



# ABECÉ

## Dispositivos Comunitarios

### ¿Qué son los Dispositivos Comunitarios?

En salud, se reconocen como estrategias sociales que se desarrollan en coordinación y con empoderamiento de la comunidad. Se orientan a la promoción de la salud con énfasis en la salud mental, la prevención del riesgo asociado a los problemas y trastornos en salud mental y al consumo de Sustancias Psicoactivas –SPA –fomentando la inclusión social.

Estas estrategias sociales “en salud”, constituyen oportunidades de acogida y encuentro, y desarrollan procesos de escucha activa, reconocimiento, aceptación, mediación, orientación, acompañamiento, capacitación y canalización o derivación de las personas (niñas, niños, adolescente, jóvenes, adultos y personas mayores) en vulnerabilidad social, propiciando vinculación y/o creación de redes de apoyo, transformación de condiciones y generación de opciones saludables y proyectos de vida” MSPS (2015)<sup>1</sup>. Igualmente, contempla la prevención de otras afectaciones en salud como las discapacidades y el VIH. Resolución 518 de 2015.

Los “dispositivos” se constituyen en **movilizadores, en este caso, para la acción comunitaria en salud** que implican la identificación, preparación y realización de respuestas comunitarias e institucionales a prioridades de salud. Generan apropiación y liderazgo de la comunidad (organizada, educada y capacitada).

Orientan la gestión comunitaria en salud en el marco de la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, según las necesidades, intereses, demandas y prioridades de las personas, familias y comunidades en los territorios.

### ¿Cuál es la Situación de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas?

Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio constituyen son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y representan una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en las Américas; por otro lado los trastornos depresivos, son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4% del total de AVAD y 7,8% del total

<sup>1</sup> MSPS (2015). Dirección de Promoción y Prevención. Grupo de Gestión. “Orientaciones para el desarrollo de las Zonas de Orientación (ZO) y Centros de Escucha (CE) en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC-. Profesionales: Stella Cárdenas, Patricia Caro y Cesar Castiblanco.

de APD<sup>2</sup>. En Colombia, la depresión es la segunda causa de carga de la enfermedad, después de las enfermedades coronarias (PUJ 2010; 2014).

De acuerdo a la encuesta nacional de salud mental más reciente, en la población de 7 a 11 años, El 4,7% ha tenido cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses; en población de 12 a 17 años: El 4,4% ha tenido cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses y en mayores de 18 años, el 4% ha tenido cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses<sup>3</sup>.

En relación con consumo de sustancias psicoactivas, las tendencias son variables de acuerdo al tipo de sustancia<sup>4</sup>, se evidencia estabilización del consumo de alcohol, descenso del consumo de tabaco y aumento en el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, especialmente, en las mujeres. Las sustancias más consumidas son alcohol, tabaco, marihuana y cocaína. El consumo fue mayor conforme aumentó el nivel socioeconómico, pasando de 32%, en el estrato más bajo, a 42%, en el estrato más alto y se vinculó con mayores niveles de urbanización como Bogotá, Medellín, Cali y Yumbo (Valle del Cauca), Barranquilla y Soledad (Atlántico). Dentro de los hallazgos más relevantes en el caso de niños, niñas y adolescentes, se advierten dificultades de orden familiar y una relación importante con la vinculación parental, a mayor involucramiento menor prevalencia, y viceversa. Por otra parte, para la población indígena, el mayor consumo de sustancias psicoactivas es de alcohol, con prevalencia en el último año del 81.6%, seguido por consumo de cigarrillo (8.2%) y marihuana (1.5%)<sup>5</sup>.

Frente a esta situación, los Dispositivos Comunitarios en Salud, se proponen como una alternativa para la acción que contribuya en procesos de promoción de la salud mental, la prevención de sus riesgos, así como en la reducción de daños y la prevención del consumo de SPA.

## ¿Cómo surgieron los Dispositivos Comunitarios?

La incidencia de los “dispositivos comunitarios”, como herramienta social, se ha socializado a nivel internacional<sup>6</sup>, asociada a la prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas, que le dio origen. Igualmente, desde su surgimiento en los 2000, se ha promovido desarrollo de capacidades en varios países latinoamericanos como Brasil, Argentina, Colombia, Bolivia, México, Haití, Costa Rica, entre otros; y en países de Asia como Afganistán, Pakistán.

Se han adaptado de acuerdo a la situación, población y contexto, como “centros móviles o centros fijos de atención comunitaria”, “institucionalización y formalización por norma”. En casos como el de Argentina, Uruguay, Brasil, incluyen prácticas de atención comunitaria con acciones para reducción de daños como “permiso de consumo”, “entrega de jeringas” entre otras, y en Colombia, se han instaurado institucionalmente en el Plan de Intervenciones Colectivas en Salud.

Principales logros	Exigencias
• La apropiación y empoderamiento comunitario.	• La exigencia y la complejidad de la transformación personal, familiar y comunitaria.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud (2018) La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), 2015

<sup>4</sup> Estudios Nacionales de Consumo de Sustancias psicoactivas disponibles (1996, 2008, y 2013). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 1996. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008 y 2013

<sup>5</sup> Gómez-Restrepo, et all (2015) realizaron análisis por población auto reconocida como indígena en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015).

<sup>6</sup> Varios de estos procesos, han sido liderados por la organización social RAISSS- Red internacional orientada a la prevención y mitigación del sufrimiento social y promoción de la inclusión social, que en el campo de los “dispositivos comunitarios” se promovió desde el modelo denominado ECO2 que comprende las palabras: Epistemología de la Complejidad (ECO) y la ética comunitaria (ECO) por tanto ECO2- desarrollado por organizaciones de la sociedad civil en México con réplica en varios países- , que hace énfasis en las redes sociales tanto para el diagnóstico, diseño, desarrollo de estrategias de intervención con objetivos de prevención, reducción de daños y riesgos problemáticos de consumo de SPA.

- El apoyo y soporte a las personas en riesgo asociado o en consumo de SPA, sus familias y comunidades.
- La canalización a servicios sociales y de salud.

- La situación del consumo de sustancias psicoactivas es multicausal (tipos y niveles de consumo, momento de vida del consumo, predisposiciones, contextos y problemáticas asociadas como vida en calle, trabajo sexual, actividades delictivas, por mencionar algunos).

MSPS (2020). Elaboración propia.

En Colombia emergen en 1998, a partir de la movilización de organizaciones sociales. Progresivamente, se involucra el Estado, apoyando experiencias pilotos en escenarios urbanos, seleccionados por la concentración de la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, principalmente. Simultáneamente, se promovieron a nivel estatal nacional y territorial, otras estrategias y programas en salud basados en comunidad, como el del Hospital Perseverancia en Bogotá con la Unidad de Atención en Salud al Indigente – UASI Cartucho<sup>7</sup>.

Entre 2002 y 2005, el Ministerio de Salud y Protección Social, inició la experiencia con **centros de escucha y centros de orientación y acogida comunitaria**. En 2009, los esfuerzos se orientaron a la prevención del consumo en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en los entornos educativos, denominados **Zonas de Orientación Escolar – ZOE- y Zonas de Orientación Universitaria – ZOU-**.

Entre 2009 y 2011, se instauran en el marco de la *Ley 1438 del 2011*<sup>8</sup> con el énfasis en la Atención Primaria en Salud, se confirman y se continúan en el marco del *Plan Decenal de Salud Pública –PDSP- 2012-2021* en su dimensión de Convivencia y Salud Mental<sup>9</sup>. Y se han ratificado en el marco de la *Ley Estatutaria de Salud – Ley 1751 de 2015*, que reconoce la salud como un derecho fundamental y por ende a los sujetos individuales y colectivos (personas, familias y comunidades) como centro de la atención en salud. Así la *Política de Atención Integral en Salud – PAIS*<sup>10</sup> para su operación plantea las *Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS-* y la metodología para la implementación (Resoluciones 3206/2016 y 3280/2018). Siendo universal las *Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la materno perinatal*, y las *Rutas de atención específicas*, dentro de las cuales está la *Ruta Integral de Atención para Personas con Riesgos en Salud Mental, Epilepsia y Consumo de Sustancias Psicoactivas*, en la que se contemplan los Dispositivos Comunitarios, como una de las acciones a seguir. Así mismo en el *Plan de Intervenciones Colectivas –PIC- Resolución 518 de 2015*, se adoptan formalmente como una tecnología clave para la acción en salud.

Actualmente, los dispositivos comunitarios, hacen parte de las estrategias y alternativas sociales comunitarias de promoción en salud y prevención de la enfermedad en la *Política Nacional de Salud Mental* (Resolución 4886 de 2018) en articulación con la Política Integral para la *Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas* (Resolución 089 de 2019).

## ¿Cuáles son los enfoques orientadores?

**Salud Pública orientada al Desarrollo humano basado en Derechos.** Los “dispositivos comunitarios”, se alinean en la perspectiva de derechos y de desarrollo humano, y en consecuencia con el enfoque de género, el enfoque diferencial y de curso de vida, y desde los cuales, se hace reconocimiento de los sujetos como titulares de derechos<sup>11</sup>, con capacidades que tienen máxima expresión en el logro de autonomía y libertad,

<sup>7</sup> En Bogotá, la Unidad de Atención en Salud al Indigente – UASI- “Cartucho”, que se configuró en la coyuntura previa al desmonte de la zona del Cartucho en el centro de la ciudad, con énfasis en salud mental comunitaria para la atención en salud a la población en situación de y en calle y con consumo de sustancias psicoactivas.

<sup>8</sup> Ley que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-

<sup>9</sup> Con Metas relacionadas con aumentar la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados, posponer la edad de inicio del consumo alcohol, por encima de los 14 años, aumentar la edad promedio de inicio del consumo de sustancias ilegales, y, disminuir la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre escolares-

<sup>10</sup> Basada en i) la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar y comunitario, ii) la gestión integral de riesgo en salud; iii) el cuidado de la salud, y iv) la atención diferencial y poblacional.

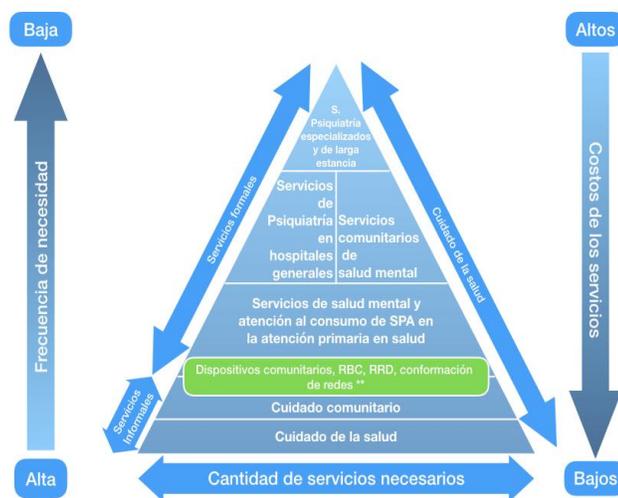
<sup>11</sup> ONU 1948. “Declaración Universal de los Derechos Humanos” Art 1 Art 2. Art 3.

siendo el papel del Estado, generar condiciones y garantías para su ejercicio. Igualmente, reconoce la salud como un derecho fundamental (Ley Estatutaria de Salud- Ley 1751 de 2015)<sup>12</sup>.

**Enfoque de salud familiar y comunitaria.** Se fundamenta, en el reconocimiento de la importancia de los vínculos, redes y relaciones en la constitución de los sujetos, y, por ende, en los resultados de la salud individual y colectiva. Por lo tanto, privilegia las acciones de la Atención Primaria en Salud, así como la gestión en los entornos comunitarios y educativos, como potenciadores de la salud en las comunidades y colectivos preferenciales como son los niños, niñas y adolescentes.

**La atención óptima en Salud Mental según la OMS (2003).** Esta propuesta orienta la atención en salud mental, describe la combinación óptima de servicios de salud mental que incluye la atención a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Este modelo propone una pirámide que integra los servicios de salud mental en la atención médica general, la atención primaria en salud, los servicios comunitarios y el cuidado de si mismo, y se basa en el principio de que ningún entorno de servicio único puede satisfacer todas las necesidades de salud mental de la población. Da importancia especial a la participación comunitaria. Este modelo posiciona el cuidado, y especialmente el cuidado comunitario como la base de la intervención<sup>13</sup>, donde los dispositivos comunitarios se pueden entender como un punto intermedio entre la atención comunitaria y la atención primaria en salud.

COMBINACIÓN ÓPTIMA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y DE ATENCIÓN A TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS\*



\*: Servicios disponibles a través de la resolución 3100 de 2019.  
 \*\*:Tecnologías disponibles en los planes de Intervención colectiva

**Gráfico 1.** Combinación óptima de servicios de salud mental y de atención a personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Adaptación en español en reconocimiento del contexto colombiano. Tomado de OMS (2002)

## ¿Cuáles son los objetivos de los Dispositivos Comunitarios?

**General:** Brindar apoyo y orientación a la población en promoción de la salud mental, así como la prevención de problemas y trastornos mentales, la prevención y reducción de daños en consumo de sustancias psicoactivas en los entornos comunitario y educativo, este último con privilegio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

Actúan mediante:

- La detección temprana de riesgo y posibles problemas y trastornos en salud mental y consumo.
- El abordaje inicial desde la gestión de casos orientados hacia el tratamiento y la rehabilitación

<sup>12</sup> OMS (2002). “Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos”. Declaración de Alma-Ata de 1978, Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Artículo 12 de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 2002). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000.

<sup>13</sup> World Health Organizations (2009) IMPROVING HEALTH SYSTEMS AND SERVICES FOR MENTAL HEALTH

- El fortalecimiento de la comunidad, las redes de apoyo y la canalización a otros servicios.

#### **Específicos son:**

- Promover procesos sociales de soporte y desarrollo en salud con énfasis en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas de manera conjunta con la comunidad.
- Generar escenarios de seguridad afectiva, de confianza y apoyo mutuo para expresar necesidades, intereses, opciones de acompañamiento, apoyo y solución al sufrimiento o a las afectaciones en salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.
- Orientar la gestión de casos y la canalización.
- Promover el reconocimiento y la activación de rutas de atención sectoriales e intersectoriales, así como acciones de apoyo mutuo.

---

## **¿A quiénes van dirigidos los Dispositivos Comunitarios?**

---

A la “comunidad en general”. Y son de especial atención las personas y familias en situaciones de vulnerabilidad o con riesgo asociado a problemas y trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas<sup>14</sup>.

---

## **¿Cuál es el alcance de los Dispositivos Comunitarios?**

---

El alcance de los Dispositivos Comunitarios, se orienta a la promoción y prevención en salud mental y del consumo, así como a la promoción y prevención en salud de personas con discapacidad o con VIH.

El alcance de su acción es de “**orientación y apoyo**”, escucha activa, promueve espacios de confianza y seguridad emocional, promueven la ayuda mutua, la ayuda social y comunitaria. Los dispositivos comunitarios, apoyan la identificación y detección temprana, el abordaje inicial, la gestión de casos, y la derivación a procesos **de apoyo específico como la Rehabilitación Basada en Comunidad**. Estos dispositivos no están direccionados a realizar tratamiento.

---

## **¿Cuáles son los tipos de Dispositivos Comunitarios que se implementan en Salud?**

---

Los “dispositivos comunitarios” se expresan o se desarrollan en los **entornos comunitario y educativo** a través de “centros de escucha”, zonas de orientación escolar “ZOES” y zonas de orientación universitaria “ZOU”.

**Los Centros de Escucha Comunitarios (CE): Estos pueden ser comprendidos como Centros de escucha y acogida comunitaria.** Son una estrategia social en salud, apoyada por un equipo interdisciplinario socio- sanitarios; cuentan con un plan operativo concertado con la comunidad, unos recursos para la operación, una sede operativa que puede ser un escenario comunitario, en torno a una población y

---

<sup>14</sup> La **comunidad**, es considerada como sujeto y participe de atención en salud, protagonista en procesos de promoción y transformación social. La comunidad se concibe como capaz de transformar su entorno y su realidad social, y así mismo, se considera la acción familiar como potencializadora de la salud mental con capacidad para responder ante el riesgo y las situaciones problemáticas en salud mental, tienen en cuenta la capacidad de cuidado mutuo y autogestión de las personas para mantener y mejorar la salud mental y para aportar a las personas de su entorno.

territorio de trabajo definidos, lo cual les permite propiciar escucha inmediata, orientación, acompañamiento y derivación a servicios socio-sanitarios.

Constituyen “una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos”<sup>15</sup>. Buscan dar una respuesta inmediata a demandas y necesidades procedentes de la población de una comunidad local con riesgo o gravemente excluida y en particular de los integrantes del grupo objetivo.

- **Las Zonas de Orientación (ZO)**, se constituyen en un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios y acciones de orientación a la comunidad educativa (escolar o universitaria) con el propósito de reducir la exclusión social y la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran, y prevenir situaciones de vulnerabilidad y riesgo en salud mental y consumo de SPA.

## ¿Cuáles son las acciones estratégicas de los Dispositivos Comunitarios?

Los dispositivos comunitarios, comprenden la Acogida como un proceso transversal de base en su funcionamiento, que busca generar para la comunidad, las personas y familias, un ambiente de seguridad afectiva – en términos de la confianza, recepción y trato sin discriminación alguna, donde se pueden expresar en sus situaciones, necesidades e intereses-. La acogida contempla la presentación de los objetivos de los Dispositivos Comunitarios, los alcances de las acciones que se pueden llevar a cabo desde allí y los acuerdos éticos de confidencialidad. En el caso de los grupos étnicos, la acogida incluye la concertación y adecuación de los dispositivos a su entorno cultural, comunitario, especialmente, a los significados y prácticas en salud, donde se incluya a las estructuras de la medicina propia que hacen parte de su identidad y cohesión social.

Teniendo en cuenta lo anterior, se definen **cuatro** las acciones estratégicas que implican, a saber:

1. **Información para la salud.** Se considera, el primer eslabón de un proceso educativo y comunicacional, en tanto se oriente a generar pregunta, reflexión, recordación de unos mensajes clave. Implica la información “calificada”, sobre la promoción de la Salud Mental, su cuidado y atención, la identificación oportuna, la prevención y el abordaje inicial de problemas, trastornos mentales, y del consumo de sustancias psicoactivas.
2. **La Educación y Comunicación para la salud.** La **Educación** para la salud, comprende acciones de formación intencionadas, sistemáticas, secuenciales, orientadas al desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud. Implican la construcción de conocimiento y aprendizajes, que tienen como base el “diálogo de saberes”, la reflexión, discusión y la participación permanente con la comunidad. Mientras que la **Comunicación**, implica un apoyo para los procesos de desarrollo y aprendizaje, pues permite ampliar las posibilidades de interacción y las vías de los mensajes en este proceso dialógico y de construcción conjunta, reconociendo y adecuando el lenguaje a las particularidades territoriales y poblacionales. Comprensión alineada con lo dispuesto en el Anexo técnico de educación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS- Resolución 3280/18 y con lo propio en la Resolución 518 de 2020.
3. **Gestión de caso.** Se concibe como una forma de ofrecer, avanzar y mejorar atención integrada, coordinada y continuada en salud, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales, acorde con la necesidad y en concertación con las personas, familias y comunidades, según situación y condiciones particulares. Implica:

Proceso	Acciones
---------	----------

<sup>15</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNDOC, RAISS Colombia, Caritas Alemania (2015)

Identificación de necesidades (Identificación y detección temprana)	<p>Comprende acciones de valoración y detección del riesgo de la población en salud mental y consumo de SPA, las cuales comprenden a su vez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicación de pruebas de tamización para la detección de riesgos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas (Dispuestas en las rutas de PMS, y la ruta de riesgo en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas).</li> <li>● Clasificación del riesgo para la salud asociado al consumo de SPA y salud mental</li> <li>● Valoración de otros riesgos de salud y psicosociales asociados</li> <li>● Disponibilidad de asesorías y pruebas rápidas</li> </ul>
Canalización	<p>Conjunto de actividades que se realiza en el marco de la ejecución de otros procedimientos e intervenciones, orientados a gestionar el acceso efectivo de los individuos familias y comunidad a los servicios sociales y de salud, incluidas el acceso a la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud – RPMS- y Rutas de riesgo en salud y a servicios y programas de otros sectores. Incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconocimiento de competencias territoriales, sectoriales e intersectoriales.</li> <li>● Reconocimiento de oferta existente y de las rutas de atención en el territorio a servicios sociales y de salud</li> <li>● Identificación de eventos a canalizar.</li> <li>● Suministro de información y orientación a servicios sociales y sanitarios</li> <li>● Desarrollo e implementación de mecanismos que conlleven a la canalización efectiva de personas y comunidades los servicios sociales y de salud, para lo cual se desarrollan acciones de articulación con los encargados de cada área a la cual se hará la canalización realizar seguimiento a de la canalización y evaluar su efectividad.<sup>16</sup></li> </ul>
Acompañamiento del caso	<p>Según el análisis que se realice en la identificación del riesgo y en tanto se hace la activación de la ruta que se requiera, se puede prever el acompañamiento de los casos a través de la implementación de estrategias tales como los primeros Auxilios Psicológicos y/o Intervenciones Breves, a partir de las cuales se generen, potencien o fortalezcan herramientas en las personas.</p>

MSPS (2020). Elaboración propia.

#### 4. Promoción del fortalecimiento de redes comunitarias.

Desde los Dispositivos Comunitarios, se promueve el reconocimiento y fortalecimiento de las redes comunitarias de apoyo. Promueven la construcción de un “conjunto de redes y relaciones que posibilitan que los resultados positivos no sean solo para los beneficiarios inmediatos, sino que también tengan impacto en la comunidad. La existencia de un dispositivo que funcione es el primer resultado y el primer impacto en la comunidad<sup>17</sup>. Este proceso se puede apoyar en el marco de otras tecnologías del PIC referidas a conformación y fortalecimiento de redes, que dinamicen el sostenimiento de los dispositivos y garanticen su continuidad de los procesos. Implica: fortalecimiento familiar y comunitario con énfasis en vínculo parentales, apoyo psicológico y social, procesos de organización y participación, gestión y planeación comunitaria.

El empoderamiento comunitario, el liderazgo y la participación activa de la comunidad son fundamentales para los Dispositivos Comunitarios en este objetivo de trabajar juntos en el cuidado de la salud, su promoción y prevención de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, que incluye acciones de reducción del daño.

- **Esquema de funcionamiento de los Dispositivos Comunitarios**

El esquema del funcionamiento de un dispositivo comunitario, acoge a toda la comunidad que tiene libre acceso a procesos de información y educación en salud, y comprende la posibilidad de realizar un abordaje individual que se concretan en gestión de casos (a través de la identificación de riesgo), en los cuales se fortalece la articulación con la oferta de servicios de salud, servicios sociales y demás, así como con la oferta institucional y comunitaria para favorecer la gestión de los riesgos y procesos de inclusión social.

Los dispositivos comunitarios pueden realizar también acciones de búsqueda activa en salud de población oculta o con mayores situaciones de vulnerabilidad y el trabajo con las redes en la comunidad. Esta acción está especialmente orientada a reconocer la comunidad, sus saberes y la interacción con las poblaciones más

<sup>16</sup> Resolución 518 de 2015, Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

<sup>17</sup> Idem.

vulnerables para incentivar la conformación de grupos de imaginarios para favorecer los procesos de inclusión

autoayuda y la transformación de social.

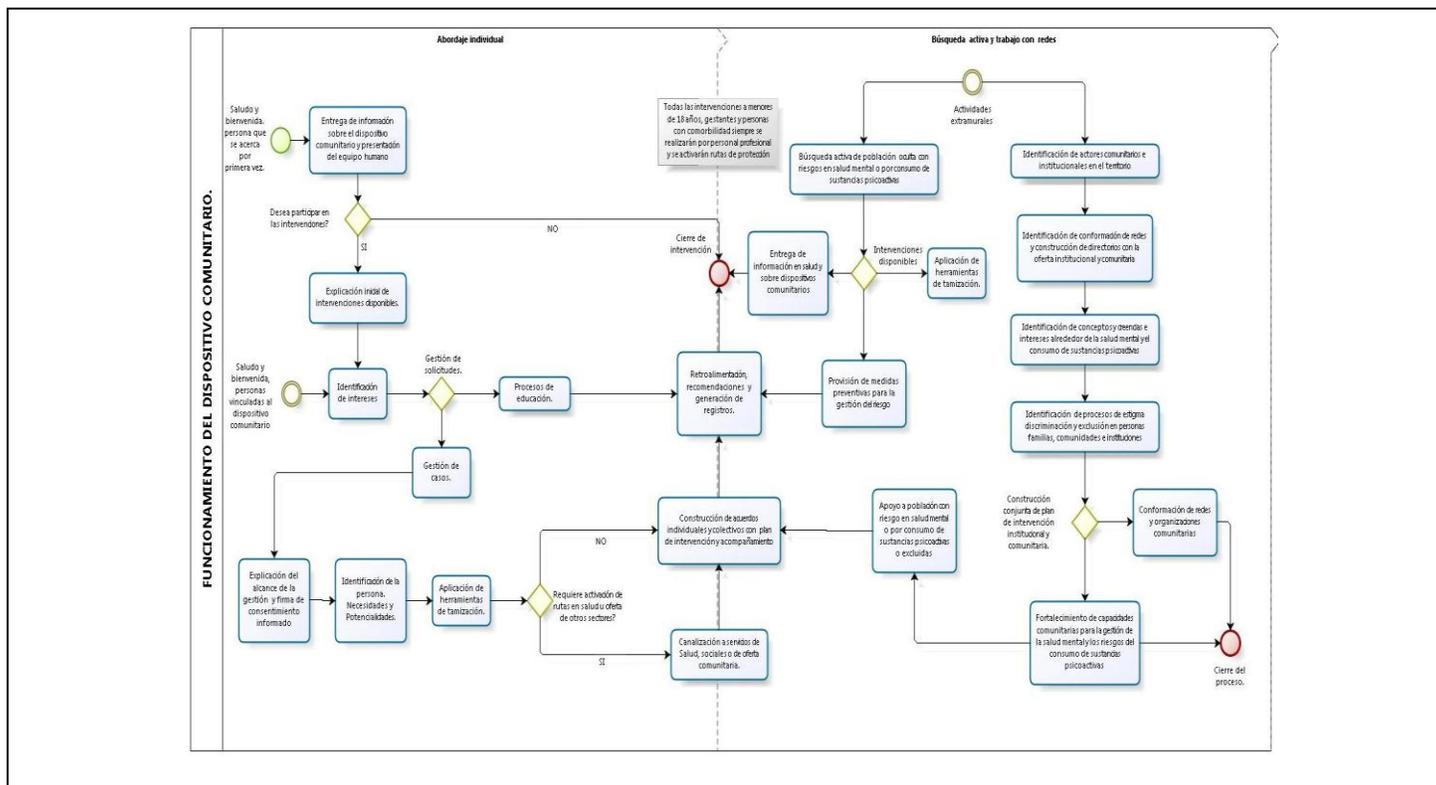


Gráfico 2. Funcionamiento del dispositivo comunitario. Dirección de Promoción y Prevención.

## ¿Cómo se articula la RBC con los Dispositivos Comunitarios?

Los Dispositivos Comunitarios se articula con la Rehabilitación Basada en Comunidad, en la medida en que comparten personas con patología dual que exigen acogida, apoyo y acompañamiento permanente, a la par que, requieren apoyo para la adherencia y sostenimiento en el tratamiento según el caso.

Desde los Dispositivos Comunitarios, se puede canalizar a la RBC que se concentra en la atención a población con diagnóstico de trastorno mental o trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, y a la vez acompañar y apoyar de manera simultánea los casos de patología dual.

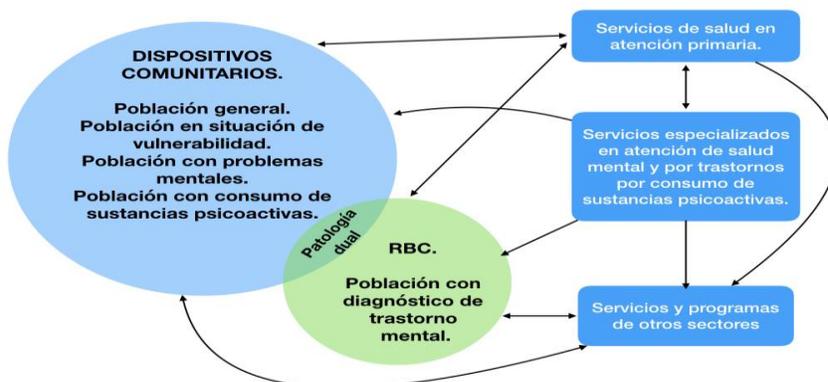


Gráfico 3. Articulación de dispositivos comunitarios con servicios de salud y otras estrategias de cuidado y soporte de la salud. Dirección de Promoción y Prevención.

La **Rehabilitación Basada en Comunidad**, es un proceso continuo y coordinado, asociado al acceso y adherencia al tratamiento, y tendiente a obtener la restauración máxima en los aspectos funcionales físicos, psicológicos, educativos, sociales, y ocupacionales, y lograr integración social. Incluye la rehabilitación psicosocial y continua en la comunidad con apoyo directo de los entes de salud local. Para profundizar en RBC en salud mental consultar los siguientes links: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-nacionales-rbc.pdf> - <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/rbc-salud-manual-operativo.pdf> <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Orientaciones-grupos-apoyo-ayuda-mutua.pdf>

## ¿Cómo se hace gestión para implementar o fortalecer los Dispositivos Comunitarios en los territorios?

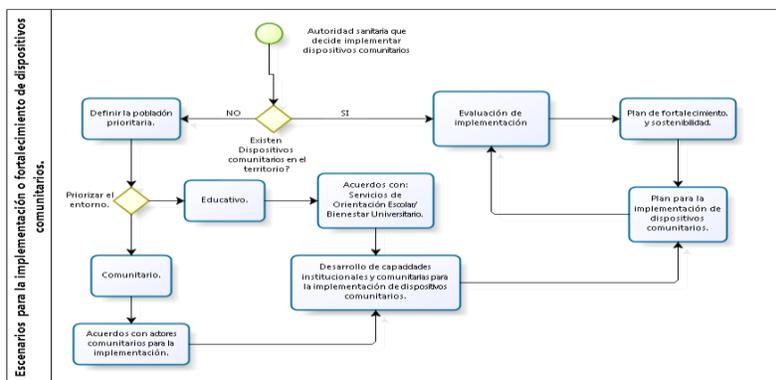
Cualquier acción de implementación o fortalecimiento, tiene como condición indispensable e irrenunciable, el trabajo conjunto y concertado con la comunidad, con acuerdos construidos participativamente acorde con las características poblacionales y territoriales, y particularmente de la comunidad donde se instala.

1. **Escenarios para la implementación.** Para la definición de procesos de creación o implementación de los Dispositivos Comunitarios, las entidades territoriales se pueden encontrar frente a dos escenarios diferentes los cuales se describen a continuación:

Escenario 1. Se cuenta con disponibilidad de Dispositivos Comunitarios en salud en el territorio	Escenario 2. Inexistencia de Dispositivos Comunitarios en Salud en el territorio
Esto implica la identificación de la oferta de los dispositivos comunitarios en salud del territorio, y de los sectores más vulnerables en relación con la afectación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas	En caso, de no encontrar oferta disponible en el territorio, en el marco de la apropiación de las orientaciones de la política nacional de salud mental y la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, se debe:
Se deben: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caracterizar los centros de escucha y las zonas de orientación escolar y universitaria.</li> <li>2. Identificadas fortalezas y necesidades, se elabora plan concertado de fortalecimiento en conjunto con la comunidad.</li> <li>3. Plan orientado al reconocimiento de derechos desde la diversidad, activación de rutas, intervenciones en salud pública, promoción, prevención y reducción de riesgos asociados a la salud mental o consumo de sustancias psicoactivas.</li> <li>4. Aplicación de instrumentos de tamización</li> <li>5. Fortalecimiento de capacidades comunitarias para la gestión de riesgos, entre otros.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar y priorizar, considerando el sector más vulnerable en relación con la afectación de salud mental, y del consumo de sustancias psicoactivas.</li> <li>2. Generación un proceso de desarrollo de capacidades en los actores comunitarios y con participación de actores institucionales que implementan las estrategias del plan de intervenciones colectivas.</li> <li>3. Generar un plan de implementación de un centro de escucha con recursos del territorio para responder a las necesidades locales a través de intervenciones de salud pública.</li> </ol>

MSPS (2020). Elaboración propia.

Una vez identificado en el territorio uno de estos escenarios en la fase de alistamiento, la autoridad sanitaria orientara el plan de trabajo a seguir en términos del fortalecimiento y desarrollo de capacidades que responda a las prioridades y necesidades encontradas.



MSPS (2020). Elaboración

propia.

**1. Línea de Base y focalización.** Este es el punto de partida junto con la focalización de la población y comunidad particular, donde se considera pertinente crear o fortalecer los Dispositivos Comunitarios. Comprende:

a) **La recolección de la información** para la elaboración de la sistematización de la información que corresponde al territorio, la población y la oferta de dispositivos que se implementan el municipio; la cual consiste en: caracterización y análisis del territorio y población, Identificación y selección, caracterización y selección de actores involucrados, aplicación de instrumentos de recolección y caracterización de los dispositivos comunitarios existentes.

**dddddddddddddd) Sistematización y análisis de la información** que comprende resultados de la caracterización y análisis de la información recabada con información clave poblacional, territorial, y de la oferta (Dispositivos Comunitarios).

**La focalización** se realiza a partir de la sistematización y análisis de la información considerando la caracterización del territorio. Esto implica definir en el territorio las zonas críticas de consumo y presencia de micro tráfico – alta criminalidad. Identificar centros de escucha existentes y si es posible mapearlos todos – en el caso de ciudades pequeñas-. De lo contrario, focalizar una zona de concentración de la problemática donde haya intervención desde los centros de escucha.

### 3. Fases para implementar los Dispositivos Comunitarios

#### Fase 1. Alistamiento

- **Configurar un equipo interdisciplinario para la creación - implementación o el fortalecimiento** con perfiles sociales y de salud.
- **Identificación de actores institucionales y no institucionales** y caracterizarlos.
- **Diseño y apropiación de instrumentos para el análisis de la información.**
- **Desarrollo de Capacidades – (en el Alistamiento).** Implica la formación y asistencia técnica, en términos del desarrollo de capacidades conceptuales, técnicas y operativas del talento humano, la institución como organización, la comunidad y organizaciones sociales que se involucren en el funcionamiento y operación de los dispositivos comunitarios (incluyen actores comunitarios, equipos técnicos territoriales en salud que cumplan el rol de liderazgo, asesoría, acompañamiento y seguimiento a este proceso). Implica:
  - a) Identificación y concertación de necesidades
  - b) Diseño de un plan de desarrollo de capacidades
  - c) Realización del plan de desarrollo de capacidades y evaluación.

## Fase 2. Planes Operativos para el funcionamiento de los DC

Plan Operativo concertado participativamente con la comunidad, que contemple la proyección de sostenibilidad, dando cuenta de la capacidad desarrollada e instalada en la fase caracterización y focalización, según el caso analizado y seleccionado, bien sea para su creación o para su fortalecimiento en cada territorio seleccionados.

1- Plan de fortalecimiento a dispositivos comunitarios existentes	2- Plan para la creación e implementación de Dispositivos Comunitarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reconocer mapeo de actores y lograr concertación con la comunidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reconocer actores clave y lograr concertación de acuerdos con la comunidad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar fortalezas de la implementación de los dispositivos comunitarios en cada territorio acorde con la oferta existente y la seleccionada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definir y caracterizar territorio y la población focalizada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar aspectos por mejorar a nivel técnico, operativo, de articulación intersectorial y comunitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Concertar el desarrollo de capacidades requeridas, según el caso y acorde con las condiciones particulares poblacionales, culturales y territoriales, así como de los actores clave a involucrar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definir de plan operativo con objetivos y recomendaciones de mejora y sostenimiento del funcionamiento de los dispositivos comunitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diseñar del Plan operativo de creación y funcionamiento, y puesta en marcha</li> </ul>

MSPS (2020). Elaboración propia.

## Fase 3. Seguimiento y Evaluación del funcionamiento de los dispositivos comunitarios

El proceso de **seguimiento a nivel técnico** implica la conformación de un comité técnico para tal fin, conformado por referente de la DTS responsable y el apoyo de un equipo interdisciplinario según la capacidad institucional y su organización funcional en la dimensión de convivencia y salud mental.

El **seguimiento desde el Control Social**, implica concertación con la comunidad, sus líderes y actores clave, involucrándolos en todas las fases del proceso, y según escenario. Para el caso de grupos étnicos, se deben involucrar a las estructuras político organizativas que ya están establecidas, para el proceso de seguimiento y rendición de cuentas.

### ¿Qué otras condiciones pueden considerarse para el funcionamiento?

Se considera importante tener en cuenta las siguientes condiciones, que son opciones para adecuar y precisar su funcionamiento según las características y necesidades de la población, el territorio y la capacidad institucional instalada:

<b>Punto Fijo o itinerante y abierto.</b>	Constituye un punto abierto, puede ser "fijo" o "itinerante" acorde con la caracterización, prioridades, necesidades, intereses y demanda de la comunidad. Por tanto, puede acudir al apoyo y cooperación, la articulación y coordinación intersectorial, social y comunitaria, acudiente a salones comunales, parques, bibliotecas, ludotecas, centros o salas comunitarias o familiares, escuelas, universidades y otros centros educativos, incluso puede ser unidad móvil.
<b>Opción de Líneas Telefónicas como despliegue complementario a los Dispositivos Comunitarios</b>	S e orientan hacia la "escucha activa", la orientación, asesoría, canalización. Estas líneas telefónicas tienen un valor en términos de promover espacios de "desahogo"- "catarsis", alivio del sufrimiento emocional, la ansiedad, puede ser resolutivo en un primer momento de atención, puede atender a principios de intervención breve, identificación de situaciones de salud mental principalmente.
<b>Referente territorial – Asesor-permanente</b>	En Salud, es recomendable contar con un referente territorial o Asesor en Salud para orientar todos los procesos a adelantar y las acciones estratégicas en términos de qué "información en salud" que "procesos de educación comunicación" como adelantar la "gestión de caso" y la proyección – promoción de "redes" en el marco del PIC y de la Política de Salud Mental y Prevención del consumo de SPA.

<b>Equipo interdisciplinario de apoyo</b>	El ideal sería contar con un equipo interdisciplinario de apoyo en todo el proceso de acogida, orientación, y acompañamiento. Puede ser desde el talento humano y los equipos multidisciplinares de salud, así como de otros profesionales y otros sectores del territorio, previos acuerdos y seguimiento de las directrices del Lineamiento de Salud.
<b>Operadores</b>	Pueden ser en principio el primer candidato la ESE pública del municipio, o en su defecto una ONG que debe garantizar capacidad para la ESE. Y desde la DTS, un profesional de la salud mental y convivencia.
<b>Red de líderes y actores comunitarios clave</b>	Se consideran esenciales en el proceso de empoderamiento, apropiación, organización y desarrollo de capacidades, pues constituyen la voz representativa de la comunidad en todas las concertaciones a adelantar para un buen funcionamiento de los DC en salud.
<b>La comunidad es protagonista</b>	Los actores comunidad (comunidad/barrio/vereda: consumidores y no consumidores, o de la institución educativa: estudiantes, padres, profesores, administrativos con liderazgo del orientador (preferiblemente), se consideran la base de estos escenarios, pues su conocimiento de la realidad, las relaciones y redes de las que son parte se consideran vitales para promover la participación y apropiación del funcionamiento, la orientación, acompañamiento y canalización que se requiera.

## ¿Qué lecciones aprendidas se tienen de la implementación de los DC?

Dispositivos	Modos de operación atendiendo a lecciones aprendidas
<b>1. Centros de escucha comunitario.</b> Estrategia de trabajo comunitario que impulsa la escucha activa. Es un servicio de fácil acceso, entendido como una modalidad organizada de respuesta a necesidades o demandas de la comunidad que facilita la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la canalización.	<b>Generales</b> a) No anticipar las demandas o las peticiones. b) No hacer por el otro, lo que el otro puede hacer por sí mismo. c) Dar respuesta a problemas o necesidades inmediatas es un excelente objetivo en una situación de real emergencia; pero, se transforma en obstáculo cuando la persona depende pasivamente de estas respuestas.
<b>2. Zonas de orientación escolar (ZOE).</b> Una Zona de Orientación Escolar es un espacio relacional y en ocasiones físico en donde se establecen servicios de acogida; escucha activa; acompañamiento; asesoría terapéutica; grupos de apoyo o ayuda mutua; educación a los miembros de la comunidad educativa con el propósito de reducir la exclusión social, la deserción escolar, mejorar la calidad de vida de los actores que la integran y prevenir situaciones de vulnerabilidad; mediación y canalización a servicios sociales y de salud.	<b>Sobre la definición de objetivos</b> d) Para definir los objetivos es necesario, haber casi concluido, la fase de diagnóstico comunitario en particular la construcción del mapa de riesgos y recursos.
<b>3. Zonas de orientación universitaria (ZOU):</b> Espacios ubicados en las instituciones educativas universitarias, donde se ofrecen servicios de orientación, escucha activa, acompañamiento y canalización hacia los servicios sociales y de salud, así mismo se generan procesos de educación a los miembros de la comunidad educativa con el propósito de desarrollar conocimientos, actitudes y prácticas de inclusión social que promuevan estilos de vida saludables, prevención, mitigación y auto-regulación del consumo de SPA y otras situaciones socialmente relevantes, para transformar las representaciones sociales y mejorar la calidad de vida de la comunidad. (Ministerio de la Protección Social; UNODC; Corporación Viviendo. Modelo zonas de orientación escolar (ZOE). Bogotá D.C.: (2009)).	<b>Sobre el lugar</b> e) Fundamental haber sensibilizado a los líderes de opinión formales e informales en la comunidad por medio de acciones específicas incluidas en la fase de diagnóstico comunitario. f) Es esencial, tener el acuerdo de los líderes locales asegurando que entiendan el sentido de la acción que se hace y que se evalúe con ellos su proceso. g) Si un centro de escucha no se encuentra cerca de la zona de riesgo tiene la tendencia a transformarse en “servicio cerrado”, el elemento que le garantiza apertura a la comunidad es estar en la comunidad.

<p><b>4. Zonas de Orientación Laboral (ZOL):</b> Espacios en los lugares de trabajo informal donde se ofrecen servicios de orientación, escucha activa, acompañamiento y canalización hacia los servicios sociales y de salud; así mismo se generan procesos de formación y capacitación a los trabajadores y trabajadoras en temas relacionados con la promoción de estilos de vida saludables, prevención, mitigación y control de situaciones de salud socialmente relevantes que permitan transformar las representaciones sociales y mejorar la calidad de vida.</p>	<p><b>Sobre la estructura</b></p> <p>h) Tener toda la estructura equipada en el momento de su apertura puede ser eficiente en términos de resultados, pero no favorece ese proceso de construcción colectiva que es el elemento de mayor impacto.</p> <p>i) Es útil fortalecer las alianzas con la red de recursos comunitario (RRC) para que algunos insumos y parte del equipamiento resulten de la contribución comunitaria.</p>
<p><b>5. Líneas telefónicas:</b> Orientadas a promover la escucha, atención y resolución de problemáticas frente al consumo de psicoactivos, abuso sexual, maltrato infantil, discriminación social, entre otras.</p>	<p><b>Sobre el horario</b></p> <p>j) es más oportuno iniciar con tiempos cortos (dos horas al día) experimentando por un lado el impacto que el servicio tiene en la comunidad y la capacidad de manejo de los operadores k) el centro de escucha no substituye el trabajo de calle; el trabajo de calle refuerza el centro de escucha y lo acompaña. l) es útil definir los tiempos de apertura con la participación de los beneficiarios finales y la opinión de líderes de la comunidad local.</p>

MSPS (2015) Dirección de Promoción y Prevención. Grupo de Gestión.

**Nota Final:** El ABC de Dispositivos Comunitarios se fundamenta en El Lineamiento técnico: “Dispositivos Comunitarios” Orientaciones para la acción en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Dirección de Promoción y Prevención. Grupos: Convivencia Social y Ciudadanía, Gestión integral de la Salud Mental. Curso de Vida. Alejandro Marin, Juan Camilo Martínez, Sara Inés Ochoa con apoyo y asesoría de Diana Rodríguez, Yenny Barajas, Nancy Millán.