

Juan Pablo Uribe Restrepo.

ANEXO TÉCNICO POLÍTICA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Introducción 4 1. Marco normativo y de política pública 4 2. Contexto 7 3. Diagnóstico 8 3.1 Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas 8 3.2 Factores relacionados con la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas 10 3.3 Factores relacionados con los vínculos afectivos y consumo de sustancias psicoactivas 11 3.4 Factores relacionados con las enfermedades crónicas y consumo de sustancias psicoactivas 12 3.5 Factores relacionados con la capacidad de respuesta 13 4. Enfoques 14 4.1 Desarrollo Humano basado en Derechos 14 4.2 De salud pública 14 5. Principios 15 6. Alcance y finalidad 15 7. Objetivo 15 8. Ejes y líneas de acción 15 8.1 Eje 1. Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas 16 8.1.1 Líneas de acción 16 8.1.1.1 Desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida 16 8.1.1.2 Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas 18 8.2 Eje 2. Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas 19 8.2.1 Líneas de acción 20 8.2.1.1 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida 20 8.2.2.2 Reducción de factores de riesgo en los entornos 22 8.3 Eje 3: Tratamiento integral 23 8.3.1.1 Prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual ... 23 8.3.1.2. Reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas 24 8.4 Eje 4: Rehabilitación integral e Inclusión social 25 8.4.1 Líneas de acción 25 8.4.1.1 Fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales 25 8.4.1.2 Inclusión social efectiva 26 8.5 Eje 5: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial 26 8.5.1 Líneas de acción 26 8.5.1.1 Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas 26 8.5.1.2 Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial, nacional y territorial 27 8.5.1.3 Participación social en salud de personas familias y comunidades 27 8.5.1.4. Gestión de conocimiento 27 9. Monitoreo y evaluación de la política 28 10. Bibliografía 29	prevención, acceso al tratamiento y respuestas programáticas integrales en reducción de daños. En el mismo sentido, la Agenda 2030 insta, entre otras acciones, a que los Estados Partes hagan esfuerzos para reducir la estigmatización de los enfermos mentales y para ofrecer servicios de salud mental a la población. Particularmente, la meta 3.5 plantea “fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2012, párr.5). 1.2 Marco normativo y de política pública nacional El artículo 49 de la Constitución Política establece entre otros que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En ese sentido, la Corte Constitucional profundiza y prioriza la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, a través de distintas Sentencias (C-176 y C-221 de 1994, T-814 de 2008, C- 438 de 2009, C-574 y C-882 de 2011, C-491 y T 497 de 2012 y T-043 de 2015). Así mismo, en las Sentencias 1116 de 2008, T- 497 de 2012, T- 518 de 2013 y T-10 de 2016, entre otras, enfatiza en la obligación del Estado para realizar acciones de prevención, atención y rehabilitación con un enfoque de atención integral en salud pública. Por otro lado, la Ley 1438 de 2011 (Capítulo III, artículo 12) adopta la Atención Primaria en Salud que, en interdependencia de los servicios de salud, integra la acción intersectorial y trans-sectorial junto a la participación social y comunitaria, constituyendo así, elementos centrales para el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, la Ley 1566 de 2012 ordena en su artículo 2, que toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, tiene derecho a ser atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos. Como consecuencia de ello, el legislador también contempló acciones de promoción de la salud y prevención del consumo, para que el Gobierno Nacional, en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas, formule líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas y, a su vez, asegure un ambiente y estilos de vida saludables. Del mismo modo, la Ley 1616 de 2013 establece el derecho a la Salud Mental en la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, y estableciendo como responsabilidad del Consejo Nacional de Salud Mental, el seguimiento y la evaluación de la Política de Salud Mental y del Consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con esta ley y para el cumplimiento de los anteriores fines, los departamentos conformarán consejos departamentales de salud mental con funciones análogas en el territorio. Con referencia a los titulares de derecho, la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, reconoce la salud como un derecho fundamental y, por ende, a los sujetos individuales y colectivos como personas, familias y comunidades, en quienes está el foco de atención. Por otra parte, resulta importante destacar, entre otras, la Ley 816 de 2016 que establece en su artículo 37 los programas de prevención y tratamiento por consumo de bebidas alcohólicas; el Decreto 780 de 2016, único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, que compiló las disposiciones establecidas en el Decreto 120 de 2010, relacionadas con la creación de la Comisión Intersectorial para el control del Consumo Abusivo de Alcohol y la definición de las políticas para el control del consumo de bebidas alcohólicas; y finalmente, la Ley 1385 de 2010 que establece acciones para prevenir el síndrome de
Introducción El consumo de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno complejo priorizado a nivel nacional que implica diferencias poblacionales y territoriales y que convoca, para su prevención y atención, la acción sectorial e intersectorial. Adicionalmente, demanda la articulación con la Política Nacional de Salud Mental del año 2018 y con los postulados de la Ley Estatutaria de Salud, desde los que se reconoce la salud como un derecho fundamental, cuyo centro de atención son los sujetos individuales y colectivos: personas, familias y comunidades. La Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, reconoce la problemática y los efectos que genera en los procesos de desarrollo de personas, familias y comunidades. En los años recientes se sabe que este consumo afecta en particular a la población de niños, adolescentes y mujeres, y por otro lado, la evidencia indica que es mayor la incidencia cuando se sigue un abordaje integral, es decir, cuando se interviene en más de uno de los entornos próximos a las personas. La comprensión de la Política se plantea desde el análisis de los determinantes sociales de la salud, bajo un marco estratégico centrado en el fortalecimiento de los factores protectores, con el fin lograr un óptimo nivel de salud y bienestar de la población, que tenga en cuenta sus características, necesidades e intereses. La Política se formula basada en la evidencia científica y considerando diversas perspectivas, algunas de ellas objeto de estudio y profundización permanente. A su vez, la implementación sectorial e intersectorial de la presente Política, constituye un compromiso nacional y territorial liderado por este Ministerio, en articulación con la Política Integral para enfrentar el problema de las drogas, bajo la dirección del Ministerio de Justicia. Finalmente, debe indicarse que constituye una apuesta de política de carácter integral, sostenible, continua y ordenada, orientada a transformar los determinantes sociales, familiares e individuales que favorecen el consumo de sustancias psicoactivas. Esto, a través del fortalecimiento de los factores protectores, procesos de prevención, tratamiento, rehabilitación integral e inclusión social, que aborden de manera transversal la reducción de daños como las acciones que hacen parte de la atención integral y que minimizan la afectación individual y colectiva. Ahora bien, dado que Colombia ha consolidado un marco regulatorio propio para el control del tabaco, sustancia psicoactiva legal, a través del Convenio Marco para el Control del Tabaco, la Ley 1335 de 2009 y demás normas y jurisprudencia concordante, esta Política no incluye ninguna referencia a dicha materia. En todo caso, las personas que consumen sustancias psicoactivas tienen derecho a una atención integral en salud, incluido el Programa Nacional de Cesación de Consumo de Tabaco.	alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol en las mujeres en estado de embarazo. Por su parte, el Plan Marco de Implementación de los Acuerdos por una Paz Estable y duradera, establece los siguientes mecanismos en el ítem 4.2: revisión y ajuste de la Política frente al consumo de drogas ilícitas, constitución de un sistema nacional de atención al consumidor de drogas ilícitas, implementación del sistema de seguimiento de las acciones territoriales, elaboración de planes de acción participativos con enfoque poblacional y territorial, y generación de conocimiento en materia de consumo de sustancias psicoactivas (Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2016). Es importante anotar que, en 2007, el entonces Ministerio de la Protección Social formuló la Política Nacional para la Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, que establece los cuatro ejes mencionados a continuación: prevención del consumo, mitigación, superación, y un eje transversal orientado al fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). En el año 2008, se formuló el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010, y más recientemente en 2015, el Consejo Nacional de Estupefacientes, aprobó el Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021 y creó la Comisión Técnica Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, cuyo objeto es hacer seguimiento del Plan Nacional. La evaluación de la Política y el Plan Nacional 2014 – 2021 sugiere la actualización de acuerdo al perfil epidemiológico del país y avances técnicos en lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas en la última década. Ahora bien, en cuanto a la regulación expedida por este Ministerio, la Resolución 1841 de 2013 que adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en la Dimensión de convivencia social y salud mental, estableció el cumplimiento de las siguientes metas: • Reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general. • Mantener por debajo de 6,8% la prevalencia de año del consumo de marihuana en la población escolar. • Aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas a 14,5 años • 100% municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. • Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 99,102). Por su parte, en la Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles se definieron entre otras, las siguientes metas: “posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de los 14 años y... Mantener por debajo del 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en la población general.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 89,100). En el mismo sentido, en el año 2015, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, recomendó que la Política frente al consumo de drogas debe propender por la atención integral de los consumidores desde los enfoques de salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano; lo que se concreta en acciones para la promoción de capacidades, la participación y la reducción del estigma y la discriminación. De manera complementaria y derivado del Modelo Integral de Atención en Salud, se han desarrollando las Rutas Integrales de Atención en Salud, una de ellas, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, contiene acciones e intervenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud. Por otro lado, la ruta

integral de atención materno-perinatal y la ruta para la población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones (Resoluciones 3202 del 2016 y 3280 del 2018). Por último, la Resolución 4886 de 2018 que adoptó la Política Nacional de Salud Mental orienta el contenido y alcance de los ejes y líneas de acción del presente instrumento, sumando los desarrollos internacionales y nacionales en materia de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. 2. Contexto En los últimos años el consumo de sustancias psicoactivas a nivel global y nacional sigue en aumento y se ha complejizado en cuanto a las formas y tipos de consumo, agudizando sus efectos en la salud y en el desarrollo integral de la población. Es llamativo el aumento del contacto y el inicio del consumo en edades cada vez más tempranas, y el impacto a nivel individual, familiar y social (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). Según Volkow, Koob, y McLellan (2016), el consumo de sustancias psicoactivas afecta principalmente el funcionamiento cerebral, campo que experimenta grandes cambios durante la infancia y adolescencia, principalmente en las estructuras encargadas de procesos como la toma de decisiones, la planeación, el juicio, la regulación y el procesamiento emocional, entre otros, a los que se suman las implicaciones en la generación de vínculos y relaciones sociales. Desde esta comprensión, el curso de vida en reconocimiento de las trayectorias vitales, las transiciones en el desarrollo, los sucesos vitales, los efectos acumulativos, las relaciones intergeneracionales y las ventanas de oportunidad, marcan un reto para generar intervenciones anticipatorias desde el sector salud, que impacten en el desarrollo integral de las personas y sus familias. Es importante considerar que los tipos de interacción, la dinámica y estructura familiar, inciden en las causas, consecuencias, permanencias y tránsitos a consumos de mayor complejidad, así como en su cesación. Adicionalmente, el tipo de relaciones en los entornos y redes de apoyo inciden de manera positiva o negativa en los patrones de consumo (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). El consumo de sustancias psicoactivas como cualquier otro fenómeno complejo y multicausal puede conceptualizarse desde diferentes perspectivas, sin que ningún modelo, explique con suficiencia, su origen, configuración y curso. De acuerdo con Volkow, Koob, y McLellan (2016), la diversidad de modelos explicativos existentes plantea retos para el estudio a profundidad y la generación de análisis más integrales e incluyentes, trascendiendo perspectivas reduccionistas e interpretaciones parciales. Por lo tanto, para el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, se asume el modelo de los determinantes sociales de la salud desde el enfoque de salud pública. Este modelo considera de manera especial, los determinantes estructurales (modelos socioeconómicos, gobernabilidad, cultura y valoración social, género, etnia), que, junto con los determinantes intermedios y proximales, afectan los entornos de la vida cotidiana (condiciones materiales, psicológicas y sociales), generando vulnerabilidades o potencialidades en las personas, familias y comunidades (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). Cabe señalar las explicaciones que otros modelos ofrecen sobre el inicio del consumo, relacionándolo con la motivación intrínseca, o propia de la persona, como las características personales, necesidad de pertenencia, curiosidad o placer; o la motivación extrínseca, relacionada con el entorno, a saber, familia, medios de comunicación o amigos (National Institute on Drug Abuse, 2018; Palacios, 2012; Supervía, Bordás, Lorente y Orozco, 2018).	incremento del número de usuarios (Escohotado, 1998) y, en consecuencia, la proporción de personas que abusan de su uso o desarrollan consumos problemáticos (Programa de cooperación entre América latina, el Caribe y la Unión Europea en políticas sobre drogas [COPOLAD], s.f). Comprender y analizar la situación del consumo, implica la consideración de múltiples variables sociales, culturales y de contexto, así como variables personales y relacionales, que dan sentido a las concepciones y prácticas desarrolladas por personas, familias y comunidades. Desde un punto de vista sociológico y antropológico, es importante tener en cuenta que desde el comienzo de la civilización los seres humanos buscan en el uso de sustancias psicoactivas sensaciones agradables y de alivio para sus sufrimientos. Del mismo modo, han sido utilizadas como agentes facilitadores de la integración social o la búsqueda de la trascendencia y acercamiento con lo divino (Escohotado, 1998). En este sentido, no todo consumo de sustancias psicoactivas constituye un trastorno mental ni es necesariamente problemático. Por su parte, el uso repetido y en altas dosis puede conducir a problemas crónicos, médicos y sociales, además del desarrollo de la adicción. Esta última involucra los sistemas motivacionales del cerebro y, aunque cada clase de sustancia psicoactiva tiene su propio mecanismo de acción toxicológico, todas activan el sistema mesolímbico dopaminérgico en las regiones cerebrales involucradas en la recompensa, causando aumentos bruscos de la liberación de dopamina, relacionada con el aprendizaje y la memoria (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). Adicionalmente, la alteración en el funcionamiento de la dopamina y el glutamato en otras regiones cerebrales, afecta la capacidad de autorregulación, la toma de decisiones, la flexibilidad en la selección e inicio de la acción, y la supervisión del error, influyendo en la capacidad para la decisión de mantenerse abstinente (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). De esta manera se explica por qué las personas con adicción pueden ser sinceras en su deseo de abandonar la sustancia y, al mismo tiempo, ser impulsivas e incapaces de cumplir con su decisión. La evidencia señala que dentro de los factores de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran los antecedentes familiares; la exposición temprana al consumo de sustancias psicoactivas, siendo la infancia y la adolescencia un período de mayor vulnerabilidad; la exposición a los entornos de alto riesgo, violencia intrafamiliar, sexual y escolar; embarazo en niñas y adolescentes; insuficiente apoyo familiar y social; fácil acceso a las sustancias psicoactivas, actitudes normativas permisivas hacia el consumo de las mismas, y ciertas enfermedades mentales como trastornos del estado de ánimo, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, psicosis y trastornos de ansiedad (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). Adicionalmente, otros factores de riesgo para iniciar o continuar el consumo de sustancias, incluyen el nivel socioeconómico, la calidad de la crianza de los hijos, la influencia del grupo de pares y la predisposición biológica como rasgos de búsqueda de novedad o impulsividad (Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD] y COLCIENCIAS, 2016). Las investigaciones demuestran riesgos a corto y largo plazo asociados con el consumo de cannabis durante la adolescencia. Se ha relacionado con el uso avanzado de drogas y con adicción en la edad adulta y se ha encontrado, mayor probabilidad de que los estudiantes que consumen marihuana tengan calificaciones más bajas, menos participación en clase y tasas de asistencia más bajas, en comparación con los no consumidores. En el campo neuropsicológico, se ha relacionado con deficiencias en el funcionamiento cognitivo incluyendo la memoria de trabajo, a lo que se suma un mayor riesgo de desarrollar depresión y ansiedad en la edad adulta (Das, Salam, Arshad, Finkelstein, y Bhutta, 2016). Los factores anteriormente mencionados, afectan las relaciones interpersonales y vínculos con redes sociales de apoyo, conllevando a pérdidas afectivas importantes a largo plazo.
Así las cosas, esta Política se plantea como retos la transformación de los imaginarios que generan estigmatización, señalamiento y exclusión, así como lograr trascender la idea dicotómica de salud como ausencia de enfermedad. Lo anterior, con el fin de orientar esfuerzos en procesos de reconocimiento de los sujetos, vistos desde sus capacidades y oportunidades de desarrollo y desde el contexto de interpelación hacia el Estado por medidas políticas, administrativas y técnicas en un marco de corresponsabilidad. 3. Diagnóstico El <i>Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del 2013</i>, identificó que las sustancias más consumidas en el último año, son: el alcohol (58,7%) y, con prevalencias mucho más bajas, la marihuana (3,3%) y la cocaína (0,7%). Se destaca el hecho de que alrededor de 2.5 millones de personas presentaron un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (Ministerio de Justicia y del Derecho [MINJUSTICIA, Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD] y Observatorio de drogas de Colombia, [ODC] 2014). En el análisis de las tendencias en los últimos estudios poblacionales (población general 2013, universitaria 2016, escolar 2016) se encontró que el consumo de alcohol se ha estabilizado y el de sustancias ilícitas ha aumentado (MINJUSTICIA, MINSALUD y ODC, 2014). Así mismo, el <i>Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal</i> (2018), indicó que hasta el año 2017 el acceso a servicios de tratamiento era limitado y el porcentaje de quienes habían recibido tratamiento era bajo (17,3%). Por otro lado, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017), en su <i>Informe mundial sobre las drogas para el año 2017</i>, señala que las personas que usan drogas inyectadas, consumen a diario o presentan trastornos relacionados diagnosticados, presentan consumo problemático, según criterios del <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5</i> (American Psychiatric Association, 2014) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992). De esta manera se evidencia, la importancia de fortalecer factores protectores para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas y reducir la probabilidad de desarrollar afectaciones en la salud o en el funcionamiento global que ameriten tratamiento. La situación epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas se presenta en detalle en el punto 3. “ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN”, numeral 3.1.3. “Consumo de sustancias psicoactivas” del Anexo Técnico de la Resolución 4886 de 2018 expedida por este Ministerio. De esta manera, para profundizar en el diagnóstico del consumo de sustancias psicoactivas, se requiere realizar un análisis de los factores de protección y de riesgo, los efectos deseados en consumos iniciales y las causas de los consumos problemáticos. Por ello, esta Política profundiza en el análisis de sus causas, su relación con la salud mental, los problemas y trastornos mentales, la dinámica de los vínculos afectivos, las enfermedades crónicas, y la capacidad de respuesta. 3.1 Factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas El consumo de sustancias psicoactivas ha acompañado a la humanidad durante milenios y sus consecuencias médicas y sociales se han agravado debido a múltiples factores, variables neurobiológicas y socioculturales, que contribuyen a la forma en que cada persona experimenta sus efectos (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). El aumento de la disponibilidad, en particular de las drogas legalizadas como el alcohol, estimuló el	De acuerdo con MINJUSTICIA, MINSALUD y ODC (2014), las consecuencias a nivel del desempeño ocupacional se manifiestan inicialmente en el deterioro de habilidades y dificultades para tolerar tiempos de ejecución, de manera que aumenta la probabilidad del abandono de actividades como la formación académica y/o la actividad laboral. Así mismo, se estima que el 10% de la población expuesta a sustancias psicoactivas desarrolla un consumo problemático o adicción (Volkow, Koob, y McLellan, 2016). Por lo tanto, aunque la exposición a largo plazo a las sustancias psicoactivas es una condición necesaria para el desarrollo de la adicción, de ninguna manera es suficiente; para aquellos en quienes hay un progreso hacia la adicción, los cambios neurobiológicos son distintos y profundos, con impacto en la vida social y relacional (Lize, S. et al., 2017). 3.2 Factores relacionados con la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Desde la concepción de salud integral, la relación entre la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas es innegable, en tanto la salud mental constituye una condición de base para el logro de procesos de desarrollo integral y el despliegue de capacidades que permiten autonomía y relacionamiento, construcción de proyectos de vida con sentido y adecuado desempeño en la vida cotidiana. Los problemas y trastornos mentales son frecuentemente comórbidos al consumo de sustancias psicoactivas. La Política Nacional de Salud Mental, adoptada mediante la Resolución 4886 de 2018 considera como problema mental, los síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada, pero que producen malestar emocional y disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros (MINSALUD y COLCIENCIAS, 2016). Por su parte, el trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, regulación emocional o comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (American Psychiatric Association, 2014). Durante las últimas décadas ha existido mayor interés de la sociedad científica por la evaluación de la comorbilidad (co-ocurrencia en el mismo individuo) entre varios trastornos psiquiátricos, lo que se denomina doble diagnóstico o patología dual; entendida como la simultaneidad en el curso de vida de un individuo de una adicción y otro trastorno mental (trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, entre otros). Es decir, las personas con historial de algún trastorno mental son mucho más propensas a tener adicionalmente una adicción. Estas prevalencias de comorbilidad de enfermedades mentales y uso de sustancias, varían de acuerdo a la población estudiada y pueden estar entre el 50 – 60% (Supervía, Bordás, Lorente y Orozco, 2018), hallazgos que sugieren, que estos trastornos están vinculados debido a anomalías neurobiológicas y conductuales comunes. La evidencia también refiere, que la exposición al consumo de sustancias psicoactivas asociado a situaciones estresantes, podría ceder espontáneamente al eliminar, evitar o modificar el entorno estresor o condición causante (National Institute on Drug Abuse, 2018). Los estudios nacionales han evidenciado que el consumo de alcohol es utilizado con múltiples finalidades, entre las que se encuentra el afrontamiento a diversas situaciones estresantes. En el país se estima que, en el último año, el 42,5% de la población consume alcohol y alrededor de 2.5 millones de personas en Colombia, presentan un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas (1.9 millones son hombres y 0.6 millones son mujeres). Para el grupo de 18 a 44 años, el 2.8% de los que beben alcohol tiene problemas de salud, el 1.6% tienen problemas mentales y el 5.5% tienen problemas en el hogar (MINJUSTICIA, MINSALUD y ODC, 2014). De otro lado, es frecuente también la coexistencia de dependencia de alcohol y trastorno mental (22%), de alcohol y depresión (38% a 44%), entre otras (MINSALUD y COLCIENCIAS, 2016).

Así mismo, son más frecuentes en los consumidores de cannabis las co-morbididades con estrés postraumático, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada. De acuerdo con MINSALUD y COLCIENCIAS (2016), las personas con consumos de otras sustancias, presentan una mayor prevalencia de trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático; y en las personas que consumen medicamentos sin prescripción médica, hay una mayor prevalencia de trastorno de pánico. Por otra parte, dentro de los factores de riesgo para presentar un trastorno por consumo de alcohol, se encuentran: antecedentes personales de patología mental (trastornos depresivos, ansiosos, de personalidad, esquizofrenia, entre otros); uso de otra sustancia psicoactiva; problemas durante la infancia; dinámica familiar y modelos de crianza permisivos; experiencias emocionalmente perturbadoras y enfermedades crónicas (MINSALUD y COLCIENCIAS, 2016). En varios estudios se ha concluido la importante asociación, entre la depresión y los trastornos del estado del ánimo con el consumo problemático de alcohol. Hay un riesgo entre dos y tres veces mayor de presentar depresión si existe dependencia al alcohol; por lo tanto, es una comorbilidad bidireccional. De los sujetos con antecedente de trastornos de ansiedad, hasta el 12% tiene trastorno por consumo de alcohol, que llegan a empeorar también los trastornos del sueño. Cuando los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen consumo de alcohol con patrón de riesgo, los síntomas de la enfermedad psiquiátrica de base empeoran y dicha situación altera su mejoría clínica. En las personas con esquizofrenia, las prevalencias en los últimos 12 meses para abuso de alcohol son del 9.7% y del 24 – 33 % al año en los casos de dependencia. La prevalencia de alcoholismo (abuso o dependencia) puede aumentar al 76 % en personas con personalidad antisocial. (MINSALUD y COLCIENCIAS, 2016, p. 174). Adicionalmente, es importante considerar el uso problemático, incluso patológico, de las tecnologías y de las adicciones sin sustancia, considerando la impulsividad como el rasgo que mejor permite entender su naturaleza. De manera lenta y progresiva se viene trabajando en el reconocimiento de categorías diagnósticas válidas como trastorno psiquiátrico, tal y como lo demuestra la reciente inclusión en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5 del juego patológico, como un trastorno adictivo no relacionado con sustancia (American Psychiatric Association, 2014). 3.3. Factores relacionados con los vínculos afectivos y consumo de sustancias psicoactivas Una de las principales afectaciones del consumo, es la alteración de los vínculos afectivos y relaciones significativas que generan confianza, seguridad y capacidad de contención emocional. Expresión de ello, son la alteración de las dinámicas relacionales, el aislamiento, la ruptura de redes familiares y de apoyo y la alteración en el ejercicio de la maternidad y la paternidad que afecta de manera directa, el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes. Por otro lado, las violencias son la máxima expresión de la alteración de los vínculos asociados al consumo y se pueden caracterizar y considerar desde diferentes perspectivas. Galtung (1985) ofrece la siguiente clasificación: violencia directa, puede ser verbal, psicológica, física; violencia estructural, relacionada con lo social y lo político; violencia cultural, que justifica concepciones y prácticas violentas consuetudinarias; y violencia simbólica, que implica imposiciones ideológicas, religiosas, etc. Desde otro ángulo, tanto en la población general como en poblaciones que acceden a los servicios de salud por trastorno de estrés postraumático, se evidencia un mayor riesgo de presentar otros problemas en salud mental como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias y suicidio (Escotado, 1998; COPOLAD, s.f). Es claro que, dentro de los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de estrés	de marihuana osciló entre el 30,5% y el 59,2%, el de cocaína entre 8% y 31,1%, "menos del 15,5% consumieron <i>poppers</i> y éxtasis (Mecanismo Coordinador País – MPC Colombia y Proyecto VIH Fondo Mundial, 2017). Adicionalmente, se calcula que el alcohol provoca casi el 4% de las muertes en todo el mundo y es una de las 20 primeras causas de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (MINSALUD, 2016b). El uso nocivo de alcohol es un problema de salud pública mundial y los trastornos relacionados con el alcohol tienden a hacerse crónicos con impactos en los ámbitos personal, laboral, familiar, económico y social. Por otra parte, además de estar involucrado en varias enfermedades médicas graves, se vincula a otros trastornos mentales, diversas formas de violencia y accidentes de tránsito. El <i>Estudio de carga de la enfermedad para Colombia 2010</i>, reporta que el consumo de sustancias psicoactivas impacta en la salud de la población. En el caso de los hombres, identifica que los trastornos por consumo de alcohol ocupan el puesto 12 y el consumo de otras sustancias psicoactivas, el puesto 20, es decir 6 y 3 de años de vida saludables perdidos respectivamente (Peñaloza, Salamanca, Rodríguez, Rodríguez y Beltrán, 2014). Aunque el consumo es mayor en los países desarrollados, la carga de enfermedad se distribuye desigualmente en los países de bajos y medianos ingresos. Según la Organización Panamericana de la Salud (2013), en América se ha encontrado que el uso crónico de sustancias psicoactivas trae como consecuencia, principalmente, problemas cardiovasculares, infecciones y trastornos mentales, es así como se han identificado varios problemas en el manejo de esta situación que afecta de manera importante la salud pública de la región: “la creciente carga de morbilidad, heterogeneidad en vulnerabilidades identificadas, efectividad de intervenciones, barreras de acceso a servicios y violación de derechos”(p.20). 3.5. Factores relacionados con la capacidad de respuesta En las últimas décadas, en el país se han implementado acciones e intervenciones para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas que están dirigidas al fortalecimiento del involucramiento parental, desarrollo de competencias ciudadanas, promoción de estilos de vida y entornos saludables, desarrollo de proyecto de vida y minimización de riesgos psicosociales, algunos de ellos, con evaluación de impacto y lecciones aprendidas en su implementación. De acuerdo con MINSALUD (2016b), en cuanto a tratamiento, en Colombia para el año 2016, existían 181 instituciones que prestaban 384 servicios de atención a las personas con consumo de sustancias psicoactivas, con predominio de la internación no hospitalaria residencial (65%), seguido de la atención ambulatoria de baja complejidad (35.6%), internación parcial diurna (hospital día) (33%), y de la internación parcial nocturna (19.4%). Dos terceras partes de las instituciones se localizaban en Bogotá y cinco departamentos: Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Cundinamarca, el 92% eran instituciones privadas y el 8% oferta pública. Como parte de la atención integral y basadas en la evidencia científica, se han implementado estrategias de reducción del daño con personas que se inyectan drogas en: Bogotá, Cali, Pereira, Dosquebradas, Cúcuta y Armenia, Santander de Quilichao y Medellín basadas en la evidencia científica (MINSALUD, 2016b). El Plan de Beneficios en Salud incluye actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos para enfermedades o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, dentro de las cuales se encuentra la internación total o parcial, desintoxicación, atención institucional no hospitalaria y atención ambulatoria, que garantizan que las instituciones prestadoras de salud que conforman su red presten oportuna e integralmente los servicios de salud en las condiciones de calidad esperadas.
postraumático en adolescentes, se encuentra el abuso de sustancias psicoactivas, riesgo que aumenta al exponerse a la violencia interpersonal. (McLaughlin, Koenen, Hill, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, y Kessler, 2013; Kessler, 2000; Mills, Teesson, Ross, y Peters, 2006). Un estudio revela que, para un grupo de pacientes con diagnóstico de patología dual, el 60,1% informó violencia (abuso físico, agresión sexual o amenazas) y el 58.4% reportó afectaciones de bienes materiales; así mismo, observó que las mujeres tenían mayor riesgo de ser violentadas. En pacientes con trastornos por uso de sustancias, la violencia se ha asociado con menor edad, ser mujer, estar situación de calle, padecer trastornos psiquiátricos y usar drogas frecuentemente (De Waal, Christ, Dekker, Kikkert, Lommerse, Van den Brink, y Goudriaan, 2018). Los datos nacionales reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ofrecen la posibilidad de realizar análisis frente a la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en varios eventos de interés para la salud pública. Para el 2017, se observó la presencia de consumo de sustancias psicoactivas en el 5,34% del total de homicidios y el 2,52% del total de suicidios; en el 5,3% de las violencias contra niños, niñas y adolescentes, y en el 9,29% de las violencias de pareja (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018) Consumir sustancias psicoactivas es el principal factor de vulnerabilidad para sufrir violencia interpersonal, familiar, de pareja, contra el adulto mayor y en niños, niñas y adolescentes, ser víctimas de delitos sexuales u homicidios. Consecuente con los resultados anteriores, en Colombia se asume la violencia como una prioridad de salud pública, con especial énfasis en la prevención y atención de la violencia de género, intrafamiliar, contra niñas, niños y adolescentes, entre otras. 3.4. Factores relacionados con las enfermedades crónicas y consumo de sustancias psicoactivas La Organización Mundial de la Salud (2004) confirma que existe una considerable carga de morbilidad como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, en años de vida ajustados por discapacidad equivale a 8,9% y recae en mayor medida en el uso y abuso de sustancias legales como el alcohol (4%). Así mismo, las enfermedades más frecuentemente vinculadas al consumo son infecciosas y crónicas: cirrosis y neoplasias hepáticas, cáncer de pulmón, enfisema, trastornos mentales, deterioro cognitivo, trastornos del sueño, VIH, Hepatitis B y C, problemas en la coordinación física, alteración del juicio, la memoria y la concentración. Por tanto, estas personas son más proclives a morir por accidentes, agresiones o suicidio. Estudios locales en poblaciones en situación de vulnerabilidad o con comportamiento de alto riesgo para adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea, como personas en situación de calle, han permitido identificar prevalencias superiores de consumo de sustancias psicoactivas como la inyección de drogas (entre 2% y 5,9%) y comorbilidades como VIH (entre 2,6% y 16,7%), hepatitis C (4,6%), y coinfección de tuberculosis y VIH (3,3%) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE] y Secretaría Distrital de Integración Social, 2018). Para la población de personas que se inyectan drogas, los estudios en diferentes ciudades muestran que las prevalencias de VIH oscilan entre 1 y 9,2% y para hepatitis C entre 1,7% y 44,4%; y el riesgo de adquirir el VIH es al menos 16 veces más en personas que se inyectan drogas, que para población general (MINJUSTICIA y ODC, 2015). En la población de mujeres en situación de prostitución de cinco ciudades de Colombia, se identificó que más de la mitad de las ellas reconocían consumo de sustancias psicoactivas, la sustancia más consumida fue el alcohol en más del 90%, más de la cuarta parte había fumado marihuana y más del 20% había consumido cocaína. En mujeres trans-género, cuatro de cada cinco entrevistadas refirieron consumo de alcohol en los últimos 6 meses, el consumo	En cuanto al desarrollo de capacidades institucionales y territoriales, se han consolidado Planes territoriales de Oferta y Consumo de Sustancias Psicoactivas en los 32 departamentos, y capacitado a profesionales del área de la salud, sociales y de justicia, así como agentes y líderes comunitarios. 4. Enfoques La <i>Política Integral de Prevención y Atención de Consumo de Sustancias Psicoactivas</i>, plantea como enfoques rectores, el de Desarrollo humano basado en derechos y el de Salud pública. El primero, constituye el fundamento de un Estado Social de Derecho, y el segundo, se refiere de una parte, a los determinantes relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas que afectan el bienestar y el desarrollo individual, familiar y social; y de otro, busca reducción de las afectaciones a partir de acciones e intervenciones efectivas basadas en la evidencia. 4.1 Desarrollo humano basado en derechos Este enfoque, reconoce la dignidad humana como fundamento de los derechos humanos en su relación ineludible con el desarrollo, considerando al ser humano como fin en sí mismo (Restrepo-Ochoa, 2013). Desde los derechos humanos, la presente política profundiza y prioriza la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana, y reconoce a las personas en riesgo o con consumo de sustancias psicoactivas como poblaciones prioritarias para la atención en salud. El desarrollo humano se concibe como un proceso mediante el cual se amplían las libertades y oportunidades humanas a partir de la acción estatal y el reconocimiento y potenciación de las capacidades de las personas, familias y comunidades. En este sentido, las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y aquellas en situaciones asociadas al riesgo, se consideran como sujetos con posibilidades de transformación y desarrollo, desde una perspectiva de promoción de capacidades y oportunidades. La ampliación de las libertades en mención debe considerar además las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales, mediadas por relaciones de poder que se basan en el género, la clase social, la etnia, el curso de vida y las condiciones y situaciones particulares de las poblaciones y territorios. 4.2 De salud pública El enfoque de Salud Pública reconoce la salud como una realidad social y resultado de las dinámicas de relación y desarrollo humano, que incluye la acción estatal como garante de derechos, y trasciende la idea de la responsabilidad de la salud centrada en el individuo. Desde este enfoque, se busca garantizar la salud de la población mediante acciones individuales y colectivas, orientadas al logro de resultados en salud que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, bienestar y desarrollo, en un marco de participación social (MINSALUD, 2013). La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (Organización Panamericana de la Salud, s.f, párr.1). Desde este enfoque, se ve a las personas en su interacción con las sustancias, su uso o potencial para hacerlo, los contextos con mayor o menor riesgo y si hay vulnerabilidad por la experimentación. Todo lo anterior para potenciar factores protectores, prevenir factores de riesgo, brindar tratamiento y rehabilitación integral, y promover la inclusión social (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En coherencia con lo anterior, desde la Salud Pública es indispensable fortalecer la Atención Primaria en Salud con énfasis familiar y comunitario, con el fin de asegurar la integralidad de a la atención en salud (MINSALUD, 2016a), desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación integral. 5. Principios En coherencia con los enfoques planteados, constituyen principios orientadores para la comprensión e implementación de esta Política, los siguientes: 5.1 Vida Digna: Reconoce la vida como valor y derecho fundamental (T 881- 02). Exige la defensa de la vida de las personas en condiciones de dignidad como idea fundante de los derechos humanos. Además, constituye un principio ético y político desde la promoción, protección y cumplimiento de los derechos, y comprende el reconocimiento de las personas en riesgo o con consumo, y sus familias, desde sus capacidades y libertades humanas, y sus condiciones de desarrollo permanente en el curso de la vida. 5.2 Inclusión – No discriminación: Reconoce las diferencias y la diversidad de las personas y considera un imperativo, la inclusión e integración en un marco amplio de posibilidades de promoción, acompañamiento, apoyo y ajustes razonables (artículo 2, Declaración Universal de Derechos Humano). 5.3 Participación: Considera a los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como protagonistas en el proceso de desarrollo integral, así como en la comprensión, análisis de situación y formas de abordaje integral en salud. La participación, orientada al logro de autonomía de los sujetos y a la incidencia social y política, es constitutiva y razón de ser de la política pública (Resolución 2063 de 2017). 5.4 Integralidad: Comprende el carácter intersectorial e interdisciplinario para la atención integral e integrada, considerando procesos de articulación, coordinación, complementariedad, fortalecimiento de la capacidad institucional y territorial (UNODC, 2016; Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, [CICAD], 2016). 6. Alcance y finalidad Mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos. 7. Objetivo Garantizar la atención integral de las personas familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos. 8. Ejes y líneas de acción Los siguientes ejes de política son complementarios entre sí y orientan estratégicamente acciones e intervenciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias. Los sujetos individuales y colectivos transitan en más de uno de ellos.	actividades físicas, culturales y recreativas. Así mismo, reconocer prácticas culturales de cuidado y protección, actividades físicas y recreativas propias de los grupos étnicos, favoreciendo el fortalecimiento de la educación intercultural (etnoeducación). Es importante, que niñas y niños puedan experimentar roles, prácticas y escenarios indistintamente a lo asignado tradicionalmente por género. Adolescencia y juventud: Se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Es un momento vital determinado por una mayor independencia psicológica y social de la familia de origen y el cuestionamiento a valores sociales dominantes. Las acciones e intervenciones están orientadas a promover la libertad, autonomía y capacidad de agencia en las esferas familiares, sociales y políticas, así como el afrontamiento de sucesos vitales como la finalización de la escolarización, la vinculación laboral o el ingreso a la educación superior, o la menarquía en el caso de las mujeres. Para el desarrollo de dichas capacidades se debe promover la toma de decisiones asertivas, educación y entrenamiento en resiliencia, desarrollo de habilidades sociales, relación con pares, proyecto de vida con sentido, actividades de ocio saludables y construcción de redes sociales. En el caso de los grupos étnicos, es fundamental el fortalecimiento de las prácticas culturales relacionadas con oficios, capacidades técnicas, educativas y en artes, que estén relacionadas con sus planes de vida. Es de resaltar el acompañamiento a padres, madres y cuidadores, así como de las niñas y niños, en la transición de la infancia a la adolescencia (pubertad o preadolescencia), y de esta a la juventud (UNODC, 2018). Estos momentos de transición, requieren cuidado y acompañamiento a los adolescentes y jóvenes en el proceso de desarrollo, de lo cual hace parte, la transformación de los estereotipos de género de padres y madres sobre adolescentes mujeres y adolescentes hombres, que potenciará las capacidades e interacciones interpersonales para el desarrollo personal, familiar, comunitario y social. Adultez: En este momento de vida se consolida la capacidad de agencia y las potencialidades, así como las posibilidades de establecer nuevas metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, reconociendo la importancia de desarrollar capacidades de autonomía y toma de decisiones, en particular en mujeres. Es fundamental promover las mayores libertades en el desarrollo de las mujeres, en particular desde su participación y visibilidad en el espacio público y político, eliminando las expectativas de género que limitan sus proyectos de vida. Resulta estratégica la implementación de acciones e intervenciones para el afrontamiento de sucesos vitales como la búsqueda y la estabilidad laboral, sostenimiento de relaciones de pareja basadas en relaciones igualitarias de género y la crianza de hijos e hijas. Adicionalmente, el trabajo en el manejo de las emociones, entrenamiento en resiliencia, fortalecimiento y desarrollo de las habilidades sociales y apoyo social en situaciones de duelo, a la vez que en la planeación y disfrute de las actividades de educación, ocio, recreación y cuidado. Es importante promover la asunción de responsabilidades familiares de manera igualitaria entre hombres y mujeres, así como de las actividades de cuidado, conciliando la vida laboral y familiar. En el caso de los grupos étnicos, se debe fortalecer los mecanismos de transmisión de saberes y habilidades de comunicación propias de su cultura, los mecanismos o prácticas de crianza desde los saberes propios; promover las prácticas culturales individuales y colectivas relacionadas con oficios, capacidades técnicas, educativas y en artes, que estén relacionadas con sus planes de vida. Adulto mayor: Momento caracterizado por poseer capacidades y habilidades para participar y tomar decisiones respecto a situaciones que afectan el presente y el futuro. Se requieren acciones e intervenciones para el afrontamiento de sucesos vitales tales como la jubilación, la soledad, el cambio en las condiciones físicas y funcionales, el fallecimiento
8.1 Eje 1. Fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas Este eje se sustenta en el primer eje de la Política Nacional de Salud Mental y está orientado a favorecer el desarrollo de capacidades resilientes y de afrontamiento emocional en las personas, familias y comunidades frente al consumo de sustancias psicoactivas. La promoción de factores protectores individuales, familiares y colectivos se aborda desde la prevención universal, cuyo énfasis es mantener un nivel óptimo de salud a través del desarrollo de capacidades empáticas, expresión de emociones, contención y regulación emocional, resiliencia, comunicación asertiva, manejo de problemas y conflictos, valores y sentido de vida, y vínculos parentales y familiares con capacidad de establecer límites y normas, mediante la crianza positiva (Valencia, 2013). Implica el fortalecimiento en los entornos del vínculo familiar, oportunidades de participación en roles familiares, establecimiento de normas de comportamiento y reconocimiento de las capacidades de todos los miembros de la familia, construcción de vínculos de confianza, establecimiento de relaciones equitativas y respetuosas; junto al reconocimiento de aptitudes y capacidades individuales, promoción de la participación y liderazgo; estilos de docencia democráticos, construcción de espacios de aprendizaje cooperativo, aprendizaje de la sanción social; organización comunitaria y estructuración de redes sociales de apoyo (COPOLAD, 2014). Desde este eje, se propone el fortalecimiento de factores protectores por curso de vida y entornos orientados al desarrollo de capacidades para el afrontamiento de los retos físicos, emocionales y sociales que impone la vida, favoreciendo respuestas resilientes ante la exposición al consumo de sustancias psicoactivas. 8.1.1 Líneas de acción 8.1.1.1 Desarrollo de capacidades en personas, familias y comunidades en el curso de vida. Primera infancia: Esta etapa es crucial y decisiva para el desarrollo pleno del ser humano y para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social, dado que se sientan las bases para el desarrollo de sus potencialidades y habilidades. Las acciones e intervenciones están orientadas a fortalecer el vínculo afectivo y seguro con madres, padres y cuidadores primarios a través de la lactancia materna, la alimentación y nutrición, pautas de cuidado y crianza; educación y entrenamiento en resiliencia; promoción del juego, arte, literatura y exploración, acorde con las prácticas culturales de cuidado y protección, en grupos étnicos. Tiene en cuenta la socialización en capacidades y comportamientos de manera igualitaria entre niños y niñas, superando estereotipos e imaginarios de género, y el acompañamiento a hombres y mujeres durante la gestación y lactancia (Heckam y Carneiro, 2003). Infancia: En este momento existe potencialidad para desarrollar aprendizajes sistemáticos, aumento progresivo de la percepción de sus propias competencias, marcada interacción social fuera de la familia, disfrute de juegos de reglas y competencias, resolución de problemas cotidianos de manera independiente y aprendizajes por imitación de modelos en su entorno. En consonancia con la UNODC (2018) las acciones e intervenciones estarán orientadas al afrontamiento de eventos vitales como ingreso y adaptación a la escolarización, educación y entrenamiento en resiliencia, y mayor autonomía para la toma de decisiones. Se debe fortalecer la supervisión y cuidado por parte de madres, padres, cuidadores primarios y docentes; consolidar redes comunitarias y entornos seguros para su cuidado y protección; promover el juego simbólico con reglas y competencias, y fomentar la participación en	de la pareja y alteraciones en la red de apoyo. También debe prestarse atención al manejo del tiempo libre, el fortalecimiento del apoyo familiar, la promoción de la participación en grupos de interés, la educación, el entrenamiento en resiliencia, el fortalecimiento y desarrollo de las habilidades sociales, y el apoyo social en situaciones duelo. Según Cerrot (2014), es importante, que en las mujeres se posibiliten otros espacios sociales más allá del entorno familiar, que promuevan su autonomía y el disfrute de actividades placenteras, eliminando las expectativas de género que las vinculan con responsabilidades de cuidado familiar. En el caso de los grupos étnicos, se deben fortalecer los espacios de transmisión de diálogos de saberes e intercambios de conocimientos entre las generaciones y los adultos mayores o sabios, que contribuyan a la pervivencia y mantenimiento de los grupos étnicos. 8.1.1.2 Desarrollo de entornos protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas Según las resoluciones 3202 de 2015 y 3280 de 2018, los entornos son escenarios de la vida en los cuales los sujetos se desarrollan, construyen su vida subjetiva, sus vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política a la que pertenecen. Incluyen también plataformas virtuales, entendidas como escenarios interactivos que permiten acceso ilimitado a diverso tipo de información y a relaciones que pueden generar factores protectores y/o de riesgo debido a las múltiples posibilidades de contacto que ofrecen las tecnologías de la información y comunicaciones. Entorno Hogar: Es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales, protección y cuidado de sus miembros, para la construcción de la identidad propia y del sentido de pertenencia, hábitos y estilos de vida saludables, sentido de lo colectivo y para la transmisión de valores. Requiere, acciones e intervenciones que desarrollen las capacidades de padres, madres y cuidadores primarios en pautas de crianza, manejo de emociones, relaciones de respeto y comunicación asertiva, escucha activa y gestión de conflictos, basadas en el reconocimiento del otro y la igualdad de género. La UNODC (2018) establece que es necesario fortalecer en los grupos étnicos, los mecanismos propios de resolución de conflictos, de prácticas de crianza, de habilidades para la comunicación personal, familiar y colectiva, acorde con su cultura y cosmovisión. Se requiere fortalecer las relaciones de igualdad por género, ingresos, curso de vida y demás particularidades como discapacidad u otras situaciones presentes en las familias, eliminando justificaciones para el abuso de poder y el ejercicio de violencias entre las personas del hogar. Es importante la distribución de las tareas de cuidado de manera igualitaria entre hombres y mujeres, así como la conciliación de la vida laboral y familiar. 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. Las acciones e intervenciones que desarrolla la comunidad educativa deben promover la convivencia, el reconocimiento y respeto de la diversidad, las pautas de crianza, la construcción de planes o proyectos de vida con sentido, el seguimiento de actividades escolares y la prevención de la deserción escolar. En el entorno universitario se debe propiciar una cultura orientada al cuidado de la salud de manera integral, participativa e incluyente. En relación con los grupos étnicos, se debe fortalecer la educación intercultural o etno-educación para la recuperación de su identidad cultural y favorecer el fortalecimiento de las relaciones de género igualitarias y la eliminación de justificaciones para el abuso de poder y las violencias (UNODC, 2018).

Entorno Laboral: Es el escenario en donde las personas se organizan para producir bienes y servicios, desarrollan vínculos, y despliegan posibilidades y oportunidades que potencian los estilos, modos y condiciones de vida. Las acciones estarán orientadas hacia el trabajo cooperativo, relaciones basadas en el respeto, disminución del estigma y autoestigma, manejo de las emociones, reconocimiento y manejo de las jerarquías, claridad en los roles y ejecución de tareas y promoción de tiempo en familia. Es importante el reconocimiento y manejo de situaciones de estrés y de condiciones de trabajo que afectan diferencialmente a las mujeres, eliminando expectativas de género y justificaciones para las violencias. Entorno comunitario: Es el espacio donde se desarrolla la dinámica social y cultural de las personas y colectivos. En este ámbito es estratégico consolidar redes comunitarias para el reconocimiento de factores y entornos protectores e incidir en la manera como se informa y vincula a la comunidad en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, promoviendo normas sociales de solidaridad, confianza interpersonal y legalidad. Son fundamentales los procesos de participación social y ciudadanía igualitaria, con énfasis en el empoderamiento de las mujeres, la población con identidad u orientación sexual diversa y demás grupos sujetos de discriminación. En grupos étnicos es necesario contemplar el reconocimiento de sus prácticas culturales como un factor protector y de contención frente al consumo de sustancias psicoactivas. Esto implica, promover rituales, prácticas de cuidado, formación propia, protección, orientación y atención desde los saberes ancestrales o medicina tradicional. Entorno institucional: Son espacios intramurales sanitarios y sociales, temporales o permanentes, donde interactúan personas, generalmente no parientes y que comparten sucesos vitales. Se privilegian estrategias para garantizar el ejercicio de los derechos humanos y promoción de la convivencia, disminución del estigma y autoestigma, generación de vínculos afectivos y seguros, desarrollo de habilidades para la vida y construcción de planes o proyectos de vida con sentido. Se debe tener en cuenta la promoción del acceso prioritario a servicios de protección social de poblaciones y grupos en situación de situación de discriminación. 8.2 Eje 2. Prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas El énfasis de este eje está orientado a incidir en factores de riesgo individuales, familiares y comunitarios, relacionados con el inicio temprano e impacto del consumo de sustancias psicoactivas, la cantidad y los tipos de sustancias consumidas, evitando la transición hacia consumos problemáticos. Teniendo en cuenta las afectaciones en el desarrollo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en el estado de salud de las mujeres, gestantes, personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad, son prioritarias las acciones e intervenciones para prevenir o retardar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas. El efecto de la prevención se potencia con la acción en dos o más entornos, de manera complementaria y coordinada, considerando el tipo de sustancia y patrón de consumo y acompañando el proceso con la valoración en salud y social de padres, madres, cuidadores que constituyen la red de apoyo primario (UNODC, 2018). Es necesario adaptar e implementar estrategias de prevención selectiva e indicada en grupos poblacionales como etnias, personas en situación de calle, privadas de la libertad, niños, niñas y adolescentes en protección, adolescentes en el Sistema de Responsabilidad Penal, personas con identidades de género u orientación sexual diversa, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, personas en procesos de reincorporación a la sociedad civil, e inmigrantes entre otras.	g) Fortalecimiento de la cultura propia y de prácticas de crianza protectoras definidas por los grupos étnicos y que hacen parte de su identidad cultural. Adolescencia y juventud: a) Detección temprana del riesgo para la salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo problemas y trastornos mentales, intervención motivacional breve en adolescentes y jóvenes, padres, madres y cuidadores, y canalización a servicios de salud y sociales. b) Programas de pautas de crianza con desarrollo de capacidades de los padres, madres y cuidadores para tomar un papel más activo en la vida de sus hijos e hijas, prevenir las violencias, problemas y trastornos mentales. c) Desarrollo de capacidades de padres, madres, cuidadores y docentes para el cuidado, crianza y acompañamiento de adolescentes y jóvenes con trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual y psicosocial, en entornos con consumo de sustancias psicoactivas. d) Educación de adolescentes, jóvenes, padres, madres y cuidadores para la transformación de concepciones y prácticas que generan formas de relaciones violentas. e) Desarrollo de capacidades de tutores naturales, como profesores, docentes orientadores y líderes comunitarios, que realicen procesos de acompañamiento a los adolescentes y jóvenes en grupos de riesgo y en entornos con consumo de sustancias psicoactivas. f) Desarrollo de estrategias para atender las características propias de adolescentes y jóvenes, como estilos de personalidad y condiciones de vulnerabilidad asociadas a la búsqueda de sensaciones e impulsividad. g) Desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. h) Desarrollo de estrategias para disminuir el estigma y autoestigma en jóvenes con problemas o trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas. i) Fortalecimiento de la medicina tradicional como mecanismo orientador, protector, de detección temprana, de intervención y canalización en los pueblos indígenas y demás grupos étnicos. Adulthood and adult major a) Detección temprana del riesgo para la salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo problemas y trastornos mentales, intervención motivacional breve en adultos, adultos mayores y cuidadores, y canalización a servicios de salud y sociales. b) Desarrollo de estrategias para atender necesidades psicológicas particulares como estilos de personalidad con entrenamiento en manejo de emociones. c) Educación de adultos para la transformación de concepciones y prácticas que generan formas de relaciones violentas. d) Desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. e) Desarrollo de estrategias para disminuir el estigma y autoestigma en adultos con problemas o trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas. f) Fortalecimiento de la medicina tradicional como mecanismo orientador, protector, de detección temprana, intervención y canalización en grupos étnicos con espacios de dialogo de saberes intergeneracionales.
Las acciones e intervenciones incluyen: detección temprana, intervención motivacional breve y canalización hacia los servicios de salud y servicios sociales (MINJUSTICIA y ODC, 2015) con análisis y caracterización del contexto, identificación de factores individuales, familiares y colectivos, movilización de recursos (humanos, técnicos y financieros), sectoriales, intersectoriales y comunitarios; y, la evaluación de su impacto (Ministry of Health and Long-Term Care, 2018). En este eje se pretende intervenir oportunamente los riesgos que incrementan la probabilidad de uso o abuso de sustancias psicoactivas en los entornos y la transición a consumos problemáticos, desarrollando capacidades individuales, familiares y comunitarias. 8.2.1 Líneas de acción 8.2.1.1 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas por curso de vida Primera infancia: a) Detección temprana del riesgo para la salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo problemas y trastornos mentales e intervención motivacional breve en mujeres gestantes y mujeres lactantes, padres, madres y cuidadores primarios, y canalización a servicios de salud y servicios sociales. b) Intervenciones que promueven vínculos afectivos y seguros, y pautas de crianza en niños y niñas en condiciones de vulnerabilidad. c) Ajustes razonables de los servicios de educación inicial y preescolar para potenciar el desarrollo social, emocional y cognoscitivo con participación y apoyo de padres, madres y cuidadores primarios. d) Desarrollo de capacidades de padres, madres y cuidadores para el cuidado y crianza de niñas y niños con de discapacidad que incluya trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual y psicosocial. e) Educación a mujeres gestantes y mujeres lactantes, padres, madres, cuidadores primarios, niños y niñas para la transformación de concepciones y prácticas que generan formas de relaciones violentas. f) Valoración integral social y de salud de las familias en situaciones de vulnerabilidad con respuestas que mejoren su calidad de vida y bienestar. g) Desarrollo de estrategias para disminuir el estigma y autoestigma en madres, padres y cuidadores con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en todos los entornos. h) Fortalecimiento de la cultura propia y de prácticas de crianza protectoras definidas por los grupos étnicos y que hacen parte de su identidad cultural. Infancia: a) Detección temprana del riesgo para la salud asociado al consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo problemas y trastornos mentales; protección específica en niñas y niños, padres, madres y cuidadores, y canalización a servicios de salud y sociales. b) Desarrollo de capacidades de afrontamiento para resistir a la presión de pares, en grupos de riesgo y en entornos con consumo de sustancias psicoactivas. c) Desarrollo de capacidades de padres, madres y cuidadores para el cuidado y crianza de niñas y niños con discapacidad que incluya trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual y psicosocial. d) Educación a padres, madres, cuidadores, niños y niñas para la transformación de concepciones y prácticas que generan formas de relaciones violentas. e) Valoración integral social y de salud de las familias en situaciones de vulnerabilidad con respuestas que mejoren su calidad de vida y bienestar. f) Desarrollo de estrategias para disminuir el estigma y autoestigma en madres, padres y cuidadores con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en todos los entornos.	8.2.2.2 Reducción de factores de riesgo en los entornos Entorno hogar a) Fortalecimiento familiar con énfasis en el desarrollo de habilidades parentales para la supervisión y cuidado, estrategias de afrontamiento, la deconstrucción de imaginarios y creencias relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, entre otras. b) Generación de capacidades en padres, madres y cuidadores primarios sobre los impactos del consumo de sustancias psicoactivas que eliminen prácticas que legitiman el ofrecimiento de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas a niños, niñas y adolescentes en el hogar. c) Fortalecimiento de capacidades para la gestión de riesgos relacionados con el manejo de medicamentos de control especial y manipulación de sustancias químicas con efectos psicoactivos. Entorno educativo a) Generación de capacidades en la comunidad educativa sobre los impactos del consumo de sustancias psicoactivas orientadas a disminuir el estigma y autoestigma de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, como un mecanismo para disminuir su desescolarización. b) Fortalecimiento de capacidades de afrontamiento para la resistencia a la influencia social ante el consumo de sustancias psicoactivas; desarrollo de habilidades sociales y emocionales como el reconocimiento y manejo de las emociones, comunicación asertiva, resiliencia, manejo de conflictos y la toma de decisiones. Entorno laboral a) Generación de capacidades en los trabajadores y empleadores sobre los impactos del consumo de sustancias psicoactivas orientadas a la promoción de prácticas de respeto, solidaridad y cuidado de las personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas que disminuyan el estigma y autoestigma, como un mecanismo para disminuir la desvinculación laboral. b) Desarrollo de habilidades sociales, manejo de las emociones, comunicación asertiva, empatía, resiliencia, estrategias de afrontamiento y manejo de conflictos. c) Fortalecimiento de capacidades en los trabajadores y empleadores para la gestión de riesgos laborales relacionados con el manejo de medicamentos de control especial y manipulación de sustancias químicas con efectos psicoactivos. Entorno comunitario a) Generación de capacidades en la comunidad sobre los impactos del consumo de sustancias psicoactivas orientadas a disminuir el estigma y autoestigma de las personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. b) Establecimiento de lazos de solidaridad y cooperación entre las familias y grupos comunitarios compartiendo información, conocimientos y experiencias para el cuidado y protección de niñas, niños y adolescentes. c) Transformación de imaginarios y representaciones sociales frente a las personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. d) Desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Entorno institucional a) Generación de capacidades sobre los impactos del consumo de sustancias psicoactivas orientadas a disminuir el estigma y autoestigma de personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. b) Desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos, orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas en entornos penitenciarios y carcelarios. 8.3 Eje 3: Tratamiento integral Este eje está orientado a la evaluación de necesidades, riesgos para la salud y voluntariedad de las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas, en instituciones prestadoras de salud y entornos, estableciendo un plan de cuidado desde la reducción de daños asociados al consumo, hasta el tratamiento integral. Considera el abordaje integral e integrado de las necesidades de las personas consumidoras y sus familias con la participación de diferentes disciplinas, con el fin de considerar aspectos biológicos, psicológicos, sociales, legales y ocupacionales. Adicionalmente, considera recursos en red mediante alternativas terapéuticas costo-efectivas, integrando la atención primaria en salud en complementariedad a los servicios especializados. La integración efectiva de la atención en salud y los servicios sociales mejoran la calidad de vida, acceso y adherencia al tratamiento de las personas con problemas y trastornos mentales, con infección por el VIH, hepatitis B y C, tuberculosis, cáncer, cirrosis y afectaciones por las violencias. La atención integral incluye respuestas prácticas orientadas al cuidado y bienestar de las personas con consumo problemático que no desean tratamiento, y adaptadas a la realidad local para la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Plantea una evaluación multidimensional y multidisciplinaria del estado de salud de personas con consumo problemático y sus familias, el establecimiento de un plan de tratamiento y el seguimiento voluntario que responda a sus necesidades. El objetivo principal es gestionar los resultados en salud de las personas con consumo problemático, promoviendo la oportunidad, continuidad, acceso y calidad en servicios de tratamiento, y la integralidad de la atención en salud. 8.3.1 Líneas de acción 8.3.1.1 Prestación de servicios de salud basados en la gestión del riesgo individual 8.3.1.1.1 Redes de prestación de servicios para la atención a personas consumidoras de sustancias psicoactivas y sus familias a) Conformación, organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud que incluya el componente primario y complementario de atención al consumidor de sustancias psicoactivas. b) Fortalecimiento de las competencias del equipo humano en salud para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, comorbilidad con problemas y trastornos mentales, y enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles. c) Fortalecimiento de la atención en urgencias y emergencias para la identificación de personas con intoxicación aguda, síndrome de abstinencia, incluyendo nuevas sustancias psicoactivas, en respuesta a la vigilancia de los sistemas de alertas tempranas. d) Disponibilidad y acceso a medicamentos de control especial, así como a medicamentos antagonistas opioides a nivel territorial, pruebas rápidas de laboratorio clínico (VIH, sífilis, tuberculosis y hepatitis virales) y apoyo diagnóstico en todos los grados de complejidad e) Articulación de la atención del componente primario y complementario mediante información, historias clínicas y gestión de casos. 8.3.1.1.2 Atención diferenciada según necesidades y particularidades poblacionales y territoriales. a) Adaptación de las atenciones en el componente primario y complementario con participación de las comunidades, de acuerdo a las características para poblaciones étnicas, niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas en situación de calle, privadas de la libertad; niños, niñas y adolescentes en protección, adolescentes en el Sistema de Responsabilidad Penal; personas con identidades de género y orientación sexual diversa, personas con y/o en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado y las personas en procesos de reincorporación a la sociedad civil, inmigrantes, entre otras; y a las características y contextos territoriales. (urbano, rurales y rurales dispersos). b) Implementación de procesos de atención especializados para gestantes y recién nacidos, generando actividades de cuidado en salud y prevención del síndrome de abstinencia neonatal a sustancias psicoactivas y síndrome de alcoholismo fetal. c) Conformación, organización y gestión de las redes integrales de prestadores de servicios de salud que incluya el componente primario y complementario de atención al consumidor de sustancias psicoactivas para personas en entornos penitenciarios y carcelarios. 8.3.1.1.3 Gestión de la prestación de los servicios a) Aseguramiento en salud de las personas consumidoras, particularmente aquellas con vulnerabilidad, marginalidad y situación de calle. b) Habilitación de servicios de atención en salud mental y al consumidor de sustancias psicoactivas que avancen hacia la acreditación. c) Integralidad de la atención con mecanismos de contratación e incentivos orientados a los resultados en salud. d) Promoción de estrategias que disminuyan el estigma y autoestigma y que incrementen el acceso a los servicios. 8.3.1.2. Reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas a) Implementación continua y articulada de servicios de reducción de daños, adaptados y diferenciados para personas con consumo problemático que no quieren o no pueden dejar de consumir sustancias psicoactivas, ofertados y difundidos de manera continua, con características y horarios flexibles, sin barreras administrativas y con criterios básicos de participación. b) Fortalecimiento de programas integrales e integrados de mantenimiento con metadona y otras terapias de sustitución y manejo de síndrome de abstinencia, manejo de sobredosis por opioides, con acceso a medicamentos antagonistas opioides en el entorno comunitario, kits para inyección segura, pruebas rápidas para VIH, sífilis, tuberculosis y hepatitis virales, inmunización contra hepatitis B, acceso a preservativos masculinos y femeninos, métodos de regulación de la fecundidad incluyendo anticoncepción de emergencia, profilaxis a la exposición de infecciones de transmisión sexual y VIH, asesoría para prevención del aborto inseguro y educación en salud sexual y reproductiva. c) Desarrollo de estrategias de reducción de daños basadas en la evidencia científica disponible para personas y colectivos en situaciones de vulnerabilidad, enfatizando en el uso de inyectables y fumables como el basuco. d) Gestión de servicios sanitarios y sociales articulados que garanticen la satisfacción de las necesidades básicas y favorezcan el autocuidado y la autonomía (acceso a agua	potable y alimentación, albergues, saneamiento básico, higiene personal y autocuidado) de las personas en situación de calle. 8.4 Eje 4: Rehabilitación integral e Inclusión social Se encuentra orientado a procesos multisectoriales de empoderamiento de las personas para la participación en la sociedad, el aprovechamiento de oportunidades y la disminución de brechas que permitan alcanzar la igualdad (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2016; Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1988). La inclusión e integración social reconoce al ser humano como un agente de cambio que gestiona su supervivencia y bienestar a través de la interacción con el entorno y las redes disponibles, que configuran escenarios protectores de riesgo o que facilitan el intercambio o la participación con otros, incidiendo en el éxito de las estrategias preventivas, en el tratamiento o en la reducción de daños por consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014; Organización de los Estados Americanos y Comisión Inter-americana para el Control del Abuso de Drogas, 2012). Las acciones de rehabilitación integral e inclusión social están dirigidas a todas las personas con riesgo o con consumo problemático de sustancias psicoactivas y sus familias, por lo tanto, están presentes en las estrategias de prevención, tratamiento integral y reducción de daños. Su alcance propone un proceso de empoderamiento de las personas en riesgo o con consumo problemático de sustancias psicoactivas y sus familias, con el fin de garantizar la vinculación y acceso a servicios sociales y sanitarios que mejoren sus condiciones de vida y el cuidado en salud. El objetivo de este eje es incidir en la ampliación de capacidades y oportunidades de las personas en riesgo o con consumo problemático y sus familias, en el cierre de brechas para el acceso a bienes y servicios, en la disminución de la afectación en la salud y en la eliminación del estigma y autoestigma. 8.4.1 Líneas de acción 8.4.1.1 Fortalecimiento y ampliación de redes de apoyo comunitarias, sociales e institucionales a) Fortalecimiento de las capacidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas, sus familias y redes de apoyo, para la conformación y desarrollo de grupos de ayuda mutua y diferentes formas de organización social. b) Articulación entre grupos de ayuda, apoyo, servicios sociales, de salud y comunitarios para la identificación temprana, seguimiento y acompañamiento de procesos de inclusión y adherencia al tratamiento. c) Promoción de escenarios de encuentro y concertación para la generación y fortalecimiento de redes de apoyo sociales, comunitarias e interculturales, formales (asociaciones, cooperativas, entre otros) e informales (líderes de opinión) orientadas a desarrollar procesos de identificación, abordaje inicial, canalización a servicios de salud y de otros sectores, seguimiento de casos y reconocimiento de las realidades locales. d) Gestión intersectorial articulada de la oferta de salud y del ámbito social para las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y sus familias. Esto con el fin de optimizar los resultados en salud, priorizando a mujeres, gestantes, niños, niñas y adolescentes y grupos étnicos y garantizando protección, autocuidado y autonomía (acceso a agua potable, saneamiento básico, albergues, entre otro). 8.4.1.2 Inclusión social efectiva a) Alianzas público – privadas y comunitarias orientadas a la inclusión educativa, laboral, cultural, deportiva, de vivienda y transporte de las personas con consumo de sustancias psicoactivas a partir del reconocimiento de sus potencialidades. b) Construcción de propuestas comunitarias que reconozcan las potencialidades de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas y los recursos comunitarios para el desarrollo local y de estrategias de reducción de daños. c) Desarrollo de capacidades de los actores en los diferentes entornos para la inclusión social que disminuyan el estigma y autoestigma de las personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas. d) Articulación intersectorial en el desarrollo de programas de justicia restaurativa para personas con consumo de sustancias psicoactivas. e) Articulación intersectorial para la gestión de riesgos ambientales y biológicos en escenarios de consumo abierto y para que, quienes utilicen los albergues y tengan mascotas, cuenten con espacios de protección animal y prevención de enfermedades zoonóticas. f) Construcción y/o fortalecimiento de propuestas étnicas que reconozcan e integren las potencialidades de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas. 8.5 Eje 5: Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial El énfasis de este eje está orientado a transformar los determinantes sociales de la salud mediante una respuesta ordenada, coherente y sistemática desde el sector salud en coordinación con otros sectores, buscando la continuidad, complementariedad e integralidad de la atención. La gestión de la política es multinivel y se desarrolla en lo programático y operativo desde el ámbito sectorial en coordinación intersectorial. Constituye un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo de la autoridad sanitaria, que orienta desde la planeación, las acciones de los actores del sector salud, y la coordinación con otros sectores, organizaciones sociales y privadas, familias y comunidades (Winchester, Comisión Económica para América Latina y el Caribe e Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social, 2011). Se busca garantizar la legitimidad de las políticas públicas, considerando los intereses y necesidades particulares, territoriales y poblacionales, fomentando el control social ejercido por la ciudadanía o la comunidad, y promoviendo la gobernanza con el protagonismo de los sujetos individuales y colectivos, en una relación de concertación y construcción permanente entre el gobierno y la población. Propone condiciones, insumos, procesos y acciones para el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos, estrategias e intervenciones que viabilicen la atención integral de las personas en riesgo o con consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades. El objetivo es generar procesos de gestión política, técnica, operativa y financiera, de carácter sectorial e intersectorial, nacional y territorial que dinamicen la implementación de la Política. 8.5.1 Líneas de acción 8.5.1.1 Desarrollo de capacidades en los procesos de gestión para la atención integral al consumo de sustancias psicoactivas a) Fortalecimiento de los procesos de inducción y reinducción, y formación permanente para la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, dirigidos a los equipos interdisciplinarios de salud disponibles en los territorios, priorizando los equipos de
--	--

atención básica; que incluyan capacidades sobre enfoque diferencial e interculturalidad. b) Fortalecimiento de las competencias curriculares en la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas de los programas de educación técnica, tecnológica, pregrados y postgrados en salud. c) Fortalecimiento de estrategias de formación de agentes comunitarios multiplicadores de acciones de prevención y reducción de daños asociados al consumo de sustancias. d) Adecuación institucional (organizacional y funcional), orientada a mejorar la calidad y humanización de la prestación de los servicios y la integralidad de la atención en salud de personas, familias y comunidades. e) Fortalecimiento de capacidades de los equipos técnicos de medios de comunicación para cualificar la información relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas. 8.5.1.2 Fortalecer la gestión sectorial e intersectorial, nacional y territorial a) Coordinación y articulación de acciones de gestión territorial, buscando concurrencia, complementariedad y optimización de recursos, desde las instancias sectoriales e intersectoriales existentes a nivel nacional y territorial; tales como el Consejo Nacional de Salud Mental, la Comisión Técnica Nacional de Reducción de Demanda de Drogas, los Consejo Departamentales de Salud Mental, Consejos seccionales de estupefacientes y los Comités Departamentales de Drogas. b) Procesos de gestión con naciones y organismos internacionales que fortalezcan la cooperación técnica y financiera para la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, familias y comunidades. c) Gestión sectorial e intersectorial para el ajuste y desarrollo legislativo relacionado con la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, sus familias y comunidades. d) Reconocimiento y gestión de las intersecciones de los diferentes sectores para la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, familias y comunidades. e) Fortalecimiento de la atención integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, desde la Atención Primaria en Salud, hasta estrategias de inclusión social. f) Fortalecimiento de los procesos de acompañamiento, asistencia técnica y cooperación, incluyendo el apoyo técnico entre territorios, para la planeación y ejecución territorial en salud pública. g) Fortalecimiento de los procesos de inspección, vigilancia y control respecto a la atención integral, responsabilidad de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, y entidades territoriales. 8.5.1.3 Participación social en salud de personas familias y comunidades a) Promoción de iniciativas de organizaciones sociales y comunitarias orientadas a la garantía del derecho a la salud, la rehabilitación integral e inclusión social para la prevención y reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. b) Promoción de la participación de personas, familias y comunidades en el proceso de formulación, implementación y evaluación de Planes Territoriales de Salud, alineados con la formulación del Plan de Acción de esta Política. c) Fortalecimiento de los procesos de construcción de redes de base comunitaria, orientadas a la promoción y exigibilidad de derechos en salud. d) Fortalecimiento de los procesos de control social, político y fiscal en seguimiento al cumplimiento de los objetivos de esta política con participación social. e) Mejoramiento de los procesos de educación y comunicación para el uso adecuado de tecnologías de información y comunicación con especial participación de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. 8.5.1.4. Gestión de conocimiento a) Reconocimiento, sistematización, evaluación y divulgación de experiencias	10. Bibliografía American Psychiatric Association. (2014). <i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales</i> (DSM-5®). Recuperado de http://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf Cerrot, T. (2014). Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodulfo vda. de Canevaro". <i>Revista peruana de obstetricia y enfermería</i>. Recuperado de https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/708/554 Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD. (2016). <i>Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas, 2016-2020</i>. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/mem/activities/poa/poa-version_final-esp.pdf Comisión Nacional de reducción de la demanda de drogas. (2008). <i>Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010</i>. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/savia/esp/Plan%20NacionalColombia20092010.pdf Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. <i>Journal of Adolescent Health</i>, 59(4), 61-75. Recuperado de https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(16)30167-7/pdf Departamento Administrativo Nacional de Estadística y Secretaría Distrital De Integración Social. (2018). <i>Censo de Habitantes de la calle Bogotá 2017, Documento de Caracterización Proyectos Especiales (CHC)</i>. Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/censo-habitantes-calle/caracterizacion-hab-calle-bogota-2017.pdf Departamento Nacional de Planeación. (2014). <i>Guía metodológica para el seguimiento y la evaluación a políticas públicas</i>. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%2013.pdf De Waal, M. M., Christ, C., Dekker, J. J., Kikkert, M. J., Lommerse, N. M., Van den Brink, W., y Goudriaan, A. E. (2018). Factors associated with victimization in dual diagnosis patients. <i>Journal of substance abuse treatment</i>, 84, 68-77. doi: 10.1016/j.jsat.2017.11.001. Escototado, A. (1998) <i>Historia general de las drogas</i>. Recuperado de https://www.tabilion.com/liber/Libros/Historia%20General%20de%20Las%20Drogas.pdf Galtung, J. (1985). <i>La relación entre paz y desarrollo en un mundo en transformación. Sobre la paz</i>. México DF, México: Fontamara Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? <i>Revista cubana de salud pública</i>, 30(2), 0-0. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209 Heckam J. y Carneiro P. (2003). <i>Human Capital Policy. National Bureau of Economic Research</i>. Recuperado de https://www.nber.org/papers/w9495.pdf Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018) <i>Forensis 2017. Datos para la vida</i>. Recuperado de http://www.medicinallegal.gov.co/documents/20143/262076/Forensis+2017+Interactivo.pdf/Oa09fedb-f5e8-11f8-71ed-2d3b475e9b82 Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. <i>The Journal of clinical psychiatry</i>, 61(5), 4-12; Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761674 Lize, S. E., Iachini, A. L., Tang, W., Tucker, J., Seay, K. D., Clone, S., ... Browne, T. (2017). A meta-analysis of the effectiveness of interactive middle school cannabis prevention programs. <i>Prevention Science</i>, 18(1), 50-60. doi: https://doi.org/10.1007/s11121-016-0723-7 McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., y Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. <i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i>, 52(8), 815-830. doi: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011 Mecanismo Coordinador País – MPC Colombia y Proyecto VIH Fondo Mundial. (2017). <i>Resultados del Estudio de Vulnerabilidad al VIH y Prevalencia de VIH en Mujeres Trans en Colombia – 2016</i>. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Bernardo_Useche/publication/314295349_Resultados_del_estudio_de_vulnerabilidad_al_VIH_y_prevalencia_de_VIH_en_mujeres_trans_en_Colombia_-_2016/links/59513002a6fdcc218d24bba1/Resultados-del-estudio-de-vulnerabilidad-al-VIH-y-prevalencia-de-VIH-en-mujeres-trans-en-Colombia-2016.pdf Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J., & Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿Hacia dónde vamos? <i>Salud pública de México</i>, 55, 67-73. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010 Mills, K. L., Teesson, M., Ross, J., y Peters, L. (2006). Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 163(4), 652-658. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.652 Ministerio de la protección social. (2007). <i>Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Resumen ejecutivo</i>. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de salud y protección social y Observatorio de drogas de Colombia. (2014). <i>Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2013</i>. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNO_DC.pdf Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de drogas de Colombia y Centro Nacional de Consultoría. (2018). <i>Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA). Resumen ejecutivo</i>. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO_3142018_estudio_consumo_sustancias_psicoactivas_SRPA_2018.pdf Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia. (2015). <i>La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política</i>. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO_03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). <i>Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021</i>. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). <i>Lineamientos Nacionales de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC-</i>. Recuperado de https://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpapi/GOBIERNO/lineamientos-nacionales-rbc.pdf Ministerio de Salud y Protección social. (2016a). <i>Política de Atención Integral en Salud-PAIS-</i>. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). <i>Estudio de Evaluación y Diagnóstico Situacional de los Servicios de Tratamiento al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2016</i>. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO_034492016_estudio_evaluacion_diagnostico_servicios_tratamiento_consumidor_sustancias.pdf Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). <i>Guía para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas de salud y protección</i>
demostrativas a nivel territorial, que permitan generar evidencia para el abordaje integral de sustancias psicoactivas. b) Generación de redes de conocimiento con comunidades científicas, academia, y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional y territorial para el desarrollo de líneas de investigación en materia de consumo y abordaje integral al consumo de sustancias psicoactivas. c) Fortalecimiento de procesos de investigación de los factores relacionados con el consumo por parte de organizaciones de la sociedad civil y redes de base comunitaria, orientadas a la promoción y exigibilidad de derechos en salud. d) Desarrollo de estudios de impacto presupuestal para priorizar la inversión en la garantía de la atención integral en salud. e) Desarrollo del componente de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas del Observatorio Nacional de Salud Mental articulado al Observatorio de Drogas de Colombia. 9. Monitoreo y evaluación de la política La implementación de la Política prevé el seguimiento del comportamiento de indicadores y metas prioritizadas para la medición de los resultados de salud en las personas, familias y comunidades; el desempeño de la gestión integral en salud, la prestación de servicios y su contribución al cumplimiento de metas sanitarias estratégicas, en particular, las pactadas en el Plan Nacional de Desarrollo, Plan Decenal de Salud Pública y Objetivos de Desarrollo Sostenible (Departamento Nacional de Planeación, 2014). Del mismo modo, se evaluará el cumplimiento de los objetivos planteados en la Política como: prevalencias de consumo por curso de vida, entornos, y en poblaciones priorizada; factores de protección y percepción de riesgo; canalización efectiva a tratamiento y oferta territorial de servicios de salud; impacto de las estrategias de reducción de daños, vinculación y acceso a servicios sociales y sanitarios; escolarización y vinculación laboral; efectividad de la articulación intersectorial y mecanismos de gestión, así como las prácticas relacionadas con estigma y autoestigma (William, Nunes y Olfson, 2017) La evaluación de desarrollo de capacidades, individuales y prevalencias, se realizará a partir de las encuestas poblacionales de consumo de sustancias psicoactivas, ampliando su enfoque y su metodología; adicionalmente, se contará con herramientas validadas basadas en la evidencia disponible para la evaluación del resultado e impacto de las estrategias en la implementación.	

social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/DESG03.pdf Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). <i>Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021</i>. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-consumo-alcohol-2014-2021.pdf Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2016). <i>Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM)</i>, 2015. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip Ministry of Health and Long-Term Care. (2018). <i>Substance Use Prevention and Harm Reduction Guideline</i>. Recuperado de http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Substance_Use_Prevention_and_Harm_Reduction_Guideline_2018_en.pdf National Institute on Drug Abuse. (2018). <i>Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción</i>. Recuperado de https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2016). <i>Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera</i>. Recuperado de http://www.altocomisionadopalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Paginas/Texto-completo-del-Acuerdo-Final-para-la-Terminacion-del-conflicto.aspx Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, UNODC. (2016). <i>Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016</i>. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, UNODC. (2017). <i>Informe Mundial sobre las Drogas 2017(1)</i>. Recuperado de file:///C:/Users/MI/Downloads/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, UNODC. (2018). <i>Estándares internacionales para la prevención del uso de drogas, traducción no oficial</i>. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/Est%C3%A1ndares_Internacionales_para_la_Prevencci%C3%B3n_del_uso_de_drogas.pdf Organización de los Estados Americanos, OEA. (2016). <i>Equidad e inclusión social: Superando desigualdades hacia sociedades más inclusivas</i>. Recuperado de http://www.oas.org/docs/inclusion_social/equidad-e-inclusion-social-entrega-web.pdf Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1988). A-52: <i>Protocolo adicional a la convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador"</i>. Recuperado de https://www.cidh.oas.org/Basicos/basicos4.htm Organización de los Estados Americanos y Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2012). <i>Integración Social y Drogas En América Latina, Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas</i>. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/evaluacion/SAVIA%20II/Implementacion/Rev1_Integr%20Social%20Guia%20Conceptual.doc.pdf Organización Mundial de la Salud. (2004). <i>Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas</i>. Recuperado de http://www.msai.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000897cnt-2016-10_neurociencia-consumo-dependencia-sustancias-psicoactivas_resumen.pdf	Organización Panamericana de la Salud. (s.f). <i>Determinantes sociales</i>. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=336&Itemid=40924&lang=es Organización Panamericana de la Salud. (2013). <i>Abordaje de salud pública del consumo de sustancias psicoactivas en las Américas: Alcances de la Estrategia Regional y el Plan de Acción sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública</i>. Recuperado de https://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Abordaje-salud-publica_Alfonso_OPS.pdf?ua=1 Palacios, J. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. <i>Psicología Iberoamericana</i>, 20(1), 29-39. Recuperado de https://estadisticapsicologia.wordpress.com/2013/06/24/exploracion-de-los-motivos-para-consumir-alcohol-en-adolescentes/ Peñaloza, R. E., Salamanca, N., Rodríguez, J. M., Rodríguez, J., y Beltrán, A. (2014). <i>Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010</i>. Recuperado de https://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+C+olombia+2010.pdf?e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e Programa de Cooperación entre América latina, el Caribe y la Unión Europea en políticas sobre drogas, COPOLAD. (s.f). <i>Sistema integral e integrado de atención social y sanitaria a la dependencia de las drogas desde la atención primaria</i>. Recuperado de http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/252_Temario.pdf Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Sobre Drogas, COPOLAD. (2014). <i>Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas</i>. Recuperado de http://nuevosrumbos.org/wp-content/uploads/2017/04/COPOLAD-Calidad-y-Evidencia-en-Reduccion%CC%81n-de-la-Demanda-de-Drogas.pdf Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2012). <i>Objetivo 3. Salud y Bienestar</i>. Recuperado de http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html#targets Restrepo-Ochoa, D. A. (2013). La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. <i>Cadernos de Saúde Pública</i>, 29, 2371-2382. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001200003&script=sci_abstract&tlng=es Supervía, P. U., Bordás, C. S., Lorente, V. M., y Orozco, A. M. (2018). Relación conductual de la motivación y el autoconcepto físico en el consumo de drogas de adolescentes deportistas. <i>Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación</i>, (33), 40-45. Recuperado de file:///C:/Users/MI/Downloads/53306-172354-1-PB.pdf Valencia, P. (2013). Involucramiento parental y consumo de drogas en escolares de Chile. <i>Boletín Observatorio Chileno de drogas</i> (19), 1-7. Recuperado de http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%2019%20Involucramiento%20parental%20y%20consumo%20de%20drogas%20en%20escolares%20de%20Chile.pdf Volkow, N. D., Koob, G. F. y McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. <i>New England Journal of Medicine</i>, 374(4), 363-371. Doi: 10.1056/NEJMr1511480 William, A.R., Nunes, E. y Olsson, M. (2017). To Battle The Opioid Overdose Epidemic, Deploy The "Cascade of Care" Model". Health Affairs [Mensaje en un blog]. Recuperado de https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20170313.059163/full/ Winchester, L., Comisión Económica para América Latina y el Caribe e Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. (2011). <i>Políticas públicas: formulación y evaluación</i>. Recuperado de https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/43323/LW_Polpub_antigua.pdf
--	---

(C.F).