

Artículo 52. *Asignación de los recursos.* Los recursos se asignarán, una vez se determine lo referente a su distribución conforme a los criterios del artículo 50, se cuente con viabilidad técnica y, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal de la vigencia fiscal correspondiente y a la meta estimativa a cumplir para dicha vigencia.

Artículo 53. *Soportes documentales.* Los soportes documentales que sustenten las operaciones de giro, pago o transferencias efectuadas con fundamento en las autorizaciones que efectúe el Ministerio, deberán ser conservados por el tiempo que disponga la ley para cada uno de los respectivos documentos y estar disponibles para su consulta por las dependencias competentes, los organismos de control o cualquier autoridad que, por sus competencias, requiera acceder a ellos.

Artículo 54. *Destinación.* Los recursos asignados serán destinados, exclusivamente, para financiar la operación de la atención psicosocial del Programa de acuerdo con lo previsto en el presente acto administrativo y en el documento denominado ‘*lineamientos para la ejecución territorial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*’.

Artículo 55. *Seguimiento.* La Oficina de Promoción Social efectuará el seguimiento a la ejecución de estos recursos conforme al documento denominado ‘*lineamientos para la ejecución territorial del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas*’, y atendiendo las disposiciones señaladas en la Resolución número 737 de 2024, o aquella que la modifique o sustituya.

Artículo 56. *Planeación y gestión territorial.* Conforme a lo dispuesto en el artículo 174 de la Ley 1448 de 2011 y en la Ley 1454 de 2011, las Entidades Territoriales deberán adelantar los procesos de planeación y gestión de recursos en el marco de la autonomía territorial y la normativa vigente a aplicar para la implementación del Programa a través de recursos propios, dentro de sus territorios.

CAPÍTULO IV
Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 57. *Inspección, vigilancia y control.* En el marco de sus competencias, las Direcciones o Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, o las entidades que hagan sus veces, junto con la Superintendencia Nacional de Salud realizarán inspección, vigilancia y control al cumplimiento de las disposiciones de la presente resolución.

TÍTULO IV
DISPOSICIONES FINALES

Artículo 58. *Vigencia.* Esta resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga las Resoluciones números 888 de 2012 y 1621 de 2023.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 24 de septiembre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.
(C. F.).

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002100 DE 2025

(octubre 14)

por la cual se adopta la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas y el Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas.

El Ministro de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales y reglamentarias, en especial de las conferidas en los numerales 2 y 3 del artículo 2° del Decreto Ley 4107 de 2011, el artículo 8° de la Ley 1616 de 2013, el artículo 193 de la Ley 2294 del 2023 y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 49 de la Constitución Política, modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo número 2 de 2009, establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; y para el efecto, le corresponde a este el organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

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

Que la Corte Constitucional, a través de las Sentencias C-221 de 1994, T-814 de 2008, C-574 y C-882 de 2011, T-497 de 2012, T-518 de 2013, T-10 de 2016, entre otras, ha enfatizado en la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana de las personas que usan drogas, y ha señalado la importancia de garantizar acciones de prevención, atención y rehabilitación con un enfoque integral de salud pública.

Que conforme con lo dispuesto por el numeral 3 del artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 –Código de Infancia y Adolescencia–, se reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y establece que su interés superior debe ser considerado de manera prevalente en todas las decisiones, actuaciones y políticas que les conciernan. En ese sentido, deben ser protegidos del consumo de sustancias psicoactivas, estupefacientes o bebidas alcohólicas, y de la utilización, el reclutamiento o la oferta de menores en actividades de promoción, producción, recolección, tráfico, distribución y comercialización de estos productos.

Que la Ley 1385 de 2010 tiene como objeto promover la prevención del consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo, con acciones afirmativas de prevención y educación con el fin de proteger los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes a una vida sana y ambiente íntegro teniendo en cuenta las secuelas irreversibles que el Síndrome de Alcoholismo Fetal genera.

Que, los artículos 13 y 14 de la Ley 1438 de 2011 definen los elementos y principios mediante los cuales se implementa la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, así como también la obligación del Gobierno nacional para formular la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad.

Que los artículos 61 a 64 de la misma ley disponen que la prestación de servicios de salud dentro del sistema se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado. Así mismo, las entidades territoriales, en coordinación con las EPS, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las redes integradas incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos y que estas redes se habilitarán de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el artículo 1° de la Ley 1566 de 2012 reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, que requiere atención integral por parte del Estado. Seguidamente, su artículo 2° consagra el derecho de la persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a tales sustancias, a recibir atención integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Que en los literales b) y c) del artículo 5° de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, se contemplan como obligaciones a cargo del Estado, entre otras, la de formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar su goce efectivo, en igual trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello, la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del sistema. Asimismo, deberá formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales, respectivamente.

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

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

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

El acuerdo en cita también consigna que las acciones frente al consumo de drogas ilícitas deben ser integrales, efectivas y sostenibles en el tiempo, e incluir una labor promocional de estilos y condiciones de vida saludables, la prevención del consumo, el tratamiento y la rehabilitación, a partir de la identificación de las necesidades en salud de la población.

Que el Plan Marco de Implementación del acuerdo citado en líneas precedentes señala en el literal D, del numeral 4 del Capítulo I que, el Gobierno nacional: “*(...) diseñará y pondrá en marcha un Sistema Nacional de Atención al Consumidor de Drogas Ilícitas que incluya acciones complementarias de rehabilitación e inserción social con enfoque de género (...)*”, el cual debe crearse a partir de una resolución de este Ministerio que organice los elementos del sistema ya existentes, encaminados a mejorar el acceso, la disponibilidad, la calidad de los servicios de atención para los consumidores y que permitan la incorporación de procesos de rehabilitación e inserción social con enfoque de género, y dichas acciones se realizan en articulación con el Ministerio de Justicia y de Derecho.

Que, de acuerdo con el artículo 1° de la Ley 2294 de 2023 “Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, el país se propone avanzar hacia un modelo de desarrollo centrado en la protección integral de la vida. Este propósito implica transformar el contrato social para superar desigualdades históricas, prevenir la repetición del conflicto armado, redefinir la relación con la naturaleza y promover una producción sustentada en el conocimiento y el respeto por el entorno. Todo ello con el fin último de construir una paz duradera basada en la justicia, la dignidad y el reconocimiento del valor de la vida en todas sus formas.

Que el artículo 166 de esta misma ley prevé la obligación de actualizar la Política Nacional de Salud Mental, con el objetivo de abordar líneas estratégicas con acciones transectoriales de mediano y largo plazo que incidan en los determinantes sociales de la salud mental, por entornos de desarrollo y curso de vida, distinguiendo los enfoques poblacional, interseccional y territorial que contemple la promoción de la salud mental, la prevención, atención integral, rehabilitación e inclusión social de la población con afectaciones en salud mental, consumo problemático de sustancias psicoactivas, y las situaciones de violencia.

Que, de modo similar, el artículo 193 consagra la obligación del Gobierno nacional para formular, adoptar e implementar una nueva Política Nacional de Drogas incluyente con un enfoque de género diferencial y territorial, en el marco de espacios de articulación interinstitucional y de participación de distintos actores de la sociedad civil incluyendo comunidades campesinas, para avanzar hacia un nuevo paradigma de política centrado en el cuidado de la vida, con énfasis en la transformación territorial y protección ambiental y salud pública, la prevención del consumo y reducción de riesgos y daños, la generación de una regulación justa, responsable, la seguridad humana y paz total, así como el liderazgo internacional, la justicia social y la transformación cultural; priorizando acciones transversales que inciden en los determinantes sociales de la salud mental y el consumo de sustancias.

Que en cumplimiento del artículo citado en líneas precedentes, el Gobierno nacional formuló y adoptó la Política Nacional de Drogas 2023-2033 “*Sembrando vida, desterramos el narcotráfico*”, construida mediante procesos participativos con actores institucionales, comunitarios, académicos y sociales. Esta política redefine el enfoque de drogas en Colombia, priorizando el cuidado de la vida, la salud pública, los derechos humanos y la transformación territorial.

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

Que en su desarrollo normativo, reconoce el consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de relevancia para la salud mental y ordena la creación del Sistema Nacional de Atención a las Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas, el cual será responsable del diseño e implementación del Programa Nacional de Intervención Integral frente al consumo; así como el establecimiento de mecanismos de monitoreo a través de un sistema de información liderado por el Observatorio Nacional de Salud. De igual forma, contempla la posibilidad de que las instituciones educativas participen en el diseño y aplicación de estrategias para la prevención y la reducción de riesgos y daños; la sensibilización del personal educativo para identificar signos de problemas psicosociales y consumo de sustancias; y el desarrollo de un modelo comunitario de promoción y prevención en salud mental que incorpora acciones específicas frente al consumo, en articulación con organizaciones comunitarias, educativas y entidades territoriales.

Que tanto el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud junto con la Ley 1335 de 2009, definen políticas para la prevención del consumo de tabaco y la promoción del abandono de la dependencia en la población; y que, en esa misma línea la Ley 2354 de 2024 tiene por objeto garantizar el derecho a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, productos de tabaco, sus derivados, sucedáneos o imitadores y los dispositivos necesarios para su funcionamiento.

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

Que mediante el Decreto número 1285 de 2022, el Gobierno nacional adoptó la Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2022-2031, que insta a desarrollar atención preventiva en salud mental de la población en riesgo de calle, con énfasis en la detección temprana de trastornos de salud mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA), y desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento, y reducción de riesgos y daños de la población consumidora. A su turno, el eje 2 de la norma citada orienta el desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales para que las personas habitantes de la calle logren superar su situación de calle, motivarlos para la superación (transformar sus condiciones de vida) en los casos en que aún no lo han decidido, y si su decisión es no abandonar esa opción de vida, mejorar las condiciones en las que se desarrollan y mitigar el daño causado por la vida en la calle.

Que en conjunto, la Política Nacional de Salud Mental, la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas y la Política Pública Social para Habitantes de la Calle deben ejecutarse de manera coordinada para abordar integralmente la reducción de las condiciones que vulneran a las poblaciones, y promover la creación de entornos seguros y saludables desde un enfoque preventivo, con énfasis en la atención primaria y comunitaria.

Que mediante la Resolución número 1035 de 2022, este Ministerio adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, reconociendo que las condiciones de salud y enfermedad también guardan una relación con la interculturalidad y el territorio, un abordaje de salud colectiva que requiere la participación social en salud de las comunidades y un fuerte componente étnico en las intervenciones.

Que mediante las Resoluciones números 2367 de 2023 y 100 de 2024, se establece que las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal, en las cuales se definen las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud, deben armonizar sus procesos de planeación y la definición de sus acciones en salud con el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, fundamentado en la Atención Primaria en Salud (APS).

Que el Decreto número 0858 de 2025 adopta el Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo como política en salud para la población habitante en el territorio colombiano, para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias y acciones orientadas a la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos y la afectación positiva los determinantes sociales de la salud en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública y demás políticas que sean afines.

Que, durante los últimos años, en el marco de la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas (CND), los Estados miembros han aprobado resoluciones clave que reflejan avances y cambios significativos en el abordaje internacional del fenómeno de las drogas. En la Comisión de Estupefacientes del 2024, mediante la adopción de la Resolución número 67/4, se reconoció por primera vez la reducción de daños como una estrategia efectiva para abordar el consumo de sustancias psicoactivas. Posteriormente, en la Comisión de Estupefacientes del 2025, se adoptó la Resolución número 68/6 mediante la cual se acepta crear un panel de alto nivel de expertos independientes que realizarán un análisis crítico de la implementación del régimen global de drogas, los cuales harán recomendaciones para lograr mejores resultados en la materia.

Que, las Directrices Internacionales sobre Derechos Humanos y Política de Drogas publicadas en 2019 e impartidas por la Organización Mundial de la Salud, las Naciones Unidas, en colaboración con otras organizaciones, subrayan la necesidad de que las políticas de drogas respeten, protejan y promuevan los derechos humanos, y ponen énfasis en la salud pública y la reducción de daños como enfoques prioritarios. Adicionalmente, destacan la importancia de asegurar que las leyes y políticas sobre drogas no conduzcan a violaciones de derechos como la vida, la privacidad, la salud, y la igualdad, entre otros, especialmente para las poblaciones más vulnerables, como las personas privadas de libertad, las mujeres, los niños y las comunidades indígenas.

Que, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en el documento titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, adoptado durante el 30 período extraordinario de sesiones de la Asamblea General celebrado en 2016, determinó un conjunto de recomendaciones, entre las cuales reúnen una serie de medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación y rehabilitación social, desde los enfoques de salud pública, derechos humanos y desarrollo humano para proteger a los ciudadanos de sus consecuencias negativas, sobre una base no discriminatoria y de no estigmatización.

Que, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, insta, entre otras acciones, a que los Estados Parte fortalezcan la coordinación interinstitucional para promover acciones transversales, encaminadas a fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas.

Que, teniendo en cuenta la complejidad de la problemática a causa del consumo de sustancias psicoactivas, el cual trasciende a la salud mental de las personas y genera un impacto a nivel sanitario, económico y social; y que es necesario incorporar de manera efectiva el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS) y reducción de riesgos y daños, en aras de garantizar el derecho fundamental a la salud de la población, se requiere actualizar la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas y adoptar el Sistema Nacional de Atención al consumo de estas sustancias.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1°. *Objeto.* Adoptar la “Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas 2025-2033” y el Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas, contenidas en el anexo técnico, el cual será objeto de publicación en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2º. **Ámbito de aplicación.** La presente política se aplica de manera transversal a todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como a las demás personas, entidades, organismos o instituciones que intervengan de manera directa e indirecta, o tengan responsabilidades en la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención integral del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, así como en el Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas.

Igualmente, se aplica a las autoridades nacionales, departamentales, distritales y municipales de salud, quienes se adecuarán en lo pertinente y articularán y armonizarán sus políticas y operación para dar cumplimiento a lo ordenado en la presente resolución.

Artículo 3º. *Definiciones.* Para efectos de la presente resolución, se tienen en cuenta las siguientes definiciones:

- **Atención primaria en salud.** Estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación en todos los niveles de complejidad. Busca garantizar el mayor bienestar posible a las personas, asegurando equidad, solidaridad y costo-efectividad en los servicios de salud mediante métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas.
- **CAMAD.** Los Centros de Atención Móvil para Drogodependientes (CAMAD), son una estrategia integral que articula intervenciones colectivas, individuales y sociales desde los enfoques de salud pública, derechos humanos y atención primaria, dirigida a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas. Se implementa mediante equipos interdisciplinarios que realizan intervenciones de la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, violencias, y la reducción de riesgos y daños, de manera fija o itinerante según las necesidades territoriales y poblacionales. Tiene como propósito facilitar la entrada y permanencia en los servicios de salud de personas y sus familias y desarrollar acciones que desafíen y transformen las percepciones negativas hacia las personas que usan drogas, fortaleciendo la inclusión social y la dignidad de los individuos.
- **Consumo de sustancias psicoactivas.** Hace referencia al uso de sustancias que alteran el estado de conciencia, la sensoropercepción, el comportamiento y/o la memoria. Este consumo puede adoptar diversas formas, con implicaciones diferenciadas para la salud física, mental y el bienestar de las personas, sus familias y comunidades. Este se puede clasificar según su intencionalidad (experimental, social/recreativo, medicinal/terapéutico y ritual) y su impacto (consumo no problemático, consumo problemático). Esta perspectiva reconoce el carácter no homogéneo del fenómeno, permitiendo identificar múltiples formas de uso que requieren respuestas diferenciadas desde la política pública.
- **Detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas.** Identificación oportuna de signos de riesgo o consumo inicial de sustancias psicoactivas mediante herramientas de tamizaje y evaluación. Facilita la intervención breve, la canalización y el acceso a servicios adecuados para prevenir y/o minimizar la progresión hacia consumos problemáticos, y de esta manera proteger la vida, la salud pública.
- **Inclusión y protección social de las personas que usan drogas.** Acciones y políticas dirigidas a garantizar el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación, el empleo, la vivienda, la cultura, la recreación y la convivencia. Asimismo, buscan promover la participación efectiva de las personas que usan drogas en la comunidad y reducir la estigmatización y la exclusión social, generando oportunidades de integración y fortaleciendo las redes de apoyo comunitario, para mejorar la calidad de vida y la autonomía de estas personas, las familias y sus comunidades.
- **Navegación en salud.** Estrategia de acompañamiento orientada a facilitar el acceso efectivo, oportuno y continuo a los servicios de salud, sociales y comunitarios para las personas que usan sustancias psicoactivas. A través de gestores en salud, se promueve el ejercicio del derecho a la salud, brindando orientación sobre puertas de entrada y servicios disponibles, apoyando la gestión de trámites, superando barreras de acceso, y fortaleciendo el vínculo entre las personas usuarias y los servicios disponibles.
- **Promoción de la salud.** Proceso que permite a las personas y comunidades fortalecer el cuidado sobre su salud y mejorarla, que incluye desarrollar políticas públicas saludables, crear entornos de apoyo, apoyar la acción comunitaria a través del empoderamiento de las comunidades para gestionar su propia salud, desarrollar habilidades personales y habilidades para la vida, y proporcionar información y educación para la salud.
- **Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.** Conjunto de estrategias y acciones orientadas a evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas o su progresión hacia formas problemáticas. Se implementa en diferentes niveles: prevención universal, dirigida a toda la población para fortalecer factores de protección; prevención selectiva, enfocada en grupos con mayor vulnerabilidad o exposición a factores de riesgo; y prevención indicada, destinada a personas con signos tempranos de consumo o alto riesgo de desarrollar problemas asociados.

Incluye la prevención ambiental, que busca afectar los determinantes contextuales y políticos del consumo de sustancias, reduciendo la probabilidad de consumo al modificar los entornos físicos, sociales, culturales y económicos más allá de las estrategias de información, educación y comunicación para la salud, mediante regulaciones como impuestos, restricciones en puntos de venta, limitación de la publicidad, regulación de la edad de venta a menores y etiquetado de advertencia.

- **Reducción de Riesgos y Daños.** Es tanto un enfoque como una estrategia de intervención dirigida a minimizar los impactos negativos del consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales, así como los impactos negativos de las políticas de prohibición.

Como enfoque, reconoce que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad en la sociedad, y busca proteger la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades, en lugar de ignorar, castigar o estigmatizar dichas prácticas. Señala además, que el consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multifacético que abarca un continuo de comportamientos dentro de los cuales se reconocen diferentes tipos de consumo, que requieren diferentes estrategias de abordaje, reconociendo los determinantes sociales y las desigualdades como factores que influyen en el consumo y en las posibilidades de cuidado, por lo que promueve el acceso voluntario a servicios sociales y de salud, basados en evidencia y ajustados a las necesidades de las personas, poniendo su bienestar como criterio central para la evaluación de las políticas e intervenciones. Además, la reducción de riesgos y daños garantiza su participación significativa en el diseño, implementación y evaluación de programas.

Como estrategia, comprende acciones concretas basadas en la evidencia, como el acceso a material para un consumo de menor riesgo, programas con agonistas opioides (p.ej. programas de mantenimiento con metadona), dispositivos móviles de dispensación de medicamentos, dispositivos para la prevención y atención de sobredosis, distribución de naloxona para la prevención y atención de sobredosis, servicios de análisis de sustancias, entre otras.

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

- **Sustancia psicoactiva.** Compuesto natural, semisintético o sintético que, al ser introducido en el organismo por diferentes vías de administración (oral, inhalada, fumada, inyectada, entre otras), actúa sobre el sistema nervioso central, generando alteraciones en sus funciones. Estas sustancias pueden estimular, deprimir, distorsionar la percepción o modificar el estado de conciencia, el ánimo, la cognición o la conducta.
- **Tratamiento y recuperación de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.** En el abordaje de personas con trastornos por uso de sustancias psicoactivas, el tratamiento y la recuperación se conciben como elementos complementarios de un mismo continuo de atención, más que como procesos aislados. Este enfoque integrado exige transiciones fluidas entre niveles de complejidad asistencial y subraya la primacía de la persona, cuya participación activa se mantiene invariable a lo largo de todo el itinerario terapéutico y de recuperación.

El tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas se considera un proceso integral, continuo y sustentado en evidencia científica, que articula intervenciones farmacológicas, psicológicas, sociales y de reducción de riesgos y daños con el propósito de detener o disminuir el consumo, revertir las alteraciones neuroconductuales, mitigar los daños y restablecer la funcionalidad personal y social. Su implementación exige servicios accesibles, éticos y centrados en la persona, capaces de ajustarse a las necesidades cambiantes de cada población mediante una red de dispositivos de distintos niveles de complejidad que ofrezcan episodios terapéuticos múltiples y un sistema de monitorización constante.

La recuperación se conceptualiza como un proceso voluntario, dinámico y no lineal de transformación personal mediante el cual las personas optimizan su salud y bienestar, asumen la conducción de su vida y se orientan hacia el logro de su máximo potencial. Este itinerario demanda la consolidación sinérgica de cuatro pilares fundamentales: Salud, entendida como la gestión activa de la enfermedad o de los síntomas relacionados con el consumo, junto con la adopción de decisiones informadas que preserven el bienestar físico y emocional; Hogar, referido a la disposición de un entorno estable, seguro y libre de sustancias que provea sostenibilidad cotidiana; Propósito, expresado en la participación en actividades significativas (empleo, formación académica, voluntariado o cuidado familiar) que promuevan autonomía económica y metas personales; y Comunidad, conformada por redes de apoyo que ofrezcan vínculos afectivos, respaldo social continuo y sentido de pertenencia. La recuperación trasciende la mera abstinencia, al reconocer trayectorias plurales (abstinencia total, uso controlado con estrategias de reducción de riesgos o intervenciones de reducción de daños) siempre que converjan en el fortalecimiento sostenido de estos cuatro pilares.

CAPÍTULO II

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

Artículo 4°. *Objeto de la política.* La política tiene como propósito orientar y garantizar una respuesta integral al consumo de sustancias psicoactivas, basada en la evidencia científica libre de conflicto de interés y respetuosa de los derechos humanos para la población habitante del territorio colombiano, con un especial énfasis en las poblaciones expuestas a condiciones que generan vulnerabilidad, que inciden de manera diferencial en el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.

Artículo 5°. *Enfoques de la política.* La Política integral para la prevención, reducción de daños y atención del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, en el marco de la salud pública y la implementación de un modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud (APS), tiene los siguientes enfoques:

- **Derechos humanos.** Garantiza el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de las personas usuarias, incluyendo el derecho a la salud, a la vida, a la libertad y a la no discriminación, promoviendo su inclusión, protegiendo contra el estigma, la discriminación y la exclusión social, y orienta la respuesta institucional hacia una atención centrada en el bienestar y la protección de sus derechos.
- **Diferencial.** Asegura que las estrategias respondan a las características específicas de cada grupo poblacional, considerando variables como edad, orientación sexual, etnia y condición de salud; en este sentido, abarca el enfoque de género, curso de vida, étnico e intercultural.
- **Interseccional.** Bajo el cual se reconocen las múltiples dimensiones de desigualdad que interactúan para amplificar la vulnerabilidad, diseñando respuestas integrales y equitativas que promuevan la inclusión y la justicia social.
- **Reducción de Riesgos y Daños (RRD).** Enfoque pragmático y humanitario que busca minimizar los impactos negativos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, superando el paradigma prohibicionista.
- **Territorial.** Bajo el cual se reconocen las particularidades sociales, culturales y económicas de cada territorio, adaptando las políticas e intervenciones a las realidades locales, con la participación de los actores.
- **Comunitario.** Garantiza la participación de las comunidades en todas las fases de diseño e implementación de las intervenciones, fortaleciendo el liderazgo comunitario y la sostenibilidad de las acciones.

Artículo 6°. *Principios de la política.* Son principios de la Política integral para la prevención, reducción de riesgos y daños y atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, los previstos en las Leyes 1751 de 2015 y 1438 de 2011. Para efectos de la política, se destacan los siguientes principios y criterios:

- **Autonomía.** Reconoce el derecho de cada persona a tomar decisiones informadas y libres sobre su salud y su proyecto de vida.
- **Dignidad humana.** Reconoce el derecho de todas las personas a una atención en salud respetuosa, segura y humanizada.
- **Igualdad y no discriminación.** Garantiza el acceso sin barreras ni exclusión, respetando la diversidad de condiciones personales y sociales.
- **Integralidad.** Promueve una atención articulada e intersectorial que aborde los determinantes sociales del consumo.
- **Interculturalidad.** Integra y respeta los saberes y prácticas culturales diversas en los procesos de atención y cuidado.
- **Participación.** Asegura la participación activa y efectiva de las personas que usan drogas, comunidades y organizaciones en todas las fases de la política.
- **Pensamientos propios y armonías.** Reconoce los saberes ancestrales de los pueblos étnicos como guía para promover el equilibrio entre salud, territorio y comunidad.

Artículo 7°. *Ejes de la política.* La Política integral para la prevención, reducción de daños y atención del consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas se orienta en cinco ejes estratégicos para la implementación de las acciones: Eje 1. Promoción de la salud y prevención del consumo de sustancias psicoactivas; Eje 2. Detección temprana, tratamiento y recuperación de los problemas asociados al consumo; Eje 3. Reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas; Eje 4. Inclusión y protección social de las personas que usan drogas; Eje 5. Gestión de la salud pública en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas.

Artículo 8°. *Articulación de la política con el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.* La implementación efectiva y sostenida de la política a partir de la acción territorial, institucional, intersectorial, interseccional, y social de forma articulada, diferencial y sostenible, se realizará en consonancia con los siguientes ejes estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: (i) Gobernabilidad y Gobernanza de la salud pública; (ii) Pueblos y comunidades étnicas y campesinas, mujeres, sectores LGBTIQ+ y otras poblaciones por condición y/o situación.; (iii) Determinantes Sociales de la Salud; (iv) Atención Primaria en Salud; (v) Conocimiento en salud pública y Soberanía Sanitaria y (vi) Personal de salud.

CAPÍTULO III

Sistema Nacional de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

Artículo 9°. *Sistema Nacional de Atención al Consumo de sustancia psicoactivas.* El Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas, como marco de implantación de la presente política, está orientado a organizar y articular los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de la Atención Primaria en Salud, con el fin de garantizar respuestas en prevención, detección temprana, tratamiento integral, recuperación, reducción de riesgos y daños e inclusión social, oportunas, continuas, diferenciadas y con participación comunitaria.

Artículo 10. *Actores, servicios e intervenciones del Sistema Nacional de Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas.* El Sistema Nacional de Atención al consumo de sustancias psicoactivas estará integrado por:

- **Los actores enunciados en el artículo 2 de esta resolución,** incluyendo entidades territoriales de salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), prestadores de servicios de salud, organizaciones comunitarias y otros actores relevantes.
- **Los servicios de salud habilitados de acuerdo con la Resolución número 3100 de 2019,** o la norma que la modifique, adicione o sustituya, incluyendo Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, transporte especial de pacientes, profesionales independientes, y demás prestadores públicos, privados o mixtos con capacidad para responder al consumo de sustancias en los niveles de baja, mediana y alta complejidad.
- **Las intervenciones colectivas,** según lo dispuesto en la Resolución 1597 de 2025, o la norma que la modifique, adicione o sustituya, que incluyen acciones de promoción y prevención, detección temprana, canalización a los servicios de salud, reducción de riesgos y daños e inclusión y protección social, reconociendo el papel de los dispositivos comunitarios y los servicios de bajo umbral.
- **Las intervenciones individuales en salud,** según lo definido en la Resolución número 3280 de 2018, y la Resolución número 2718 de 2024 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, que incluyen las acciones de gestión del riesgo individual, como la búsqueda activa, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la reducción de riesgos y daños.

CAPÍTULO IV

Otras disposiciones

Artículo 11. *Estrategia Nacional de Alcohol.* Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales reportarán al Ministerio de Salud y Protección social, en un plazo de seis (6) meses contados a partir de la publicación de la presente política, y posteriormente, cada seis (6) meses, los resultados de la implementación de la Estrategia Nacional de Alcohol, conforme a los lineamientos técnicos vigentes.

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

También podrán financiarse con recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (FRISCO) asignados al Ministerio de Salud y Protección Social, así como los recursos que las entidades territoriales destinen en el marco del Plan de Acción para el cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública; en articulación a los lineamientos establecidos en la Resolución número 1597 de 2025 y sus modificatorias; y los recursos de libre destinación que las entidades territoriales disponga.

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

Artículo 13. *Plan de acción.* La implementación de la Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas, se hará a partir de las acciones que se describen a continuación y constituyen el plan de acción de la política:

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

2. **Implementación de la Estrategia Nacional de Alcohol.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar la Estrategia Nacional de Alcohol, en coherencia con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. El proceso de implementación deberá iniciar en un plazo máximo de doce (12) meses posteriores a la expedición de los lineamientos y reportarse anualmente.
3. **Redes territoriales de dispositivos de bajo umbral.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán operar redes territoriales de dispositivos de bajo umbral para la atención a personas que usan sustancias psicoactivas. El primer reporte de conformación de la red deberá presentarse en un plazo máximo de doce (12) meses posteriores a la emisión de los lineamientos emitidos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, y su seguimiento será anual.
Estos dispositivos comprenden los dispositivos comunitarios, los CAMAD, Equipos Básicos de Salud (EBS), los dispositivos de consumo de menor riesgo y prevención de sobredosis, entre otros, y se enfocarán en la garantía del aseguramiento en salud, la promoción de la salud, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la detección temprana y la canalización a los servicios de salud, así como en la reducción de riesgos y daños, en los diferentes entornos, adecuando técnica y socioculturalmente las intervenciones, en el marco de procesos de interculturalidad y articulando acciones colectivas e individuales y la oferta del sector social.
4. **Estrategias de navegación.** Las EPS o quienes hagan sus veces, y las entidades adaptadas deberán implementar estrategias de navegación en un plazo máximo de seis (6) meses posteriores a la emisión de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y reportar su avance de manera anual. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las barreras de acceso, evitar la fragmentación en la atención, y garantizar una atención integral centrada en las personas y deberán incluir la búsqueda activa de personas en riesgo y con consumo de sustancias y su acompañamiento para la atención integral en los distintos niveles de la atención (primaria y especializada), al igual que en el acceso a servicios sociales.
5. **Servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas integrados a la Red Nacional de Salud Mental.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán integrar los servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas a la Red Nacional de Salud Mental, conforme con lo dispuesto en el Decreto número 729 de 2025. El primer reporte deberá presentarse en un plazo de seis (6) meses posteriores a la expedición de la presente política, con una periodicidad anual.
6. **Estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión de personas que usan drogas.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión hacia las personas que usan drogas, conforme a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, priorizando el talento humano en salud y asegurando su sostenibilidad en el largo plazo. El primer reporte de avances deberá presentarse en un plazo máximo de tres (3) meses posteriores a la expedición de la presente política, con una periodicidad de seguimiento semestral.
7. **Fortalecimiento del sistema de información.** Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces deberán fortalecer el sistema de información en salud relacionado con la atención al consumo de sustancias psicoactivas, iniciando el reporte obligatorio de las acciones de detección temprana, la gestión del riesgo a través de cohortes de personas que reciben atención, y el adecuado reporte de la información de la prestación de servicios de salud, así como de los eventos de interés en salud pública pertinentes. Se deberá garantizar el reporte en un plazo de seis (6) meses posteriores a la emisión de los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta información será vinculada entre otros al Observatorio Nacional de Salud Mental.
8. **Vigilancia epidemiológica del consumo problemático.** El Instituto Nacional de Salud deberá fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública, incorporando la vigilancia entre otros del consumo problemático de sustancias psicoactivas. El proceso deberá completarse en un plazo de hasta dieciocho (18) meses posteriores a la expedición de la presente política.
9. **Estrategia de desarrollo de capacidades.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar una estrategia de desarrollo de capacidades dirigida a actores institucionales y comunitarios, orientada a la prevención, detección temprana, tratamiento, recuperación y reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en un plazo de doce (12) meses posteriores a la expedición de la presente política, con una periodicidad de seguimiento semestral.
10. **Estrategias de participación social y comunitaria.** Las Entidades Territoriales departamentales, distritales y municipales deberán implementar estrategias de participación social y comunitaria en todas las acciones trazadoras del Sistema Nacional de Atención, con especial énfasis en las poblaciones expuestas a mayores condiciones de vulneración. Deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los avances de esta implementación en un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente política, y posteriormente con una periodicidad semestral.

Artículo 14. *Monitoreo y seguimiento.* El monitoreo y seguimiento de la presente política estará a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención, adoptando el procedimiento de “Seguimiento y monitoreo a las políticas públicas de salud y de protección social” del Ministerio de Salud y Protección Social, dependencia que generará un informe de seguimiento anual de la implementación de la política y deberá remitirlo a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. El seguimiento se hará a través de los siguientes indicadores:

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

1. **Implementación de la política.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales) que implementan la *Política integral para la prevención, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, lícitas e ilícitas*, con una meta de implementación del 100% de las entidades territoriales.
- 2.. **Estrategia Nacional de Alcohol.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales) que implementan la *Estrategia Nacional de Alcohol*, con una meta de implementación del 100% de las entidades territoriales.
3. **Redes territoriales de bajo umbral.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales, distritales) que operan redes territoriales de dispositivos de bajo umbral, con una meta de implementación del 100% de las entidades territoriales operando redes.
4. **Estrategias de navegación en salud.** El porcentaje de Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces que implementan estrategias de navegación en consumo de sustancias psicoactivas, con una meta del 100% de las Entidades Promotoras de Salud implementando estrategias de navegación.
5. **Servicios integrados a la Red Nacional de Salud Mental.** El porcentaje de servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas que se integran a la Red Nacional de Salud Mental, con una meta de integración del 100% de los servicios.
6. **Programas ambulatorios en centros de referencia.** El porcentaje de centros de referencia territoriales que han desarrollado programas ambulatorios para la atención a personas usuarias de sustancias psicoactivas, con una meta del 100% de centros de referencia operando dichos programas.
7. **Programas ambulatorios de bajo umbral integrados a la Red de Salud Mental.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales y distritales) que integran programas ambulatorios a la Red Nacional de Salud Mental, con una meta del 100% de entidades territoriales con servicios ambulatorios integrados.
8. **Servicios con adecuación técnica y sociocultural.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales y distritales) que incluyen en su red servicios de atención al consumo de sustancias psicoactivas con adecuación técnica y sociocultural, con una meta del 100% de entidades territoriales con servicios con adecuación técnica y sociocultural integrados.
9. **Transformación del estigma y la exclusión.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales) que implementan estrategias para la transformación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la exclusión de personas que usan drogas, con una meta del 100% de entidades territoriales implementando estrategias.
10. **Gestión del riesgo en salud mediante cohortes.** El porcentaje de Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces que reportan la *gestión de riesgos en salud asociados al consumo de sustancias psicoactivas a través de cohortes de personas*, con una meta del 100% de Entidades Promotoras de Salud gestionando el riesgo a través de cohortes de personas.
11. **Desarrollo de capacidades.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales) que implementan estrategias de desarrollo de capacidades relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con los enfoques de esta política, con una meta del 100% de entidades territoriales implementando.
12. **Participación social y comunitaria.** El porcentaje de entidades territoriales (departamentales, distritales y municipales) que implementan *estrategias de participación social y comunitaria* en el marco del Sistema Nacional de Atención, con una meta del 100%.

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

1. **Acceso a estrategias de detección temprana.** El porcentaje de adolescentes y jóvenes que acceden a estrategias de detección temprana del consumo de sustancias psicoactivas, con una meta del 80% de cobertura a 2033, responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud o las que hagan sus veces.

2. **Acceso a tratamiento para consumo problemático.** El porcentaje de adolescentes y jóvenes con consumo problemático detectado que logran acceder a tratamiento, con una meta del 90% a 2033, responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud o las que hagan sus veces.
3. **Personas atendidas por trastornos por consumo de SPA.** El número de personas atendidas en los servicios de salud con diagnóstico principal de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, con una meta de alcanzar 176.000 personas atendidas a 2031.

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

1. **Edad de inicio del consumo de sustancias ilícitas.** La edad media de inicio del consumo de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, alucinógenos, popper, dick, solventes) en población en edad escolar, con una meta de aumentar esta edad a más de 14 años para el año 2033.
2. **Edad de inicio del consumo de alcohol.** La edad media de inicio del consumo de alcohol en población en edad escolar, con una meta de aumentar esta edad a más de 14 años para el año 2033.
3. **Prevalencia anual de consumo de marihuana.** La prevalencia de consumo de marihuana en el último año en población escolar, con una meta de reducirla en un 10% para el año 2033.
4. **Prevalencia anual de consumo de alcohol.** La prevalencia de consumo de alcohol en el último año en población escolar, con una meta de reducirla en un 10% para el año 2033.

Artículo 15. *Evaluación.* La evaluación de la presente política estará a cargo de la Dirección de Promoción y Prevención, con el apoyo metodológico de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, teniendo en cuenta el procedimiento “Elaboración de estudios sectoriales y evaluaciones de política pública en salud” del Ministerio de Salud y Protección Social. Se generarán dos informes de evaluación, uno de medio término en 2029 y otro final en 2033.

Artículo 16. *Inspección, Vigilancia y Control.* La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilará y controlará el cumplimiento de la presente resolución y el seguimiento de los indicadores para el Mejoramiento Continuo para Garantizar la Calidad en Salud.

Artículo 17. *Vigencia y derogatorias.* El presente acto administrativo rige a partir de la fecha de su expedición y deroga la Resolución número 089 de 2019.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 14 de octubre de 2025.

El Ministro de Salud y Protección Social,

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

(C. F.).

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DECRETOS

DECRETO NÚMERO 1098 DE 2025

(octubre 17)

por el cual se adiciona el Título 6 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 1075 de 2015 - Único Reglamentario del Sector Educación y se implementa la reglamentación para la creación y fortalecimiento de universidades públicas de carácter especial propias e interculturales de las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

El Presidente de la República, en uso de sus facultades constitucionales y legales, y en particular, las que les confiere los artículos 189 numeral 11 de la Constitución Política, los artículos 26 y 27 de la Ley 21 de 1991, aprobatoria del Convenio número 169 de 1989 de la OIT, y

CONSIDERANDO:

Que el artículo 7° de la Constitución Política reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, lo cual impone al Estado el deber de garantizar la pervivencia, el respeto y el fortalecimiento de las identidades culturales de los pueblos en condiciones de igualdad, dignidad y sin discriminación, conforme a su carácter de sujetos colectivos de especial protección en el marco de un Estado social de derecho, pluriétnico y multicultural.

Que el artículo 8° de la Constitución Política preceptúa que, dentro de las obligaciones del Estado y de las personas, se encuentra la de proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.

Que el artículo 13 de la Constitución Política prevé, entre otros aspectos, que “*todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua o religión, opinión política o filosófica, para cuyo efecto, el Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados*”.

Que el artículo 67 de la Constitución Política establece que la educación es un derecho de la persona y un servicio público con función social, orientado a garantizar el acceso al conocimiento, la ciencia, la técnica y a los valores culturales, y cuyo desarrollo debe respetar y promover la diversidad étnica y cultural de quienes integran la Nación.

Que el artículo 70 de la misma Carta Política dispone que el Estado tiene el deber de reconocer, proteger y fomentar la diversidad cultural de la Nación, promoviendo la igualdad y la dignidad de todas las culturas que coexisten en el territorio nacional, asegurando que ninguna de ellas sea desvalorizada o excluida en el ejercicio de sus derechos culturales, educativos y organizativos.

Que el Convenio número 169 de 1989 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado en la 76ª Reunión de la Conferencia General de la OIT en Ginebra en 1989 e incorporado al ordenamiento jurídico colombiano mediante la Ley 21 de 1991 “*Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª. Reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989*”, establece la definición de pueblos tribales y los deberes de los Estados parte en la promoción y protección de sus derechos. Aunque dicho convenio no hace mención expresa a las comunidades negras, la Corte Constitucional, en Sentencia C-169 de 2001, interpretó que el término “tribal” no debía limitarse al concepto de “tribu”, sino que debía entenderse en un sentido amplio, incluyendo a los pueblos indígenas, minorías étnicas indígenas y grupos tribales, los cuales representan colectivos sociales que comparten una identidad cultural distinta a la de la sociedad dominante.

Que, en concordancia con la jurisprudencia previamente citada, en la que se revisó la constitucionalidad de la Ley Estatutaria número 649 de 2001 “*por la cual se reglamenta el artículo 176 de la Constitución Política de Colombia*”, la Corte Constitucional reconoció que las comunidades negras se encuentran dentro del ámbito normativo del Convenio número 169 de la OIT al definirse como un grupo étnico con una identidad cultural diferenciada de la sociedad dominante.

Que mediante la C-194 de 2013, la Corte Constitucional resalta que “*en el Convenio número 169 de la OIT que hace parte del bloque de constitucionalidad, existe un mandato claro de promoción del acceso a la educación de los miembros de las comunidades negras. Lo anterior tanto en el sentido de conservación de su identidad cultural - a través de la educación impartida no sólo a los miembros de tales comunidades sino a toda la población colombiana- como en el sentido de permitir que aquéllos puedan cursar la educación básica y acceder a niveles de educación superior*”.

Que, conforme a la jurisprudencia de la Corte Constitucional previamente citada, la Ley 21 de 1991 aplica para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Que en la misma Ley 21 de 1991 se establece, en los artículos 21 y 26, que deberán adoptarse medidas para garantizar a los miembros interesados de los pueblos indígenas y tribales, la posibilidad de adquirir una educación a todos los niveles, por lo menos en pie de igualdad con el resto de la comunidad nacional.

Que el artículo 27, numeral 3, de la misma ley que arriba se cita, se establece que “*los gobiernos deberán reconocer el derecho de esos pueblos a crear sus propias instituciones y medios de educación, siempre que tales instituciones satisfagan las normas mínimas establecidas por la autoridad competente en consulta con esos pueblos. Deberán facilitárseles recursos apropiados con tal fin*”.

Que, por su parte, los artículos 35 y 36 de la Ley 70 de 1993 “*por la cual se desarrolla el artículo transitorio 55 de la Constitución Política*”, establecen que el Estado debe reconocer y garantizar el derecho de las comunidades negras a crear sus propias instituciones de educación y comunicación, siempre que tales instituciones satisfagan las normas establecidas por la autoridad competente; así mismo, determina que la educación para las comunidades negras debe desarrollar conocimientos generales y aptitudes que les ayuden a participar plenamente y en condiciones de igualdad en la vida de su propia comunidad y en la de la comunidad nacional.

Que los Consejos Comunitarios, en virtud de lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley 21 de 1991, que hace parte del bloque de constitucionalidad, y el artículo 35 de la Ley 70 de 1993, cuentan con la facultad legal para crear sus propias Instituciones de Educación Superior, por lo que se requiere desarrollar por la vía reglamentaria los lineamientos necesarios para su ejercicio.

Que además de establecer en el presente decreto que los Consejos Comunitarios tienen la facultad de expedir el acto administrativo para la creación de sus propias Instituciones de Educación superior, se debe resaltar que la Ley 2294 de 2023 “*por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, en su artículo 356, dispuso que los acuerdos de la Consulta Previa protocolizados del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, hacen parte integral de esta ley.*

Que el 6 de febrero de 2023, se llevó a cabo el proceso de protocolización de los acuerdos del capítulo étnico del Plan Nacional de Desarrollo Colombia Potencia Mundial de la Vida,