud, con cercanía, calidad, suficiencia, resolutividad, oportunidad, pertinencia cultural, complementariedad y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para la población usuarias sustancias psicoactivas, reconociendo en el marco de los acuerdos de voluntades la incorporación de los enfoques diferenciales y los recursos necesarios para dicha adaptación.
- Asegurar que los prestadores de su red apliquen y cumplan las responsabilidades establecidas por los protocolos de vigilancia en salud pública de los eventos relacionados con consumo de sustancias psicoactivas y realizar seguimiento a los casos de notificación obligatoria en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, con el fin de garantizar el acceso oportuno a los servicios requeridos para la atención integral.

Red Nacional de Salud Mental

- Conformar y gestionar una red integral de servicios de salud, incluyendo servicios de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, suficiente y que cuente con mecanismos de referencia-contrarreferencia y enfoque territorial.
- Incluir los servicios de salud, salud mental y atención al consumo de sustancias psicoactivas dentro de la Red Nacional de Salud Mental.

- En coordinación con la dirección territorial de salud, viabilizar que las redes de salud se articulen con otros actores relevantes para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas.

Calidad y oportunidad

- Implementar estrategias para la adopción de herramientas que garanticen la atención con calidad y en condiciones de equidad, y promuevan el trato digno y humanizado orientado a eliminar el estigma y la discriminación hacia las personas usuarias de sustancias psicoactivas.
- Garantizar la disponibilidad, suficiencia y pertinencia del talento humano con competencias necesarias para la implementación de las acciones de promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, reducción de riesgos y daños, e inclusión y protección social de las personas que usan drogas y sus familias.
- Promover el conocimiento en derechos y deberes de la población usuaria de sustancias psicoactivas a su cargo y sus familias; incluyendo la oferta de servicios disponibles en la red y que se articulan con la oferta de otros sectores que pueden favorecer los procesos de inclusión social y a los cuales tienen derecho las personas.

Fortalecimiento de capacidades

- Implementar de manera periódica estrategias de desarrollo de capacidades para la promoción de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la detección temprana, el tratamiento y la reducción de riesgos y daños, para los actores institucionales.

Reporte de información

- Realizar el reporte al Ministerio de Salud y Protección Social de las acciones de detección temprana y de la gestión del riesgo a través de cohortes de personas que reciben atención. Dicha responsabilidad, en la consolidación de la información, construcción y envío del reporte oportuno, no puede ser delegado a los prestadores.
- Definir e implementar mecanismos para la garantía de la calidad de la información de los registros y fuentes de información requeridas para el monitoreo y evaluación de los resultados en salud.
- Publicar informes sobre el monitoreo y evaluación de las cohortes de personas en riesgo o con consumo de sustancias psicoactivas identificadas.

5.5.4. Los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, Privados y Mixtos.

Diagnóstico

- Conocer la situación de salud de las personas usuarias de sustancias psicoactivas y sus familiares, que se encuentren a su cargo, con el fin de generar las acciones requeridas para garantizar su atención oportuna, continua y adaptada a las realidades sociales, culturales y territoriales, superando barreras de acceso, estigmas y fragmentación, en el marco de los acuerdos de voluntades suscritos con las EPS o entidades territoriales.
- Realizar el diagnóstico de capacidades de la IPS y su talento humano para la atención integral y de calidad en salud de las personas usuarias de sustancias psicoactivas y sus familias.

Gestión del riesgo

- Participar en los espacios de coordinación convocados por las entidades territoriales, para la planeación e implementación servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas.

- Identificar, estratificar y gestionar el riesgo individual y poblacional asociado al consumo de sustancias psicoactivas, siendo el primer contacto de la población con el sistema de salud y garantizando la continuidad de las intervenciones colectivas.
- En caso de que el prestador partícipe en la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas debe garantizar el acceso a las intervenciones de promoción de la salud, prevención del consumo de sustancias, reducción de riesgos y daños.
- En caso de que el prestador partícipe en la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas debe asegurar la activa participación social, apoyándose y articulándose con grupos, organizaciones y redes sociales y comunitarias, organismos no gubernamentales o de base comunitaria con experiencia en temas abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.
- Garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud que le sean contratados, que contribuyen el abordaje integral del consumo de sustancias, cumpliendo con los atributos de calidad y teniendo en cuenta las realidades territoriales, las particularidades de la población y momento del curso de vida; reconociendo en el marco de los acuerdos de voluntades la incorporación de los enfoques diferenciales y los recursos necesarios para dicha adaptación.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de promoción de la salud, a nivel individual y colectivo, definidas en los planes territoriales de salud y de las EPS, que incluyan consejería en salud, talleres y actividades educativas a los usuarios sobre temas relacionados con competencias socioemocionales, estilos de vida saludables y decisiones saludables en salud. Estas acciones deberán priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, a nivel individual y colectivo, definidas en los planes territoriales de salud y de las EPS, que incluyan educación sobre los riesgos del consumo de sustancias, detección temprana e intervención motivacional breve y canalización. Estas acciones deberán priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Garantizar la canalización efectiva de la población usuaria de sustancias psicoactivas a su cargo, en los casos que se requiera, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas o a las entidades responsables de las atenciones.
- Diseñar, implementar y evaluar de forma continua programas integrales para el tratamiento y la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Esta oferta abarcará dispositivos prehospitalarios (unidades móviles, atención domiciliaria), modalidades ambulatorias de alta y baja intensidad (en servicios de consultas externa, y hospitalización parcial), el cuidado básico al consumidor de sustancias psicoactivas, y servicios de hospitalización para desintoxicación y manejo de patología dual. En cada programa se formularán planes de tratamiento individualizado basados en evidencia, elaborados por equipos interdisciplinarios que incorporen intervenciones psicosociales, ocupacionales y de reducción de riesgos y daños orientadas a la recuperación sostenida. Se deben incorporar los estándares claves de calidad y un sistema de medición de resultados con instrumentos como el (IRT).
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de reducción de riesgos y daños por consumo de sustancias psicoactivas, que incluyan el abordaje integral, la psicoeducación, el tamizaje de condiciones asociadas, el acceso a programas de mantenimiento con metadona, el acceso a tratamiento para condiciones de salud asociadas al consumo, la entrega de material higiénico de inyección y demás intervenciones basadas en la evidencia, con equipos interdisciplinarios.
- Participar en acciones de transformación del estigma, el autoestigma y la discriminación y la exclusión de las personas que usan drogas.

- Fortalecer la articulación con otros actores, facilitando la canalización efectiva de la población usuaria de sustancias psicoactivas a servicios de atención integral y programas de inclusión social.
- Garantizar la atención integral con enfoque diferencial e intercultural, concertando e implementando las adaptaciones a través de procesos participativos.
- Garantizar que la historia clínica del usuario adscrito al prestador muestre la totalidad de atenciones realizadas, teniendo en cuenta la necesidad de realizar monitoreo y seguimiento a la misma.
- Establecer mecanismos para evitar y responder frente a los eventos adversos que se pueden presentar o se presenten durante el ciclo de atención de personas usuarias de sustancias psicoactivas.

Calidad y oportunidad

- Implementar los lineamientos técnicos vigentes en promoción de la salud, prevención del consumo, detección temprana y reducción de riesgos y daños, asegurando el cumplimiento de las orientaciones.
- Cumplir las condiciones técnicas, administrativas, de talento humano e infraestructura del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; actualizar el REPS y permitir la auditoría permanente.
- Implementar mecanismos para brindar información a las personas que acceden a los servicios, para el ejercicio pleno de los deberes y derechos.
- Garantizar la prestación de servicios individuales, así como de la confiabilidad y calidad de los datos sobre la prestación individual de servicios de salud que incluye entre otros el código del diagnóstico principal y los códigos del(os) diagnóstico(s) relacionado(s) y la entrega oportuna, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9 de la Resolución 3374 de 2000 y en los lineamientos técnicos definidos para este reporte.

Fortalecimiento de capacidades

- Desarrollar y fortalecer las capacidades en el talento humano, a través de procesos de inducción, reinducción y formación continua para mejorar la atención a personas que consumen sustancias psicoactivas, implementando el enfoque diferencial, interseccional, de derechos humanos, de reducción de riesgos y daños y reducción del estigma.

Red Nacional de Salud Mental

- Incorporar los servicios habilitados dentro de la red integral, garantizando una oferta territorial suficiente en todos los niveles y disponibilidad 24/7 para urgencias.

Monitoreo y evaluación

- Implementar la vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas y demás eventos de interés en salud pública relacionados, así como el registro y reporte de los casos definidos para estos eventos, garantizando la atención integral de las personas que usan drogas.
- Definir e implementar mecanismos para la garantía de la calidad de la información de los registros y fuentes de información requeridas para el monitoreo y evaluación de los resultados de la presente política.
- Suministrar la información requerida, en el marco de sus competencias la cual no sea atribuible a otro actor del sistema, para monitorear y evaluar la atención integral en salud y los resultados esperados de la prestación de las atenciones, a las entidades responsables del pago y a aquellas a cargo de los procesos de Inspección Vigilancia y Control del SGSSS.

5.5.5. Los demás Actores o Entidades que Intervengan de Manera Directa o Indirecta en la Garantía del Derecho Fundamental a la Salud para la Población Habitante del Territorio Colombiano

- Promover el aseguramiento de las personas que usan drogas. Realizar verificación, seguimiento y evaluación del proceso de afiliación de oficio, en los entes municipales de su jurisdicción, para las personas usuarias de sustancias psicoactivas, garantizando el cumplimiento de lo establecido en la normativa vigente.
- Apoyar la identificación de población en riesgo o consumidora de sustancias psicoactivas, promoviendo su vinculación a estrategias de promoción de la salud, prevención del consumo, reducción de riesgos y daños e inclusión y protección social, y canalización a otros servicios.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de promoción de la salud, a nivel individual y colectivo, definidas en los planes territoriales de salud y de las EPS, que incluyan consejería en salud, talleres y actividades educativas a los usuarios sobre temas relacionados con competencias socioemocionales, estilos de vida saludables y decisiones saludables en salud. Estas acciones deberán priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, a nivel individual y colectivo, definidas en los planes territoriales de salud y de las EPS, que incluyan educación sobre los riesgos del consumo de sustancias suministro de información sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias, detección temprana e intervención motivacional breve y canalización. Estas acciones deberán priorizar a las poblaciones de especial interés.
- Garantizar la canalización efectiva de la población usuaria de sustancias psicoactivas a su cargo, en los casos que se requiera, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas o a las entidades responsables de las atenciones.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de reducción de riesgos y daños por consumo de sustancias psicoactivas, que incluyan el abordaje integral, la psicoeducación, el tamizaje de condiciones asociadas, la entrega de material higiénico de inyección y demás intervenciones basadas en la evidencia.
- Diseñar, implementar y evaluar estrategias de inclusión y protección social de las personas que usan drogas, que incluyan acciones de transformación del estigma, el autoestigma y la discriminación y la exclusión, así como mecanismos efectivos para activar rutas de atención social y facilitar el acceso a oportunidades (formación, empleo, cultura).
- Realizar estrategias de sensibilización y educación, dirigidas tanto a la población general como a los actores del sistema de salud, para reducir la estigmatización y fortalecer la aceptación de la RRD como una estrategia de salud pública.
- Fortalecer la articulación con otros actores del sistema de salud, facilitando la canalización efectiva de la población usuaria a servicios de atención integral y programas de inclusión social.

5.5.6. La Superintendencia Nacional de Salud.

Inspección, vigilancia y control

- Realizar la respectiva Inspección, vigilancia y control de todos los actores del sistema para que cumplan con sus obligaciones en materia de promoción de la salud, prevención del consumo y atención del consumo por parte de EPS e IPS, así como garantizar el acceso a los servicios.
- Proteger los derechos del usuario al acceso oportuno y garantizar el acceso a la prestación de servicios de promoción y prevención.
- Sancionar de ser el caso a las entidades que incumplan la normatividad

- Vigilar el cumplimiento del derecho a la salud sin discriminación
- Atender quejas y barreras institucionales
- Promover buenas prácticas en EPS y prestadores

5.5.7. El Instituto Nacional de Salud.

- Realizar vigilancia epidemiológica y generar conocimiento que oriente las acciones de promoción de estilos de vida saludable y prevención del consumo problemático de sustancias psicoactivas SPA, tanto legales como ilegales.
- Promover investigación básica y aplicada en la temática de sustancias psicoactivas legales e ilegales, con el objetivo de que sus resultados sirvan de soporte para orientación técnica en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludable, prevención del consumo SPA, detección temprana del consumo, reducción de riesgos y daños, tratamiento, rehabilitación y protección e inclusión social.
- Promover y estimular investigación toxicológica que permita identificar enfermedades y secuelas no mentales en consumidores abusivos de sustancias psicoactivas SPA.
- A partir de la evidencia investigativa y toxicológica, generar guías, protocolos y recomendaciones técnicas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en la población general y en consumidores de SPA.
- Producir evidencia sobre exclusión social, laboral, académica y de salud en consumidores ocasionales, abusivos y problemáticos de SPA.
- Diseñar e impartir cursos certificables que promuevan la capacitación y cualificación de trabajadores asistenciales de instituciones que prestan servicios de tratamiento y rehabilitación a población consumidora de sustancias psicoactivas.

5.5.8. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social De Salud – ADRES.

- Consolidar la información sobre el gasto y ejecución de ese recurso.
- Asegurar flujos financieros para atención integral y continua

6. Plan de acción

Para el cumplimiento del objetivo general de la política, se proponen cinco ejes estratégicos, desarrollados en un total de 10 acciones, que serán ejecutadas por diferentes entidades del Estado colombiano entre noviembre de 2025 y diciembre 2033. Así mismo, el detalle de las entidades responsables de cada acción, los períodos de ejecución, así como los indicadores de gestión y de producto asociados, con sus respectivas metas, se encuentran en el Anexo Plan de Acción y Seguimiento (PAS). Este plan prioriza acciones para garantizar la continuidad y la calidad de la atención al consumo de sustancias psicoactivas, entre estas:

1. **Adaptación y adopción de la Política a nivel territorial.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán adaptar y adoptar mediante acto administrativo, la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas en sus respectivos territorios, en un plazo máximo de seis (6) meses posteriores a su publicación, incluyendo la asignación de responsables y recursos, y la incorporación de mecanismos de seguimiento y evaluación y garantizando su articulación con los planes territoriales de salud y los Planes de Intervenciones Colectivas (PIC).

2. **Implementación de la Estrategia Nacional de Alcohol.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar la Estrategia Nacional de Alcohol, en coherencia con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El proceso de implementación deberá iniciar en un plazo máximo

de doce (12) meses posteriores a la expedición de los lineamientos y reportarse anualmente.

3. **Redes territoriales de dispositivos de bajo umbral.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán operar redes territoriales de dispositivos de bajo umbral para la atención a personas que usan sustancias psicoactivas. El primer reporte de conformación de la red deberá presentarse en un plazo máximo de doce (12) meses posteriores a la emisión de los lineamientos emitidos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, y su seguimiento será anual.

   Estos dispositivos comprenden los dispositivos comunitarios, los CAMAD, Equipos Básicos de Salud — EBS, los dispositivos de consumo de menor riesgo y prevención de sobredosis, entre otros, y se enfocarán en la garantía del aseguramiento en salud, la promoción de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la detección temprana y la canalización a los servicios de salud, así como en la reducción de riesgos y daños, en los diferentes entornos, adecuando técnica y socioculturalmente las intervenciones, en el marco de procesos de interculturalidad y articulando acciones colectivas e individuales y la oferta del sector social.

4. **Estrategias de navegación.** Las EPS o quienes hagan sus veces, y las entidades adaptadas deberán implementar estrategias de navegación en un plazo máximo de seis (6) meses posteriores a la emisión de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y reportar su avance de manera anual. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las barreras de acceso, evitar la fragmentación en la atención, y garantizar una atención integral centrada en las personas y deberán incluir la búsqueda activa de personas en riesgo y con consumo de sustancias y su acompañamiento para la atención integral en los distintos niveles de la atención (primaria y especializada), al igual que en el acceso a servicios sociales.

5. **Servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas integrados a la Red Nacional de Salud Mental.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán añadir los servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas a la Red Nacional de Salud Mental, conforme con lo dispuesto en el Decreto 729 de 2025. El primer reporte deberá presentarse en un plazo de seis (6) meses posteriores a la expedición de la presente política, con una periodicidad anual.

6. **Estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión de personas que usan drogas.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión hacia las personas que usan drogas, conforme a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, priorizando el talento humano en salud y asegurando su sostenibilidad en el largo plazo. El primer reporte de avances deberá presentarse en un plazo máximo de tres (3) meses posteriores a la expedición de la presente política, con una periodicidad de seguimiento semestral.

7. **Fortalecimiento del sistema de información.** Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces deberán fortalecer el sistema de información en salud relacionado con la atención al consumo de sustancias psicoactivas, iniciando el reporte obligatorio de las acciones de detección temprana, la gestión del riesgo a través de cohortes de personas que reciben atención, y el adecuado reporte de la

información de la prestación de servicios de salud, así como de los eventos de interés en salud pública pertinentes. Se deberá garantizar el reporte en un plazo de seis (6) meses posteriores a la emisión de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información será vinculada entre otros al Observatorio Nacional de Salud Mental.

8. **Vigilancia epidemiológica del consumo problemático.** El Instituto Nacional de Salud deberá fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública, incorporando la vigilancia entre otros del consumo problemático de sustancias psicoactivas. El proceso deberá completarse en un plazo de hasta dieciocho (18) meses posteriores a la expedición de la presente política.

9. **Estrategia de desarrollo de capacidades.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar una estrategia de desarrollo de capacidades dirigida a actores institucionales y comunitarios, orientada a la prevención, detección temprana, tratamiento, recuperación y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en un plazo de doce (12) meses posteriores a la expedición de la presente política, con una periodicidad de seguimiento semestral.

10. **Estrategias de participación social y comunitaria.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar estrategias de participación social y comunitaria en todas las acciones trazadoras del Sistema Nacional de Atención, con especial énfasis en las poblaciones expuestas a mayores condiciones de vulneración. Deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los avances de esta implementación en un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente política, y posteriormente con una periodicidad semestral.

7. Monitoreo y Seguimiento

El seguimiento, monitoreo y evaluación 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 mecanismo 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 la presente política.

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 de la 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 adaptada** según el contexto territorial.

IV. **Adopción de la política** mediante acto administrativo.

V. **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 **priorizadas por cada uno los ejes** de la presente política. Este plan debe vincularse al Plan Territorial de Salud y estar en concordancia con los Planes Territoriales de Drogas:

VI. **Seguimiento semestral,** a través de indicadores, al cumplimiento del plan de acción de la política territorial.

VII. **Vinculación de la ciudadanía** a las diferentes fases de implementación de la Política.

VIII. Inclusión de los resultados de la implementación de política 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, a través de la herramienta de recolección de información definida Promoción y Prevención, de la información cuantitativa y cualitativa que dé cuenta de la implementación de estos hitos que contenga los avances en el ámbito municipal y local según sea el caso, la cual será registrada en la plataforma Mi Gestión.

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:

1. **Indicadores de gestión territorial:** reportados por las entidades o instituciones que figuran como responsables en de las acciones propias del desarrollo de los hitos de implementación territoriales y del Sistema Nacional de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Indicador	Meta
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales,	100% de entidades territoriales que adoptan, adaptan e

distritales y municipales que adoptan, adaptan e implementan la política.	implementan la política.
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales que implementan la Estrategia Nacional de Alcohol.	100% de entidades territoriales que implementan de la Estrategia Nacional de Alcohol.

Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales y distritales que operan redes territoriales de dispositivos de bajo umbral.	100% de entidades territoriales que operan redes territoriales de dispositivos de bajo umbral.
Porcentaje de Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces que implementan estrategias de navegación en consumo de sustancias psicoactivas.	100% de Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces implementan estrategias de navegación en consumo de sustancias psicoactivas
Porcentaje de servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas, que se integran a la Red Nacional de Salud Mental. Entidades Territoriales departamentales, distritales.	100% de servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas integrados a la Red Nacional de Salud Mental.
Porcentaje de centros de referencia territoriales que han desarrollado programas ambulatorios para la atención a personas usuarias de sustancias psicoactivas.	100% de centros de referencia territoriales implementan programas ambulatorios para la atención a personas usuarias de sustancias psicoactivas.
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales y distritales que integran programas ambulatorios de bajo umbral a la Red Nacional de Salud Mental.	100% de Entidades Territoriales departamentales y distritales integran programas ambulatorios a la Red Nacional de Salud Mental.
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales, distritales que incluyen en su red servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas con	100% de Entidades Territoriales departamentales y distritales que incluyen en su red servicios de atención al consumo de sustancias

adecuación técnica y sociocultural.	psicoactivas con adecuación técnica y sociocultural.
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, que implementan estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y exclusión de personas que usan drogas.	100% Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales implementan estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y exclusión de personas que usan drogas.
Porcentaje de Entidades Promotoras de Salud o entidades que hagan sus veces que reportan la gestión de los riesgos en salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas a través de cohortes de personas.	100% Entidades Promotoras de Salud o entidades que hagan sus veces reportan cohortes de gestión del riesgo en salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas.
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales que implementan estrategias de desarrollo de capacidades relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.	100% Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales, que implementan estrategias de desarrollo de capacidades relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
Porcentaje de Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales que implementan estrategias de participación social y comunitaria.	100% Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales implementan estrategias de participación social y comunitaria.

2. **Indicadores de resultado:** dan cuenta de los resultados intermedios de la implementación de las acciones propuestas en la presente política, principalmente en aquellos relacionados con el acceso efectivo a los servicios de salud relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

Indicador de resultado	**Meta**
Porcentaje de adolescentes y jóvenes que acceden a estrategias de detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas. (EPS)	A 2033, el 80% de adolescentes y jóvenes que acceden a estrategias de detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas.
Porcentaje de adolescentes y jóvenes con consumo problemático detectado que logran acceder a tratamiento. (EPS)	A 2033, el 90% de adolescentes y jóvenes con consumo problemático detectado que logran acceder a tratamiento.

Personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas	A 2031, aumentar a 185.000 personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.

3. **Indicadores de impacto:** reportados por el Ministerio de Salud y Protección Social, que están sujetos a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y articulados con los mecanismos de seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo, la Política Nacional de Drogas, el Plan Marco de Implementación del Acuerdo de Paz y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Indicador de impacto	**Meta**
Edad media de inicio de consumo de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, popper, dick, solventes) en escolares	A 2033, Colombia aumentará la edad de inicio de consumo de sustancias ilícitas a más de 14 años en población en edad escolar.
Edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares	A 2033, Colombia aumentará la edad inicio de consumo de alcohol a más de 14 años en población en edad escolar.
Prevalencias del consumo de marihuana	A 2033, Colombia reducirá en 10% la prevalencia de último año del consumo de marihuana en población escolar.
Prevalencia año del consumo de alcohol en población escolar.	A 2033, Colombia disminuirá en 10% la prevalencia año del consumo de alcohol en población escolar.

El **monitoreo y seguimiento** de la presente política estará a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención o quien haga sus veces, adoptando el procedimiento de "Seguimiento y monitoreo a las políticas públicas de salud y de protección social" del Ministerio de Salud y Protección Social. Se generará un informe de seguimiento anual de la implementación de la política que será remitido a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales o quien haga sus veces.

8. Evaluación

En lo que respecta a la **evaluación** de la política estará a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención, o quien haga sus veces, con el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales o quien haga sus veces, teniendo la cuenta el procedimiento "Elaboración de estudios sectoriales y evaluaciones de política pública en salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Se generarán dos informes de evaluación, uno de medio término en 2029 y otro final en 2033.

9. Financiamiento

La implementación de la Política Integral para la Prevención, Reducción de Riesgos y Daños y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas se financiará a través de distintas fuentes. En primer lugar, se contará con los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluyendo aquellos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o la entidad que haga sus veces, así como los destinados para el aseguramiento y demás fines autorizados por la Ley.

También se recurrirá a los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) asignados a las Entidades Territoriales, al Presupuesto General de la Nación (PGN) que se asigne para este propósito y a los recursos propios que dispongan las entidades territoriales en el marco de sus competencias. Todo lo anterior se realizará atendiendo las normas vigentes, los usos legales de cada fuente y sujeto a la disponibilidad fiscal, conforme a las proyecciones del Marco Fiscal de Mediano Plazo y el Marco de Gasto de Mediano Plazo. Adicionalmente, podrán destinarse recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (FRISCO) asignados al Ministerio de Salud y Protección Social.

Además de esto, la política podrá financiarse mediante recursos previstos en los planes territoriales de salud para el cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, en articulación con los lineamientos establecidos en la Resolución 1597 de 2025 y sus modificatorias, así como con recursos de libre destinación de las entidades territoriales.

Finalmente, con el fin de fortalecer el abordaje comunitario del consumo de sustancias en las poblaciones de especial interés de esta política, las acciones de promoción de la salud, prevención del consumo, detección temprana, reducción de riesgos y daños, inclusión y protección social, y reducción del estigma y la discriminación a personas que usan drogas, podrán ser implementadas por organizaciones de base comunitaria, sin ánimo de lucro, en concordancia con la normatividad expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de contratos, alianzas, convenios o demás instrumentos jurídicos propios de sus competencias.

Este esquema de financiación multi-fuente busca garantizar la implementación progresiva, sostenible y adaptada a las necesidades territoriales, permitiendo la ejecución de acciones que fortalezcan la promoción de la salud, la prevención del consumo, la detección temprana, el tratamiento, la reducción de riesgos y daños, y la inclusión y protección social de las personas que usan drogas.

10. Referencias

Alberta Health Services. (2024). *Best Practice Recommendations.* Alberta Health Services. https://www.albertahealthservices.ca/ipc/page6411.aspx

Anderson ES, Rusoja E, Luftig J, et al. Effectiveness of Substance Use Navigation for Emergency Department Patients With Substance Use Disorders: An implementation study. *Ann Emerg Med.* 2023;81(3):297-308.

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 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

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.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Low-threshold services for drug users in Europe: models and evidence.* Lisbon: EMCDDA; 2018.

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

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

Ley 1098 (2006).
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfanciaLey1098.pdf

Lowenstein M, Abrams MP, Crowe M, et al. "Come try it out, get your foot in the door": patient perspectives on low-barrier treatment for opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2023;248:109915.

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

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

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%B3n%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 escolar.* 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 narcotrafico.* 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.* 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 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

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*.

Running Bear U, Poole EM, Muller C, et al. The use of patient navigation to transition detoxification patients to substance use treatment in the Alaska Interior. *Public Health Pract*. 2023;6:100418

Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y métodos de intervención*. EUB.

Scoppetta, 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_VMYRz206L

JvrARP6E6vjTMsQPjci3K

Single, E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and Alcohol Review*, *14*(3), 287–290. https://doi.org/10.1080/09595239500185371

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *SAMHSA's working definition of recovery*. Rockville (MD): SAMHSA; 2012.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Advisory: Low Barrier Models of Care for Substance Use Disorders*. Rockville (MD): SAMHSA; 2023.

Toronto Public Health. (s/f). *DISCUSSION PAPER: A PUBLIC HEALTH APPROACH TO DRUGS*.

United Nations Office on Drugs and Crime; World Health Organization. *International standards for the treatment of drug use disorders*. Rev ed. Geneva: WHO; 2020.

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

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.