



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

POLÍTICA NACIONAL
PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO

RESUMEN EJECUTIVO

Con la participación de la
COMISIÓN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Bogotá, D.C., abril de 2007

Título

Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo

Elaborado por

Inés Elvira Mejía Motta

Interventoría

Aldemar Parra Espitia

Revisión de estilo

Birgit Sharfenort Matallana

Diseño de carátula

Camilo Mejía Motta

2007

Bogotá D.C., abril 2007

© Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se conserve la integridad del texto y se cite la fuente.

Este texto corresponde a la versión resumida de la propuesta de *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*.



Libertad y Orden

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Blanca Elvira Cajigas de Acosta
Viceministra de Salud y Bienestar

Carlos Jorge Rodríguez
Viceministro Técnico

Jorge León Sánchez Mesa
Viceministro de Relaciones Laborales

Rosa María Laborde Calderón
Secretaria General

Lenis Enrique Urquijo Velásquez
Director General de Salud Pública

CONSEJO NACIONAL
DE ESTUPEFACIENTES

Carlos Holguín Sardi
Ministro del Interior y de Justicia

Juan Manuel Santos
Ministro de Defensa Nacional

Cecilia María Vélez White
Ministra de Educación

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Fernando Araújo Perdomo
Ministro de Relaciones Exteriores

Carlos Albornoz Guerrero
Director Nacional de Estupefacientes

Edgardo José Maya Villazón
Procurador General de la Nación

Andrés Mauricio Peñate
Director Departamento Administrativo de Seguridad

Mario Germán Iguarán Arana
Fiscal General de la Nación

Jorge Daniel Castro
Director General de la Policía Nacional

PRESENTACIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas plantea enormes retos para las sociedades actuales, independientemente del grado de desarrollo alcanzado por ellas, pues, las consecuencias individuales y sociales derivadas del mismo, hacen tambalear el desarrollo social y económico de un país al afectar de manera directa e indirecta el capital social, el capital humano, la salud pública, el bienestar y la seguridad de un número cada vez mayor de niños, niñas, jóvenes y adultos cuyo futuro se compromete seriamente por cuenta de la producción, el tráfico, el comercio y el consumo. El panorama es aún más complejo, si se tiene en cuenta que el consumo adquiere cada vez más dimensiones inimaginables hasta hace pocas décadas.

Las agencias internacionales instan a los gobiernos a definir respuestas en congruencia con los tratados internacionales y con los compromisos adquiridos en las diferentes convenciones de la Organización de las Naciones Unidas. En ellas, se ha establecido que el enfoque mayoritariamente centrado en el control de la oferta debe redefinirse, no porque no sea un aspecto fundamental en la lucha conjunta contra las drogas, sino porque hoy se reconoce que es necesario encontrar un balance entre las acciones de control de oferta y las de control de la demanda, por ser estos, aspectos constitutivos de un mismo problema.

En consecuencia, la presente política busca ofrecer salidas a un problema que Colombia reconoce como de amplia prioridad, que requiere no sólo de un gran aporte del sector de la Protección Social, sino además, de todas las instancias que pueden y deben aportar con su quehacer a la búsqueda de soluciones ajustadas, innovadoras y medibles. Es por ello que la política tiene como eje transversal de la misma, la construcción de capacidad de respuesta, tanto técnica, institucional, financiera y de integración, para reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto de la drogas.

La política no sólo pretende ofrecer los lineamientos que permitan identificar, comprender y contrarrestar los factores macrosociales, microsociales y personales que inciden en el consumo sustancias psicoactivas, sino además, guiar el diseño de planes y programas a nivel territorial, que respondan a las diversas necesidades de la familia, la comunidad y los individuos en materia de prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados a estas sustancias.

Este esfuerzo es resultado de una extensa discusión con distintos actores y sectores, lo que le otorga amplia legitimidad en el marco de las políticas públicas. Una mirada a su estructura y contenido, permite ver con claridad su compromiso con los derechos humanos y con el desarrollo de capacidades y oportunidades para individuos y comunidades y con la superación de la pobreza y la búsqueda de la equidad, elementos fundamentales del actual Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010, "Hacia un Estado Comunitario".

Invito a las entidades que integran la Comisión Nacional para la Reducción de la Demanda de Drogas, a los Consejos Territoriales de Estupefacientes, a los Comités Departamentales de Prevención y Control del Consumo de Drogas, a todas las instituciones que integran el Sistema de la Protección Social, a las distintas agencias de cooperación internacional y a la sociedad en general a que acojan, discutan e implementen esta propuesta política, porque el problema de las drogas es un problema de todos y de todos su solución.

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Por su aporte invaluable a la *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su Impacto* durante las diferentes etapas de construcción, queremos reconocer y expresar un especial agradecimiento a las siguientes personas:

Primera etapa

Gisella Oliveira, Ministerio de Educación Nacional ■ Aldemar Parra, Ministerio de la Protección Social ■ Amelia Velasco, Fondo Nacional de Estupefacientes ■ Iván Perea, Programa Presidencial Rumbos ■ Nisme Yurany Pineda, Programa Presidencial Rumbos ■ Inés Elvira Mejía, Asesora Programa Presidencial Rumbos ■ Rafael Orduz y Andrés Pérez, O&P Consultores

Segunda etapa

Álvaro Restrepo, Fundación Psicoactiva ■ Guillermo A. Castaño, Fundación Universitaria Luis Amigó ■ Carlos Oviedo, Asesor Jurídico, Diseño de Políticas Públicas

Tercera etapa

Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas:

María Clara Ortiz, Ministerio de Educación Nacional ■ Elizabeth Contreras, Ministerio de Educación Nacional ■ Aldemar Parra, Ministerio de la Protección Social ■ Sara Patricia Urazán, Ministerio de la Protección Social ■ Alba Rocío Rueda, Fondo Nacional de Estupefacientes ■ Erika Aguirre, Fondo Nacional de Estupefacientes ■ Liliás Flórez, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ■ Carlos Raúl Jiménez, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ■ Augusto Moscarella, Ministerio del Interior y Justicia ■ Jenny Fagua, Dirección Nacional de Estupefacientes ■ Martha Pulecio, Dirección Nacional de Estupefacientes ■ Gabriel Gutiérrez, Dirección Nacional de Estupefacientes ■ Rosmira Candanoza, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario ■ Rubén Darío Bustos, Programa Futuro Colombia – Fiscalía General de la Nación ■ Jaime E. Prieto, Programa Futuro Colombia – Fiscalía General de la Nación ■ Pedro A. Carreño, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses ■ Mariela Montañez, Instituto Colombiano del Deporte, COLDEPORTES ■ Ana María Ospina, Programa Presidencial Colombia Joven ■ Julián Quintero, Programa Presidencial Colombia Joven ■ Mayor Rubi Mallorquín, Dirección Antinarcóticos – Policía Nacional ■ Intendente Arelys Vásquez, Dirección Antinarcóticos – Policía Nacional ■ Luz María Salazar, Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional ■ Alvaro Enrique Ayala, Ministerio de Relaciones Exteriores ■ Carlos Arturo Carvajal, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ■ María Mercedes Dueñas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ■ Carmen Serrano, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Otras entidades, profesionales y ámbito territorial:

Luis Alfonso, CICAD/OEA ■ María Cristina Ocampo, Universidad Javeriana ■ Mabel Hernández, Universidad Javeriana ■ Susana Fergusson, Fundación Procrear ■ Ángela Tello, Fundación Procrear ■ Irene Serrano, Fundación Procrear ■ Ingrid Battiston, Gerencia de Juventud - Alcaldía Mayor de Bogotá ■ Clara Inés Fajardo, Gerencia de Juventud – Alcaldía Mayor de Bogotá ■ Jaime Velosa, Hospital Santa Clara – UAICA ■ Jairo Robledo, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Comité Departamental de Drogas de Risaralda, CDDR ■ Luz Adriana Mellán, Secretaría de Educación Departamental, CDDR ■ Martha Isabel Salazar, Secretaría de Educación Departamental, Consejo de Política Social ■ Ruby Alba Ladino, Secretaría de Educación de Pereira, Consejo de Política Social ■ Elsa Cano, Surgir, Pereira, CDDR ■ Luz Marina Velásquez, Hogares Claret, Pereira, CDDR ■ María Ensueño Ocampo, Ministerio de la Protección Social, CDDR ■ Emma Angarita, E.S.E. Hospital Mental, CDDR ■ Carmenza Buitrago, Secretaría de Gobierno Departamental, Consejo de Política Social ■ Christian Ocampo, Secretaría de Gobierno Departamental, CDDR ■ María Victoria Álvarez, Pastoral Social, CDDR ■ Luz Adriana Rivera, Secretaría de Salud Departamental, CDDR ■ Mario Cuervo, Planeación Sectorial, Gobernación de Risaralda ■ Clara Inés Londoño, John Jairo Angarita, Corporación Caminos, Cali ■ Luisa Fernanda Enciso, Sabina Enciso, Fundación Proyecto de Vida, Valle del Cauca ■ Melba Vélez, Gobernación del Valle del Cauca ■ Rosa Zohé Rivas, Institución educativa A. Zawadsky, Cali ■ Nelson Enrique Escobar, Institución educativa San Juan Bosco, Cali ■ Nancy Ruiz, Secretaría de Educación Departamental, Valle del Cauca ■ María Julieta Lugo, Secretaría de Educación Municipal ■ María H. Posada, veedora comunidad, Cali ■ Hermes Ruiz, Alcaldía Yumbo ■ Helen Benavides, Alcaldía de Cali ■ Claudia Solís, Secretaría de Salud de Buenaventura ■ Jorge Sánchez, Fundación Despertando Corazones, Cali ■ Miguel Salas, Corporación Juan Bosco, Cali ■ María del Carmen Martínez, Universidad Santiago de Cali ■ María Isabel Correa, Universidad del Valle ■ Ricardo Solís, E.S.E., Cali ■ Gloria Inés Ospina, Secretaría de Salud, Calima - El Darién ■ Elvia Hincapié, Secretaría de Desarrollo Territorial ■ Germán Alberto Cano, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Valle del Cauca ■ Jorge Cárdenas, Secretaría de Gobierno, Cali ■ María Grace Figueroa, Secretaría de Gobierno, Cali ■ María del Rosario Betancourt, Secretaría de Gobierno Departamental ■ Alfonso Medina, Edwin Orozco, Fundación Fundaser, Cali ■ Luis Eduardo García, E.S.E., El Tambo, Cauca ■ Erika Duque, Flor Nayda Cuadros, Secretaría de Salud Departamental, Valle del Cauca ■ Zuly Lorena Ramírez, Dirección Departamental de Salud, Cauca ■ Rolando Barrera, Secretaría de Salud, Caicedonia ■ John W. Cárdenas, Comisaría de Familia, Cali ■ Luz Helena Bedoya, Diego A. Velásquez, Lina María Quintero, Luz Mary Zapata, Regional Occidente INPEC ■ Diego Colonia, Recreavalle ■ Jorge Libreros, Fedecomunal ■ Robert Quiñónez, Departamento Administrativo de Seguridad ■ Juan Carlos Ortiz, Patricia Zapata, Policía Comunitaria, Cali ■ Blanca Inés Páez, Policía del Valle del Cauca ■

Jackeline Muñoz, Fiscalía General de la Nación ■ Gloria Salazar, Instituto Departamental de Salud, Nariño ■ Beatriz Rivera, Corporación Viviendo, Cali ■ Katherine Tabares, SSPM, Salud Mental ■ Sandra Agreda, Fundación Samaritanos de la Calle, Cali ■ Víctor Alejandro Acevedo, Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón ■ Carlos Mario Osorio, Centro de Salud Mental de Envigado ■ James Gaona, Acción Integral, Cuarta Brigada ■ Edwin Vélez, Universidad Católica de Oriente ■ María Adelaida Storti, FUNLAM ■ Diana Patricia Mejía, Dirección Local de Salud, Envigado ■ Luis Saldarriaga, Corporación Universitaria Remington ■ Cesar Jaramillo, Universidad de Envigado ■ Alberto A. Zapata, Myladis Granadillo, E.S.E. Carisma, Medellín ■ Adolfo León, ICBF ■ Ligia Becerro, Manuel Muñoz, INPEC ■ Juan David Agudelo, Corporación Universitaria Lasallista ■ Silvia Henao, Alvaro Olaya, Universidad de Antioquia ■ Ramón E. Lopera, Asociación Antioqueña de Psiquiatría ■ Leonardo Manrique, Gobernación de Antioquia ■ Nydia E. López, Universidad Cooperativa de Colombia ■ Francisco Javier Arias, Universidad de San Buenaventura ■ Rosalys Fadul, Comité de Drogas, Córdoba ■ Rector Jaime Garro, Clara O. Espinosa, José David Restrepo, Guillermo Gómez, Ana Restrepo, Martha Arbeláez, Maribel Ruíz, DSSA ■ Alvaro E. Cárdenas, C.S.M. Envigado ■ Margarita María Sánchez, Surgir ■ Guillermo A. Castaño, Ana María Giraldo, FUNLAM ■ Diego L. Soto, Omar Perdomo, Diego A. Jiménez, Policía Nacional Antioquia ■ Luis D. Galeano, Secretaría de Salud, Medellín ■ Elvia Velásquez, Surgir, Corporación Mente ■ Rodean Segura, DAS ■ Carlos J. Ramírez, Gobernación de Antioquia ■ Olga C. Giraldo, Víctor H. Suárez, Comisaría de Familia ■ Germán Quiñones, Planeación Base Aérea de Rionegro ■ Victoria Eugenia Rojas, Hospital Universitario San Vicente de Paul ■ María Toscana, Secretaría de Salud, Soledad-Atlántico ■ María Elena Menco, Yarelis Pizarro, Sandra González, Danilo Padilla, Secretaría de Salud, Atlántico ■ Fabián Pineda, Secretaría de Salud, Magdalena ■ Yolanda García, Secretaría de Salud, Sucre ■ Maribel Palacio, ICBF Atlántico ■ Mirel Felizzola, Juan Mirediola, Gobernación del Cesar ■ Rosa Primos, Secretaría de Educación ■ José Reyes, Alcaldía Juan de Acosta ■ Juan Carlos Arias, Red Humana ■ Fundación Muro de la Fe ■ Cielo Flores, Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Aunque el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (SPA) ha sido un fenómeno universal y constante en la historia de la humanidad, hoy plantea desafíos producto de factores como la globalización, la tecnificación y la comunicación que han desplazado el uso *tradicional* de sustancias, regulado normativamente y con clara significación cultural¹, y han impuesto nuevos patrones de consumo caracterizados por sustancias y métodos cada vez más accesibles y potentes.¹

Hoy también se sabe que el consumo de SPA no es un fenómeno exclusivo de ciertos grupos de edad o de condiciones socioeconómicas particulares. Así como grandes sectores de la sociedad encuentran en las “drogas” un medio “funcional” para afrontar situaciones difíciles de exclusión o de falta de oportunidades, también existe consumo en grupos perfectamente integrados a la sociedad y con plenas oportunidades.

Por otra parte, y al tiempo con otros países, Colombia viene experimentando cambios en la dinámica interna de producción, tráfico y consumo, lo que ha obligado a reconocer que es crucial promover los esfuerzos de control de demanda tanto como se enfatizan los de control de oferta. Más aún cuando la evidencia es clara en indicar que la producción doméstica y el tráfico de sustancias en países y regiones, aumentan la disponibilidad interna, generan excedentes y otras condiciones que estimulan la formación de mercados locales.²

Enmarcar las acciones en políticas claras y concretas libres de sesgos ideológicos es, a juicio de Naciones Unidas, requisito indispensable para contrarrestar los problemas derivados del consumo de SPA.³ Aunque Colombia ha permanecido al tanto de los compromisos internacionales y ha creado mecanismos para cumplir con dichos compromisos y dar respuesta nacional al fenómeno del consumo, se ha evidenciado inestabilidad tanto en la concepción ético-legal del problema, como en la institucionalidad y en la

priorización del tema en las agendas de gobierno. Así, las innumerables acciones y los múltiples comienzos han sido inconexos, discontinuos e insostenibles, lo cual ha minado los alcances de los esfuerzos desarrollados y ha postergado los avances.

Esto no sólo refleja preocupaciones distintas a la eficacia (o por lo menos cierta tendencia a invalidar el camino recorrido, los logros y avances alcanzados y la complejidad del cambio en el fenómeno de referencia), sino que debilita el uso óptimo de los recursos (duplicidad), la planeación congruente y armonizada de acciones (dificultades en cooperación interinstitucional e intersectorial), la rendición de cuentas y los resultados mismos.

Un principio básico de buena práctica en la gestión pública⁴ es precisamente la linealidad y sistematicidad en las acciones; su ausencia, además de debilitar la gestión, se asocia con escasos resultados y crea el riesgo de generar desesperanza, frustración y desmotivación en los actores clave de las acciones. No menos importante es la aparición de efectos paradójicos, superpuestos o mensajes contradictorios a largo plazo.

Esta aproximación política propone recuperar el principio de *unidad* que debería caracterizar la acción estatal⁵, pues el desarrollo y diseño inconexo de acciones⁶ difícilmente da cuenta de una visión de conjunto, la cual no sólo es necesaria para movilizar una gestión con resultados, sino para abordar el consumo, su génesis, manifestaciones e impacto en su verdadera complejidad.

Las dinámicas actuales del consumo demandan respuestas efectivas, basadas en el conocimiento de la realidad y los grupos, en la evidencia de investigación, en la evaluación sistemática, en el trabajo participativo y en la articulación de acciones planeadas e implementadas con mínimos de calidad. Estos factores pueden facilitar la obtención de resultados verificables en el campo del consumo de alcohol y otras sustancias y en la minimización de su impacto sobre los individuos, sus familias, sus comunidades y la sociedad en general.

De esta forma, la apuesta por la concurrencia pluridisciplinaria, multi-sectorial y multi-institucional, más allá de responder a una tendencia en la gestión pública, es congruente con la naturaleza misma del fenómeno. Todo aquello que pueda incidir y operar directa e indirectamente en los factores y variables

¹ Por SPA o “droga” se entiende “toda sustancia de origen natural o sintético, lícita o ilícita, que se introduce al organismo (sin prescripción médica) con la intención de alterar la percepción, la conciencia o cualquier otro estado psicológico” (Frane, 1998)*. En esta definición se incluyen las sustancias lícitas o ilícitas que cumplen con los criterios de *abuso* y/o *dependencia* (potencial adictivo, de desarrollo de tolerancia y de síndrome de abstinencia) descritos en los manuales de psiquiatría como el DSM IV.

² Uso tradicional que limitaba la potencia de las sustancias y el abuso potencial al establecer límites de naturaleza ritual en su uso y, por consiguiente, en sus consecuencias.

⁴ Esto no debe interpretarse como una unificación en estrategias, metodologías y contenidos que corresponden más bien al ámbito de lo local.

que alimentan su génesis y expansión o que agudizan su impacto, debe concurrir en la práctica. Por ello, es necesario fortalecer y crear mecanismos de planeación conjunta de acciones a través de redes y estructuras de soporte, que a su vez, faciliten y promuevan la movilización y participación social y comunitaria.

La Política también propone complementar y alimentar la reciente tendencia a superar la tradición de las políticas sectoriales y avanzar en políticas transversales y poblacionales como lo han hecho las políticas de juventud e infancia.⁶ Estas experiencias también han pretendido avanzar más allá de las agendas programáticas y coyunturales para promover una visión de largo plazo, anti-cíclica, que permita abordar la vulnerabilidad más allá de la urgencia y promueva mecanismos sostenibles para administrar o manejar más efectivamente los factores de riesgo (prevención), administrar los riesgos (mitigación y superación) y promover los factores protectores.

Esta construcción reconoce que:

- 1) El consumo de alcohol y otras sustancias es un problema de altísima relevancia social, cuyas consecuencias afectan no sólo el cumplimiento de la agenda de desarrollo del país, sino el fortalecimiento del capital humano y del capital social.
- 2) Aunque se cuenta con aproximaciones parciales a la realidad, no ha sido posible unificar los esfuerzos en seguimiento y vigilancia, esto impide conocer verdaderamente la dimensión, el alcance y la naturaleza del problema en nuestro medio.
- 3) La falta de claridad en torno a la actual situación y a los factores que la sustentan, dificulta la planeación ajustada y la focalización en aquellos factores que quizás podrían asegurar más y mejores resultados.
- 4) Es necesario integrar y complementar esfuerzos, pues con ello también se podría sistematizar la experiencia, aprender de ella y validar los caminos previamente recorridos.

Bajo el liderazgo del Ministerio de la Protección Social y con la participación activa de todas las entidades que hacen parte de la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda y de todos los actores que hicieron su aporte en las diferentes fases de construcción y consulta, se presenta esta Política,

⁶ En esta política el sentido de lo *poblacional* va más allá de grupos específicos de población y hará referencia a acciones con alcance global (a la población en general) en contraste con acciones de *alto riesgo*, cuyo alcance se limita a grupos en condiciones de alta vulnerabilidad.

coherente con la agenda de desarrollo del país, los principios de la protección social, la misión ministerial, las misiones institucionales, los mandatos internos y externos de compromisos adquiridos con organismos como las Naciones Unidas, la CICAD/OEA y la JIFE, así como con la necesidad urgente de coordinar bajo un lente común las respuestas frente al tema. Esto permitiría recuperar el sentido de lo “público” de la política como instrumento que pertenece principalmente al Estado y la sociedad, y no sólo al gobierno nacional o local.⁶

II. CONTEXTO Y MARCO GENERAL

La agenda política de cerca de 190 países del mundo, de los cuales Colombia hace parte, se ha ajustado estratégicamente y operativamente al nuevo paradigma de desarrollo humano⁷, materializado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio a ser alcanzados para el año 2015.⁸ Este paradigma reconoce en las capacidades y en las oportunidades (y no sólo en la productividad), el motor del bienestar y la calidad de vida, y propone una concepción de desarrollo basada en la perspectiva de los derechos humanos y de la solidaridad. Es una nueva ventana a la realidad que surge tras reconocer que, a pesar de haber logrado avances importantes en calidad de vida y crecimiento económico, las realidades más crudas y típicas del subdesarrollo, como la pobreza creciente, la concentración de la riqueza y sus consecuencias, desafían el día a día del ejercicio democrático en regiones como América Latina.⁷ Esto coexiste con tendencias reformistas que han privilegiado la estabilidad macroeconómica, lo cual ha afectado la elección y disponibilidad de medios para satisfacer los objetivos sociales.⁸

El país es cada vez más consciente de tener una agenda social pendiente, cuya existencia obliga a hacer una reflexión ética en torno al quehacer mismo del Estado, su papel en el desarrollo y su relación con el bienestar de los ciudadanos.⁹ A la vez, se ha logrado pleno consenso en la necesidad de apuntar hacia una visión integral del desarrollo que dé cuenta tanto de lo social como de lo económico y que sirva de herramienta para configurar el ideal de sociedad que queremos alcanzar.¹⁰ La política social es precisamente uno de los medios para dinamizar la búsqueda del desarrollo integral, sostenible e incluyente; aparece como un medio privilegiado para

⁷ Concepto promovido por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

⁸ En Colombia los compromisos se consolidan en el documento CONPES Social 91: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. Marzo 2005.

gobernar, siempre y cuando rescate la ética de la gestión pública, la reconozca como recurso central para orientar y dimensionar acciones que permitan atender verdaderamente las urgencias de la desigualdad, la inequidad, la exclusión y la distribución justa de ingresos y oportunidades.¹¹ Sin embargo, para analistas como Prats¹² “no habrá desarrollo humano sin buena política”, es decir que la ausencia de política o la mala praxis política tienen la habilidad de estancar el desarrollo que es hoy agenda mundial, regional y de país. Por lo tanto, el verdadero desarrollo sólo parece concebible con la integración de esfuerzos que mejoren las calidades democráticas y promuevan el ejercicio ciudadano.

Tanto el paradigma del desarrollo humano, como el de los derechos humanos, enfatizan la importancia de ejercer plenamente la ciudadanía, reconocen que no basta con enunciar los derechos, sino que se requieren mecanismos que dinamicen y materialicen dicho ejercicio, por ejemplo, a través de la participación y el principio de responsabilidad compartida. Aunque aquí no se desconoce la importancia del ingreso, el énfasis ciudadano supone que la promoción del capital humano y del capital social demanda, además de recursos materiales, acciones integrales cuyos ejes sean la equidad, la solidaridad y la eficacia.¹³ Sin embargo, el interés por el desarrollo humano y la reducción de la vulnerabilidad va un paso más allá. A juicio de Amartya Sen, el desarrollo y la riqueza son importantes sólo en función de su efecto sobre la vida, la libertad, la calidad de vida y el bienestar.¹⁴

Si bien los conceptos de vulnerabilidad y pobreza guardan relación, no son equivalentes y en ambos casos se está hablando de realidades que trascienden la esfera monetaria. Por tanto, propender por la reducción de la vulnerabilidad supone contar con la oportunidad de elegir, la capacidad de sacar el mejor provecho de lo que se elige y además ser capaz de prever, resistir, enfrentar y recuperarse del efecto de eventos o circunstancias que, como el consumo de SPA, pueden significar la pérdida de activos inmateriales o materiales.¹⁵

También es urgente poner límite a los mecanismos que reproducen la desigualdad y la inequidad, originadas en buena parte por los diferenciales de acceso a la estructura de oportunidades y a las redes de bienestar.¹⁶ Es urgente porque es precisamente en medio de estas condiciones en las que se ara y abona el terreno para que fenómenos como el consumo de alcohol y otras sustancias se expandan y penetren cada vez más en nuestra cotidianeidad y

porque aunque no se trata de un fenómeno exclusivo de niveles de desarrollo, la mermada capacidad de respuesta puede suponer mayor severidad en el impacto. De igual forma, los retos del desarrollo y sus vacíos hacen necesario trabajar en la recuperación y fortalecimiento del capital humano y social, el mismo que se ve profundamente vulnerado por cuenta del consumo y sus desfavorables consecuencias.

En suma, una práctica política cuyo derrotero sea la búsqueda del desarrollo humano, el enfoque de derechos y el ejercicio ciudadano, como apuesta para lograr calidad de vida, bienestar y reducir las condiciones de vulnerabilidad frente a un fenómeno como el consumo de SPA, es claramente exigente. Con certeza, aplicar una buena práctica política requiere del concurso de la ética, de una postura empática que permita reconocer al otro y su realidad, del conocimiento pleno de la realidad no sólo para operar en ella sino para transformarla y de la institucionalización (social y formal) de lo logrado, para facilitar su sostenibilidad. También se necesita fomentar la articulación de las acciones con el proyecto de desarrollo de país, para evitar la fragmentación y el aislamiento de los esfuerzos, ofrecer transparencia en la gestión y facilitar mecanismos para la rendición de cuentas, promover las garantías constitucionales y proteger la esencia del Estado Social de Derecho, fundamentando el ejercicio efectivo de los derechos de ciudadanía política, civil, económica, social y cultural, con carácter universal, para el conjunto de la población.¹⁷

Por lo tanto, el ejercicio de construir una política para el país en el campo de la protección social, supone un compromiso ineludible con la garantía de derechos, el desarrollo de capacidades y oportunidades, la lucha contra la inequidad y la falta de integración social. Esto haría la diferencia en aspectos que inciden poderosamente en la elección del consumo de sustancias como modo de vida para muchos niños y jóvenes de nuestro país. Cualquier esfuerzo en este sentido, contribuye a fomentar y proteger el capital humano o, en otras palabras y como lo señala la misma Ley 789 de 2002¹⁸, a mejorar la calidad de vida y reducir la vulnerabilidad de los ciudadanos.

2. 1 La salud y su papel en el desarrollo

La evidencia ha mostrado que la interacción entre salud y desarrollo es positiva y sinérgica, por tanto, la

¹⁸ Ley 789 de 2002, por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

salud es un activo, un fin y uno de los principales indicadores de logro del desarrollo humano.¹⁸ A pesar de los claros avances en las condiciones de salud en el mundo, persisten disparidades entre regiones, países, grupos sociales y géneros. A estas disparidades se atribuyen problemas de salud que resultan inadmisibles por cuanto son prevenibles y evitables. De allí que se requiera trascender la dimensión individual y biológica de la salud y trasladar gran parte de los esfuerzos a trabajar temas sociales, económicos y políticos que actúan como factores determinantes de las condiciones de salud.¹⁹

Un determinante social refleja inequidad cuando es susceptible de ser modificado si se cuenta con suficientes recursos.²⁰ Es necesario hacer lo posible por evitar que los grupos sociales sigan enfrentando la desigualdad en la distribución de oportunidades para contar con una buena salud o, en otras palabras, que sigan soportando desproporcionadas e injustificadas sobrecargas de exposición al riesgo, vulnerabilidad y enfermedad.

Desde esta perspectiva, la política pública en el área del consumo de sustancias psicoactivas, además de mejorar las condiciones de salud física y mental de quienes están ya involucrados, debe propender por aliviar el sufrimiento asociado y desarrollar condiciones que permitan ejercer control sobre los factores que ponen en riesgo las opciones de vida, el desarrollo de capacidades, la salud y el bienestar. Esto supone trascender el enfoque de la prestación de servicios e involucrarse en el debate global de la agenda de desarrollo del país. Una agenda que prioriza la búsqueda de condiciones para la paz, la seguridad y la superación de la pobreza y la desigualdad.

El escenario actual de la protección social en Colombia, su reciente institucionalidad, su marco conceptual y las estrategias en curso para la superación de temas de pobreza y desigualdad, ofrecen una oportunidad excepcional para hacer un manejo conjunto y complementario que vaya más allá de los sectores y permita trabajar los factores de riesgo y de protección desde una mirada más amplia del riesgo y la vulnerabilidad. La expansión y fortalecimiento de las redes de protección social será fundamental para el logro de los objetivos de esta Política y para alcanzar las metas de desarrollo humano que el país se ha propuesto.

2. 2 El impacto del consumo de alcohol y otras SPA en el desarrollo

El fenómeno del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas plantea un verdadero desafío para el progreso basado en el paradigma del desarrollo humano, los derechos humanos y la salud como activo. Más allá del debate ético²¹ o de si se considera o no una enfermedad, se trata de un comportamiento que, cuando ocurre, dinamiza una serie de riesgos que al materializarse suelen provocar consecuencias adversas para el sujeto mismo, su familia y su comunidad.

La relación consumo – desarrollo plantea una dinámica compleja de doble vía y de mutua influencia. La primera obliga a mirar los factores que anteceden y acompañan la génesis y profundización del problema, que hoy ofrecen un mapa diversificado en medio del cual niños y jóvenes crecen y crean proyectos de vida que incluyen no sólo diversos problemas psico-sociales derivados de la violencia, sino factores asociados a la pobreza, a la creciente brecha entre clases sociales, a la segmentación social, a la exclusión, lo cual contribuye a aumentar su vulnerabilidad. Y aunque el consumo y la dependencia a las SPA no son exclusivos de un grupo social, sí suelen impactar más notoriamente a aquel que cuenta con menos recursos y medios para defenderse, responder y reponerse.²²

Si queremos avanzar hacia una sociedad más incluyente es urgente invertir en niños y jóvenes, para que tengan acceso efectivo a fuentes de bienestar, seguridad e igualdad de acumulación de capital humano, pues precisamente en la exclusión se reducen las alternativas de elección de vida y el consumo aparece como opción para un número cada vez más importante de jóvenes en nuestro país.

La segunda parte de la dinámica consumo – desarrollo se refiere al impacto del consumo de SPA en el desarrollo. La evidencia es cada vez más clara en demostrar que el espectro de costos y daños asociados al consumo es muy amplio y diverso por cuanto abarcan a la persona, su familia, su comunidad y a la sociedad como un todo.

²¹Aspecto que se desarrolla ampliamente en el texto general de la Política.

²² La evidencia muestra que la dependencia al alcohol y a las sustancias ilícitas se asocia estrechamente con condiciones sociales y económicas desfavorables (Posada y otros, 2003)²³ y que el abuso de sustancias se acentúa en tiempos de aumento en el desempleo o recesión económica por incremento en el estrés psico-social.

En el nivel *persona*/los daños pueden expresarse en la salud física y/o mental, lo cual incide en la carga global de enfermedad, incapacidad y muerte. La vulnerabilidad de la *familia* es mayor porque se afecta la estabilidad económica y emocional, se estimulan episodios de violencia doméstica y se movilizan modelos de crianza y de vida inadecuados, lo cual termina por poner en riesgo el futuro inmediato y a largo plazo de todos sus miembros.

Para la *comunidad*, el consumo de alcohol y otras SPA conlleva riesgos cuando vulnera la seguridad y la tranquilidad, porque supone la presencia de cadenas delictivas y, aunque no se ha comprobado una relación de causalidad, el fenómeno suele asociarse con diversidad de conductas anómicadas.

Igualmente, es en la *comunidad* en donde se expresa más claramente el riesgo de exclusión social. Por opción, por obligación o por ambas, el consumidor de “drogas”, por el simple hecho de serlo y por los efectos de su conducta y la de su grupo, suele verse excluido parcial o totalmente de la participación plena en la sociedad, enfrenta barreras de acceso a las redes de bienestar, a través de las cuales participaría plenamente como ciudadano²¹, lo cual intensifica innecesariamente muchos de los daños asociados al consumo. Ello no sólo incrementa la condición de vulnerabilidad en términos de derechos humanos y derechos sociales básicos, sino que afecta la cohesión social y por consiguiente fragmenta las redes sociales a partir de las cuales se consolida el capital social.

Por último, la *sociedad* vive los efectos de todos los riesgos materializados y convertidos en daños que afectan en términos agregados la salud pública, la productividad y el capital humano (por expulsión o deserción de ámbitos laborales y escolares, entre otros).

En resumen, el consumo de sustancias lícitas e ilícitas tiene un impacto nocivo en la salud física, mental y social de la población, fomenta la pérdida de años de vida saludable y aporta a la ya creciente carga de enfermedad asociada a trastornos mentales. Además, incide en la discapacidad funcional, en muertes prematuras, en morbilidad evitable y en lesiones intencionales y accidentales.²² El uso de alcohol y sus efectos se considera el mayor factor de riesgo para la salud general de los países, ocupando el tercer lugar en las tasas de mortalidad de países desarrollados.²³ Como lo advierte Naciones Unidas, se trata de

un fenómeno que “erosiona” el capital humano y social, ya que además de debilitar los activos individuales y sociales en salud y educación, debilita las estructuras familiares, comunitarias y sociales.

Algunos retos adicionales se encuentran en la cronicidad derivada de la recaída, en la difusión del consumo *problema* en grupos poblacionales cada vez más diversos y en que suele permanecer “invisible” por lo ilícito de algunas SPA, lo cual dificulta la provisión activa de servicios, las mediciones y el pleno conocimiento de lo que ocurre.

Pero quizás el principal desafío radica en ofrecer mecanismos que permitan desarrollar capacidad de respuesta y suficiente dinamismo para actuar ajustada y oportunamente ante una realidad cambiante. Por un lado, la tecnificación²⁴ ha permitido producir sustancias de altísima concentración y potencia comúnmente asociadas con patrones de uso que “optimizan” los efectos, al tiempo que amplifican los riesgos sociales y de salud. También ha cambiado la forma como son concebidas las SPA, pues por mucho tiempo se creyó erróneamente que la condición lícita o ilícita de una sustancia era directamente proporcional a su potencial nocivo o adictivo. Así, si la condición de sustancias como el alcohol o el tabaco guardara relación con el efecto de su uso en la sociedad o la salud pública, éstas tendrían que ser ilegales. El fuerte arraigo cultural a este tipo de SPA y las representaciones sociales vigentes de su uso, muestran otro gran reto que es preciso enfrentar.

El desarrollo y la mundialización han incorporado valores consumistas y hedonistas que favorecen la gratificación inmediata, dando un tono renovado al consumo. Las promesas de placer, felicidad, alivio, olvido o diversión asociadas al uso de las “drogas” llevan a que la tendencia de alterarse por alterarse se instale en generaciones cuya relación con el futuro, con la salud y con los riesgos rete cualquier lógica y racionalidad. En consecuencia, es común la propensión a trivializar el consumo y sus efectos, pues la creación de expectativas positivas estimula, mantiene y valida no sólo el abuso, sino el exceso, aumentando los riesgos y los daños prevenibles.

²⁴ Por ejemplo, la destilación del alcohol fue una práctica que hizo disponible licores de mayor concentración.

²¹ De allí surgen movimientos de persecución y regulación extremos.

III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

El monitoreo de la evolución de patrones e indicadores del consumo de SPA en Colombia es complejo. Por más de una década se han hecho estudios epidemiológicos, pero estos no constituyen series periódicas ni comparables, dado que no cuentan con unicidad metodológica o poblacional. A ello se agrega que los estudios domiciliarios y los de poblaciones cautivas²⁴, ofrecen información de ciertas franjas de la realidad y no de otras, dejando de lado grupos de población que podrían proveer información de gran relevancia para el diagnóstico del fenómeno. Tampoco hay tradición en Colombia de recolección de indicadores indirectos que podrían informar el mapa de la realidad, ni sistema de vigilancia funcional con las poblaciones y los escenarios que se requeriría.

Aunque se trata de limitaciones que no deben perderse de vista, los estudios muestran patrones que permiten alimentar la planeación política y orientar las acciones. De hecho, tras comparar los resultados de los estudios de 1992 y 1996 realizados por la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (población general 12-60 años) y los resultados de la *Encuesta nacional* de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años desarrollada por Rumbos, Scoppetta y otros identificaron algunas de las tendencias.²⁴ Estudios más recientes fueron llevados a cabo por el Ministerio de la Protección Social: *Estudio nacional de salud mental, 2003*²⁵ y *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia, 2004*.²⁶

La realidad descrita por los diversos estudios muestra no sólo que el consumo existe en nuestro país, sino que afecta a un número importante de personas, especialmente jóvenes y adultos en edad productiva. La mayoría coincide en registrar cifras cercanas al 10% de la población adulta y al 7% de la población joven-estudiante que ha entrado en contacto, al menos una vez en la vida, con sustancias ilícitas

como marihuana²⁵, este porcentaje se acerca a 19 en el caso de estudiantes universitarios.²⁵

Gracias al *Estudio nacional de salud mental*²⁵ hoy es posible decir que al menos 3 colombianos de cada 20²⁵ han vivido alguna alteración en su salud mental recientemente; que los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas incluyendo alcohol, ocupan el tercer lugar en frecuencia (10.6%) después de los trastornos de ansiedad (19.3%) y del estado de ánimo (15%); y que mientras 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, 1 de cada 200 depende de él y 1 de cada 100 abusa de otras sustancias.

Otra tendencia sugiere que niños y niñas inician cada vez más temprano su contacto con SPA. Con algunas variaciones, se puede concluir que el inicio con alcohol suele ocurrir antes de los 13 años, con tabaco alrededor de los 13 años y con SPA ilícitas como marihuana y cocaína, antes de cumplir los 15 años. Aún cuando el consumo sigue siendo mayoritariamente masculino, se ha referenciado también cierta tendencia a la simetría entre géneros con variaciones importantes a través de los estudios. Otros patrones sugieren mayor concentración de consumo en zonas urbanas, la existencia de sustancias de altísimo potencial adictivo en el mercado y la experimentación con nuevas sustancias y modos de usarlas (por ejemplo la inyección).

El **alcohol** es la sustancia más consumida en el país, las cifras señalan que entre el 70 y el 90%²⁶ de la población lo ha probado. En el caso del **tabaco**, el último estudio de referencia señala que 6 de cada 10 escolares a partir de 6º, han probado el cigarrillo y 1 de cada 2 se considera fumador actual, lo cual sugiere una tendencia inversa a la de población adulta.²⁷

Con respecto a las sustancias ilícitas se coincide en mostrar a la **marihuana** como la sustancia de mayor preferencia con prevalencias de vida cercanas al 5% entre 1992 y 1996, del 9% en 2002 y de 7,6% en 2004. El Estudio de Salud Mental la calculó en 11%.²⁸ Para la **cocaína**, las prevalencias también muestran fuertes variaciones, sin superar el 5% o ser menor a 1%; por ejemplo, el *Estudio de salud mental* lo registró en 3.7% de los casos. Para 2004 se calculó en

²⁴ Por ejemplo en instituciones educativas, caso en el que podría pensarse que no representan adecuadamente el fenómeno porque por su ocupación y vinculación institucional tienen menos condiciones de vulnerabilidad.

²⁵ Estudio que hizo parte de la *Encuesta mundial de salud mental* liderada por la Organización Mundial de la Salud.

²⁶ Estudio basado en el Sistema de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas –SIDUC de la Comisión Interamericana para el control de Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA).

²⁷ Si se tiene en cuenta que los estudios quisieron representar ampliamente la realidad de la población a la que fueron dirigidos, estas cifras involucran miles de personas.

²⁸ Entre los 18 y 65 años.

²⁹ Según población de estudio.

³⁰ Vale recordar que estas cifras reflejan variaciones debidas a las muestras y otros aspectos metodológicos y en ningún caso a evoluciones en los patrones de uso.

21.600 el número de escolares que habría probado al menos una vez esta SPA.

Llama la atención que aunque el **basuco** es el principal motivo de ingreso a tratamiento²⁸, es también una de las sustancias con más bajo registro en los estudios, por ejemplo: en 1996 la proporción fue de 1,5%, en 2001 de 1.2% y en 2004 de 1.4%. En relación con solventes e **Inhalables**²⁸, en 2001 se registró en 2,2% la proporción y en 2004 se registró una frecuencia de 3.81%. El uso de sustancias sintéticas tipo **éxtasis** se registró en 3.2% de los casos en 2004, mientras en 2002 fue de 2,2% para el total y 4,4% en hombres universitarios.

Tradicionalmente el país ha mostrado que el uso de sustancias altamente peligrosas por los riesgos y daños asociados a su uso, tales como heroína y psicofármacos no ha superado hasta ahora el 3%. Sin embargo, hay ciertos indicios que sugieren que lentamente se dinamizan patrones que deberían alertar por su impacto en la salud pública y por la demanda asistencial altamente técnica.

Por ejemplo, el consumo de **psicofármacos**²⁸ plantea grandes retos, uno de ellos es que se trata de una de las categorías que presentan mayor variabilidad en los estudios. Así, mientras el porcentaje de 2.3 reportado por el Estudio Nacional de Salud Mental muestra una tendencia simétrica con los pasados, el estudio de escolares de 2004 arrojó la atípica cifra de 9.9%, lo cual requiere de esfuerzos investigativos de mayor profundidad, dada la evidencia que asocia por ejemplo, el uso de benzodiazepinas con conductas delictivas.²⁹

Por su parte, el consumo de **heroína** es un evento relativamente nuevo en el país. Mientras en 1996 los investigadores del estudio de la DNE se abstuvieron de estimar el número de consumidores por las bajas frecuencias encontradas, en 2001 la encuesta mostró una prevalencia de vida de 1,1%, cifra nada lejana a la registrada para el basuco; en 2004 el porcentaje fue de 1.32 para la vida y 1.18 para el último año, lo cual permitió estimar en 15,820 el número de consumidores (escolares) de esta sustancia. También se encontró que el 1.5% de los usuarios entrevistados para el Diagnóstico de los Centros de Atención

en Drogadicción - CAD en 2004 se encontraban en tratamiento precisamente por su consumo de heroína.

Más allá de los resultados arrojados por los estudios epidemiológicos, otras aproximaciones empíricas a la realidad y consultas que involucran consumidores y expertos en las áreas de prevención y tratamiento han llamado la atención acerca de otros patrones comunes en nuestro medio que resultan particularmente nocivos para la salud: 1) el poli-consumo; 2) la experimentación con toda clase de sustancias sintéticas de las cuales se desconoce la calidad, la concentración y la composición; 3) el uso de otros psicofármacos de uso psiquiátrico, tanto como de medicamentos de uso veterinario (ketamina por ejemplo); 4) el uso indebido de esteroides anabólicos y tratamientos hormonales altamente peligrosos; 5) el uso de bebidas energizantes y su administración simultánea con alcohol; 6) el uso de alcoholes de fabricación casera; 7) por último, y no por eso menos importante, la latente amenaza de instalación de nuevos patrones de uso de sustancias como cocaína y heroína a través de la inyección.³⁰ Esta realidad exige la construcción de capacidad de respuesta por las consecuencias ampliamente identificadas para la salud pública, en términos de infecciones transmisibles por vía sanguínea (VIH y Hepatitis B/C), sobredosis, daños físicos ocasionados por la venopunción, comportamientos sexuales de riesgo con parejas no inyectoras, entre otras.

IV. FUNDAMENTACIÓN ÉTICA, TEÓRICA Y PRÁCTICA

Delimitar una política para el caso del consumo de SPA no es sencillo por la complejidad del fenómeno y porque el acto de consumir sustancias, en particular ilícitas, ubica el "problema" en medio de la tensión entre el dominio privado y el dominio público, o entre la libertad individual y el bien común.³¹

Aunque se trate de una conducta autónoma, el consumo de SPA puede traer consigo efectos nocivos no sólo para el consumidor, sino para quienes lo rodean, por lo tanto, es entendible que se esperen acciones de gobierno para "regular" dicho compor-

²⁸Incluidas en esta Política como sustancias de uso indebido junto con los psicofármacos.

²⁹ En Colombia hay disponibilidad de *medicamentos de control especial* que por su alto potencial adictivo están restringidos en su comercialización y venta, de modo que sólo se puede acceder a ellos mediante prescripción médica, estos contienen psicofármacos de reconocido efecto depresor o estimulante sobre el sistema nervioso central.

³⁰ Además de la evidencia recolectada en Bogotá en el marco del Estudio Multi-Centro de la OMS en 2002-2003, el *Diagnóstico situacional* de los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) en 2004 mostró que de los 1116 consumidores en tratamiento entrevistados, el 8.6% reportó haberse inyectado alguna sustancia al menos una vez en la vida: 57,6% heroína, 17.4% cocaína, 5.4% alcohol etílico, 3.3% tranquilizantes y 3,3% heroína mezclada con otras sustancias.

tamiento. Sin embargo, una mirada integral al tema no admite posturas parcializadas o ideológicas, ya que con ellas se corre el riesgo de convertir al sujeto consumidor y su consumo en objeto de persecución social y legal³², haciendo del “problema” algo más político que social o sanitario.

Desde una perspectiva de política social, con un enfoque incluyente y de derechos como el que enuncia nuestro mandato constitucional, esta Política asume una postura objetiva y pragmática, en la que se privilegian respuestas y soluciones que incluyen a todos los involucrados, en el marco de una **participación** igualitaria, sin coacciones y orientada al entendimiento.

El interés y las acciones se dirigen hacia los riesgos y daños asociados al consumo (impacto) y plantea una postura que humaniza y estimula la integración social del consumidor, al tiempo que define límites a los efectos nocivos y a los excesos.³³ Si la meta es evitar y reducir los riesgos para el consumidor, su entorno directo y la sociedad en su conjunto, la protección de la salud social y personal es fundamental.

Se parte de la necesidad de **proteger** a la sociedad, de la cual hacen parte integral los consumidores de alcohol y otras sustancias, de los riesgos asociados al consumo, pues la evidencia es robusta en mostrar que un sistema legal persecutorio impide a los consumidores acceder libremente y con equidad a los medios que les permitirían prevenir riesgos.

Debe entenderse claramente el alcance y significado de una aproximación política incluyente. En este caso se trata de reivindicar los derechos *ciudadanos* de los consumidores y ofrecer medios que validen la autonomía y las capacidades de los mismos para superar su condición y re-incluirse activa y productivamente a la sociedad. Aunque el consumidor debe tener igualdad de oportunidades, esto no lo excusa de ser sujeto de deberes y ser garante de respeto y consideración. Una posición pluralista reconoce al consumidor como sujeto promotor y responsable de sus propias condiciones de vida, agente de cambio para sí y para su grupo y, por lo tanto, para la sociedad. Para ello se requieren los medios y la dignidad en el trato, pues se trata de construir acuerdos mínimos en los que el valor de la vida, la seguridad y la co-responsabilidad, permitan coexistir y convivir. Como lo ha enunciado John Rawls³⁴, el gran desafío

de la construcción social tiene sostén en la capacidad y eficacia de un consenso político que, a la vez que respeta y se nutre de las diferencias, logra una cooperación justa entre ciudadanos sin menoscabo de su libertad e igualdad.

En el aspecto teórico, tres enfoques sirven de fundamento a la Política. El primero enmarca al sistema de protección social en Colombia³⁵, a través de la **gestión de riesgos sociales**.³⁶ Este enfoque alude a las causas de los problemas y se centra en los riesgos y en los factores que incrementan la vulnerabilidad.³⁷ Desde este punto de vista, el principal riesgo estriba en la pérdida de la capacidad de consumo (por pérdida de ingresos) o la movilidad social negativa, probables por la aparición impredecible, inevitable e inesperada de condiciones o riesgos de carácter “natural” o “humano” que amenazan el bienestar social, la calidad de vida y el capital humano. La protección social, así entendida, busca ofrecer *medios*³⁸ que ayuden a la población a gestionar de manera más efectiva los riesgos y a los grupos más vulnerables a evitar la pérdida de bienestar y la des- acumulación en capital humano (venta de activos, daños irreversibles), ante la eventual pérdida de ingresos por multiplicidad de riesgos. Para ello se ponen en marcha *estrategias* de prevención, mitigación y superación, y se dinamizan *sistemas* informales, de mercado y de provisión pública con la participación de multiplicidad de *actores*, entre ellos los individuos, los hogares, las instituciones, los niveles de gobierno y el mercado.

No obstante, el enfoque de protección vía aseguramiento del consumo tiene limitaciones, ya que reduce la perspectiva de un fenómeno tan complejo como la vulnerabilidad a aspectos de bienestar económico. Con la inclusión del concepto de **capacidad** de Amartya Sen, que hace referencia a la *capacidad* para poder optar “informadamente” y elegir llevar una vida saludable³⁴, se ha dado un gran paso. Este a su vez ha sido “traducido” por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para la medición de indicadores³⁹ de bienestar humano.

³² Marco normativo: Ley 789 de 2002, Decreto 205 de 2003, Documento Conpes 3144 de 2001, Conpes 3187.

³³ O su nombre en inglés *social risk management*, comúnmente traducido como *manejo social del riesgo*.

³⁴ Entendida como la ausencia de control, de autonomía e incertidumbre, o el grado en que un evento inesperado puede afectar el bienestar.

³⁵ Vía aseguramiento, asistencia social y redes de protección social.

³⁶ Índice de Desarrollo Humano (IDH), medición de la pobreza propuesta por el PNUD que mide capacidades en términos de

³⁴ Ver Rawls, J. (1996) *Liberalismo Político* Bogotá D.C Fondo de Cultura Económica Ltda.

Así, la protección social en su versión “extendida” plantea una perspectiva de re-distribución basada, no en el enfoque igualitario, sino en la búsqueda de la *resiliencia* social dentro de un marco de *equidad* tanto de oportunidades como de resultados.³⁵ⁱⁱⁱ De allí surgen políticas fundamentadas en la *inclusión* social y en la *cohesión*. Por lo tanto, si se busca reducir la vulnerabilidad, se debe promover más allá del aseguramiento del ingreso, aquello que favorezca la estabilidad social, la participación social y la integración a la vida en sociedad en términos de opciones, oportunidades y **capacidades** (se propone avanzar de la intervención asistencial a la intervención capacitante, lo cual implica cierta anticipación y proactividad frente a los riesgos³⁵).

Un instrumento fundamental de la protección social “extendida” es la construcción y fortalecimiento de la *infraestructura socio-cultural* como parte esencial de los sistemas informales que se centra en el concepto de *capital social*.³⁶ El capital social es el camino más claro para expresar plenamente el carácter democrático de las sociedades, dinamiza la cohesión social, facilita el control social y la rendición de cuentas, y legitima el carácter representativo del gobierno y las instituciones. Ejerce presión para cumplir las obligaciones estatales en lo que respecta a la provisión de bienes y servicios meritorios y en particular, en el campo de la salud, habilita la construcción de un “proyecto colectivo” de salud al que se aspira.

Es pertinente enfatizar que en tanto el capital social sea un medio para el logro de la inclusión social y la cohesión se concibe como factor protector, ya que la exclusión social no sólo se concibe como factor de riesgo para el consumo, sino como riesgo resultante del mismo. Por lo tanto, dinamizar oportunidades de pertenencia para los grupos en condiciones de vulnerabilidad (prevención), así como para los grupos ya involucrados y recuperados (mitigación, superación) aportará en la construcción y fortalecimiento de capital social y contribuirá a combatir las desigualdades.³⁶

Aspectos como el intercambio, la cooperación, la solidaridad y el colectivismo, contribuyen a la creación de sinergias y son cruciales en sociedades que, como la colombiana, se caracterizan por el alto nivel

de vulnerabilidad económica y social y por fragilidad en los mecanismos de protección social. Un gran número de personas puede encontrar mejoría en sus condiciones de vulnerabilidad con el mero acceso a redes sociales.

El segundo enfoque que da fundamento a la Política es la **Reducción de la Demanda**³⁷, en el cual se definen los principios de acción producto del consenso de países y expertos en lo que constituye la mejor manera de actuar frente al problema. Así, las acciones políticas que aquí se detallan, además de inspirarse en el respeto por los derechos humanos, las libertades fundamentales y las diferencias, reflejan el compromiso de país y sociedad para actuar en correspondencia con la reducción de los problemas de salud pública asociados, mejorar el bienestar individual, promover la integración social (inclusión), fortalecer las redes informales, empezando por las familiares, y propender por comunidades más seguras. Todo ello bajo el lente del principio de la responsabilidad compartida que insta a la participación activa de todos los actores que tienen algo que aportar en la comprensión y en la respuesta frente al problema.

El tercer y último enfoque que da fundamento tanto teórico como práctico a la Política es la **Promoción de la Salud**. Partiendo de la definición holística de salud de la OMS que determina el logro de un estado completo de bienestar físico y social, la Política adquiere un enfoque promocional. Promover salud significa desarrollar en las personas la **capacidad** de ejercer control e influir en su propia salud y en su calidad de vida a través de medios, habilidades y/o información. Esto promueve la autonomía y facilita la toma de decisiones para mejorar las condiciones de salud individuales y de la comunidad.

La promoción de la salud dentro de este marco de referencia se ocupa de los individuos insertos en un ambiente y con unas condiciones de vida particulares, así como de enfoques poblacionales tanto en términos de alcance como de involucramiento activo y el desarrollo de estrategias focalizadas a grupos específicos. Se busca modificar los factores sociales, económicos y culturales y los comportamientos individuales que inciden negativamente en el mantenimiento de la salud.^{38/39}

Se trata de una concepción de la salud pública³⁸ que, además de construir políticas públicas saludables caracterizadas por procesos intersectoriales, demo-

analfabetismo, desnutrición, esperanza de vida al nacer, deficiencia en salud materna y enfermedades infecciosas prevenibles.

³⁵ⁱⁱⁱ Ver por ejemplo: Portes (2000), *Social capital: its origins and applications in modern sociology*.

³⁶ Ver por ejemplo: Díaz-Albertini, J. (2003), *Capital social, organizaciones de base y el Estado: recuperando los eslabones perdidos de la sociabilidad*. En CEPAL: Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe.

³⁸ “Salud para Todos en el año 2000”. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. **Carta de Ottawa**. Noviembre 21 de 1986.

cráticos y participativos, plantea la creación de ambientes seguros y de soporte en el marco del desarrollo humano sostenible, el fortalecimiento de la acción social para la producción *social* de salud (a través del empoderamiento territorial y de la sociedad civil), el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios. Como consecuencia, se espera la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores para el individuo y la comunidad. La salud es un recurso para el día a día con el cual se logran aspiraciones, se satisfacen necesidades y se cambia o se manejan adecuadamente las condiciones impuestas por el ambiente. En esto consiste la importancia de los recursos físicos, personales y sociales para el logro del bienestar.⁴⁰ La promoción de la salud como concepto contiene las metas que se persiguen de manera particular con la prevención, la educación en salud y la protección de la salud.^{41/42}

Por último, la Política cuenta con una fundamentación **práctica** con la cual se busca determinar aquello que será objeto de la misma. Se propone en primera instancia operar sobre las variables que incrementan la vulnerabilidad personal y social frente al consumo desde lo individual, lo microsocioal y lo macrosocioal (prevención), así como las condiciones o aspectos que inciden en el incremento de los riesgos y los daños asociados al consumo (mitigación y superación). Las variables a intervenir serán aquellas sobre las cuales sea factible actuar y que sean competencia de los actores involucrados en el quehacer de esta Política.

La Política propone reforzar las intervenciones en factores de riesgo y protección tradicionalmente identificados como relevantes, al tiempo que insta a ampliar el espectro de las acciones a los niveles micro y macrosocioal en los cuales se presentan factores de riesgo que pueden ser tan predictores del consumo de SPA como muchos otros de naturaleza personal en los que comúnmente se interviene.

La evidencia muestra que la aplicación de modelos preventivos centrados en factores es relevante por ser comprensiva, reconocer la complejidad del problema y estar ampliamente evaluada desde la teoría y la práctica.⁴³ Sin embargo es importante no perder de vista que con frecuencia los resultados no se dan porque los objetivos se dispersan, probablemente debido a la pretensión de modificar problemas de alta complejidad, interviniendo sobre factores aislados (usualmente los protectores) y dejando de lado aspectos centrales y complementarios, cuya inclusión traería mejores resultados. También es

necesario entender que los factores de riesgo no deben ser interpretados desde un punto de vista determinista y causal. Hacerlo genera imprecisiones que se reflejan en las intervenciones, y lleva a trivializar el rol activo que juega el sujeto cuando decide probar por primera vez alguna “droga” y cuando opta por hacerlo de manera continuada.⁴⁴

Será objeto prioritario de la Política cualquier **uso de SPA lícitas e ilícitas en menores de edad**, así como **en mujeres gestantes o lactantes**, en congruencia con los principios de la Protección Social y la legislación. Aunque desde una perspectiva cultural el consumo de alcohol y tabaco a temprana edad puede verse como “medio de transición” a la edad adulta o como “facilitador” de la socialización, en los últimos años la evidencia ha mostrado que el uso de alcohol o tabaco a temprana edad es un factor probabilístico (no determinístico) que aparece sistemáticamente como antecedente al inicio con marihuana, por ejemplo.⁴⁵ Por lo tanto existen ciertos patrones de progresión y escalada sustentados por la evidencia que obligan a realizar un trabajo preventivo con estas SPA, ya que su uso dinamiza condiciones de riesgo y vulnerabilidad con respecto al uso de sustancias ilícitas. Un esfuerzo centrado exclusivamente en lo ilegal tiene efectos paradójicos porque termina “ignorando” aquello que está habilitando -en parte- el inicio y que ha sido identificado como factor de riesgo.

También será objeto de acción política el **uso indebido** de sustancias por parte de cualquier persona en cualquier momento de su ciclo vital, de **medicamentos psicofármacos y psicotrópicos** de control especial sin prescripción médica y sin evidente relevancia terapéutica, así como el uso de **químicos volátiles**⁴⁶ con la única intención de obtener sus efectos psicoactivos. Igualmente se propone actuar sobre el **consumo o uso problema**⁴⁷, definido como aquel que incide de forma negativa sobre la salud⁴⁸ o el bienestar, la estabilidad psicológica, social o económica, la seguridad del individuo, su núcleo primario, su comunidad o la sociedad, independientemente de la “droga”, la cantidad, el patrón o la frecuencia de uso.

Esta perspectiva permite reconocer que en todo consumo, sea de alcohol, tabaco u otras SPA, hay riesgos y estos, más allá de ser o no producto de una dependencia, son relevantes por su aporte a la suma total de problemas derivados del fenómeno.⁴⁷ Por

⁴⁶ Inhalables: solventes, gases anestésicos y nitratos (“poppers”).

⁴⁷ Incluye el equivalente a “uso nocivo” (harmful use) definido por ICD-10 (F10-F19) como el uso que causa daño físico o mental.

consiguiente, las estrategias no sólo deben dirigirse a contrarrestar los problemas ocasionados por consumidores dependientes (enfoque de alto riesgo), sino también a los problemas derivados de los diversos patrones de consumo existentes en nuestra sociedad (enfoque poblacional o universal).

El concepto del aporte “agregado” al daño, lejos de ignorar la existencia de trastornos psicológicos, psiquiátricos y conductuales asociados al consumo, invita a ampliar la lectura que con frecuencia se limita a la visión del “problema” desde lo *patológico* y centra la atención sobre la desviación, lo cual puede hacer perversamente invisible la “norma”, que es donde el grueso de los riesgos, daños y costos confluyen (en particular con las lícitas y los medicamentos de control). Esta Política se propone actuar no sólo frente a las manifestaciones más notorias sino a aquellas sutiles que, aunque pasen desapercibidas, suelen ser las que mayor impacto agregado producen. También será objeto de la política la **dependencia**^{xxxx}, entendida como un mismo fenómeno para todas la SPA y que se diferencia de otras dependencias (como el juego) por las fuentes farmacológicas y fisiológicas del refuerzo.

V. LA POLÍTICA

5. 1 Finalidad y propósito

La definición de la direccionalidad de esta Política ha surgido del consenso en torno a la necesidad de hacer visible el fenómeno del consumo de alcohol y otras sustancias y su impacto negativo sobre áreas fundamentales para el desarrollo humano y social del país. De igual forma, se ha reconocido la necesidad de tener un marco común que apalanque la articulación e integración de las acciones, lo cual permitiría ejercer control sobre la mayor cantidad de factores y variables que operan sobre los orígenes del problema y de sus manifestaciones, así como sobre las respuestas. A su vez, se espera optimizar la distribución de los recursos (técnicos y financieros), comúnmente escasos y finitos, y así maximizar el bienestar y garantizar el derecho de todos y todas a acceder a oportunidades para prevenir, mitigar y superar las condiciones y factores que hacen más dinámicos los riesgos y la vulnerabilidad frente al consumo de SPA. En consecuencia, la *finalidad* última de la política es reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la so-

^{xxxx} Ver DSM IV-TR e ICD-10.

ciudad, y su objetivo general o *propósito* es ofrecer una respuesta integrada, participativa, corresponsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, filosófico, conceptual, operativo y de gestión.

5. 2 Objetivos estratégicos

5.2.1 Se interviene sobre un mayor número de condiciones y factores macrosociales, microsociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de SPA.

5.2.2 Se cuenta con medios para que personas, hogares y comunidades encuentren respuestas oportunas e integrales a sus necesidades frente al consumo de SPA.

5.2.3 Se cuenta con capacidad de integración, así como con capacidad de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de SPA.

5. 3 Ejes operativos

La Política propone un esquema-marco general que pretende orientar las acciones en prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras sustancias, con particular énfasis en los aspectos definidos como *objeto* prioritario de la Política: *uso de SPA en menores de edad, uso indebido* de medicamentos y sustancias volátiles, *uso problema* y *dependencia* de sustancias lícitas e ilícitas (ver figura 1 en anexo).

Para reducir la incidencia del consumo de SPA en el país es necesario avanzar hacia el logro del primer objetivo estratégico, para el cual se propone el *eje* operativo de **Prevención**^{xxxx}, y cuya meta es *evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital*.

Reducir la prevalencia de consumo y mitigar el impacto negativo exige acercarse hacia el segundo objetivo estratégico y, consecuentemente, al desarrollo de los *ejes* operativos de **Mitigación** y **Superación**, cuyas metas son: *evitar/prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia (prevalencia); evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social y*

^{xxxx} Para esta política se incorporó, como *ejes operativos*, lo que para el Manejo Social de Riesgo corresponde a “estrategias”. Ello porque el concepto de estrategias se utiliza aquí en niveles más detallados de la planeación.

que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros (impacto); y evitar que quienes hayan superado su condición de consumidores activos por voluntad y hayan mantenido un estilo de vida libre de "drogas", retornen a él (prevalencia). Algunas de estas metas pertenecen tanto a un eje como al otro, lo cual refleja la interrelación existente entre ellos.

Construir capacidad de respuesta es el cuarto eje operativo con el cual se busca movilizar esfuerzos para el logro de todos los objetivos estratégicos y en particular el tercero.

5. 4 Componentes (medios)

La política propone afrontar el reto de los objetivos estratégicos y las metas, a través de **componentes** o **medios** con los que se busca mejorar la gestión de los riesgos y reducir las condiciones de vulnerabilidad. Dichos componentes son la **promoción de la salud** y sus sub-componentes (prevención, educación en salud y protección de la salud) para prevenir y mitigar los riesgos asociados al consumo de alcohol y otras sustancias, la **asistencia y la atención** para mitigar y reducir los riesgos del consumo activo y continuado y los daños ya provocados y, por último, la **inclusión social** como herramienta para prevenir, mitigar y ante todo superar o hacer frente a las "secuelas" de haber tenido un compromiso activo con el alcohol u otras sustancias.

La figura 2 (ver anexo) muestra la dinámica de interacción entre medios. Así, mientras sub-componentes como la prevención y la protección de la salud alimentan el eje operativo de **Prevención**, los sub-componentes de educación en salud y de protección de la salud también aportan al desarrollo del eje de **Mitigación**, de modo que la **promoción de la salud** es un medio al servicio de las metas de dos de los ejes operativos. Lo mismo ocurre con la **atención y asistencia** que permite alimentar las metas perseguidas tanto por el eje de **Mitigación** como por el de **Superación**. Por su parte, la **inclusión social** es uno de los medios más importantes de la política ya que aporta al logro previsto por los tres ejes operativos.

5. 5 Descripción de ejes operativos^{xxxx}

5.5.1 Prevención

En el marco de la protección social, la prevención es una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo se manifieste y buscan reducir la

^{xxxx} La figura 1 del anexo presenta el esquema general de la Política que incluye los ejes, componentes, niveles y estrategias.

probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar^{xxxx} de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los "choques" hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales, que hacen parte del escenario vital de todos quienes vivimos en esta sociedad y cuya manifestación refleja la concurrencia de diversidad de condiciones y circunstancias más o menos probables, según el grado de vulnerabilidad del sujeto, grupo o comunidad.

Dado que la meta del eje **prevención** es *evitar/prevenir el inicio y uso indebido de sustancias psicoactivas en cualquier momento del ciclo vital*, es necesario operar sobre condiciones o variables contextuales, situacionales, familiares e individuales que incrementan el riesgo y la vulnerabilidad frente al inicio y mantenimiento del uso sustancias lícitas e ilícitas, en particular aquellas que son más predictoras del riesgo y aquellas que se pueden intervenir con los recursos que se tienen o que es posible potenciar. En el escenario de la prevención como gestión de riesgos las "drogas" lícitas e ilícitas existen, por lo que es preciso ofrecer los medios que permitan "convivir" con ellas optando por no probar tan tempranamente sustancias lícitas y, si se entra en contacto con ellas, no probar las ilícitas (prevención). Si aun así se entra en contacto con ellas, no transitar a patrones aún más nocivos para la salud y el bienestar (mitigación y superación). Las **estrategias** que se proponen para este eje se centran en los conceptos de *desarrollo, redes e integración/inclusión*. Con ello se busca operacionalizar de manera estratégica las actividades en función del trabajo en las capacidades, en lo promocional y en la creación y acumulación de activos humanos y sociales.

Tradicionalmente, la prevención ha buscado intervenir las variables individuales, familiares y situacionales (incluida la red social inmediata) desde el individuo mismo. En menor proporción se desarrollan acciones dirigidas a las variables microsociales presentes en la dinámica familiar y/o en el grupo de pares, también desde el individuo mismo (empoderamiento por ejemplo). Aún más limitadas son las iniciativas que involucran activamente a las redes familiares y a los grupos para construir *con* ellos, *desde* ellos y *para* ellos, intervenciones que operen sobre los factores de riesgo microsociales que aplican

^{xxxx} Para el enfoque tradicional del Manejo Social de Riesgo, el riesgo primario es que el choque adverso reduzca el ingreso y el consumo e incremente su volatilidad. Ver por ejemplo: Núñez, J y Cuesta, L. (2006).

en su contexto y situación de vida. Todavía más limitado es el quehacer preventivo dirigido a factores macrosociales, algunos de los cuales son de naturaleza estructural (figura 6).

Lo paradójico de esta realidad, más allá de las razones para el desbalance, está en que la evidencia tiende a demostrar cada vez más claramente la necesidad de equilibrio entre las intervenciones, precisamente porque el mapa de riesgo y vulnerabilidad muestra que algunas variables son más predictoras del consumo que otras, por consiguiente, potenciar la intervención en unos niveles más que en otros ó - más bien- tanto como en otros, puede significar más y mejores resultados. Pero intervenir en los niveles macro y microsocioal acarrea grandes desafíos: explorar metodologías con las que el quehacer tradicional suele no estar familiarizado (autogestión por ejemplo); vincular activamente el conocimiento y el quehacer de disciplinas distintas^{xxxxi} a las tradicionalmente involucradas; desarrollar estrategias que permitan la participación de diferentes ámbitos para construir conjuntamente el mapa de la realidad, los marcos de comprensión e interpretación, las prioridades, los lenguajes y las herramientas de intervención; y, a pesar de no estar “cautivos” y ser “difíciles de alcanzar”, trabajar en escenarios y con grupos de población prioritarios.

Las **estrategias**^{xxxxii} definidas para el eje operativo se enmarcan según los niveles de manifestación de los factores de riesgo (macro, micro o personal) y según correspondan a un componente o *medio* (en este caso, la promoción de la salud, sus subcomponentes e inclusión social). En todos los ejes se hallan estrategias que alimentan las acciones en más de un nivel y componente (figura 3 en anexo).

En el nivel **macrosocioal** se propone llevar a cabo acciones de *desarrollo social, deconstrucción normativa, cultural y regulación, control y responsabilidad social*. Se reconoce que este es uno de los niveles en los que se enfrentan los mayores retos, por tratarse en muchos casos de aspectos de tipo *estructural* frente a los cuales es difícil ejercer control. Sin embargo, es necesario reconocer que uno de los factores con mayor poder protector es la oportunidad de desarrollarse en un entorno “pro-social”, lo suficientemente *recompensante*, que provea medios y recursos para el desarrollo de activos, que ofrezca una normativa cultural y formal protectora

que desestime la demanda de SPA y proteja frente a los efectos nocivos.

El nivel **microsocial** se propone trabajar en factores de riesgo y de protección desde ámbitos de socialización fundamentales para el individuo: la familia, la escuela, el grupo social de referencia (pares) y la comunidad en general. Las estrategias hacen referencia al *desarrollo y fortalecimiento de la familia*, fundamental no sólo por ser medio socializador por excelencia, sino porque en su interior se recrean las crisis exógenas, lo cual refleja las condiciones de riesgo y vulnerabilidad del entorno y debilita sus capacidades socializadoras.

Otras estrategias hacen referencia a la construcción de *redes de apoyo* en todos los ámbitos vitales de desarrollo de los sujetos. La Política reconoce que son escenarios ideales para desarrollar la prevención, pero también insta a revisar la mirada que limita, por ejemplo, a la escuela a ser terreno “ideal” para la prevención, para retomar su rol esencial como ámbito socializador y como parte constitutiva de la red de apoyo social de niños-as, adolescentes, familias y comunidades.

Por último, está la estrategia de *integración y reconocimiento social juvenil* que busca atender aspectos de exclusión de los jóvenes de las redes sociales y de espacios que les visibilice y los haga partícipes de las discusiones que comprometen su futuro y construir espacios de bienestar. Sin embargo, es necesario superar la visión “problema” del joven (tal como lo propone la Política Nacional de Juventud^{xxxxiii}), que se distancia de la comprensión y el conocimiento del sujeto, indispensables para construir una visión compartida del mundo y transformar la realidad.

El nivel **personal** es el área de trabajo por excelencia en prevención. Gran parte de los programas que se ofrecen hoy, proponen intervenir en variables que aumentan el riesgo individual al consumo de SPA. Precisamente por su extenso desarrollo, se enfatiza más en diversificar algunas intervenciones, ampliar el alcance de los desarrollos en curso y en operar más efectivamente los programas. Las estrategias propuestas hacen referencia a la promoción del *desarrollo personal y la resiliencia*, así como a la creación de *redes de información y servicios*, priorizando la protección social a niños-as, adolescentes y

^{xxxxi} Por nombrar algunas la economía, la sociología, la antropología, el trabajo social.

^{xxxxii} Remitirse al documento de la Política para una descripción detallada de las estrategias y actividades específicas.

^{xxxxiii} Programa Presidencial Colombia Joven (2004). *Política Nacional de Juventud: Bases para el Plan Decenal de Juventud 2005-2015*. En http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/politica/politica_nacional_juventud_2004.pdf

jóvenes en condiciones de vulnerabilidad, fortaleciendo mecanismos formales e informales de protección, así como de redes sociales. Con ello no sólo se busca crear entornos de soporte, sino proveer medios concretos para una mejor gestión de riesgos, libres de barreras de acceso para los grupos con mayor necesidad.

Para que las estrategias y acciones del eje operativo de prevención consoliden el cumplimiento de la meta se debe: 1) conocer la realidad a transformar, 2) involucrar a los interesados en todas las fases del proceso, 3) actuar sobre las variables más predictoras, promover el desarrollo, las redes y la integración, 4) diversificar y llegar a todos los grupos en condición vulnerable, 5) actuar continua y sostenidamente en el tiempo.

La aproximación a las **poblaciones y ámbitos** responde directamente al concepto de vulnerabilidad, lo cual permite una aproximación variable a los grupos y a las personas en diferentes momentos de la vida.

5.5.2 Mitigación

La **mitigación** busca reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en “daños”. Para cumplir con las metas se necesita intervenir las condiciones que inciden en que haya transición a patrones de mayor compromiso con el consumo, la instalación de un estilo de vida o la ocurrencia de riesgos y daños producidos por patrones de uso nocivos para la salud por exceso de auto-indulgencia, porque se trivializan las consecuencias o porque catalizan conductas sexuales o prácticas de uso de alto riesgo.

Este eje concentra acciones propias de la prevención *terciaria*, algunos aspectos de la prevención *secundaria*, así como las de la prevención *indicada*. En otras palabras, opera *acciones intermedias y previas* al tratamiento mismo a implementarse en ámbitos formales e informales (educativos, laborales, comunitarios y sanitarios). Es complementario a los servicios de tratamiento y permite reducir los riesgos asociados a diversos patrones de consumo, así como a la dependencia, en casos en los que aún no hay acceso a un tratamiento formal por diversos motivos.

Las **estrategias** que se proponen para este eje se organizan según el nivel de manifestación del riesgo/daño (social, comunitario, familiar, individual) y aplican los componentes de promoción de la salud, atención y asistencia e inclusión social. Éstas, a grandes rasgos, buscan priorizar la *detección oportuna*

de casos, *las redes y la inclusión social* (ver cuadro en anexo).

En el nivel **social**, la estrategia de *políticas y entornos normativos saludables* busca movilizar lo necesario, desde las políticas, las normas y los sistemas, para remover potenciales obstáculos en la protección efectiva de la salud y el bienestar, así como para facilitar el cambio cultural, contextual, normativo, institucional o político que se requiera.

La estrategia de *reorientación de la atención y la asistencia* propone flexibilizar alternativas de atención, asistencia y acogida a grupos “excluidos” a partir de su incorporación en las redes de información, servicios, asistencia y apoyo social. Para ello se buscará capacitar la red de servicios existentes para que desde la atención primaria y básica, sea posible hacer la identificación temprana de problemas asociados al consumo, hacer intervenciones breves y remisiones a las redes de servicios formales e informales en el tema.

En la misma línea se buscará adelantar la estrategia de *redes* del nivel de intervención **comunitario** (ver eje **Prevención**) para orientar y asistir a aquellos afectados en algún grado por el consumo de SPA, como medidas complementarias a los mecanismo formales de protección, que ayudarán a reducir el impacto del consumo de SPA en la salud pública, la productividad y el capital humano. Las redes de información y asistencia serán construidas desde las diferentes regiones, y permitirán contar con un inventario de recursos y con mecanismos de articulación y coordinación entre ellos.

En el nivel **comunitario** se propone movilizar estrategias para el fomento del capital social a partir de *comités de convivencia y reconciliación*, así como de *diagnóstico y planeación participativa* y de *educación en salud en la base*, con los que será posible involucrar activamente a todas las partes de la comunidad directa o indirectamente interesadas en encontrar soluciones a un problema que no sólo pertenece a quienes consumen y sus familias, así como movilizar estrategias de prevención secundaria por fuera del ámbito del tratamiento.

En el nivel **familiar**, las estrategias descritas en el nivel comunitario ofrecerán a la familia los medios para gestionar mejor los riesgos y los daños que se deriven del consumo, y en el nivel **individual**, en que también operan componentes ya descritos en otros niveles, se propone la estrategia de la *difusión y acción social* que da fundamento a la educación por parte de líderes naturales.

El mejor desarrollo del eje operativo de **Mitigación** ocurre cuando: 1) se reconoce la realidad “problema” en su complejidad y se actúa temprana y oportunamente, 2) se atrae a los interesados haciendo atractivos los servicios, humanizando el trato y facilitando el acceso, 3) se diversifican las alternativas de atención y asistencia en respuesta a la heterogeneidad del problema, 4) se busca la manera de llegar a todos-as quienes lo necesitan, 5) se ofrece la continuidad de servicios requerida a través de redes que optimicen los recursos existentes.

El planteamiento de la mitigación es coherente con la prevención *indicada* y con la necesidad de priorizar aquellos grupos en los que el impacto de los riesgos y los daños puede ser mayor. Para mitigar es necesario priorizar el trabajo con: consumidores *excluidos* de cualquier institucionalidad (no escolarizados, desempleados, desplazados, desmovilizados, etc.), consumidores privados de la libertad, mujeres consumidoras en edad reproductiva, consumidores de alto riesgo por usar sustancias que ofrecen riesgo de transición a la inyección o por alto impacto para la salud y el bienestar comunitario, y consumidores con comorbilidad psiquiátrica.

5.5.3 Superación

La superación busca aliviar el “choque” cuando ya se ha producido. Este eje pretende ofrecer los medios que permitan afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o “superación”. Superar significa salir adelante y afrontar de la mejor manera una situación límite, echando mano de los recursos que estén disponibles. Las estrategias de superación hacen referencia al *tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social* de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo *problema* en ausencia de dependencia.

Este eje opera a través del componente de *atención y asistencia* en el que se desarrollan las estrategias de tratamiento y rehabilitación a la luz de las recomendaciones de política que arroja la evidencia, su sistematización en buena práctica y los resultados del Diagnóstico Situacional de los Centros de Atención en Drogadicción hecho por el Ministerio de Protección Social en el año 2004.⁴⁸ La inclusión social corresponde a la construcción, validación y pilotaje del Modelo de Inclusión Social para el país en proceso de construcción.

Las estrategias propuestas se basan en el cumplimiento de los objetivos de la política de prestación

de servicios en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 1) mejorar el acceso a los servicios, 2) mejorar la calidad de la atención y 3) generar eficiencia en la prestación de servicios y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas. El sistema entiende por *calidad* en la atención el acceso, la equidad, la idoneidad profesional y la consideración del balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción del usuario.

En el campo del **tratamiento** se propone *ajustar la oferta a la demanda y diversificar la oferta* por zonas geográficas, estratos socioeconómicos, géneros, patrones de uso y condiciones co-mórbidas. Se busca lograr una estructura de oferta “incluyente” para la diversidad de consumidores de alcohol y otras sustancias que no encuentran respuestas a sus necesidades en el estilo de tratamientos disponibles. Es necesario reforzar la estrategia de *cualificación de la oferta* cuya principal herramienta en el territorio es la Resolución 1315 de 2006 del Ministerio de la Protección Social “*por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.*”

Uno de los grandes vacíos del sistema que es precisamente la no inclusión de los trastornos asociados al consumo de SPA en los planes de beneficios de los regímenes de salud vigentes. Es urgente hacer esfuerzos por ampliar el plan de beneficios para que trastornos de consumo de sustancias altamente prioritarios puedan ser atendidos dentro de sistema, para lo cual se propone focalizar y priorizar la atención en casos de alto impacto por la severidad de la dependencia física y la fuerte vinculación con conductas anómicas o de alto riesgo para la salud física. En los campos de la rehabilitación y la inclusión social se propone dar respuesta a las dificultades que muchas entidades enfrentan por razones de infraestructura y calificación de recurso humano, así como reducir barreras con las que comúnmente se encuentran los consumidores rehabilitados para reincluirse en la vida social y productiva.

Es necesario movilizar *redes y cooperación* para obtener medios que permitan la rehabilitación e inclusión social del consumidor, en lo cual entidades pertenecientes al Sistema de Protección Social podrán hacer su aporte al logro de los objetivos de la rehabilitación vocacional (SENA) y física (Sistema de Subsidio Familiar). Además de la coordinación y cooperación intersectorial e interinstitucional, así como de familias y comunidades educadas y sensibi-

lizadas frente a la importancia de la rehabilitación y la inclusión social.

El mejor desarrollo del eje de **superación** ocurre cuando: 1) se responde activamente a las necesidades heterogéneas de los distintos tipos de consumidores, 2) se ofrecen servicios de atención y asistencia basados en evidencia, 3) se hace seguimiento y evaluación de la gestión, 4) se ofrece soporte en todas las fases del proceso de cambio y de largo plazo.

5.5.4 Construir capacidad de respuesta

Este eje operativo responde en particular al último objetivo estratégico con el que se busca: contar "... con capacidad de integración, así como de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de SPA" (sección 5.2), por lo tanto es fundamental también para el logro de los otros dos objetivos. La naturaleza y complejidad del fenómeno, así como la diversidad de áreas que se ven comprometidas por su impacto, exigen la construcción sistemática de condiciones básicas que permitan dar una respuesta no sólo oportuna y efectiva, sino en línea con los principios y criterios de gestión de la Política.

Si bien el país cuenta con una extensa experiencia en el área y con acumulación de lecciones aprendidas y de recursos, es necesario potenciar estos activos y qué mejor manera que a través de un esfuerzo integrador como el que se propone en el proceso de construcción de esta Política. De igual, forma se necesita una plataforma sólida que dé el mejor sustento posible a lo que se requiere para reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto del consumo de SPA. Las estrategias corresponden a los componentes de capacidad *técnica*, capacidad *institucional*, capacidad *financiera* y capacidad de *integración*.

La primera estrategia está dirigida a *integrar, alimentar y complementar el capital técnico*, lo cual da fundamento a la capacidad institucional y busca **consolidar el capital técnico y su formación** para que viabilice la apropiada operación de los ejes. A grandes rasgos, las actividades hacen referencia a acciones en formación del recurso humano, desde redes académicas, formales y no formales; aplicación de herramientas de calidad para los servicios y otras acciones; y conocimiento y sistematización de los recursos locales y nacionales disponibles.

Por otro lado, es necesario **conocer la realidad** que se quiere transformar, de la manera más amplia y profunda que sea posible. Para ello se recomienda el desarrollo de sistemas de indicadores y variables,

cuidando la comparabilidad; construir el componente de la demanda para el Sistema de Información de Drogas de Colombia – **SIDCO** administrado por la Dirección Nacional de Estupefacientes y operado por el Observatorio de Drogas de Colombia; integrar los sistemas de vigilancia; sistematizar y recopilar la experiencia aprendida y alimentar la práctica en ella; fomentar la aproximación multi-método para profundizar el conocimiento y dar mejor sustento a las acciones en Prevención y Mitigación; y expandir los eventos a vigilar centrados en riesgos y daños del consumo de alcohol y otras sustancias, así como en estudios de costos.

La planeación de las investigaciones debe hacerse en función de los patrones locales para priorizar el estudio de grupos en condiciones de vulnerabilidad, el mapeo de recursos locales y comunitarios y la construcción de respuestas contextualizadas. Fomentar la creación de líneas de investigación y sistemas de divulgación, así como sistemas de flujo y retorno para hacer funcional la información. Fomentar la cultura de la **evaluación de la gestión** en todos los ejes operativos, no sólo desde el funcionamiento sino desde el efecto real de la acción pública sobre la realidad a transformar.⁴ Para ello es necesario construir **líneas de base** que permitan hacer un seguimiento a la política y los planes que de ella deriven; trabajar por proteger las **condiciones de comparación** en los estudios; **formar recurso humano** en métodos de **evaluación** de resultados e impacto y en metodologías de planeación de proyecto; **crear modelos de registro, seguimiento y evaluación** para el trabajo en prevención, mitigación y superación.

Otra estrategia consiste en *flexibilizar y diversificar el capital institucional*, fortalecido con la promoción de la capacidad técnica. La oferta institucional y la construcción de nuevas organizaciones sociales deberá responder a los requerimientos y la naturaleza de las variables que inciden en las dinámicas de riesgo y vulnerabilidad frente al consumo de SPA. La capacidad institucional requerida será producto de las demandas de la planeación territorial y local; sin embargo, las instituciones formales o informales deben contar con un **modelo de gestión** diseñado en función de la realidad local, validado y piloteado.

La *optimización y fortalecimiento del capital financiero y otros recursos* hace referencia a una visión estratégica en la búsqueda y gestión de los recursos, más allá del tema del financiamiento de la política. Inte-

⁴ Ver por ejemplo: Muller, P. (2002), *Las políticas públicas*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

grar esfuerzos es un mecanismo que permite optimizar los recursos, evita la duplicidad de las acciones y la ocurrencia de posibles efectos no deseables, producto de la dispersión.

Cumplir con criterios de efectividad y eficiencia en un campo de tanta complejidad, como el que ocupa a esta política, exige orientar la planeación de acciones de manera estratégica. Una línea consiste en aplicar enfoques de *alto riesgo*, así como de prevención *selectiva e indicada* (centrados en grupos de mayor necesidad por sus condiciones de vulnerabilidad - no necesariamente por pobreza). Otra línea propone usar metodologías alternas, las cuales permiten ejercer mayor control sobre las variables que es necesario intervenir para transformar la realidad (gestión y acción social). Una última línea consiste en la creación de mecanismos que permitan integrar esfuerzos para actuar sobre múltiples factores de riesgo y en particular aquellos de naturaleza más predecible.

En la misma línea se propone la estrategia de *creación de mecanismos de gestión integrada*, propósito altamente demandante que suele ser frustrante. En escenarios como el nuestro, la planeación de ejercicios de política, planes y programas suele mencionar la gestión "intersectorial" como principio o criterio de las acciones, al cual se le endosa gran parte de la responsabilidad por el éxito final de lo propuesto. Muy a pesar del supuesto agotamiento del enfoque sectorial y de la crisis por la que atraviesa, porque la aproximación parcial a los problemas sociales produce sólo resultados parciales, la realidad muestra no sólo que nuestra cultura de gestión es aún sectorial, sino que el país funciona sectorialmente.

Para superar los posibles obstáculos es necesario hacer una planeación que prevea acciones contingentes, no ir más allá de las fronteras misionales de los sectores y entidades, y tampoco desconocer la naturaleza y estructura de funcionamiento de las mismas⁴⁹, para lo cual, como lo ha dicho Vergara se necesita un cambio cultural. Este permitirá avanzar en la concepción del "sistema".

Es importante determinar desde dónde se quiere definir el nivel (o unidad) de integración que sea óptimo y menos proclive a los obstáculos (nación, territorio, localidad / proyecto / grupo vulnerable...), determinar la agenda priorizada desde lo que se llamó buena práctica de la gestión pública (sección 2). Es necesario recuperar el sentido de construir y gestionar política social, dejar de planear para responder temporalmente a los compromisos de gobierno y empezar a ofrecer garantías "para que los

ciudadanos puedan ejercer los derechos fundamentales definidos en la Constitución"⁴⁸. Esto implica dejar de anteponer la agenda "institucional" a la agenda social.

La gestión de una política con énfasis promocional y basada en el desarrollo humano sostenible, hace necesario efectuar la transición desde el enfoque sectorial, cuyo producto suele ser intersectorial: "coordinación" de funciones, hacia un enfoque intersectorial cuyo producto sea suprasectorial y se refleje en la "movilización de intereses"⁵⁰. Esta transición se fundamenta en los conceptos de sinergia y sistemas. El primero significa concertación, cooperación, concurso o concurrencia de varias partes para completar una función, y complementa el de *sistemas*, el cual se refiere a un conjunto de partes que interactúan entre sí para el logro de un propósito en común. Hay sinergia cuando el producto, que es el todo, supera la suma de sus partes o mejor, cuando el todo se potencia precisamente porque se logra en conjunto. Es en la interacción y no en la suma de las partes en donde surge la sinergia.

El tema de la demanda de SPA en Colombia ha consolidado algunas "estructuras" del orden nacional y territorial: Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas y los Comités Departamentales y Municipales de Prevención. Además de establecer cómo se está dando la dinámica entre estos sistemas es necesario tender puentes hacia otras instancias o sistemas para el complemento y el logro de los objetivos propuestos. Una manera de hacerlo es a través de las redes de políticas públicas (por ejemplo juventud, niñez y adolescencia) y a través de redes de sistemas (Consejos de Política Social, Redes de Protección Social). Los modelos de gestión son fundamentales para orientar la gestión nacional y territorial.

5. 6 Principios de la Política

La Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA se sustenta en una serie de principios congruentes con la fundamentación básica, finalidad y propósito, estrategias operativas y criterios de gestión. La funcionalidad de los principios y criterios radica precisamente en que puedan convertirse en verdaderas herramientas de "chequeo" de la congruencia de las acciones y su contribución al logro de la finalidad, el propósito y los objetivos estratégicos.

⁴⁹ Vergara, CH. (2005). *Antecedentes de la protección social en Colombia*. Curso de Gerencia Social INDES-PARS. Julio de 2005.

A grandes rasgos, la política busca controlar los riesgos asociados al consumo de SPA, promover la creación de entornos protectores y favorables a un estilo de vida libre de “drogas”, integrar las acciones para optimizar el uso de los recursos, involucrar a la *base* para que además de vivir el problema sea parte integral de la solución, fundamentar y gobernar la acción en la ética y en la buena práctica. En congruencia, se plantea ofrecer los medios para ejercer control sobre los factores de riesgo, los riesgos y los daños asociados al consumo de alcohol y otras sustancias. La mirada o enfoque *promocional* va más allá de lo puramente asistencial y se concentra en la transferencia de medios y herramientas concretas que mejoren el desarrollo de la autonomía.

La promoción de entornos favorables y protectores demanda transformaciones sociales y culturales, posibles con el concurso de todos los actores y mediadores que tienen algo que aportar tanto a la comprensión de la realidad como a su transformación, por lo que se adopta un enfoque *participativo y de co-gestión*, así como un enfoque *integrador*. Esto no sólo es congruente con la descentralización, sino con la naturaleza misma del problema. De la gestión social y comunitaria, con énfasis en lo municipal, local y comunitario, surgirán respuestas autónomas y ajustadas a la realidad local. Esto a su vez facilita la apropiación de las acciones y su defensa ante los riesgos de discontinuidad por razones políticas, institucionales o de otro orden. Así mismo, facilita la legitimidad, la confianza y el control.

Por la misma línea surge también el principio de *corresponsabilidad*, el cual apela a la cooperación y al compromiso compartido para el logro de un mismo fin. Este principio no sólo orienta la agenda bilateral y multilateralmente en el tema de la reducción de la demanda, sino que es pertinente para la agenda doméstica en la cual Estado, sociedad, familia e individuo tienen responsabilidad en la construcción de salidas al problema.

Sólo es posible convocar a un proceso de construcción conjunta cuando se visibiliza “el otro” y se le reconoce como interlocutor y gestor válido y necesario en un proyecto común. Así, la Política fomenta acciones sensibles a la realidad de los grupos específicos, a las diferencias y a las necesidades, y prioriza aquellas metodologías que permiten una gestión *horizontal* y, a su vez, una construcción *“ascendente”* de la Política. Con ello busca fomentar el capital social.

Todo esto nos ubica también en un escenario en que la acción política se sustenta en el *respeto por*

los derechos humanos y sociales, promoviendo toda acción que implique mejorar la cohesión social y la inclusión de grupos en condiciones de vulnerabilidad, asegurando el acceso a medios y a oportunidades reales de integración social tanto en la prevención como en las respuestas al impacto.

El enfoque *integrador* busca la necesaria institucionalidad *formal y social*, fortaleciendo el quehacer de las estructuras y sistemas vigentes bajo un lente común. Dentro de un marco integrado de desarrollo como agenda de país, trabajar por lo social obliga a desarrollar efectivamente redes y sinergias entre políticas e instituciones en función del bienestar social, la promoción de la salud y el fortalecimiento de los aspectos que contribuyen al capital humano y social.

5.7 Criterios de gestión

Las acciones que deriven de esta Política deberán operar bajo criterios de:

► **Eficiencia.** Orienta las acciones con base en la relación costo-beneficio. Aunque sea necesario minimizar los costos, este no puede ser un criterio orientador *per se* y debe verse en función de los beneficios potenciales. Diversificar acciones e incorporar nuevas formas de aproximarse al problema y transformar la realidad (co-gestión, participación, integralidad, intervención en las variables más predictoras, priorización de grupos más vulnerables, entre otras) permitirá optimizar los recursos y las prácticas.

► **Calidad.** Para cumplir con este criterio se necesita implementar una serie de medidas, siempre que sea posible: conocer la realidad a transformar, actuar guiado por la evidencia y la buena práctica y evaluar la gestión en todas sus etapas. La *eficacia* también se vincula a este criterio y se entiende como la capacidad de la intervención de producir el cambio en la dirección esperada.⁵¹

► **Equidad.** El término guarda íntima relación con el concepto de justicia. Para Barry⁵², la equidad es un principio *comparativo* en cuanto que establece la situación de un grupo de personas frente a otro. Al igual que Sen, opina que la equidad demanda *para los iguales un trato igual y para los desiguales un trato desigual*. Hay más justicia en el hecho de la equidad, que en el hecho de la igualdad. De modo que, aun cuando la igualdad sea deseable, la persistencia de otras condiciones dispares impide alcanzar la igualdad.

Alcanzar la equidad supone igualdad en los logros en la salud reflejados en las posibilidades y libertades.⁵³ De esta forma, la Política propone un enfoque universal y “poblacional” en función de dinámicas de riesgo muy específicas, pero también insiste en priorizar, léase *focalizar*, las acciones en grupos altamente vulnerables, cuya condición no necesariamente guarda una relación directa con sus condiciones socio-económicas (ver **Mitigación**). Así, el criterio de equidad se estaría aplicando si se planifica con base en las necesidades y circunstancias de los grupos (vulnerabilidad).

► **Integralidad.** Este criterio que también obedece a un principio, busca apelar al logro de una “mirada colectiva” sobre un problema “colectivo”. Tanto los factores de riesgo como los riesgos mismos son transversales y ese es precisamente uno de los desafíos de la Política, ya que ha sido común la mirada y la consiguiente reacción “disociada”.

Se requiere del concurso de diversos sectores, disciplinas y niveles de acción para poder ejercer un verdadero control sobre aquello que incrementa la vulnerabilidad al consumo. La crucialidad de este criterio y su intrínseca dificultad, hizo que fuera necesario definir un eje operativo y una estrategia específica para aportar a la construcción de **capacidad de respuesta** frente al problema.

► **Territorialidad.** La descentralización es una herramienta primaria a la esencia y razón de ser del Estado. Sirve para visibilizar y facilitar el cumplimiento de la acción estatal, orientar más eficientemente la inversión, trabajar para “poner coto” a la desigualdad geográfica y permitir la relación armónica entre los diversos niveles, a través de los cuales se distribuye el cumplimiento de las funciones. Pero más allá de eso, la descentralización permite *territorializar* y “localizar” la acción, lo cual es necesario, como se ha visto, para fundamentar apropiadamente lo planeado y para contar con los actores clave que ayudan a comprender y transformar la realidad.

► **Sostenibilidad.** Este criterio hace referencia a dos aspectos. Uno que tiene que ver con el enfoque *promocional* revisado que busca que aquello que se haga incida verdaderamente y como se pretende, es decir, que se logre el impacto. Sólo así se puede hablar de logros sostenibles. El otro aspecto hace referencia a la *institucionalización* de los logros (formal y socialmente). Ambos aspectos son altamente demandantes y requieren de verdaderas transformaciones.

Es un error común pensar que la sostenibilidad sólo es posible si se tiene continuidad en la financiación. La construcción de capacidad técnica, institucional, financiera y de integración debe ayudar a “sostener” también los logros, pero la apuesta más certera es la capacidad que tiene la acción de construir capital social. Horizontalizar la gestión y hacer una construcción de política de la base hacia arriba, permite que los logros se consoliden en donde debe ser.

REFERENCIAS

- ¹ Franey, C. (1998a). *Theories of Drug and Alcohol Misuse and Intervention, Introduction*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- * Franey, C. (1998b). *Drugs: Definition, Classification and Functional Uses, U1*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- ² Stimson, G & Choopanya, K (1998). *Global Perspectives on Drug Injecting, Ch 1*. En: Stimson, G; Des Jarlais, D & Ball, A. (eds). *Drug Injecting and HIV Infection*. WHO: UCL Press.
- JIFE (2003). *Informe 2002*. E/INCB/2002/1. Publicación de Naciones Unidas.
- ³ UNDCP (1997). *World Drug Report*. New York: Oxford University Press.
- ⁴ Fredani, R. (2000). *Principios básicos para la administración de la política social en Argentina*. En: Revista Trabajo y Sociedad. Número 2, Vol. II, mayo-junio 2000.
- ⁵ Ibid
- ⁶ Fariás, L y Nogueira, MC. *Los jóvenes y el trabajo: la experiencia de construir con jóvenes inclusión laboral*. Universidad de La Plata: Escuela Superior de Trabajo Social. Disponible en www.aset.org.ar.
- ⁷ Calcagno, E (1990). *Evolución y actualidad de los estilos de desarrollo*. En Revista de la CEPAL No.42. Pp 55-67.
- ⁸ Ibarra, D. (1990). *Los acomodados de poder entre el Estado y el mercado*. En Revista de la CEPAL No. 42. Diciembre de 1990. Pp 69-94.
- ⁹ Kliksberg, B (Compilador) (2005). *La agenda ética pendiente de América Latina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica / BID.
- ¹⁰ Calcagno, E. Op. Cit.
- ¹¹ Santiago, R.L (2005). *Prólogo. La construcción de una visión integrada de desarrollo*. En B. Kliksberg (Compilador) *La agenda ética pendiente de América Latina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica / BID.
- ¹² Prats, J (2005). *Ética para el buen oficio político*. En B. Kliksberg (Compilador) *La agenda ética pendiente de América Latina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica / BID.
- ¹³ DABS (2003). *Familias: estado del arte, Bogotá 1990-2000*. Colección Estados del Arte: Bogotá.
- ¹⁴ Angulo, C. (2005). *Desarrollo humano y calidad democrática: experiencias innovadoras de participación democrática*. En B. Kliksberg (Compilador) *La agenda ética pendiente de América Latina*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica / BID.
- ¹⁵ Lampis, A. (2002). *Vulnerabilidad social en Bogotá D.C. 2002*. Veeduría Distrital. Noviembre de 2002.
- ¹⁶ Calcagno, E. Op. Cit.
- ¹⁷ Prats, J. Op. Cit.
- ¹⁸ 1990, citado por Rodríguez-García, R; Viera, C y Goldman, A (1996). *La conexión salud-desarrollo*. Washington: OPS
- ¹⁹ Peter, F y Evans, T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad en salud. En *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. T, Evans; M, Whitehead; F, Diderichsen; A, Bhuiya, M, Wirth. Washington: OPS / The Rockefeller Foundation.
- ²⁰ Ver por ejemplo:
- Sen, A. (2002). *¿Por qué la equidad en salud?* En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 11 No. 5/6 Mayo-Junio pp. 302-309;
- Sen, A. (2002). *Equidad en la salud: perspectivas, mesurabilidad y criterios*. En: *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. T, Evans; M, Whitehead; F, Diderichsen; A, Bhuiya, M, Wirth. Washington: OPS / The Rockefeller Foundation;
- Sen, A. (2004). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- ²¹ Fundación Europea, 1995 y Taylor, 1999 citados por Wagle, U (2000). *Volver a pensar la pobreza: Definición y mediciones*. Universidad de Massachussets.
- ²² Posada, J, Rodríguez, M y Cárdena, F (2003). *Violencia, psique y capital social: Un aporte desde el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Fundación Saldarriaga y Concha.
- ²³ OMS (2002) *The World Health Report*. Citado por Posada y colaboradores (2003).
- ²⁴ Scoppetta, O. y Peña, P (Eds). *La juventud y las drogas*. Bogotá: Alfaomega Colombiana S.A, Libros de CAMBIO.
- ²⁵ Rumbos, Presidencia de la República (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*.
- ²⁶ Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental 2003*.
- ²⁷ Giraldo, H; Dennis, R; Solarte, I; Jurado, A; Molina, D y Vera, A. (2006). *Prevalencia de tabaquismo y sus factores asociados en adolescentes escolarizados de siete ciudades colombianas 2005-2006*. Resumen Ejecutivo. Asociación Colombiana de Medicina Interna, Sociedad Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, Sociedad Colombiana de Cardiología, Sociedad Colombiana de Oncología, Sociedad Colombiana de Pediatría. Informe sin publicar.
- ²⁸ Mejía, IE, Flórez, AM e Isaza, G. (2004). *Diagnóstico situacional de los centros de atención en drogadicción (CAD)*. Ministerio de la Protección Social. Informe sin publicar.
- ²⁹ Riveros, I. (2001) *Fármacos psicoactivos registrados en Colombia y su relación con las ciencias forenses*. Instituto Colombiano de Medicina Legal. Subdirección de Investigación Científica. Bogotá.
- ³⁰ Mejía, IE, y Pérez, A. (2003b) Op.cit.
- ³¹ Lynn, L.E. (1993). *Private Behavior and Public Policy*. En Edwards, G. Strang, J. y Jaffe, J (eds.) *Drugs, Alcohol and Tobacco: Making the Science and Policy Connections*, ch.2. Oxford: Oxford Medical Publications.
- UNDCP (1997). Op. cit.
- ³² Musto, 1973 y Espstein, 1977 citados por Watters, J. (1996). *Americans and Syringe Exchange: Roots of Resistance*. En Tim Rhodes y Richar Hatnoll (eds.). *Aids, Drugs and Prevention*. Londres: Routledge.
- ³³ Fazey, C (1998). *Policy Responses to Illicit Drugs: an Overview of Strategies to Reduce Demand*. U.7. Universidad de Londres: Imperial College of Science.
- ³⁴ Wagle, U (2000). *Volver a pensar la pobreza: Definición y mediciones*. Universidad de Massachussets.

- ³⁵ Vergara, C. H (2005). *Antecedentes de la protección social en Colombia: notas de clase*. Curso de Gerencia Social – INDES – PARS.
- ³⁶ White, 1997 citado por Wagle, U (2000). *Volver a pensar la pobreza: Definición y mediciones*. Universidad de Massachussets.
- ³⁷ UN, United Nations; Economic and Social Council (1994). *Reduction of Illicit Demand for Drugs*. E/CN.7/1995/4. Publicación de Naciones Unidas.
- Naciones Unidas (1998). *Declaración política: principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y medidas de fomento de la cooperación internacional en la lucha contra el problema mundial de las drogas*. Período extraordinario de sesiones de la Asamblea General dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas 8 a 10 junio de 1998.
- ³⁸ Carta de Ottawa (1986) *Salud para todos en el año 2000*. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Noviembre 21 de 1986. OPS/OMS.
- ³⁹ Tanahill, A. (1985). *What is Health Promotion?*. Health Education Journal, 44:4 167-168.
- ⁴⁰ Ewles, L. y Simnett, I. (1996). *Promoting Health: a Practical Guide*. London: Bailliere Tindall.
- ⁴¹ Ibid
- ⁴² Glanz, K; Lewis, M y Rimer; B. (1997). *The Scope of Health Promotion and Health Education, ch 1*. En Glanz, K. et al (eds). *Health Behavior and Health Promotion: Theory, Research and Practice*. San Francisco: HB Printing.
- ⁴³ Clayton, R. (1992). *Transitions in Drug Use: Risk and Protective Actors*. En: Glantz, R & Pickens, R (eds.). *Vulnerability to Drug Use*, p.p. 15-51. Washington D.C.: American Psychological Association.
- ⁴⁴ UN, United Nations; Economic and Social Council (1996). *Principles and Practice of Primary and Secondary Prevention in Demand Reduction Programs*. E/CN.7/1996/6. Publicación de Naciones Unidas.
- ⁴⁵ Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas de España.
- ⁴⁶ Ver por ejemplo:
- Franey, C. (1998). *Problem Use and Dependence, U3*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- Heather, N y Robertson, I (1997). *Problem Drinking*. Oxford: Oxford University Press.
- Edwards, G (1987). *The Treatment of Drinking Problems: a Guide for the Helping Professions*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Edwards, G; Arif, A y Hodgeson, R (1981). *Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol Related Problems: a WHO Memorando*. En Bulletin of the World Health Organization, 59: 225-242.
- Edwards, G; Gross, M; Keller, M; Moser, J y Room, R. (1977). *Alcohol Related Disabilities*. Ginebra: WHO Publications No. 32.
- ⁴⁷ Edwards, G. et al. (1994). *Population Drinking and the Aggregate Risk of Alcohol*. En Edwards, G. (ed). *Alcohol Policy and the Public Good*, ch. 4. Oxford: Oxford University Press.
- Thom, B. (1998). *Understanding the Relationship Between Consumption and Harm, U2*. Imperial College of Science, Technology and Medicine, University of London.
- ⁴⁸ Mejía, IE, Flórez, AM e Isaza, G. (2004). Op.Cit.
- ⁴⁹ Vergara, CH. (2005). *Antecedentes de la protección social en Colombia*. Curso de Gerencia Social INDES-PARS. Julio de 2005.
- ⁵⁰ Ibid
- ⁵¹ Dini, M; Stumpo, G; Vergara, S (2005) El aporte de FINDES a las Pymes en América Latina: una evaluación de impacto. FUNDES / CEPAL
- ⁵² (1990) citado por Peter, F & Evans, T. (2002). *Dimensiones éticas de la equidad en salud*. En: *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. T. Evans; M. Whitehead; F. Diderichsen; A. Bhuiya, M. Wirth. Washington: OPS / The Rockefeller Foundation.
- ⁵³ Sen, A. (2004). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.