



**La salud
es de todos**

Minsalud

Lineamiento de prevención del consumo de alcohol Y sustancias psicoactivas

**Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social**

Bogotá, octubre de 2018



La salud
es de todos

Minsalud



La salud
es de todos

Minsalud

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARÍO GONZÁLEZ ORTIZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

AIDA MILENA GUTIÉRREZ ALVAREZ
Directora de Promoción y Prevención

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA
Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadanía



La salud
es de todos

Minsalud

ELABORACIÓN

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA

Coordinadora Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

DIANA CASTAÑEDA OREJUELA

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

OSCAR ALEJANDRO MARIN QUINTERO

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

CAMILA PATIÑO RODRÍGUEZ

Dirección de Política de Drogas Ministerio de Justicia y del Derecho

GONZALO SOSA GUTIÉRREZ

Dirección de Política de Drogas Ministerio de Justicia y del Derecho

COLABORADORES

SANDRA LUCIA ARDILA PEÑA

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

RICARDO ANGEL URQUIJO

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

JUAN CAMILO CARO DAZA

Ministerio de Educación Nacional

COLABORADORES ACADEMICOS E INSTITUCIONALES

JENNY CONSTANZA FAGUA DUARTE

Dirección de Política de Drogas Ministerio de Justicia y del Derecho



La salud
es de todos

Minsalud

MIGUEL COTÉ

Universidad Nacional de Colombia

MARÍA CECILIA MALDONADO

Oficina de Promoción Social

Ministerio de Salud y Protección Social

SONIA MORENO

Oficina de Promoción Social

Ministerio de Salud y Protección Social

AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ

Corporación Nuevos Rumbos

JULIANA MEJIA TRUJILLO

Corporación Nuevos Rumbos

SILVERIO ESPINAL BEDOYA

Corporación Surgir

LINA ZAPATA VÉLEZ

Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito

LUZ MARIA SALAZAR

Organización Panamericana de la Salud

LUZ ADRIANA RIVERA GONZÁLEZ

Secretaría Departamental de Salud de Risaralda

SUSLAY SÁNCHEZ ORTÍZ

Secretaría de Integración Social de Bogotá

ALINA RESTREPO

Secretaría Departamental de Salud de Antioquia

DIANA LUCIA CELIS

Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses

FRANKY ALEX Y ORTIZ PEÑA

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

FACULTAD DE ENFERMERIA

Pontificia Universidad Javeriana

MARCELA CALLE LÓPEZ

CAROLINA PINEDA



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla de contenido

Introducción	7
Justificación	8
1. Objetivos del lineamiento	10
1.1 Objetivo general	10
1.2 Objetivos específicos.....	10
2. Marco de política internacional y nacional.....	11
3. Análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol	14
4. Enfoque para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.....	16
5. Marco conceptual de la prevención	19
5.1 Definición de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	19
5.2 Prevención basada en la evidencia	20
6. Proceso de gestión para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	23
8. Bibliografía	40
9. Anexos	43



La salud
es de todos

Minsalud

Tabla de anexos

Anexo 1. Marco Normativo

Anexo 2. Lista de chequeo de criterios de planeación

Anexo 3. Teorías del cambio

Anexo 4. Lista de chequeo criterios básicos de prevención COPOLAD

Anexo 5. Cuadro resumen estándares internacionales de prevención UNODC

Anexo 6. Glosario



La salud
es de todos

Minsalud

Introducción

En el contexto nacional e internacional se asume que el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas implica el reconocimiento de las realidades personales, familiares y sociales, garantizando los derechos humanos y la atención integral acorde con las particularidades de las personas y las comunidades, lo cual trasciende una visión represiva y prohibicionista centrada en la sustancia psicoactiva, para colocar en el foco de atención la generación de capacidades individuales y colectivas para transformar la vida, perspectiva propia del desarrollo humano. Para alcanzar este propósito, se debe garantizar procesos que se sustenten en la mejor evidencia científica disponible respecto a las políticas y las acciones de prevención del consumo que se derivan de ellas, así como de las atenciones y servicios de tratamiento a personas con consumos de dependencia y con necesidades de intervención en reducción de daños y riesgos.

En este contexto y acorde con la evidencia, las intervenciones que tienen los mayores efectos en cuando se habla de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, comparten dos características principales: a) se concentran en la intervención temprana en el entorno social más cercano, ya sea escolar o familiar y b) abordan además, problemas distintos del uso de estas sustancias tales como el desarrollo social y del comportamiento; sin embargo, las acciones de los países no han sido consecuentes con esta realidad, y por tanto las sociedades tienden a hacer una inversión pequeña para la implementación de procesos en prevención, obteniendo en general, beneficios pequeños, lo que se suma a una deficiente elección de los programas, limitando los beneficios obtenidos con las intervenciones. (Babor & otros, 2010, pág. 122).

Esta situación no ha sido diferente en Colombia. La inversión y con ello la sostenibilidad de las acciones y programas preventivos no han sido efectivas para lograr los objetivos que esta se propone, entre ellos, aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas y disminuir la prevalencia de consumo en escolares y universitarios, es por tanto un imperativo acorde con lo establecido en el Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021, la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas y las metas del Plan Decenal de Salud Pública, generar orientaciones para que las entidades del gobierno nacional, territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general, construyan participativamente e implementen respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basadas en la evidencia, a través de un lineamiento técnico y operativo.

El presente lineamiento, en cumplimiento del propósito antes mencionado, expone las orientaciones de política nacional e internacional en el tema, desde la perspectiva de desarrollo humano describe los enfoques de derechos y salud pública para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, así como un marco conceptual al respecto, ordena la evidencia disponible de acuerdo con el momento en el curso de vida y propone un proceso de gestión que ordena la planeación, implementación y evaluación de las acciones de prevención en el orden nacional y territorial.



La salud
es de todos

Minsalud

Justificación

En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales ha venido en aumento en los últimos años, lo cual se evidencia en los resultados de los estudios nacionales en población escolar, universitaria y en población general. Esta situación se ha dado a la par de la disminución de la edad en que las personas tienen contacto con las sustancias, lo cual conlleva al aumento de las consecuencias adversas en el desarrollo humano, biológico y social; consecuencias que pueden sostenerse y cronificarse a largo plazo, afectando el proyecto de vida individual y colectivo de las personas y las comunidades. Los estudios muestran que los niños que empiezan a consumir alcohol a los catorce años o antes, tienen cuatro veces más probabilidad de tener un consumo de riesgo o perjudicial cuando son adultos (Pérez, A., Scoppetta, O., & Flórez, L., 2011).

Esta situación es crítica, si se tiene en cuenta que durante la adolescencia las estructuras del sistema nervioso central experimentan grandes cambios en el desarrollo de tareas cognitivas básicas tales como la toma de decisiones, la planeación, el buen juicio, y el control de impulsos; la consolidación de la memoria y el aprendizaje; la coordinación de los movimientos de los músculos y el sentido del equilibrio; y, el procesamiento de las emociones. Por tanto, en la medida que el consumo inicie de manera más temprana, mayores y más irreversibles serán los efectos sobre estas estructuras vitales para el desarrollo de la persona, por lo que se hace necesario que desde las posibilidades de la política pública se hagan todos los esfuerzos necesarios para retrasar este contacto.

Asimismo, las sustancias psicoactivas varían en sus consecuencias tóxicas para el organismo, en la posibilidad de dependencia y letalidad y en las consecuencias sociales y familiares asociadas al consumo. Por ejemplo, existe una alta asociación de muertes por sobredosis, infección por VIH e infecciones al hígado, con el consumo de sustancias tales como la heroína y al alcohol. En las enfermedades del corazón existe una asociación de estas con el consumo de tabaco y alcohol; en los problemas respiratorios, el tabaco y la marihuana, y en el caso de los problemas de salud mental, alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de la personalidad, se ha encontrado en diversos estudios una relación estrecha del consumo de diversas sustancias y estos problemas. (Babor & otros, 2010).

A nivel individual, se reconoce que el género es un factor de riesgo importante, puesto que las mujeres; teniendo en cuenta aspectos como las motivaciones para consumir, menor tolerancia biológica a algunas sustancias y las diferencias en los efectos de las mismas, entre otros, tienen mayor vulnerabilidad que los hombres respecto a las consecuencias asociadas al consumo, entre las que se cuenta estar en mayor riesgo de dependencia, mayor susceptibilidad a la recaída, ser objeto de mayor discriminación y estar expuestas a procesos gestacionales con mayor riesgo de presencia de síndromes de abstinencia fetal y neonatal y síndrome de alcoholismo fetal.

Las afectaciones por consumo de sustancias psicoactivas en las familias se relacionan entre otros con la disminución en la frecuencia y la calidad del vínculo entre los miembros de la familia, aumento de conflictos y agresiones, descuido de las responsabilidades familiares, pérdidas económicas entre otros aspectos. En este sentido la familia y las relaciones que allí se establecen son determinantes en el consumo / no consumo de sustancias psicoactivas, las cuales deben ser tenidas en cuenta dado que esta se constituye en un determinante en la construcción de la personalidad, la autonomía y la toma de decisiones, aspectos fundamentales frente a la exposición del consumo y la disponibilidad de sustancias psicoactivas y las bebidas alcohólicas. Por ejemplo, el consumo nocivo de alcohol trae consecuencias a la salud de la persona que consume, principalmente asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, lo cual contribuye a la carga de enfermedad del país, pero también daños y consecuencias emocionales, económicas y sociales devastadoras en las familias (Organización de los Estados Americanos, 2012).



La salud
es de todos

Minsalud

En lo social, los efectos del consumo se evidencian en diferentes campos, por ejemplo, en la conexión entre el consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes y jóvenes y el delito, dado que “los consumidores de sustancias psicoactivas se ven mayormente involucrados en problemas con familiares y amigos que en otro tipo de problemas” (Adriana Camacho, Alejandro Gaviria y Catherine Rodríguez., 2010.) De igual manera estas consecuencias se pueden relacionar con pérdida de bienes materiales, fracaso escolar, desempleo, estigma y discriminación (Organización de los Estados Americanos, 2012).

En lo comunitario, se pueden presentar situaciones relacionadas con años de vida potencialmente perdidos asociados a discapacidad, pérdida de la actividad laboral, problemas de tipo legal bajo la influencia de las sustancias psicoactivas, problemas de convivencia social y ciudadana, baja calidad y frecuencia en la vinculación con actividades a nivel comunitario con lo cual se debilita el tejido social, entre otras, y en el campo laboral el consumo de sustancias psicoactivas está asociado a accidentes en el lugar de trabajo, ausentismo, deserción, entre otros.

Es así como el consumo de sustancias psicoactivas genera diversas y permanentes consecuencias en múltiples aspectos de la vida de las personas y las comunidades, lo cual se ve potenciado por una política de prevención deficiente y con inversiones pequeñas que limitan los resultados de lo que se realiza. Esta realidad, implica que la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas debe colocar en el centro de análisis y de la acción a las personas que consumen, sus expectativas de vida, sus necesidades y los contextos en los cuales viven y se desarrollan, complejizando de esta manera el abordaje para afrontar el fenómeno, dado que requiere de un trabajo planeado, sistemático y permanente, en cuanto a la construcción de las respuestas que permitan modificar estas situaciones.

Por tanto, se hace necesario identificar y actuar sobre los determinantes estructurales e intermedios que pueden estar asociados al inicio y mantenimiento del consumo, desde intervenciones que modifiquen estas condiciones en los entornos y con el reconocimiento de las particularidades individuales respecto a los factores de protección y de riesgo que están asociados a la toma de decisiones individuales frente al consumir o no unas sustancias psicoactivas.

Si bien la evidencia sobre los efectos de los programas de prevención no es definitiva y en algunos casos es limitada en cuanto a lo que se logra con un programa de prevención, los avances en los últimos años han permitido establecer qué es lo que funciona mejor, así como definir qué un aspecto central es la importancia de tener respuestas estructuradas y basadas en evidencias científicas para potenciar los efectos de las acciones desarrolladas. (Babor & otros, 2010).

Es así como, y en el marco de lo establecido por el Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas y la Política Integral para la Prevención y Atención al consumo de Sustancias Psicoactivas, el gobierno nacional de Colombia elabora estos lineamientos con el fin de gestionar la prevención del consumo desde la perspectiva de desarrollo humano de las personas, con base en la evidencia y respondiendo a las dinámicas y necesidades de las personas, las comunidades y los territorios



La salud
es de todos

Minsalud

1. Objetivos del lineamiento

1.1 Objetivo general

Orientar al gobierno nacional y territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general sobre la construcción participativa e implementación de respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia.

1.2 Objetivos específicos

- Contextualizar el marco de política de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y los enfoques de derechos humanos y de la salud pública para su abordaje.
- Definir los estándares, criterios y niveles de evidencia para la implementación territorial de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas basados en la evidencia.
- Establecer un proceso de planeación territorial participativa para la gestión de los programas y acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.



2. Marco de política internacional y nacional

Como ya se mencionó, la política de drogas a nivel internacional y nacional ha reconocido en los últimos años, que en el centro de las mismas se deben priorizar a las personas y su bienestar, reconociendo el papel transformador que tiene abordar el problema de las drogas desde el desarrollo humano. En este sentido, esta transición implica que las intervenciones en materia de reducción del consumo sean coherentes con los principios del marco normativo del Derecho Internacional Humanitario, asegurando la participación social y la inclusión de poblaciones vulnerables o en condiciones especiales.

En el marco del Sistema de Naciones Unidas, se han establecido convenciones referidas al problema mundial de las drogas cuyo objetivo principal ha sido la orientación de la política global, teniendo en cuenta que la problemática trasciende las fronteras nacionales y requiere de una acción conjunta a nivel transnacional. Con relación al consumo, estas convenciones otorgan mayor libertad a los Estados, para establecer sus políticas locales encaminadas a la reducción de la demanda, en consideración de los principios constitucionales y los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico. (Colombia, Comisión asesora para la política de drogas en, 2013, p. 9).

La Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas (UNODC, 2009), integra los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos como parte estructurante de la estrategia de fiscalización de drogas adoptada por los Estados. En materia de prevención recomienda fortalecer las políticas al respecto, así como iniciar respuestas programáticas integrales basadas en la evidencia, diferenciadas por momento de vida y entornos.

En materia de prevención la Asamblea General de las Naciones Unidas recomienda fortalecer las políticas al respecto, así como iniciar respuestas programáticas integrales basadas en la evidencia, diferenciadas por momento de vida y entornos.

En la última década, a nivel mundial y específicamente en la región de las Américas, expertos han estado de acuerdo en definir como un “fracaso” las políticas de drogas basadas en la prohibición, la represión de la producción y la distribución, así como la criminalización del consumo.

Estos expertos, invitan a la apertura de un amplio debate público sobre la gravedad del problema y a la búsqueda de las políticas más adecuadas a la historia y la cultura de cada país, entendiendo que el consumo de sustancias psicoactivas debe ser abordado como un asunto de salud pública, reduciendo el consumo a partir de la utilización de acciones de información y prevención basadas en lenguaje claro y argumentos consistentes, y focalizando la represión sobre el crimen organizado (Democracia, Comisión Latinoamericana sobre Droga y, 2009).

Siguiendo esta línea de política, la Organización de Estados Americanos - OEA, en la Estrategia y el Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011 – 2015 presenta la guía para generar políticas, programas y proyectos coherentes, basados en la evidencia, integrales, que informen acerca de los riesgos asociados al consumo, con gestión interdisciplinaria e intersectorial y con resultados locales más concretos al respecto al consumo de sustancias psicoactivas (Organización de Estados Americanos, 2011). Así mismo, plantea a los países en “Escenarios para el problema de las drogas en las Américas 2013 – 2025”, la necesidad de transformar las actuales políticas con innovaciones en la regulación de las sustancias ilegales, inversión en programas de prevención contruidos desde y con la comunidad sustentados en la evidencia a fin de responder al problema de las drogas mediante la consolidación de la resiliencia comunitaria (Organización de Estados Iberoamericanos, 2012).

En el año 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible. Particularmente el tercer objetivo, definió el imperativo para los Estados de garantizar una vida



La salud
es de todos

Minsalud

sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, incorporando en este marco, el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol, poner fin a la epidemia de SIDA, luchar contra las hepatitis víricas, promoción a la salud mental y asegurar el acceso a universal a los medicamentos que se requieran (Asamblea General de Naciones Unidas, 2015).

Como hito más reciente, la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas – UNGASS 2016, amplió los tres pilares¹ de la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009 a siete ejes², centrando la discusión de las políticas relacionadas con las sustancias psicoactivas en el respeto de los derechos humanos y el enfoque de salud pública. En materia de prevención reitera el compromiso de los países a promover la salud y el bienestar de la sociedad en su conjunto, con especial énfasis de los niños, adolescentes, jóvenes y mujeres, mediante estrategias de prevención eficaces basadas en datos científicos, adaptadas, diferenciadas por entornos y centradas en sus necesidades, las familias y las comunidades (Unidas, Asamblea General de las Naciones, 2016).



Las recomendaciones de UNGASS invitan a un diálogo abierto e incluyente que permita centrar la política en las personas, sus familias y comunidades y no en las sustancias per sé, contribuyendo al desarrollo humano y de las naciones.

Colombia en cumplimiento del marco de política y el reconocimiento de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol y su multicausalidad, ha diseñado instrumentos de política, planes operativos e instancias de coordinación y articulación para gestionar la prevención del consumo.

La Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, construida en el año 2007, asumió “la prevención en el marco de la protección social, como una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social, (...) buscan reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades (Ministerio de Protección Social, 2007)

El Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas desarrollado en el año 2014, definió como una línea de acción la prevención del consumo, orientada a reducir la vulnerabilidad del consumo, interviniendo de manera integral los factores más predictivos del mismo, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones de estilos de vida y conductas saludables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Este plan, retoma las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 encaminadas a sostener por debajo de 5.5% la prevalencia del consumo de marihuana en escolares, aumentar la edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales de 13,1 a 15,5 años, posponer la edad de inicio de consumo de alcohol por encima de los catorce años, y aumentar a 50% el involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados (...). El plan decenal propone “(...) la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, (...) orientados a

¹ Reducción de la oferta, reducción de la demanda y la cooperación internacional.

² Reducción de la demanda y medidas conexas; asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización; reducción de la oferta y medidas conexas; las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades; realidad cambiante; cooperación internacional basada en el principio de responsabilidad común y compartida; y, desarrollo alternativo.



La salud
es de todos

Minsalud

contribuir con el bienestar y el desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, asignó al estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de la salud, disponiendo que para ello se deberá “...Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas mediante acciones colectivas e individuales...”

En este orden, el Ministerio de Salud y Protección Social, formuló la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, con el fin de garantizar la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran; y así lo hizo a través de la Resolución 429 de 2016.

Esta política cuenta con un marco estratégico y un marco operacional, que corresponde al Modelo Integral de Atención en Salud — MIAS. Este modelo comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales, que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del SGSSS, en el cumplimiento de sus competencias, funciones y responsabilidades, con miras a garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, teniendo en cuenta las prioridades y metas definidas en el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales de Salud. Uno de los diez componentes del modelo es la regulación de rutas integrales de atención en salud, que precisa por momento de vida y entornos, las atenciones de promoción de la salud, prevención, atención y de gestión de la salud pública para promover y mantener la salud en general y la ruta integral de atención para personas con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en particular.

Recientemente, la resolución 3280 de 2018, adoptó los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud integrando las intervenciones colectivas, poblacionales, individuales y de gestión de la salud pública para garantizar la atención en salud de las personas de manera continua y acorde con sus particularidades a nivel individual y territorial.

Como último hito, el Ministerio de Salud y Protección Social, emitió la resolución 089 de 2019, mediante la cual se adoptó la Política Integral para la prevención y Atención del consumo de sustancias psicoactivas, retomando las orientaciones y disposiciones emitidas en los instrumentos de política del gobierno nacional y con énfasis en las políticas a nivel sectorial. La política busca garantizar la atención integral 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. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2019).

Por tanto, la aplicación del lineamiento nacional de prevención cuenta con un amplio marco normativo a nivel internacional que invita a una modificación y ampliación de la perspectiva de trabajo en el tema y a nivel nacional, en lo que tienen que ver con las competencias del sector salud, en cuanto a garantizar un marco estratégico que permita respuestas más orientadas a lograr resultados en salud en las personas y comunidades.



3. Análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol

Como ya se hizo mención, las causas e impactos que el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas producen en las personas son múltiples, dependiendo de la interrelación de factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario.

Desde lo biológico, el consumo de sustancias psicoactivas en la infancia y adolescencia afecta determinantemente el desarrollo y maduración cerebral encargado del procesamiento de las emociones, la consolidación de la memoria y el aprendizaje, la toma de decisiones, la coordinación de los movimientos de los músculos y el sentido del equilibrio, lo cual se refleja en el comportamiento y la forma como se asume muchas de las actividades vitales durante la vida. Sin generalizar, el consumo de sustancias psicoactivas inicia con consumos experimentales, habituales o regulares de acuerdo con la exposición de cada persona a los factores de riesgo y protección que inducen el consumo/no consumo, lo cual en ocasiones transita a consumos de riesgo o perjudiciales para la salud física y mental del consumidor y su familia, desencadenando o no problemáticas sociales asociadas a la convivencia y a la vida en comunidad.

A su vez, el uso de sustancias psicoactivas es un factor riesgo importante para la salud, lo cual se refleja principalmente en la pérdida de días vividos sin salud asociados al consumo, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C), cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras (Organización de los Estados Americanos, 2012), con efectos en poblaciones específicas como habitantes de calle, personas privadas de la libertad, personas que se inyectan drogas y gestantes.



Fuente: Ungerleider (1980)

La transición de los consumos experimentales a consumos de riesgo, perjudiciales o de dependencia, acorde con lo descrito por el gráfico 1, está configurada según los determinantes sociales de la salud, y de acuerdo con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan.

Estos consumos también pueden transitar a la generación de dependencia a las sustancias psicoactivas, lo cual se considera como una enfermedad que requiere atención

integral, acompañamiento a las familias, apoyo afectivo y desarrollo de acciones que promuevan y/o potencien el involucramiento parental, el desarrollo de capacidades comunitarias para la inclusión social que reduzcan el estigma y discriminación por el consumo y la activación de éstas para la sostenibilidad de los procesos de tratamiento.

Por momento de vida, la edad promedio de inicio de consumo en Colombia para cigarrillo y alcohol se encuentra el rango de los 12,4 años y para sustancias psicoactivas ilegales en 13,1 años, aspecto que está asociado a mayor riesgo de dependencia y otros problemas; los niveles de mortalidad y discapacidad; el consumo como factor de riesgo asociado a enfermedades y lesiones por accidentes o violencia. (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2013).

De acuerdo con la posición socioeconómica, la mayor prevalencia de consumo de alcohol se da entre las personas que viven en estratos 4, 5 y 6, los patrones de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol son mayores entre las personas que viven en estratos 1, 2 y 3. Estas características evidencian la necesidad de implementar acciones de prevención diferenciada, pues los resultados sugieren que las personas en condiciones de pobreza son más susceptibles a desarrollar problemas por el uso de la sustancia. (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2013).



La salud
es de todos

Minsalud

El consumo nocivo de alcohol trae consecuencias a la salud de la persona que consume, asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, lo cual contribuye a la carga de enfermedad del país, pero también daños y consecuencias sociales devastadoras en familias y comunidades, principalmente asociadas a pérdidas económicas, violencia intrafamiliar y otros tipos de violencia como lesiones personales, riñas y homicidios y siniestralidad vial por conducción bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, si bien la mayoría de la población no ha lo ha iniciado, este se ha incrementado en el país, más personas lo hacen y el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. Se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido sustancias psicoactivas ilícitas alguna vez en su vida. Esta misma tendencia se confirma en los estudios realizados en otras poblaciones.



La salud
es de todos

Minsalud

4. Enfoque para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol

Desde la perspectiva del desarrollo humano, no solo referido a la medición económica de desarrollo sino a los aspectos sociales donde se evidencian las capacidades humanas, implica que el abordaje de la prevención se sustente en la intención de obtener el mejor estado de salud posible, tal como lo establece el Objetivos de Desarrollo Sostenibles.

De acuerdo con Amartya Sen (Amartya, 2000), el desarrollo humano hace referencia al proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas, es decir, la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida, y las libertades para que las personas puedan vivir una vida larga y saludable, tener acceso a la educación, a una vida digna, y a participar en la vida de su comunidad y en las decisiones que los afecten.

Aplicar medidas prácticas apropiadas para cada edad, adaptadas a las necesidades específicas de los niños, los jóvenes que incluyan medidas que les ofrezcan la oportunidad de llevar una vida saludable y autónoma (UNGASS, 2016).

En este sentido, la política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas deberá estar orientada a ampliar la *libertad de bienestar y de agencia*. Esta libertad se alcanza mediante el desarrollo de capacidades individuales y colectivas que permitan a los sujetos tomar decisiones informadas conforme a los retos y desafíos de la vida (oportunidades) y mediante los procedimientos que garantizan formalmente la existencia de la propia libertad

(funcionamientos). De esta forma las personas pueden vivir una vida significativa, alcanzar un bienestar físico, emocional, mental, y social, así como realizar efectivamente sus derechos (agencia).

El sujeto en sus diferentes niveles de desarrollo, de acuerdo al momento de curso de vida en el que se encuentra y de acuerdo a sus particularidades culturales y territoriales, goza de oportunidades para ampliar su libertad, de los funcionamientos o procedimientos que se lo permiten y de la agencia necesaria para participar, gestionar y transformar activamente las condiciones estructurales e intermedias que pueden afectar el bienestar físico, emocional, mental y social propio y de su familia y comunidad.

A partir del enfoque de desarrollo se determinan los elementos de análisis diferenciales para potenciarlo, en especial en la primera infancia y la adolescencia, desde lo biológico, psicológico, cultural y social, siendo esta una etapa decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social, los cuales aportan al desarrollo humano.

De esta manera, el abordaje para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el enfoque de derechos humanos y principalmente del derecho a la salud debe promover políticas de promoción de la salud que fomenten estilos de vida saludables; comprender las estructuras que determinan los resultados en salud, su interacción compleja y orientar la gestión pública en promoción y mantenimiento de la salud, la eliminación de prácticas de estigma y discriminación hacia la persona consumidora de sustancias psicoactivas, así como el desarrollo de capacidades en no consumidores y consumidores de sustancias psicoactivas para el ejercicio pleno de sus libertades.



Gráfico 2. Enfoques para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas

A su vez, el derecho a la salud desde la salud pública permite comprender el fenómeno de las sustancias psicoactivas como un asunto complejo, interrelacionado e interdependiente, que vincula a lo largo del curso de vida de las personas los efectos acumulativos de las diferentes experiencias que éstas viven, el significado psicológico que se le atribuye a las mismas, los adultos y contextos con los que convive frente al consumo/no consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas, así como reconocer los efectos diferenciales de las drogas y la reducción de las afectaciones de las drogas, a partir de la evidencia sobre las acciones más efectivas para tal fin.

Esto implica acorde con los determinantes sociales de la salud, que cada persona según su proceso de desarrollo individual está expuesta de manera constante y dinámica a factores psicosociales de riesgo o protección frente al consumo de sustancias psicoactivas. A nivel familiar, se requiere reconocer aspectos como la tolerancia ante el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la familia, experiencias de violencia en la familia y/o la escuela, enfermedad mental en la familia que no haya sido objeto de tratamiento y falta de programas de apoyo a nivel psicosocial.

A nivel social y comunitario, la relación de la persona con la inseguridad en los barrios, disponibilidad de las sustancias, y escasez de programas de prevención y tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas, profundizar en los niveles de pobreza e inequidad, falta de alternativas para la educación y el empleo para los jóvenes, estructuras de crimen organizado y tráfico de sustancias psicoactivas (Organización de los Estados Americanos, 2012).

Así mismo, se requiere identificar factores de protección y de riesgo conforme a las características del género, lo cual permite establecer diferencias en las relaciones entre hombres y mujeres y la forma como éstas se materializan en los efectos de las sustancias psicoactivas.



La salud
es de todos

Minsalud

Esto implica un análisis político, conceptual y metodológico para visibilizar inequidades, desigualdades, discriminaciones y violencias debido al género. La aplicación del enfoque permite reconocer que las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres; son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos.

Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer. (UNODC, 2016).

Identificar las necesidades de salud de una población y los determinantes que la condicionan, así como la organización de la respuesta en servicios integrales con una base definida de población. (Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances: What We Can Do About Alcohol, Tobacco, and Other Drugs , 2011).



La salud
es de todos

Minsalud

5. Marco conceptual de la prevención

5.1 Definición de prevención del consumo de sustancias psicoactivas

En un sentido más amplio, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas puede entenderse como el conjunto de acciones y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo (Carlos Alonso Sanz, 2004). Así mismo, Martín, 1995, (citado por Iglesias, 2002), define la prevención como un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de las personas, el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de sustancias psicoactivas.

De acuerdo con el perfil de la población, es decir según la edad, tipología, patrón de consumo y entorno, es necesario determinar el tipo de prevención, sus objetivos y alcance. La acción preventiva se adapta a la persona.

Es por tanto que la prevención del consumo de sustancias psicoactivas debe ser una de las principales prioridades en salud pública, especialmente en niños, niñas, jóvenes y mujeres, buscando la consolidación de programas nacionales, territoriales y locales basados en teorías de la prevención que permitan predecir los cambios, con una estructura definida (integrales, intersectoriales, con atención multidisciplinaria diferenciada por entorno) eficaces, continuos y sostenibles, sometidos a evaluación y actualizados periódicamente, considerando los cambios de la sociedad y de las tecnologías contemporáneas (Gaviria, 2016).

La mirada acerca del campo de acción de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas se amplía y centra su objetivo en la forma como a través de la misma se potencia el desarrollo de capacidades de las personas para adaptarse, o para auto-agenciar los desafíos físicos, mentales o sociales que se les presenten en la vida (Jadad, 2000).

En el marco de las acciones propias de la salud pública, la prevención hace énfasis en los procesos que permiten desarrollar y/o fortalecer estilos de vida saludables, los cuales incidan positivamente en la salud física y mental de las personas y las comunidades, con el fin de potenciar los factores de protección individuales y colectivos y/o la disminución de los factores de riesgo.

Es así como los factores de riesgo pueden definirse como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o

abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Los factores de protección se entenderán como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. (Becoña, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, los objetivos de la prevención pueden ser múltiples y requieren definirse claramente cuando se va a desarrollar una acción de prevención, puesto que una intervención no necesariamente servirá para alcanzar objetivos distintos. Diversos autores, han identificado que los programas, estrategias o acciones preventivas deben estar orientadas hacia: (Becoña, 2002):

- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición del uso de sustancias hacia el abuso y dependencia.
- Disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de abuso o dependencia.



La salud
es de todos

Minsalud

- Potenciar los factores de protección.
- Disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

En este marco, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas busca: a) la protección de la población, especialmente de las niñas, niños y adolescentes, a partir de acciones tendientes al mejoramiento del ambiente familiar y social, el desarrollo de capacidades de afrontamiento y resiliencia, el incremento de las habilidades socio- emocionales, la resistencia a pares, la capacidad crítica, el aumento de la percepción de riesgo, la transformación de normas sociales e imaginarios en torno al consumo, y el desarrollo de entornos protectores; b) la disminución de exposición a los factores de riesgo asociados al inicio del consumo en poblaciones en situaciones de vulnerabilidad relacionadas con el momento del curso de vida, el género, la escolaridad, el modelo familiar, situación socioeconómica, entre otras; y c) la reducción de riesgos y daños asociados al consumo en personas que ya consumen.

5.2 Prevención basada en la evidencia

A nivel global, en las últimas décadas se ha realizado un esfuerzo importante por recoger, sistematizar y analizar la información existente en torno a los programas de prevención, sus características y efectos, con el fin de guiar el desarrollo e implementación de las intervenciones preventivas y potencializar los efectos que estas tienen de acuerdo con la evidencia que arroja las evaluaciones realizadas.

En este sentido, Colombia a través de este lineamiento, define una postura ética en cuanto a desarrollar y gestionar procesos preventivos basados en evidencia, puesto que en el país solo algunos programas están sustentados en la misma, siendo escasa los programas y acciones de prevención centradas en las personas y basadas en datos sobre su efectividad e impacto.

Es así como se encuentra que muchos de los procesos preventivos se basan en creencias personales y no en una planeación estratégica y participativa sobre lo que requieren las personas y sus familias, y qué es lo que se debe hacer para afrontar los riesgos ante el consumo. Por tanto, se debe garantizar que las personas participen activamente en la gestión integral de la prevención, de acuerdo con sus necesidades personales, sociales y comunitarias. A su vez, conocer los avances en este campo es fundamental para poder articular los resultados de la investigación con las diferentes prácticas que se llevan a cabo en el país, potenciando de esta manera, los alcances de las intervenciones actuales y futuras, garantizando efectos más estables en las personas y comunidades y robusteciendo así el campo de la ciencia de la prevención, ya que la mejora de las intervenciones de prevención depende mucho de la interacción entre profesionales e investigadores (EMCDDA, 2011).

Según el Evidence-Based Practice Institute de la Universidad de Washington (Instituto de Práctica Basada en la Evidencia de la Universidad de Washington), la práctica basada en la evidencia (PBE) se puede definir como el uso de procesos sistemáticos para la toma de decisiones y prestación de servicios que han demostrado, a través de evidencia científica disponible, el mejoramiento continuo y medible de resultados en los beneficiarios. En lugar de la tradición, acciones instintivas y/u observaciones simples como la base para tomar decisiones, la PBE se apoya en información recolectada a través de la investigación experimental y da cuenta de las características individuales del cliente y la experiencia clínica³ (NIDA, 2017)

Al respecto el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, publicó el documento “Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños, y adolescentes, una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad” en la cual definió, a partir de la recopilación de investigaciones de

³Traducción no oficial.



La salud
es de todos

Minsalud

diversos autores en la materia, una serie de principios respecto a las características que deberían tener los programas de prevención basados en evidencia, con el objetivo de ayudar en la planificación e implementación de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con una estructura organizada y orientada a la consecución de objetivos claros relacionados con las metas que la prevención persigue. (NIDA, 2017)

Estos principios se exponen a continuación:

- **Principio 1** Los programas de prevención deben intensificar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- **Principio 2** Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo por menores de edad de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica.
- **Principio 3** Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, enfatizando los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen.
- **Principio 4** Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo y la cultura, para aumentar así la eficacia del programa.
- **Principio 5** Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir capacitación en las habilidades necesarias para la buena crianza de los hijos; ejercicios prácticos para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; además de entrega de información y educación sobre las drogas.
- **Principio 6** Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención tan temprana como desde la infancia para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas.
- **Principio 7** Los programas de prevención para los niños de la primaria se deben dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socioemocional para tratar los factores de riesgo para el abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales, y apoyo académico, especialmente en la lectura.
- **Principio 8** Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria, deben aumentar el desempeño académico y social con las siguientes aptitudes: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, técnicas para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
- **Principio 9** Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en periodos críticos de transición, como el ingreso a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aun entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Este tipo de intervención no se dirige específicamente a las poblaciones en riesgo, por lo que reduce el estigma y promueve las relaciones beneficiosas con la escuela y con la comunidad.
- **Principio 10** Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.
-



La salud
es de todos

Minsalud

- **Principio 11** Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios entornos —por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los medios de comunicación— son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes dirigidos a la comunidad entera en cada uno de estos entornos.
- **Principio 12** Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, a sus normas comunitarias, o a sus requerimientos culturales específicos, deben mantener los elementos básicos de la intervención original con base científica, Estos incluyen: la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las habilidades y las estrategias del programa) y la introducción del programa (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).
- **Principio 13** Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Por ejemplo, las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.
- **Principio 14** Los programas de prevención deben incluir capacitación para los profesores en el buen manejo de la clase e información sobre cómo recompensar al estudiante por su buena conducta. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica y la formación de lazos fuertes con la escuela.
- **Principio 15** Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y juegos donde los muchachos desempeñan el papel de los padres, lo que permite una participación en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de las habilidades.
- **Principio 16**—Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que, por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de \$10 en los tratamientos para el abuso del alcohol o de otras sustancias.

La prevención basada en evidencia permitirá a los interesados en implementar acciones de prevención tener claridad sobre la forma y de qué manera desarrollar la prevención en los diferentes contextos, tomando decisiones que faciliten la consecución de los objetivos de las acciones planteadas, orientando recursos al desarrollo de procesos cada vez más eficaces.



La salud
es de todos

Minsalud

6. Proceso de gestión para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

La implementación del presente lineamiento de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol será de manera progresiva acorde con las capacidades de los territorios, entidades, organizaciones sociales, bajo el liderazgo de la entidad territorial, en particular de las Secretarías de salud y en el marco de las funciones de los Comités Departamentales y municipales de drogas o instancias intersectoriales de concertación para la implementación de la política integral para la prevención y atención del consumo en el orden territorial. Esto no implica que lo que se viene desarrollando se deje de hacer; se sugiere que lo expuesto en este lineamiento se vaya incorporando a la planeación de los procesos de gestión de los programas y acciones a nivel territorial y nacional y a la definición de lo que se requiera en adelante, de tal manera que progresivamente se vaya generando evidencia propia sobre los efectos e impactos de lo que se está realizando en el componente.

Es claro que no siempre será posible partir de la implementación de un programa que ya cuente con evidencia robusta sobre sus efectos. En todo caso, es fundamental que la intervención que se realice o se diseñe, se encuentre sustentada en una teoría de cambio a nivel Individual, interpersonal y comunitario, involucre el levantamiento de una línea de base que permita establecer cuál es la situación actual por intervenir, tenga claros los objetivos, metas y establezca los posibles métodos de evaluación y recolección de información que faciliten medir el impacto y efecto de las acciones desarrolladas y así poder avanzar en la construcción de evidencia local adaptada al medio nacional y territorial.

Se debe precisar que el enfoque de salud pública busca garantizar la articulación de intervenciones por entorno, toda vez que la evidencia ha mostrado que un programa aislado no es efectivo. Por tanto, es necesario que los programas por entorno se complementen, con el fin de que se tenga mayor potencia en lo que tiene que ver con la promoción de factores protectores y disminución de factores de riesgo de acuerdo con los contextos donde las personas se desarrollan. La articulación intersectorial respecto a la oferta de programas de prevención es determinante.

La aplicación de estos lineamientos y el avanzar al desarrollo de acciones de prevención basadas en evidencia, implica fortalecer los procesos de desarrollo de capacidades en actores institucionales, así como en personas, familias y comunidades, en aspectos tales como la aplicación del enfoque de derechos humanos y salud pública, lo cual permitirá adecuar progresivamente las intervenciones de prevención en el entorno familiar, escolar, laboral y comunitarios de acuerdo con las necesidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas y sus familias.

Teniendo en cuenta lo hasta acá mencionado, los programas y/o acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas deberán estar acordes con las características poblacionales, las necesidades y las capacidades que se requieran desarrollar en las personas y las comunidades, lo cual aplica para las acciones que se desarrollen a partir de las diferentes fuentes de financiación a nivel nacional y territorial. Para esto, se debe asumir un ejercicio de pensamiento estratégico que permita planear acorde lo que se va a realizar, así como la evaluación y la toma de decisiones frente a la acción y buscaran como objetivos centrales:

- Generar condiciones de protección a las personas frente a los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en niñas, niños y adolescentes.
- Transformar normas y representaciones sociales asociadas al consumo.
- Gestionar riesgos individuales y colectivos frente al consumo de sustancias psicoactivas.
- Reducir los riesgos y daños para la salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas.



La salud
es de todos

Minsalud

Para alcanzar lo esperado en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el sector salud deberá entre otros asuntos:

- Incluir en el proceso de planeación territorial en salud la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, incorporando acorde con las capacidades del territorio los elementos definidos en este documento de lineamiento.
- Articular esfuerzos y crear sinergias con otros sectores para la consecución de objetivos estratégicos que generen condiciones y entornos protectores frente al consumo, promoviendo un abordaje holístico que supere la mirada sectorial.
- Desarrollar capacidades en el talento humano para la planeación, implementación y evaluación de estrategias con participación comunitaria.
- Gestionar las intervenciones individuales y colectivas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas de manera integral y complementaria entre los planes de beneficios.
- Desarrollar acciones de gestión del conocimiento que permitan la generación de evidencia sobre los efectos de las estrategias preventivas y sus características, a través de la integración de fuentes de información y la investigación
- Fortalecer los procesos de participación ciudadana, para la co-gestión de estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

A nivel de otros sectores, se podrá avanzar en:

- Participar en los procesos de coordinación, planeación, implementación y evaluación de acciones de prevención.
- Incluir en sus instrumentos de planeación sectorial, estrategias para la prevención del consumo.
- Desarrollar competencias y habilidades para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la población sujeto de sus políticas.
- Contribuir a la canalización de las personas en riesgo de consumo a los servicios de salud y sociales.
- Desarrollar estrategias de inclusión social

La participación en los programas y estrategias de prevención de las familias y la comunidad a nivel general se podrá dar alrededor entre otros asuntos para:

- Fortalecer al interior de las familias, sus capacidades para el cuidado, la crianza positiva, el apego y el vínculo familiar
- Participar en los procesos de coordinación, planeación, implementación y evaluación de acciones de prevención.
- Contribuir a la canalización de las personas en riesgo de consumo a los servicios de salud y sociales.
- Contribuir al desarrollo de conciencia pública sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas.
- Promover el bienestar familiar y comunitario.

Es necesario aclarar que la implementación de este proceso será progresiva a nivel nacional, de tal manera que, en los diferentes contextos y territorios, se pueda hacer una evaluación inicial de las capacidades y necesidades locales, que permita la adaptación de las condiciones actuales, a la aplicación de lo definido en el lineamiento a partir de las siguientes etapas:

- **Momento 1.** Evaluación y análisis de necesidades
- **Momento 2.** Análisis internos y externos para la implementación
- **Momento 3.** Implementación del programa preventivo
- **Momento 4.** Seguimiento del programa o acción planteada



La salud
es de todos

Minsalud

- **Momento 5.** Ajustee del programa o acción implementada.

Se sugiere que la aplicación del proceso de gestión propuesto se realice para el desarrollo de todas las actividades planteadas para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la entidad territorial, es decir las que se realizan en el marco de estrategia que se vienen implementando, planes departamentales y municipales de salud, planes de intervenciones colectivas y planes departamentales y municipales de drogas.

A continuación, la descripción metodológica de cada momento:

Momento 1. Evaluación y análisis de necesidades		
Actividad 1. Caracterización de la situación del consumo de sustancias psicoactivas.		
Objetivo: Obtener información sobre las características de la población y su relación con las sustancias psicoactivas.		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la magnitud del problema: comprende el desarrollo de los siguientes procesos de análisis de contexto: (i) descripción cuantitativa de la situación, con base en el análisis de prevalencias de consumo y problemáticas asociadas; (ii) descripción cualitativa de la situación: implica la identificación y comprensión de las características y condiciones que están generando y manteniendo la situación que se busca intervenir; (iii) identificar localmente las necesidades específicas, los grupos poblacionales y los recursos con los que cuentan para hacer frente al problema. • Caracterizar los grupos meta poblacional e institucional con quienes se va a desarrollar la intervención: En relación con el grupo poblacional, es importante asumir que las personas, familias y comunidades, deben ser percibidas como un todo, expertos en su situación, con quien se construye la intervención y no como un receptor pasivo de la prevención. <p>Se debe indagar entre otros asuntos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes hacen parte de los grupos de mayor vulnerabilidad? • ¿Con qué actores (poblacionales e institucionales) es posible trabajar? • ¿Cuáles son las características más relevantes del consumo de sustancias psicoactivas en el lugar donde se va a desarrollar la acción preventiva? • ¿Cuáles son las instituciones y sectores 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, Representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño y validación de encuestas e instrumentos que respondan a las variables de análisis priorizadas y permitan el recaudo y procesamiento de la información obtenida directamente de la fuente primaria, a través de visitas domiciliarias, entrevistas estructuradas o semi estructuradas. • Diagnósticos participativos • Estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas. • Repositorio de información del Observatorio de Drogas de Colombia. • Sistema de información en salud y Protección Social - SISPRO • Análisis de situación en



<p>involucrados?, ¿Cuáles son sus competencias?, ¿Cuál es su capacidad de respuesta institucional en la asunción de compromisos requeridos para el logro de los objetivos y resultados que se identifiquen en desarrollo del proceso de prevención?, ¿Cuál será su rol y nivel de participación en todo el proceso de planeación?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son sus metas en torno a la prevención a corto (seis meses), mediano (un año) y largo plazo (más de un año y hasta la fecha en que se prevé la duración del proceso)? Al respecto recuerde que trabajar desde el inicio con la comunidad contribuirá a lograr un mayor nivel de participación en los programas, aumentar la adherencia a los mismos y generar condiciones para su sostenibilidad. • Caracterizar los entornos (hogar, comunitario, educativo, institucional, laboral) en los cuáles se va a realizar las acciones 		<p>salud locales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentos PASE • Planes locales de salud y/o drogas • Cartografía social • Grupos focales • Mapeo y análisis de Actores. • Elaboración de RAE o Resúmenes Analíticos Educativos • Métodos estadísticos no paramétricos.
--	--	---

Actividad 2. Caracterización de los factores de protección y de riesgos individuales, familiares y sociales frente al consumo.

Objetivo: Identificar en los contextos y grupos poblacionales priorizados, los factores de protección y de riesgo que están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> • A partir de la caracterización poblacional y de contexto realizada en la etapa anterior, y con base en los principios y planteamientos de: determinantes Sociales de la salud, enfoques de derechos, género, desarrollo humano y salud pública, indague por: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo percibe la comunidad el uso de sustancias psicoactivas? - ¿Cómo perciben las personas el uso de sustancias psicoactivas? (indague de manera diferencial según género y edad) - ¿Cómo perciben las familias el uso de sustancias psicoactivas? - ¿Cómo se manifiesta el problema o los problemas identificados, en la comunidad? - ¿Cómo se manifiesta el problema o los problemas identificados en cada uno de los entornos priorizados? - Las personas, familias y comunidades, ¿Identifican factores protectores y de riesgo en sus entornos que los previene del consumo de sustancias psicoactivas? - ¿Qué otras situaciones asociadas generan 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas estructuradas o semi estructuradas. (diseño de cuestionario de preguntas) • Conversatorios • Construcción y Análisis árbol de problemas acompañado de espacio de análisis colaborativo de las causas identificadas • Análisis DOFA • Cartografía social • Grupos focales



<p>preocupación entre los integrantes de la comunidad?</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué estrategias o acciones han implementado para hacerle frente? - De las estrategias o acciones implementadas: ¿Cuáles han funcionado y cuáles no?, ¿Por qué? - ¿Las estrategias o acciones implementadas se pueden relacionar con alguno de los tipos de prevención? ¿A cuál? (al respecto ver ítem 5.1. del presente documento) <ul style="list-style-type: none"> • Después de obtener la anterior información, analice a la luz de los enfoques orientadores de las acciones de prevención y en particular identifique: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuáles son los factores de riesgo que se deben abordar con las acciones de prevención? - ¿Cómo se relacionan estos factores de riesgo entre sí? - ¿Cómo se manifiestan o impactan en la salud integral de la población priorizada? - ¿Cómo y en qué entornos existen estos factores de riesgo? - ¿Cuáles son los factores de protección que se deben considerar en el diseño –adaptado o construido- de las acciones de prevención? - ¿Cómo se relacionan estos factores de protección entre sí? - ¿Cómo se manifiestan o impactan, estos factores de protección en la salud integral de la población priorizada? - ¿Cómo y en qué entornos existen estos factores de protección? • Priorizar los factores de riesgo y problemas sujeto de las acciones o estrategias de prevención a realizar 	<p>relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	
--	---	--

Actividad 3. Caracterización de las transformaciones que se buscan en la población a participar en el programa o acción preventiva.

Objetivo: Determinar las acciones de prevención a desarrollar en el territorio según grupo poblacional y entornos priorizados

Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
Con base en la información obtenida en la etapa anterior en cuanto a: priorización de factores de riesgo a mitigar,	Referentes departamentales de	Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de



<p>factores protectores a fortalecer y problemas que deben ser abordados para prevenir en consumo de sustancias psicoactivas, cada líder del proceso de manera participativa con todos los actores poblacionales e institucionales involucrados en el proceso realizará las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificar la existencia de prácticas de prevención basadas en la evidencia que permitan orientar el abordaje de las situaciones priorizadas.• En caso de encontrar información basada en evidencia, generar un espacio formativo, de análisis, o de construcción deliberativa con los demás actores poblacionales e institucionales que participan del proceso, en el cual se socialice esta información encontrada en cuanto a: (i) ¿Qué dice la evidencia frente a lo que funciona en este tipo de contextos?, (ii) ¿Cuáles son las estrategias o programas más efectivos?, ¿Qué variables se deben considerar al momento de definir acciones o estrategias para el abordaje de este tipo de situaciones?, ¿Cuál es la relación entre dichas variables? (Ver anexo 2. Lista de chequeo de criterios de planeación)• Definir el tipo de prevención que se abordará y las metas que se esperan lograr. Al respecto considere:<ul style="list-style-type: none">- Que las intervenciones de prevención se articulen intersectorialmente o sean subsidiarias de otras que se desarrollen en el territorio.- Lo expresado en el ítem 5.2. del presente documento en cuanto a que la ciencia de la prevención busca que las intervenciones preventivas estén basadas en la evidencia, a partir de sus tres pilares: (i) la epidemiología para evaluar el problema; (ii) las intervenciones para prevenirla de manera efectiva; y (iii) la investigación, para evaluar lo que sucede cuando se interviene, de modo que puedan hacerse los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos.- Garantizar que las intervenciones tengan sustento teórico, a partir de teorías relacionadas con: (i) la conducta objetivo, (ii) la población y (iii) las creencias sobre causalidad o la etiología identificada en las etapas anteriores.• Definir la o las intervenciones que se realizarán, desde la teoría de cambio, enfoque que le permitirá: (i) reconocer los factores hacia los cuales se va a dirigir la acción, (ii) definir si las estrategias que se van a utilizar son las más adecuadas, y (iii) contribuir al diseño lógico de las intervenciones	<p>salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, Representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Grupos focales• Conversatorios• Metaplan• Visualización de ideas a partir de uso tarjetas o fichas de cartulina
--	--	--



<p>(Organización Panamericana de la Salud., 2008).</p> <p>Al respecto se requiere tener en cuenta que acorde con la acción o programa a realizar, podrán identificarse una o varias teorías de cambio según corresponda (Ver Anexo 3. Teorías del cambio)</p>		
<p>Actividad 4. Identificación de Actores.</p>		
<p>Objetivo: identificar las partes interesantes en el desarrollo del programa y/o acción de prevención del consumo de sustancias psicoactivas</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>Identificación de las partes interesadas, se debe realizar a partir de la identificación y caracterizaciones realizadas en los pasos anteriores, esta se debe centrar en el reconocimiento de los actores o grupo sociales que se requieren involucrar para el desarrollo del programa o acción preventiva y debe contemplar entre otros a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población objetivo, en caso de que esta involucre a instituciones educativas, universidades empresas etc., se deben llegar a acuerdos claros para la participación de esta en el programa o acción preventiva. • Representantes de organización nacionales y de cooperación internacional interesada en la participación del programa. • Líderes comunitarios • Líderes juveniles • Medios de comunicación • Establecimiento de alianzas, acuerdos, convenios para la implementación del programa o acción preventiva. 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales • Conversatorios
<p>Momento 2. Análisis de recursos internos y externos para la implementación</p>		
<p>Actividad 1. Identificación y análisis de los recursos internos y externos para la implementación.</p>		
<p>Objetivo: Establecer las condiciones técnicas, financieras, logísticas y demás condiciones con las que cuenta la entidad para la implementación de las acciones de prevención identificadas.</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>Una vez se caracteriza la población y el entorno en el cual se realizará la intervención, se reconocen los factores de riesgo y de protección que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas</p>	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno,</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p>



<p>y las relaciones de estos en diferentes entornos y se ha definido una teoría de cambio, es necesario recolectar información sobre los recursos internos y externos para el desarrollo de la implementación, entendidos éstos como los distintos tipos y niveles de fuentes que la organización tiene a disposición para implementar la demanda específica de la intervención (Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S Department of Health and Human Services, 2002).</p> <p>En esta etapa se debe identificar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recursos Financieros: <p>¿Cuál o cuáles son las fuentes de financiación de las acciones o estrategias a desarrollar? Al respecto considere entre otras fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Recursos propios de la entidad que va a realizar las acciones o estrategias.- Sistema general de participación.- Regalías.- Plan de inversiones colectivas- Cajas de compensación familiar.- Proyectos de cooperación internacional.- Otras fuentes. <p>El análisis de recursos financieros debe ser coherente y suficiente en cuanto a los requerimientos de las acciones o estrategias definidas y la evaluación de los resultados e impactos identificados en su implementación.</p> <ul style="list-style-type: none">• Recursos Humanos y Técnicos <p>La calidad en la atención en promoción y prevención debe basarse en la humanización de los servicios. De acuerdo con el Plan Nacional de mejoramiento de la calidad en salud, la humanización es el fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general.</p> <p>Al respecto considere:</p> <ul style="list-style-type: none">- Definir el equipo técnico y humano para su implementación- Garantizar que el personal cuente con capacidades para el trabajo comunitario, trabajo en equipo y escucha activa.- Garantizar que los facilitadores o	<p>planeación y salud.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Visitas a terreno• Visitas domiciliarias• Reuniones equipo técnico de la entidad responsable de la implementación• Observación participante
--	----------------------------	--



implementadores de las acciones o estrategias definidas, cuenten con el siguiente perfil:

- Comprendan el enfoque de derechos humanos y de salud pública de la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- Cuenten con cierto conocimiento sobre la población y la problemática.
- Conozcan las acciones o estrategias definidas, su intención, finalidad y objetivos, así como los resultados que pueden alcanzarse con su implementación.
- Entiendan la importancia de implementar las acciones o estrategias de la mejor manera posible, manteniendo la fidelidad. Si es necesario hacer ajustes, estos deben registrarse y reportarse, para tenerlos en cuenta a la hora de pensar en realizar adaptaciones y en el momento de evaluar la intervención.

Cuenten con habilidades de facilitación y manejo de grupos, así como de la población y entornos específicos en los que se desarrolla la intervención.

Tengan una actitud favorable frente al programa y su potencialidad para prevenir el consumo.

Comprendan cuál es su rol y hasta dónde se pueden involucrar.

Los implementadores deben estar entrenados en la aplicación de las acciones o estrategias definidas.

• **Recursos Comunitarios:**

- Verificar la disponibilidad de la comunidad a participar de las acciones o estrategias definidas
- Identificar las condiciones logísticas y/o técnicas que requiere la implementación de las acciones o estrategias definidas en relación con las condiciones logísticas y/o técnicas que brinda el territorio en el cual se van a desarrollar.



<p>Al respecto recuerde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la participación comunitaria debe ser abierta, amigable, accesible a todas las personas e incluyente. - Obtener los resultados previstos está mediado por el interés y la participación de las personas, en las actividades programadas. 		
--	--	--

Momento 3. Implementación del programa preventivo

Actividad 1. Selección del programa o acción preventiva.

Objetivo: seleccionar el tipo de programa o acción en prevención que se ajuste a lo que se requiere para abordar la situación identificada en el territorio

Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>A partir de la recolección y análisis de la información de las etapas anteriores, se definirá la estrategia o acción preventiva. Para ello se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la información obtenida y definir el tipo de prevención que se desarrollará en la acción o estrategia priorizada. • Diligenciar la lista de chequeo de criterios para la planeación (Ver Anexo 4) <p>Se sugiere, estructurar la implementación de la estrategia o acción priorizada, teniendo en cuenta lo mencionado por los estándares internacionales de la prevención del uso de drogas, los cuales describen a nivel general las políticas e intervenciones que han demostrado algún grado de eficacia para prevenir el inicio del consumo de drogas y la transición hacia otro tipo de consumos, proponiendo una serie de características que se deben tener en cuenta para garantizar la efectividad de las acciones desarrolladas para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas por momento del curso de vida. (Ver Anexo 4)</p> <p>Al respecto el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), define el concepto de estándares de calidad como “principios o grupos de reglas generalmente aceptadas para la mejor o la más apropiada forma de implementar una intervención”. Se pueden referir tanto a aspectos estructurales (medioambientales, composición de equipos), como de procesos (adecuación de contenidos, proceso de intervención, evaluación de procesos).</p> <p>En este sentido, desde la prevención basada en evidencia, incorpora este tipo de estructuras, facilita</p>	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Meta lectura de la información obtenida • Análisis comparativo con las orientaciones dadas en el presente documento



<p>desarrollar procesos de planeación ordenados de las acciones que se van a realizar, definiendo los aspectos que se deben tener en cuenta para organizar una acción con unos fines específicos, al igual que poder realizar evaluación acerca de si lo que se está haciendo cumple con lo establecido para este tipo de intervenciones y permite valorar los resultados de las acciones implementadas.</p> <p>Establecer la viabilidad de su implementación. Para ello, determine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La disponibilidad de evidencia que respalde la acción o estrategia priorizada. - Los requisitos identificados para su implementación. - Si cuenta con manuales y en caso afirmativo, identificar si están estos disponibles en español. - Los costos de la implementación. - El perfil que deben tener los implementadores, entre otros. - Establecer si la acción o estrategia definidas potencia, se armoniza o riñe con otros que se estén ya implementando y que persigan objetivos similares. (Ver ítem 5.3. Tabla 1. Criterios para la selección de los programas según su nivel de evidencia). 		
---	--	--

Actividad 2. Elaboración e implementación del plan de acción.

Objetivo: Implementar plan de acción que da cuenta de las fases de planeación, ejecución, monitoreo, evaluación y sistematización de los aprendizajes y buenas prácticas identificadas en desarrollo de la acción o estrategia priorizada.

Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>La construcción del plan de trabajo deberá contener entre otras las siguientes actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generar un espacio de construcción participativa del plan de acción. • Generar un espacio de validación y realimentación poblacional e institucional del plan de acción formulado. • Generar un espacio de construcción participativa de la ruta de monitoreo, evaluación y sistematización de 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, Representantes de organización sociales, sociedad</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metaplan • Trabajo por espacios colaborativos de reflexión y aprendizaje participativo



<p>las acciones desarrolladas en el marco del plan de acción formulado</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecer un cronograma que identifique la frecuencia de implementación de los momentos de monitoreo y evaluación de la acción o estrategia priorizada.• Diseñar y aplicar las herramientas e instrumentos técnicos requeridos para la implementación, monitoreo, evaluación y sistematización del plan de acción ejecutado.• Generar un proceso de desarrollo de capacidades y asistencia técnica territorial que acompañe la implementación del plan de acción formulado.• Garantizar que el proceso de monitoreo: (i) se realice de manera permanente, (ii) genere información que permita tomar decisiones conforme avanza la implementación, estableciendo los correctivos necesarios en caso de requerirse, (iii) determine si es necesario adaptar la acción o estrategia definida, y qué tipo de adaptación se necesita, asegurando la fidelidad el mismo. Al respecto se sugiere que la adaptación no se realice antes de una primera implementación del programa tal como está diseñado• Con el objeto de determinar si se han agotado las etapas descritas anteriormente y qué actividades hace falta incorporar al proceso de planeación, se sugiere revise la lista de chequeo de los criterios básicos de prevención desarrollada por COPOLAD (Ver Anexo 5. Lista de chequeo criterios básicos de prevención) Esto permitirá identificar si el proceso de planeación se adapta a la realidad poblacional y territorial y a su vez en el ámbito nacional permitirá hacer seguimiento de las acciones y programas preventivos en el país, a través de la mesa nacional de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. <p>Si se ha diseñado una acción o estrategia nueva es decir que aún no cuenta con evidencia, se debe garantizar desde su planeación y evaluación, contar con un diseño metodológico riguroso que emplee bases muestrales representativas y pruebas estadísticas adecuadas para garantizar la aleatoriedad y la representatividad, las hipótesis formuladas y los hallazgos obtenidos se sostengan sobre un modelo racional y teórico explícito y que la evidencia sea adecuadamente valorada y comprobada, con métodos e instrumentos propios de la evaluación.</p>	<p>civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Métodos estadísticos no paramétricos.
--	--	---

Momento 4. Seguimiento del programa o acción planteada

Actividad 1. Implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento a la implementación.



Objetivo: definir los criterios de monitoreo y seguimiento a la implementación del programa o acción preventiva.		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>Desde el momento 3, implementación del programa preventivo, se debe definir en el caso de la evaluación del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. • Los momentos en que se realizarán las mediciones. • Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. <p>Respecto a la evaluación del proceso y resultados, los indicadores que se establecen respecto al programa o acción preventiva planteada, deben estar relacionados con las actividades realizadas, están claramente descritos, son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.</p> <p>Respecto al monitoreo se sugiere tener en cuenta que los métodos y herramientas para el monitoreo de lo establecido en el programa o acción preventiva este claramente descrito en el diseño del mismo, aportan información relevante para los indicadores de evaluación, son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas, son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).</p> <p>Se debe definir acorde con lo establecido en la evaluación de resultados y proceso, si se lograron los objetivos preventivos descritos en el numeral 5 de los lineamientos, relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo. • Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo. • Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas. • Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial. • Si se han reducido los problemas relacionados con su uso. • Si se han modificado determinadas variables mediadoras. 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, líderes que desarrollaran el programa de prevención</p>	<p>Tener en cuenta los criterios establecidos por COPOLAD (Anexo 5)</p>
<p>Actividad 2. Socialización de los resultados, buenas prácticas y lecciones aprendidas ante las instancias interesadas en el tema y la comunidad en general.</p>		
<p>Objetivo: divulgar las buenas prácticas y lecciones aprendidas identificadas durante el proceso de implementación de la acción o estrategia definida.</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones



La salud
es de todos

Minsalud

		metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> Generar espacios comunitarios e institucionales en los cuales se presenten los resultados obtenidos con: <ul style="list-style-type: none"> El monitoreo realizado a la implementación de la acción o estrategia definida. La evaluación realizada a la implementación de la acción o estrategia definida. La sistematización realizada a la implementación de la acción o estrategia definida. Los resultados obtenidos en relación con las metas de la intervención preventiva. Para el mismo se debe contemplar el desarrollo de un informe final que describa todos los pasos para la construcción del programa o acción preventiva, así como los resultados de proceso de monitoreo y evaluación realizado. 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asamblea comunitaria Estrategias alternativas de comunicación

Momento 5. Ajuste del programa o acción implementada.

Actividad 1. Generación de evidencia del programa o acción realizada

Objetivo: Establecer la evidencia generada a partir de la implementación de la acción o estrategia definida.

Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> Analizar los resultados obtenidos con el desarrollo del monitoreo y evaluación a la acción o estrategia implementada. Analizar los aprendizajes y buenas prácticas identificadas durante todo el proceso de ejecución de la acción o estrategia definida. Identificar si es necesario reorientar las intervenciones planeadas con base en los resultados de la medición y verificación de la acción y estrategia 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, representantes de organización sociales, sociedad</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Grupos focales Monitoreo participativo Uso de formatos de planeación y sistematización.



<p>definida.</p> <ul style="list-style-type: none">Garantizar los procesos de monitoreo y evaluación participativa, durante y después de su implementación.	<p>civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	
---	--	--

7. Aprestamiento territorial

El Lineamiento nacional de prevención, es el primer paso para que paulatinamente a nivel nacional y territorial, se realicen procesos de planeación estratégica que profundicen en tomadores de decisiones,



La salud
es de todos

Minsalud

técnicos y comunidad en general, un valor social diferente sobre el lugar fundamental de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en la materialización del derecho a la salud de las personas y los colectivos, lo cual sea operativizado a través de acciones concretas que respondan a la dimensión real de la situación en el contexto particular y recursos técnicos, humanos y financieros que permitan sostener los resultados que se vayan alcanzando.

Lo anterior implica un proceso de desarrollo de capacidades en las personas que hacen parte de las instituciones del gobierno nacional y territorial, organizaciones de la sociedad civil y grupos interesados en el tema, para la construcción de estrategias que retomem las orientaciones definidas en el lineamiento nacional. Para alcanzar esto, reconocemos desde el Ministerio de Salud, la importancia que tiene poder avanzar en la articulación con las diferentes instituciones académicas del país, con el fin de garantizar los más altos estándares de formación, así como de continuidad y sostenibilidad de los procesos de formación que a mediano plazo permitan una construcción colectiva distinta de la prevención.

Es así como se propone la siguiente estructura de aprestamiento territorial del lineamiento nacional de prevención, con el fin de alcanzar los propósitos antes mencionados:

7.1 Socialización

Proceso mediante el cual se dará a conocer el documento, su alcance y campos de trabajo a nivel nacional y territorial, con el fin de reconocimiento de este como instrumento de orientación para las acciones que se desarrollen en el tema. Se proponen los siguientes espacios para desarrollar este proceso:

- Eventos a nivel nacional y territorial

Se propone al respecto, que el contenido del lineamiento nacional de prevención sea socializado a partir de una presentación unificada que se tendrá para tal fin en los eventos a los cuales sea invitado el Ministerio de Salud y Protección Social y en los que el tema sea lo relacionados con el marco de acción de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Esto permitirá que los contenidos del documento sean identificados como el marco para el desarrollo de acciones y programas en el tema.

A nivel territorial, se coordinará con los responsables del tema en las secretarías de salud para que de igual manera en los espacios de consejo seccional de estupefacientes, comités departamentales de drogas y eventos en los que se aborde el tema, se socialice los contenidos técnicos del lineamiento y se genere las discusiones que sean necesarias para garantizar el reconocimiento de los mismos a nivel territorial.

- Boletines – medios de comunicación

Teniendo en cuenta los contenidos técnicos del lineamiento nacional de prevención, se estructura mensualmente un boletín tipo ABC, que aborde cada sección del documento de manera concreta y con orientaciones para su implementación en los diferentes contextos. Estos boletines serán de máximo 3 hojas y se gestionara para que los mismos sean publicados en las páginas web del Ministerio de Salud y Protección Social, entidades que hacen parte de la mesa nacional de prevención y secretaria de salud departamentales para su difusión y conocimiento en el sitio de sustancias psicoactivas que se tienen en la página WEB del Ministerio de Salud y Protección Social y se rote la información por redes sociales.

7.2 Implementación – nacional – territorial



La salud
es de todos

Minsalud

Proceso mediante el cual, se pondrá en funcionamiento los contenidos técnicos definidos en el lineamiento nacional de prevención y se hará el acompañamiento y seguimiento a la aplicación de los mismos a nivel nacional y territorial.

- **Desarrollo de capacidades**

El desarrollo de capacidades puede entenderse como la implementación de procesos a nivel cognitivo, valorativo o práctico de las personas, familias y comunidades, a través de los cuales se mejora la comprensión y transformación de la realidad, con el horizonte de avanzar en la garantía del derecho a la salud. Lo que interesa es promover escenarios de reflexión crítica, que identifiquen las realidades diferenciales (de acuerdo con los contextos territoriales y poblacionales) y se traduzcan en la construcción de autonomía de los sujetos, como agentes sociales de cambio. Así, los procesos educativos se deben fundamentar en situaciones de la realidad social, económica, cultural y política a fin de aprender desde la experiencia y no desde la transmisión o almacenamiento de informaciones.⁴ En este orden, se requiere de una serie de capacidades complementarias y en algunos casos distintos a las que se han venido trabajando para desarrollar procesos de gestión, construcción, implementación y seguimiento de las acciones de prevención desarrolladas en el país

- **Articulación con universidades**

Se reconoce la importancia en el desarrollo de capacidades, del trabajo articulado con universidades, teniendo en cuenta que las mismas son un espacio natural de producción de conocimiento que tiene 4 funciones básicas: investigación, enseñanza, educación profesional y la transmisión de una clase particular de cultura⁵, a partir del cual, se debe articular la modificación paulatina de la forma como se ha venido implementando los procesos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se propone que este trabajo con las universidades se estructure en 4 aspectos:

- **Extensión – cursos virtuales y presenciales**

El trabajo con universidades buscare la generación de cursos de extensión presenciales y virtuales a partir de los cuales se difunda el conocimiento en los temas propios de la reducción del consumo de sustancias psicoactivas basado en evidencia. Para ello, se hará una definición de temas prioritarios y se trabajara con las universidades que hagan parte de la mesa nacional de prevención en la definición de los pasos a seguir para la construcción de los contenidos de los cursos que se definen, tratando de garantizar una oferta amplia a nivel nacional y posibilidades de acceso no solo a profesionales sino también a personas de la comunidad

- **Currículo**

Como proceso a largo plazo y con el trabajo articulado con el Ministerio de Educación Nacional, se propone avanzar en el fortalecimiento de los contenidos curriculares de las planes de estudios de los profesionales que trabajan principalmente en asuntos relacionados con la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de optimizar las capacidades para la investigación, la identificación, intervención breve, diseño, desarrollo y evaluación de programas y acciones de prevención basadas en evidencia.}

- **Bienestar**

A la par, se propone trabajar con las áreas de bienestar universitario para la aplicación del lineamientos nacional de prevención del consumo enfocado a acciones potenciar las capacidades de las personas para

⁴ Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC, Consultado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>

⁵ EL CONCEPTO DE UNIVERSIDAD, tomado de http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista102_S2A1ES.pdf



La salud
es de todos

Minsalud

afrontar las situaciones relacionadas con el consumo de sustancias en el contexto universitario y los efectos de las intervenciones realizadas para modificar las condiciones de riesgo presentes en el entorno universitario.

- **Investigación**

De manera transversal se definirá plan de trabajo con las universidades que inicialmente hagan parte de la mesa nacional de prevención, con el fin de definir una amplia oferta campos y temas de investigación en pregrado y posgrado que fomenten el conocimiento en prevención del consumo aplicado a las características de nuestro territorio, con énfasis en los territorios con quienes se avanzará en la experiencia demostrativa de aplicación del lineamiento nacional de prevención.



La salud
es de todos

Minsalud

- Adriana Camacho, Alejandro Gaviria y Catherine Rodriguez. (2010.). *El consumo de droga en Colombia*. Recuperado de: <https://ideas.repec.org/p/col/000089/007607.html>
- American Medical Association. (2003.). *Fact Sheet from an American Medical Association Report on Alcohol's Adverse Effects on the Brains of Children, Adolescents and College Students*. Recuperado de: https://www.risas.org/images/clientid_147/alcoholsadverseaffectsonthebrainsofteens.pdf
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Nueva York. Recuperado de: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2017). 70a. recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/es/>
- Augusto Pérez Gomez, J. M. (2015). *De la prevención y otras Historias*. Bogotá: California edit.
- Babor, T., & otros. (2010). *La política de drogas y el bien público*.
- Colombia, A. (2016). *Acuerdos de Paz*. Bogotá.
- Comisión Asesora de la Política de drogas en Colombia. (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*. Bogotá.
- Comisión Latinoamericana sobre Droga y Democracia. (2009). *Drogas y Democracia: Hacia un cambio de paradigma*. Recuperado de: http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/Drogas%20y%20Democracia.%20Hacia%20un%20cambio%20de%20paradigma.pdf
- Commission on Social Determinants Of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Cairo. Recuperado de: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Comunidad Andina. (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Colombia 2012*. Perú.: Secretaría General de la CAN.
- Comisión asesora para la política de drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá.
- EMCDDA (2011). *European drug prevention quality standards*. Lisboa. Recuperado de http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.com/uploads/PDF/ES_Sumnull%202011_EstandaresPrevencionEMCDDA.pdf
- Gaviria, A. (2016). *Discuso Asamblea Naciones Unidas*. Nueva York. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COP/boletin-cooperacion-n2-abril-junio.pdf>
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*,. Madrid. Recuperado de http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93972_ES_Bases%20Cientificas%20Para%20La%20Prevencion%20De%20Las%20Drogodependencias%20-%202002.pdf
- Jadad, A. (2000). *Definición del salud*. Toronto, Canada.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2013). *Estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2018). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Colombia - 2016. Informe final*. Bogotá, D.C.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2015). *Boletín 1. Sistema de Alertas Tempranas - SAT*. Bogotá.



La salud
es de todos

Minsalud

- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2016). *La Heroína en Colombia, producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. Bogotá.
- Ministerio de Protección Social. (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012 - 2021*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá.
- Ministerio de Salud, P. (s.f.). *Resolución 518 de 2015*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 089 de 2019*. Bogotá.
- NIDA, *Como prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes* (2017)
- Observatorio de drogas de Colombia. (2017). *Reporte de drogas de Colombia*, Bogotá.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2018). *Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas. Segunda Versión Actualizada*.
- Organización de Estados Americanos. (2011). *Estrategia y el Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011 - 2015*. Recuperado de www2.juridicas.unam.mx/marihuana-caso-mexico/wp-content/uploads/2016/02/Estrategia_drogas-2011-2015.pdf
- Organización de Estados Iberoamericanos. (2012). *Escenarios para el problemas de drogas en las Américas 2013 - 2025*. Recuperado de <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/destacados/CO031032013-informe-escenarios-.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (2012). *El problema de las Drogas en las Américas: Estudios Drogas y Salud Pública*. Washington. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf
- Glosario de términos de alcohol y drogas, Organización Mundial de la Salud (1994)
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de terminos de alcohol y drogas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/
- Organización Panamericana de la Salud. . (2008). *Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia*. Washington: OPS. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe situaciones regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS. Recuperado de http://publications.paho.org/spanish/PC+594+cap_7.pdf

Pérez, A., Scoppetta, O., & Flórez, L. . 2011 Age at onset of alcohol consumption and risk of problematic alcohol and psychoactive substance use in adulthood in the general population in Colombia *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Review*. Recuperado de <http://nuevosrumbos.org/documentos/Age%20at%20Onset%20of%20Alcohol%20Consumption%20and%20Ri>



La salud
es de todos

Minsalud

sk%20of%20Problematic%20Alcohol%20and%20Psychoactive%20Substance%20Use%20in%20Adulthood%20in%20the%20General%20Population%20in%20Colombia.pdf

Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances: What We Can Do About Alcohol, Tobacco, and Other Drugs . (2011). *Health Officers Council of British Columbia*, p. 20. (2012). Obtenido de Evidence Based Practice Institute,: <http://depts.washington.edu/ebpi/>

PNUD. (2014). *Informe de Desarrollo Humano. Sostener el progreso humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Recuperado de <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-summary-es.pdf>

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). (2014). *Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas*. Madrid, España: MANGRAF, S.L. .

Sen, Amartya, *Desarrollo y Libertad*, (2000), Buenos aires, Planeta

Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S Department of Health and Human Services. (2002). *A practitioner's guide to effective prevention*.

Unidas, Asamblea General de las Naciones. (1998). *Declaración de Política y Plan de acción de la Asamblea General*.

Unidas, Asamblea General de las Naciones. (2016). *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*. Nueva York. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>



La salud
es de todos

Minsalud

Anexo 1. Marco Normativo

Tipo de Normatividad	Referencia	Año
Ley	30	1986
Ley	715	2001
Declaración	Declaración de Brasilia sobre políticas públicas para el alcohol	2005
Política Nacional	Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto	2007
Declaración Internacional	Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas 2009	2009
Estrategia	Estrategia hemisférica sobre CICAD OEA	2010
Estrategia	Estrategia Mundial de Alcohol	2010
Decreto	120	2010
Ley	Ley 1385	2010
Política Nacional	Política Nacional contra las Drogas 2010 – 2014	2010 – 2014
Plan de Acción	Plan de acción hemisférico sobre drogas CICAD – OEA	2011
Plan de acción	Plan de acción regional para reducir el consumo nocivo de alcohol	2011
Plan Nacional	Plan Nacional de Seguridad Vial	2011 – 2016
Ley	1566	2012
Resolución	123 de 2012	2012
Plan Decenal	Plan Decenal de Salud Pública	2012 – 2021
Ley	1616	2013
Ley	1696	2013
Plan nacional	Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. V2.	2013
Resolución	5521	2013
Resolución	2003	2014
Plan Nacional	Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas,	2014 – 2021
Ley	1751	2015
Resolución	518	2015
Ley	1787 cannabis medicinal	2016
Resolución	6408	2016
Resolución	3280	2018
Estándar	Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas, 2018 – UNODC	2018
Resolución	4886	2018
Resolución	089	2019

Anexo 2. Lista de chequeo de criterios de planeación



CRITERIOS		SI	NO
El Programa identifica:	1. El cambio que se busca		
	2. Los factores de riesgo y de protección específicos a los que se dirige la intervención		
	3. La población objetivo		
	4. Cómo funcionan los componentes de la intervención para producir dicho cambio		
	5. Cuenta con fundamentación teórica		
El programa especifica:	1. Los mínimos necesarios para su implementación, en términos de: Personal, recursos económicos necesarios y cronograma		
	2. Manuales para la implementación		
	3. Proceso de entrenamiento definido que cuenta con material de apoyo		
	4. Asesoría técnica para su implementación por parte de los diseñadores		
	5. Otro tipo de apoyo para su diseminación con fidelidad		
	¿Cuál?		
El programa cuenta con:	1. Un grupo control para evaluación		
	2. La evaluación es realizada con una muestra suficiente		
	3. Estudios con diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo control, que confirman la hipótesis de cambio		
	4. Evaluación de resultado con diseño cuasi-experimental con grupo experimental y de control		
	4.1 Esta evaluación demuestra diferencias significativas entre grupos con los cambios atribuidos al programa		
	5. Evaluación independiente que confirma la hipótesis de cambio		
	6. Evaluación cuasi-experimental de alta calidad que confirma la hipótesis de cambio		
	7. Un ensayo controlado aleatorio de alta calidad que confirma la hipótesis de cambio		
	8. Dos o más ensayos controlados aleatorios de alta calidad que confirman la hipótesis de cambio		
	9. El evaluador es miembro actual o pasado del equipo de investigación del desarrollador del programa		
10. El evaluador tiene interés financiero en el programa			
El programa cuenta con:	1. Análisis de proceso y de costo - efectividad		
	2. Estudio de costo - efectividad		
El programa cuenta con:	3. Estudio para establecer sus resultados		
	4. Estudios descriptivos		
	5. La evaluación permite establecer que los cambios presentados puedan ser atribuidos al programa		
	6. La evaluación evidencia efectos dañinos		
Los estudios realizados permiten establecer:	1. Se ha realizado seguimiento al programa para establecer si los resultados atribuibles al programa se mantienen a lo largo del tiempo		
	2. El impacto de la intervención positiva se mantiene durante un mínimo de 12 meses después de que finaliza la intervención del programa.		



La salud
es de todos

Minsalud

Anexo 3. Teorías del cambio

Teorías del nivel individual	Teorías del nivel interpersonal	Teorías del nivel comunitario	Teorías del nivel socio político
<ol style="list-style-type: none"> Acción razonada y planeación de la conducta. Teoría de la Autorregulación Modelo Transteórico de Estados del Cambio de Conducta Establecimiento de Metas Teoría del Manejo del Estrés Teoría de Búsqueda de Sensaciones. 	<ol style="list-style-type: none"> Modelos de Crianza Social Cognitiva Redes Sociales y Apoyo Social Resiliencia Vínculo Conflicto Atribución 	<ol style="list-style-type: none"> Modelos de Organización Comunitaria Teoría de Difusión de la Innovación Modelo de Comunicación para Cambio de Conducta (CCC) Modelo de Cambio Organizacional Estrategia de Mercadeo Social. 	<p>Modelos de políticas públicas, legislación y agenda pública.</p>

Anexo 4. Cuadro resumen estándares internacionales de prevención UNODC

Momento del curso de vida	Tipo de intervención	Evidencia disponible	Características asociadas con resultados positivos de prevención
Infancia y niñez temprana	Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas con trastornos por abuso de sustancias	Dos buenas revisiones reportaron hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con la primera, el tratamiento integral basado en evidencia para las mujeres embarazadas puede tener un impacto positivo sobre el desarrollo infantil, el funcionamiento emocional y el conductual, además de tener impacto en las habilidades de crianza. El plazo para la sostenibilidad de los resultados y el origen de las pruebas no son claros. Además, la otra revisión muestra resultados con relación a la visita prenatal e infantil para las mujeres con trastornos de alcohol y drogas en la que se reportan la mejora de la salud de la madre y del bebé, pero los datos son insuficientes	<p>Proporcionar servicios integrales de tratamiento para las mujeres embarazadas que sufren de abuso de sustancias, incluidos los concurrentes trastornos de salud mental.</p> <p>Incluir Intervenciones basadas en el apego y la crianza.</p>



	<p>Visitas Prenatales e infantiles</p>	<p>Un ensayo aceptable de control aleatorio reportó hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con este estudio, estos programas pueden prevenir el abuso de sustancias en el futuro y también pueden ser rentables en términos de bienestar social y costos médicos. La evidencia proviene de los EE. UU.</p>	<p>Visitas a cargo de personal médico especializado;</p> <p>Visitas periódicas hasta los dos años, al principio cada dos semanas y después todos los meses y con menor frecuencia posteriormente;</p> <p>Capacitación sobre aptitudes parentales básicas;</p> <p>Apoyo a las madres para hacer frente a una serie de asuntos socioeconómicos relacionadas con la salud, la vivienda, el empleo o formalidades legales</p>
	<p>Educación Temprana</p>	<p>Dos buenas revisiones reportaron resultados con respecto a esta intervención. De acuerdo con estos estudios ofrecer servicios de educación temprana para los niños que crecen en comunidades desfavorecidas puede reducir el consumo de marihuana a los 18 años y también puede reducir el uso de otras drogas ilícitas y del tabaquismo. Además, la educación temprana puede evitar otras conductas de riesgo y promover la salud mental, la inclusión social y el éxito académico. Todas las pruebas se originan a partir de los EE. UU.</p>	<p>Mejora las competencias cognitivas, sociales y lingüísticas de los niños;</p> <p>Sesiones diarias;</p> <p>Programas impartidos por profesores debidamente capacitados;</p> <p>Prestación de otros tipos de apoyo socioeconómico a las familias</p>
<p>Infancia media</p>	<p>Programas sobre aptitudes parentales</p>	<p>Cinco (5) revisiones informaron hallazgos con respecto a esta intervención, de las cuales cuatro (4) provienen del último compendio 10. En lo referente a los resultados primarios de la prevención, estos estudios constataron que los programas universales basados en la familia pueden prevenir el consumo de tabaco, alcohol, drogas y sustancias entre los jóvenes, siendo la magnitud de los efectos generalmente persistentes a medio y a largo plazo (más de 12 meses). Al parecer, los programas más intensivos impartidos por un facilitador debidamente capacitado suelen ser más eficaces que los programas asistidos por ordenador o impartidos en una sola sesión. También resultaron eficaces algunas intervenciones concretas orientadas a las mujeres y dirigidas a las madres y a las hijas. La evidencia resumida anteriormente proviene de estudios sobre intervenciones en el ámbito de la prevención basadas en la familia, llevadas a cabo en África, Asia, Oriente Medio, Europa, Australia y América del Norte.</p> <p>OMS también recomienda los programas sobre aptitudes parentales para apoyar el desarrollo</p>	<p>Mejoran los lazos familiares, es decir, el vínculo entre padres e hijos;</p> <p>Apoyan a los padres para que desempeñen un papel más activo en las vidas de sus hijos, por ejemplo, vigilando sus actividades y amistades, y participando en su aprendizaje y su educación;</p> <p>Ayudan a los padres a aplicar una disciplina positiva y adecuada para el desarrollo;</p> <p>Prestan apoyo a los padres para que puedan servir de modelo a sus hijos.</p> <p>Organizan de manera fácil y atractiva la participación de los padres (por ejemplo, reducción de las horas de trabajo, comidas, cuidado de los niños, transporte o un pequeño premio para los</p>



	<p>positivo, prevenir la violencia entre los jóvenes, gestionar los trastornos de comportamiento en los niños y los adolescentes y prevenir el maltrato infantil¹². Para mejorar los resultados en la esfera del desarrollo infantil también se recomiendan las intervenciones de atención parental que promueven las interacciones entre la madre y el niño, preferentemente en el marco de los programas en curso sobre salud de la madre y el niño para los niños desnutridos, frecuentemente enfermos y otros grupos de niños en riesgo.</p>	<p>que completen las sesiones);</p> <p>Suelen impartirse en varias sesiones (a menudo unas 10 sesiones o más en el caso de padres de comunidades marginadas o desfavorecidas o en el contexto de un programa de tratamiento en el que uno o los dos progenitores sufran trastornos relacionados con el consumo de sustancias);</p> <p>Incluyen normalmente actividades para los padres, para los niños y para toda la familia;</p> <p>Impartidos por personas debidamente capacitadas, en muchos casos sin ningún título oficial.</p>
Educación en aptitudes personales y sociales	<p>Siete (7) revisiones reportaron conclusiones sobre esta intervención, cuatro (4) de los cuales proceden provienen del último compendio 16. En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, el apoyo al desarrollo de aptitudes personales y sociales en el contexto del aula puede prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, especialmente en un seguimiento a más largo plazo (más de un año). La eficacia de las estrategias que se centran solo en la resiliencia se limitó al uso de drogas. La mayoría de la evidencia procede de América del Norte, Europa y Australia y también de algunos estudios llevados a cabo en Asia y África.</p>	<p>Mejora un conjunto de aptitudes personales y sociales;</p> <p>Programas impartidos en una serie de sesiones estructuradas, a menudo se ofrecen sesiones de refuerzo durante varios años;</p> <p>Programas impartidos por profesores o facilitadores debidamente capacitados;</p> <p>Las sesiones son fundamentalmente interactiva.</p>
Programas de mejoramiento del entorno escolar	<p>Una buena revisión informa resultados con respecto a esta intervención. De acuerdo con este estudio, las prácticas docentes de gestión en el aula reducen significativamente los problemas de comportamiento en el salón de clases, incluyendo conductas disruptivas y agresivas (los efectos más fuertes a nivel de aula son de 0,8), además refuerzan el comportamiento prosocial y el rendimiento académico de los niños. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro. Toda la evidencia reportada anteriormente se origina en los EE. UU. Y Europa.</p>	<p>A menudo aplicados durante los primeros años escolares;</p> <p>Incluye estrategias para responder a un comportamiento inadecuado;</p> <p>Incluye estrategias para reconocer el comportamiento apropiado; 9 Incluye comentarios sobre las expectativas;</p> <p>Participación de todos los estudiantes.</p>
Políticas para mantener a los niños en la escuela	<p>Dos buenas revisiones reportaron resultados con respecto a las siguientes políticas: la construcción de nuevas escuelas, el suministro de alimentación en las escuelas y el proporcionar incentivos económicos de diversa índole a las familias. De acuerdo con estos estudios, estas</p>	



		<p>políticas aumentan la asistencia de los niños a la escuela y mejoran sus habilidades lingüísticas y matemáticas. Proporcionar becas sin condiciones a las familias no parece dar lugar a resultados significativos, mientras que las transferencias condicionadas si lo hacen. Todas estas evidencias se originan en países de ingresos bajos y medianos. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro.</p>	
Adolescencia Temprana	<p>Educación en materia de prevención basada en la competencia y la influencia social</p>	<p>Veintidós (22) revisiones reportaron resultados sobre este tipo de intervención, quince (15) de los cuales procedían del nuevo compendio. En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, algunos programas basados en una combinación de competencia e influencia sociales previenen el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas (los efectos preventivos constatados en todos los estudios son pequeños pero uniformes, y también subsisten a largo plazo (más de 12 meses)). De acuerdo con las conclusiones de una revisión de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco destinados específicamente a las adolescentes, no existe evidencia que confirme que dichos programas tengan un efecto significativo en la prevención del tabaquismo entre las adolescentes, aunque existe alguna indicación prometedora en relación con los programas diferenciados por género y los programas impartidos simultáneamente con campañas en los medios de comunicación. Según los resultados de la investigación, los programas escolares centrados en los factores de protección individuales y ambientales y relacionados con la resiliencia, resultaron eficaces en la prevención del uso de drogas, pero no del consumo de tabaco o alcohol. Los programas basados solo en el suministro de información, así como el programa para la educación de la resistencia al uso indebido de drogas (Drug Abuse Resistance Education: DARE), no habían resultado eficaces. Los programas impartidos por compañeros sobre todas las sustancias habían dado resultados positivos, aunque esta opción debe descartarse para los grupos de alto riesgo, ya que existe el riesgo de que se produzcan efectos adversos (por ejemplo, un aumento del consumo de sustancias). Los métodos basados en técnicas de computador suelen producir efectos pequeños para todas las sustancias.</p>	<p>Utilizar métodos interactivos; Programas impartidos en una serie de sesiones estructuradas (normalmente entre 10 y 15) una vez a la semana, a menudo ofreciendo sesiones de refuerzo durante varios años;</p> <p>Programas impartidos por un facilitador debidamente capacitado (o incluso por compañeros debidamente capacitados);</p> <p>Brindar la oportunidad de practicar y aprender una gran variedad de competencias personales y sociales, en particular las capacidades para hacer frente a los problemas y adoptar decisiones y la capacidad de resistencia, especialmente en relación con el consumo de sustancias;</p> <p>Reforzar las percepciones de los riesgos asociados al consumo de sustancias, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas;</p> <p>Disipar las falsas ideas sobre la naturaleza normativa y las expectativas vinculadas al consumo de sustancias.</p>
	<p>Políticas escolares para prevenir el consumo de</p>	<p>Cuatro revisiones reportaron conclusiones sobre estas intervenciones²⁴, tres de los cuales procedían del nuevo compendio. Tres de las revisiones analizaban las políticas sobre el</p>	<p>Apoyar el funcionamiento escolar y evitar las perturbaciones;</p> <p>Políticas desarrolladas con la</p>



La salud es de todos

Minsalud

	sustancias	<p>tabaquismo en las escuelas y el otro las intervenciones dirigidas a los estudiantes de educación superior (escuelas superiores y universidades). En lo referente a los resultados primarios, las tres revisiones de las políticas contra el consumo de tabaco, incluido uno sobre incentivos escolares para prevenir el tabaquismo, notificaron resultados diferentes y fueron escasos los estudios que aportaron evidencia sobre la eficacia de las políticas y más de la mitad no aportaron evidencia sobre los efectos. Los estudios que reportaron conclusiones constataron que la probabilidad de que se consumiera tabaco en las escuelas era menor en los centros en los que se prohibía dicho consumo que en los centros que adoptaban actitudes más liberales. Se encontró alguna evidencia que demostraba que el nivel de formalidad de las políticas (por ejemplo, políticas escritas) y de su aplicación también influyen en los hábitos de fumar. En las escuelas de educación superior y las universidades, algunas intervenciones ambientales, las campañas de promoción de las normas sociales y las intervenciones basadas en las terapias cognitivas y conductuales y en el desarrollo de competencias podrían resultar beneficiosas para prevenir el consumo nocivo de alcohol, en particular las intervenciones breves basadas en la motivación y las intervenciones normativas personalizadas (tanto a través de una computadora como personalmente). Aunque la mayoría de los datos empíricos proceden de América del Norte, Europa y Australia, también hay datos empíricos procedentes de Asia.</p>	<p>participación de todas las partes interesadas (los estudiantes, los profesores, el personal y los padres);</p> <p>Las políticas especifican claramente las sustancias prohibidas, así como los lugares (instalaciones escolares) o las ocasiones (funcionamiento escolar) en los que se aplica la política;</p> <p>La política se aplica a todos en la escuela (estudiantes, profesores, personal y visitantes) y a todas las sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas);</p> <p>Abordar las infracciones de las políticas con sanciones positivas, proporcionando servicios de asesoramiento –o remitiendo a dichos servicios–, tratamiento u otros servicios psicosociales y de atención de la salud, en lugar de adoptar medidas punitivas;</p> <p>Aplicar las políticas de manera sistemática y puntual, incluyendo medidas de refuerzo positivo que faciliten el cumplimiento.</p>
	Programas escolares para reforzar el vínculo con la escuela	<p>Dos revisiones reportaron conclusiones sobre esta intervención²⁵, uno de los cuales procedía del nuevo compendio.</p> <p>En lo referente a los resultados primarios, un estudio constató que estas estrategias contribuyen a prevenir el uso de todas las sustancias, mientras que el otro solamente notificó resultados sobre el uso de drogas y no notificó resultados significativos sobre el consumo de tabaco y alcohol.</p> <p>Aunque la mayoría de la evidencia procede de América del Norte, Europa y Australia o Nueva Zelanda, también hay alguna evidencia procedente de Asia</p>	<p>Apoyar los valores escolares positivos y el compromiso con la escuela;</p> <p>Apoyar la participación de los estudiante</p>
	Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales	<p>Cuatro ensayos controlados aleatorios informaron resultados aceptables con respecto a esta intervención en la adolescencia temprana y la adolescencia. De acuerdo con estos estudios, los</p>	<p>Impartido por profesionales capacitados (por ejemplo, psicólogos, maestros).</p> <p>Los participantes han sido</p>



		<p>programas dirigidos a vulnerabilidades psicológicas individuales pueden reducir los índices de consumo de alcohol (reduciendo las probabilidades en un 29% en comparación con los estudiantes de alto riesgo en las escuelas de control) y las borracheras (reduciendo las probabilidades en un 43%) en un seguimiento de dos años. Una buena revisión informa resultados con respecto a esta intervención en la infancia media²². Según este estudio, este tipo de intervención puede impactar los factores individuales (como el autocontrol) que regulan el abuso de sustancias en etapas posteriores.</p>	<p>identificados como poseedores de rasgos específicos de personalidad con la ayuda de instrumentos validados;</p> <p>Proporcionar a los participantes conocimientos sobre cómo manejar de manera positiva las emociones.</p> <p>Serie corta de sesiones (2-5).</p>
	Programas de mentores o "tutores"	<p>Una revisión sistemática reportó conclusiones sobre esta intervención²⁸ En lo referente a los resultados primarios, este estudio aportó evidencia sobre el efecto del programa de mentores en la prevención del consumo de alcohol y drogas entre los jóvenes. La evidencia procedía de los Estados Unidos de América y de Europa</p>	<p>Proporcionar capacitación adecuada y apoyo a los mentores;</p> <p>Basado en un programa de actividades muy estructurado.</p>
Adolescencia y edad adulta	Intervención Breve	<p>Las conclusiones de esta intervención se exponen en 48 revisiones, de las cuales 38 provienen del último compendio. En lo referente a los resultados primarios, estos estudios muestran que la intervención breve y las entrevistas motivacionales pueden reducir de manera significativa el consumo de sustancias. Esta evidencia del efecto se encontró con respecto a diferentes sustancias (tabaco, alcohol y drogas) y diferentes grupos de edad (adolescentes y adultos); además según se informa, las magnitudes de los efectos son reducidas y no persisten más allá de los 6 o 12 meses. También se informó sobre la reducción del consumo excesivo de alcohol entre personas con trastornos psicóticos y sobre indicios de reducción del consumo de alcohol o de los hábitos de consumo nocivo entre los jóvenes universitarios y no universitarios. En el entorno escolar, un estudio concluyó que existen pocas pruebas de calidad que demuestren que las intervenciones breves en los colegios sean más efectivas para reducir el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas) que las evaluaciones por sí solas, y fueron similares a las sesiones informativas. En otros estudios se muestra cierta efectividad respecto al consumo de cannabis y resultados similares con el tabaco y el alcohol. Las intervenciones realizadas a través de medios informáticos e internet generaron efectos menores que no se mantienen a largo plazo (más de 12 meses) para el alcohol, y se disponen de menos evidencia en relación con el tabaco y el</p>	<p>Las sesiones unos a uno identifican si hay un problema de abuso de sustancias y ofrecen asesoramiento básico inmediato y/o derivación.</p> <p>A cargo de un profesional capacitado.</p>



		<p>cannabis. En una revisión, se informa sobre la efectividad de las intervenciones realizadas por vía telefónica. Las magnitudes de los efectos fueron superiores para las intervenciones presenciales. En la revisión que estudió las intervenciones realizadas en los servicios de urgencias, se observó que la heterogeneidad de los estudios incluidos sobre adolescentes y edad adulta, alcohol y drogas dificultaba la integración de resultados. Se constató efectividad, también para las mujeres y los pacientes aptos para recibir tratamiento. No obstante, las intervenciones que se centraban en el consumo de alcohol, principalmente por parte de los adolescentes y los adultos, pueden aportar escasa evidencia acerca del consumo de tabaco</p>	
	<p>Programas de prevención en el lugar de trabajo</p>	<p>En cuatro (4) revisiones se informó sobre las conclusiones relativas a este tipo de intervención, dos de los cuales proceden del nuevo compendio.</p> <p>En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, la prevención en el lugar de trabajo puede evitar el consumo de alcohol con una posible variabilidad en los efectos por sexo, puesto que en un estudio se indica un efecto positivo en la reducción del consumo de alcohol entre las mujeres solamente. En una revisión no se hallaron efectos en la prevención del tabaquismo. Además, respecto a otros hábitos relativos a la salud, en otra revisión se indicó que las intervenciones en el lugar de trabajo pueden tener un efecto positivo en la forma física. El período de sostenibilidad de estos resultados no es claro. La mayoría de la evidencia procede de América del Norte y Europa, y también de algunas investigaciones llevadas a cabo en Australia y Asia..</p>	<p>Se desarrollan con la participación de todos los grupos de interés (empleadores, directivos y empleados).</p> <p>Garantizan la confidencialidad a los empleados.</p> <p>Están incluidas y se basan en una política de abuso de sustancias en el lugar de trabajo que han desarrollado todos los grupos de interés y no es punitiva.</p> <p>Proporcionan intervenciones breves (también por internet), asesoramiento, derivación para tratamientos y servicios de reinserción a los empleados que los necesitan.</p> <p>Incluyen un componente de comunicación clara.</p> <p>Se incluyen en otros programas relacionados con la salud y el bienestar (por ejemplo, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares).</p> <p>Incluyen cursos de gestión del estrés.</p> <p>Capacitan a directores, empleados y personal de la salud para que desempeñen sus funciones en el programa.</p> <p>Incluyen pruebas de alcohol y drogas solo como parte de un amplio programa con las</p>



			características descritas en los puntos anteriores.
	Políticas de alcohol y tabaco	<p>Seis revisiones buenas y seis aceptables informaron resultados con relación a políticas de alcohol²⁶, mientras que 5 revisiones buenas y cuatro aceptables informaron resultados con relación a políticas de tabaco²⁷. De acuerdo con estos estudios, el aumento del precio del alcohol y el tabaco disminuye su consumo en la población en general. Con respecto al alcohol, el impacto parece afectar tanto a los bebedores moderados y fuertes y un aumento del 10% se asocia con una disminución de 7,7% en el consumo de alcohol. Con respecto al tabaco, un aumento del 10% en el precio resulta en un 3,7% de menos fumadores. El aumento de los precios también se ha encontrado puede reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes universitarios y el consumo de tabaco entre los adolescentes y estudiantes universitarios. También los precios altos del tabaco parecen tienen un impacto en poblaciones de bajos ingresos. Por último, el aumento de los precios del alcohol se asocia con la disminución de la violencia. El aumento de la edad mínima legal para consumir alcohol reduce el consumo de alcohol, mientras que con respecto al tabaco la evidencia disponible es más heterogénea. Las intervenciones integrales para lograr que los vendedores se apeguen al reglamento podría afectar el consumo de tabaco entre los jóvenes, especialmente el de las niñas y los de aquellos que han pasado las etapas iniciales de la captación (interés por) el tabaco (los otros jóvenes acceden con más frecuencia al tabaco a través de amigos). El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro.</p> <p>El aumento de la exposición a la publicidad de alcohol aumenta la probabilidad de empezar a beber entre los adolescentes y puede aumentar los niveles de consumo entre bebedores actuales. Del mismo modo, la publicidad y promoción del tabaco están vinculadas a la iniciación y aumento del consumo de tabaco. La prohibición a largo plazo sobre la publicidad de los productos del tabaco impide el consumo.</p>	<p>Aumentar el precio del tabaco y el alcohol a través de impuestos; en el caso de políticas sobre el alcohol, los resultados podrían no ser tan sólidos en los países en los que la gran mayoría de la producción y el consumo no se registra.</p> <p>Aumento de la edad mínima para la venta de productos de tabaco y alcohol. ¶ Impedir la venta de tabaco y alcohol a los jóvenes menores de edad a través de programas integrales que incluyen la aplicación de la ley de manera activa y permanente, así como la educación de los minoristas a través de una variedad de estrategias (contacto personal, medios y materiales de información).</p> <p>Prohibir la publicidad del tabaco y restringir la publicidad de alcohol a los jóvenes.</p>



	<p>Iniciativas comunitarias de múltiples componentes</p>	<p>Siete buenas revisiones y seis opiniones aceptables reportaron hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con estos estudios, la iniciativa comunitaria integral puede evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco. Aunque la mayor evidencia reportada se origina en los EE. UU. / Canadá, Europa y Australia, algunos pocos estudios, en particular en lo que respecta al tabaco, proceden de Asia.</p>	<p>Facilitan la aplicación de las políticas sobre el tabaco y el alcohol a nivel local.</p> <p>Trabajan en diversos ámbitos comunitarios (familias y colegios, trabajo, lugares de ocio, etc.).</p> <p>Involucran a las universidades para respaldar la implantación de programas de base empírica, su supervisión y evaluación.</p> <p>Ofrecen a las comunidades formación y recursos adecuados. Se mantienen las iniciativas a medio plazo (por ejemplo, más de un año).</p>
	<p>Campañas en los medios de comunicación</p>	<p>Seis (6) revisiones informaron hallazgos para este tipo de intervención, de las cuales cinco proceden del nuevo compendio. En lo referente a los resultados primarios, estos estudios presentaron conclusiones contradictorias sobre los efectos de la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, con la excepción de las campañas antitabaco en combinación con otros componentes preventivos.</p> <p>Los datos empíricos expuestos proceden de América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Europa</p>	<p>Definen con exactitud el grupo al que se destina la campaña.</p> <p>Se fundamentan en una sólida base teórica.</p> <p>Diseñan mensajes a partir de investigaciones formativas sólidas.</p> <p>Conectan firmemente con otros programas existentes de prevención del consumo de drogas en el hogar, el colegio y la comunidad.</p> <p>Logran una exposición adecuada del grupo destinatario durante un período de tiempo prolongado.</p> <p>Se evalúan sistemáticamente. Van dirigidas a los padres, lo que también parece surtir un efecto</p>
	<p>Lugares de entretenimiento</p>	<p>Tres (3) revisiones informaron resultados con respecto a este tipo de intervenciones, una (1) de las cuales procede del nuevo compendio. En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, la formación del personal, las intervenciones de políticas y la aplicación de las leyes proporcionaron alguna indicación de los efectos sobre la intoxicación, el consumo de riesgo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol, incluso en el contexto de los acontecimientos deportivos.</p>	<p>Forman al personal y a los gerentes en el suministro responsable y el trato de los clientes ebrios.</p> <p>Proporcionan orientación y tratamiento al personal y los gerentes que lo necesitan.</p> <p>Incluyen un fuerte componente de comunicación para crear conciencia y la aceptación del programa.</p>



La salud
es de todos

Minsalud

			Incluyen la participación activa de las fuerzas del orden y los sectores sanitarios y sociales. Aplican las leyes y las políticas vigentes en materia de consumo de sustancias en los locales y en la comunidad
--	--	--	---

Tomado de Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas. Segunda Versión Actualizada (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, 2018)

Anexo 5. Lista de chequeo criterios básicos de prevención COPOLAD (COPOLAD, 2014)

Marque con una X acorde con la forma como se haya desarrollado cada uno de los procesos descritos en la planeación del programa o acción preventiva

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO		Cumple	Cumple parcialmente	No cumple
Evaluación y análisis de necesidades.	P.1 La información relevante, actualizada y fiable recogida y revisada sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluye: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.			
	P.2 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.			
	P.3 La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.			
	P.4 Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo con la evaluación de necesidades.			
	P.5 Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el mismo trata de modificar.			
	P.6 El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que: Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura			



	<p>relevante. Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención. Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas. Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.</p>			
	<p>P.7 Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.</p>			
Identificación e implicación de las partes interesadas.	<p>P.8 Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.</p>			
	<p>P.9 Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.</p>			
	<p>P.10 Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar), ésta se considera como una parte interesada en el programa; sus necesidades se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y si la información proporcionada es comprensible y le permite tomar una decisión sobre el mismo.</p>			
Evaluación de recursos.	<p>P.11 Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.</p>			
	<p>P.12 Si el personal no tiene la capacitación necesaria, se define un plan de formación.</p>			
Diseño/formulación del programa.	<p>P.13 Existe un plan escrito del proyecto que es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados; describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa; informa sobre el modelo teórico adoptado; detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados; y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.</p>			
	<p>P.14 El proyecto define el criterio para el final de la intervención (logro de los objetivos, finalización de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).</p>			
	<p>P.15 Se especifica qué se pretende prevenir o modificar</p>			
	<p>P.16 Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar);</p>			



La salud
es de todos

Minsalud

<p>son claros, comprensibles, realistas; están temporalmente definidos y son cuantificables; mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados; tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).</p>			
<p>P.17 Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.</p>			
<p>P.18 En la selección de las intervenciones existentes se considera: * Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto. * Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo. * Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto. * Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. * Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos. * El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido. * La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficiente, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).</p>			
<p>P.19 El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con las necesidades de los participantes, el escenario, el entorno operativo, la edad de los participantes, su grado de desarrollo, su género y su cultura.</p>			
<p>P.20 El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación del lenguaje, las actividades y métodos de aplicación; los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención; y el número de participantes por actividad.</p>			
<p>P.21 El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.</p>			
<p>P.22 El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora el mayor número de elementos posible de dichas evidencias y recomendaciones.</p>			
<p>P.23 El programa tiene la intensidad y duración adecuada para el grupo al que va dirigido a mayor riesgo de consumo, más intensa y prolongada debe ser la intervención, y viceversa.</p>			



La salud
es de todos

Minsalud

	P.24 El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.			
	P.25 Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.			
	P.26 Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.			
	P.27 Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).			
	P.28 El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.			
Seguimiento del programa.	P.29 La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.			
	P.30 Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN		Cumple	Cumple parcialmente	No cumple
P.31	Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye: • Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. • Los momentos en que se realizarán las mediciones. • Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.			
P.32	Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.			
P.33	Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.			
P.34	Los métodos y las herramientas utilizados para la recogida de los datos de resultados: • Están claramente descritos. • Aportan información relevante para los indicadores de evaluación. • Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas. • Son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).			



<p>P.35 Los datos (indicadores) de resultados son medidos antes y después de la intervención.</p>			
<p>P.36 Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye: • Los indicadores que se van a utilizar. • Los momentos en que se van a medir los indicadores. • Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.</p>			
<p>P.37 Los indicadores de evaluación de proceso: • Están relacionados con las actividades realizadas. • Están claramente descritos. • Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.</p>			
<p>P.38 Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.</p>			
<p>P.39 Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo en lo que concierne al uso de diferentes sustancias: • Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo. • Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo. • Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas. • Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial. • Si se han reducido los problemas relacionados con su uso. • Si se han modificado determinadas variables mediadoras.</p>			
<p>P.40 Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.</p>			
<p>P.41 Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.</p>			
<p>P.42 Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.</p>			



La salud
es de todos

Minsalud

Anexo 6. Glosario

Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA): Un modelo problemático de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente, en situaciones en las que es físicamente peligroso

Bebida alcohólica. Producto apto para el consumo humano con una concentración de alcohol etílico no inferior a 2.5 grados alcohol métricos, al cual no se le indican propiedades terapéuticas.

Alcoholismo. Término genérico que incluye todas las manifestaciones patológicas del consumo de alcohol. Corresponde además a la expresión "problemas relacionados con el alcohol" la cual comprende un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psicológica y social, asociados con el consumo de alcohol, sea este consumo de forma puntual o regular e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos, además de incluir las demás manifestaciones y afectaciones por su consumo, entre ellas "trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol".

Auto cuidado. Obligación de toda persona de velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales, y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes.

Dependencia de sustancias psicoactivas: Implica una necesidad imperiosa e incontrolable (física o psicológica) que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia psicoactiva para encontrarse bien o para no sentirse mal.

Embriaguez. Conjunto de cambios psicológicos y neurológicos de carácter transitorio, así como en órganos y sistemas, inducidos en el individuo por el consumo de algunas sustancias farmacológicamente activas, las cuales afectan su capacidad y habilidad para la realización adecuada de actividades de riesgo.

Factor de protección del consumo de sustancias psicoactivas: Es un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas y que favorece el desarrollo personal.

Factor de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas: Es un atributo o característica individual, condición situacional o de contexto ambiental que incrementa la probabilidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Fomento de estilos de vida saludables: Conjunto de actividades, intervenciones y programas dirigidos a las personas, cuyo objeto es orientar el desarrollo o fortalecimiento de actitudes y hábitos que favorezcan la salud y el bienestar de la población.

Gestión de caso: Proceso mediante el cual, a través de la identificación, la canalización, el seguimiento, el monitoreo y la abogacía se garantiza el goce efectivo del derecho a la salud de los consumidores de sustancias psicoactivas, lo cual implica la óptima articulación de las Administradoras de Riesgos Laborales, las empresas, los trabajadores y los servicios de salud.

Instrumento de evaluación de riesgo de consumo o tamizaje: Se refiere a los cuestionarios dirigidos a valorar el riesgo, en las que se incluyen, además, las entrevistas estructuradas que pueden administrar evaluadores adiestrados sin formación médica para identificar el riesgo por consumo de sustancias psicoactivas. La aplicación de estos cuestionarios se hará previo consentimiento informado del trabajador y con plena salvaguardia de la confidencialidad de los resultados.



La salud
es de todos

Minsalud

Prevención del consumo de SPA: Es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual. La prevención del consumo de SPA se clasifica en:

- **Prevención universal:** Corresponde a las acciones dirigidas al total de la población, independientemente del nivel de riesgo a que están sometidas, sean consumidores o no de sustancias psicoactivas. El objeto principal es prevenir el consumo, resaltando los beneficios que se obtienen al tener un estilo de vida saludable.

- **Prevención selectiva:** Contempla acciones dirigidas a grupos específicos, que, por características personales, del entorno social, familiar, sociocultural y de relación se hallan expuestos a diversos factores de riesgo individuales. Su fin es reducir la probabilidad de crear dependencia o abuso a las sustancias psicoactivas.

- **Prevención indicada:** Incluye actividades dirigidas a los individuos que presentan síntomas de abuso o dependencia, cuyo propósito es reducir el daño como consecuencia de esta enfermedad. Este enfoque de intervención debe ser específico.

Salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sustancia psicoactiva (SPA): Sustancia lícita o ilícita de origen natural o sintético que, cuando se ingiere, afecta y modifica el funcionamiento del sistema nervioso central y los procesos mentales (como la cognición o la afectividad). “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, sin embargo, en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”.

Tipos de consumo: Los consumos se pueden clasificar según dos criterios: la frecuencia del consumo y el sentido que se da al mismo.

Dependiendo de la frecuencia, el consumo puede clasificarse en:

- **Esporádico:** Cuando se consume una vez al mes.
- **Habitual:** Cuando se consume una vez a la semana.
- **Intensificado:** Cuando se consume más de una vez a la semana.
- **Masivo:** Cuando se consume todos los días.

Uso nocivo o perjudicial de SPA: Es un patrón de consumo en el que se presenta el uso recurrente a pesar de problemas legales, sociales o interpersonales que resulten como consecuencia del consumo, o el consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso.

Uso problemático de SPA: Es un patrón de uso que puede incluir el abuso y la dependencia, tiene impacto significativo y negativo sobre la salud, las relaciones sociales y familiares y sobre la estabilidad académica, laboral y económica.

Tomado de Glosario de términos de alcohol y drogas, Organización Mundial de la Salud (1994).