



Vigilada Mineducación

Metodología para analizar el impacto social de la estrategia de prevención y mitigación por consumo de sustancias psicoactivas en los Centros de Escucha de la Alcaldía de Medellín entre el 2024 y el 2025.

LAURA TORRES CORREA

Trabajo de grado

Asesora

NATALIA LÓPEZ DELGADO

UNIVERSIDAD EAFIT

Escuela de Finanzas, Economía y Gobierno

Maestría en Gerencia de Empresas Sociales para la Innovación Social y el Desarrollo Territorial

Medellín, Antioquia – Colombia

(2025)

## CONTENIDO

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>8</b>
Pregunta de Investigación	13
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>13</b>
Viabilidad del estudio	17
<b>OBJETIVOS</b>	<b>17</b>
Objetivo General	17
Objetivos Específicos	17
<b>MARCOS DE REFERENCIA</b>	<b>18</b>
Marco Conceptual	18
Salud Mental	19
Sustancias Psicoactivas	20
Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas y Trastornos Inducidos por Sustancias.	21
Reducción de Riesgos y Daños	24
Centros de Escucha	25
Marco Teórico	28
Fundamentación Teórica de los Centros de Escucha	28
Epistemología de la complejidad ética y Comunitaria (ECO2)	29
Tratamiento Basado en la Comunidad	30
Metodología de Evaluación de Impacto Social	32
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>39</b>
Enfoque	39
Tipo o alcance de la investigación	39
Diseño metodológico	40
<b>DESARROLLO DEL TRABAJO.</b>	<b>43</b>

Caracterización de la Estrategia	43
Variantes en la metodología de evaluación de impacto social y propuesta de viabilidad.	56
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>77</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Metodología de Evaluación de Impacto Social.	58
Tabla 1. Centros de escucha en las comunas de Medellín	44
Tabla 2. Objetivo específico promoción de la salud y prevención del consumo.	52
Tabla 3. Objetivo específico Reducción de riesgos, daños y estigmas.	52
Tabla 4 Objetivo específico Garantía del acceso a detección, tratamiento y atención	53

## RESUMEN

Las entidades territoriales abordan cotidianamente las problemáticas sociales en aras de alcanzar los fines del estado y garantizar derechos. En esa labor, a menudo las acciones no pueden ser ejercidas de manera directa por la entidad, sino que requieren de otros actores para desarrollarlas, esto implica la celebración de contratos estatales, donde se planea, encomienda y supervisa la ejecución del objeto contractual.

La planeación suele centrarse en lo inmediato, es decir en la implementación de una política nacional, el cumplimiento de un mandato legal, en la entrega de productos, y en la contraprestación del servicio o producto a contratar.

La evaluación de impacto no suele ser considerada en las fases iniciales del proceso, lo que dificulta estimar si los propósitos inherentes a las estrategias, y que motivan la intervención, han sido alcanzados, o cómo deben orientarse.

En materia de salud, se cuenta con una responsabilidad en materia social muy alta frente a los beneficiarios de las estrategias, las intervenciones encaminadas a materializar el derecho a la salud, en este aquellas dirigidas a la prevención y reducción de riesgos y daños en materia de consumo de sustancias psicoactivas, pueden representar desde el acceso a los servicios, condiciones de vida más dignas y la garantía de gozar de salud. Los centros de escucha son una apuesta en ese sentido, y esta investigación propuso una metodología para evaluar su impacto social, por parte de la Secretaría de Salud de Medellín.

**Palabras clave:** metodología, evaluación, impacto social, centros de escucha, dispositivos comunitarios, tratamiento basado en comunidad, epistemología de la complejidad

ética y comunitaria eco2, redes sociales, consumo, sustancias psicoactivas, reducción de riesgos y daños, mitigación, prevención, trastornos relacionados con sustancias, salud mental.

### **ABSTRACT**

Territorial entities routinely address social challenges to fulfill state objectives and uphold citizens' rights. In this endeavor, direct action by the entity is often unfeasible, necessitating collaboration with other actors through public contracts that encompass the planning, delegation, and oversight of contractual objectives.

Typically, planning emphasizes immediate concerns—implementing national policies, complying with legal mandates, delivering outputs, and ensuring the provision of contracted services or products.

However, impact evaluation is seldom integrated into the initial phases of the process, hindering the assessment of whether the inherent goals of the strategies prompting intervention have been achieved or require redirection.

In the health sector, there is a significant social responsibility toward beneficiaries of strategies aimed at realizing the right to health. Interventions focused on preventing and mitigating risks and harms associated with psychoactive substance use can facilitate access to services, promote more dignified living conditions, and guarantee the enjoyment of health. Listening Centers represent a strategic initiative in this context. This research proposes a methodology for evaluating their social impact, as implemented by the Medellín Health Secretariat.

**Keywords:** methodology, evaluation, social impact, community-based devices, community-based treatment, ethical and community complexity epistemology (Eco2), social networks, substance use, harm and risk reduction, mitigation, prevention, substance-related disorders, mental health.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación de impacto social es una práctica necesaria en cualquier iniciativa que pretenda un cambio social, su implementación en el sector público representa la oportunidad de dar a conocer una dinámica de medición no solo de los resultados, sino de las transformaciones que están siendo posibles gracias a los programas implementados, y la posibilidad de desarrollar las mejoras para maximizar los beneficios.

Ahora bien, planear y abordar una metodología de evaluación del impacto social en programas públicos que ya se encuentran operando tiempo atrás, representa retos relacionados con asuntos como la gestión de la información y del conocimiento de las acciones que ya se han llevado a cabo, a veces también la reconstrucción de la línea base, y demanda la identificación, en cada una de sus variaciones, frente a cuáles eran los objetivos, las actividades desarrolladas y los productos, así como la población beneficiaria.

Aunado a lo anterior, dichas revisiones pueden evidenciar que no sea posible hablar de un solo programa a través del tiempo, pues si bien procedimientos como los centros de escucha tienen unas bases teóricas comunes, cada comunidad y ente territorial pueden orientarlos de acuerdo con las necesidades y formas que consideren necesarias, por ello, plantear una metodología de evaluación de impacto tendrá que considerar cómo abordar estas y otras condiciones.

Fue fundamental que dentro de esta investigación se comenzara por caracterizar los principales elementos de la estrategia implementada en Medellín, los cambios y evoluciones que ha experimentado en el tiempo y bajo que elementos ha operado, ello permitiría no solo conocer lo que se pretende evaluar sino las características y variables a tener en cuenta para determinar los métodos de medición del impacto que pueden ser practicados en esta estrategia que se enfoca en atender las problemáticas relacionadas con los efectos negativos del consumo de sustancias psicoactivas.

Posteriormente, se desarrolló el análisis tanto de la construcción de pasos metodológicos que tendrían que ser abordados en la evaluación de impacto social y así como la revisión de los principales diseños utilizados para comprobar la atribución causal en una evaluación de impacto social, llevando a una desagregación de sus características, sus principales ventajas y desventajas, y los recursos que demanda su implementación, ello permitió reconocer cuáles podrían encajar con la estrategia de prevención y mitigación de riesgos y daños que se aborda a través de los centros de escucha.

Por último, se buscó emitir una recomendación acerca de la metodología viable que podría ser implementada por la Secretaría de Salud de Medellín e identificar los pasos a seguir y el diseño del método propuesto, que permita que eventualmente la estrategia de Centros de Escucha pueda ser implementada teniendo en cuenta la evaluación de impacto social.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los entes territoriales tienen la obligación de garantizar el derecho a la salud, que tiene carácter de fundamental en la Constitución Política colombiana. Lo hacen a través de las

funciones que la Ley les han conferido. Una de ellas tiene que ver con la “formulación, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental” (Ley 715 de 2001, art. 44 núm.44.1.1 Colom.).

Como lo ha sostenido la Corte Constitucional el derecho a la salud abarca la categoría de salud mental, la cual se ve afectada por los trastornos mentales incluyendo aquellos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Por ello demanda atención médica integral que permita la restauración de su salud y la inclusión social. (C.C., Sentencia T-452/2018, Colom.)

Una de las acciones que se han llevado a cabo en la ciudad de Medellín para atender esta problemática, ha sido la creación de la Política Pública de Salud Mental y Adicciones, a través del Acuerdo Municipal 012 del 2020, la cual cuenta con seis ejes de intervención, entre los que se encuentran: “2) la prevención de los problemas de salud mental individual y colectiva, así como de los trastornos mentales, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, otros trastornos adictivos, violencias y epilepsia” y “3) la atención integral de los problemas, trastornos mentales, trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, otros trastornos adictivos, violencia y epilepsia” (Concejo de Medellín, 2020; p. 4).

Ahora bien, según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas, llevado a cabo en 2019:

Los tres estudios que se han realizado en diferentes años mostraron de manera consistente mayor consumo de sustancias psicoactivas en los departamentos del Eje Cafetero, Risaralda (6,8%), Quindío (5,9%) y Caldas (5,1%), así como en Medellín y su área metropolitana (5,4%), donde la prevalencia de consumo reciente de cualquier sustancia

ilícita es superior a cinco puntos porcentuales. (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2019, p. 162)

En el caso del estudio poblacional de salud mental de Medellín, llevado a cabo en 2019, se presentó un incremento significativo en los indicadores de prevalencia de los trastornos por uso de sustancias en lo relacionado con abuso de drogas y dependencia de drogas, comparados con los resultados tomados entre el 2011 y 2012 en la ciudad, pues pasaron de 1,8% a 2,8% en cuanto al abuso de drogas y en cuanto a dependencia de drogas 0,8% a 1,5%. Asimismo, al comparar los indicadores de prevalencia para cualquier trastorno por consumo de sustancias en Medellín, con los resultados del Estudio Nacional de Colombia para el total de la población, se encuentra que la ciudad está por encima del 3,0% obtenido, pues en el estudio local se obtuvo un resultado del 5,8% (Torres et al., 2020. pp 314-315).

De otro lado, de acuerdo con el Informe de perfil del consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Medellín llevado a cabo en el 2019, un 26,8 % de los escolares de Medellín declararon haber usado al menos una sustancia ilícita alguna vez en la vida. Por otra parte, un 13,9 % de los escolares declara haber usado alguna de las sustancias descritas en el último año y 7,0 % declararon el uso en el último mes (Alcaldía de Medellín, 2019).

De acuerdo con la World Health Organization (2024. Organización Mundial de la Salud en su traducción al español) en el informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, frente al consumo de alcohol, se tienen los siguientes datos:

Alrededor de 400 millones de personas mayores de 15 años en todo el mundo o el 7% de la población mundial, vive con trastornos por consumo de alcohol, incluidos 209 millones

(el 3,7% de la población mundial) de población adulta – con dependencia del alcohol. (p. 12, traducción propia)

Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2023) “se calcula que 39,5 millones de personas en todo el mundo padecían trastornos por consumo de drogas en 2021, pero solo 1 de cada 5 recibía tratamiento relacionado con las drogas” (p. 19).

Una de las estrategias que ha ejecutado la Secretaría de Salud de Medellín para afrontar este contexto, en concordancia con la Política Pública de Salud Mental y Adicciones, es la creación e implementación de lo que se ha denominado Centros de Escucha.

Los Centros de Escucha están incluidos dentro del Anexo Técnico de la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, en el listado de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ejecutar en el Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Territorial de Salud por los entes territoriales, de acuerdo con las necesidades en salud del territorio. Allí son concebidos así:

Un conjunto de procedimientos orientados a generar un espacio relacional con las comunidades en donde se establecen de manera directa o indirecta servicios o acciones de acogida escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, con el fin de afrontar las demandas y necesidades priorizadas por algunos grupos poblacionales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Si bien la Secretaría de Salud acogió esta estrategia adaptada al grupo poblacional de personas con riesgos, problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en el

año 2012, ha ido siendo ajustada por sus estructuradores en varias de sus versiones, por lo que no se puede afirmar que exista una estrategia estática y continua a través de los años.

Dado que los centros de escucha en Medellín, han sido implementados mediante la celebración de contratos estatales, han desarrollado métodos de evaluación de la estrategia que obedecen al cumplimiento de objetivos e indicadores, en cabeza del operador o contratista, sin embargo, no ha sido objeto de una evaluación de impacto social claramente determinada y aplicada por parte de la Secretaría de Salud, en la que el foco sean los cambios experimentado por los beneficiarios, en virtud de las intervenciones llevadas a cabo a través de los centros de escucha.

Llevar a cabo una evaluación de impacto social, según Gertler et al. (2017) es importante debido a que facilita que los encargados de las políticas evidencien resultados y cumplan con su obligación de rendir cuentas. Además, por medio de este mecanismo alcanzan a demostrar con evidencias la forma cómo se comportó la intervención y principalmente identificar si se obtuvieron los efectos esperados. (p. 4)

En ese sentido, determinar cuál puede ser el método adecuado para establecer los resultados de la intervención realizada a través de los centros de escucha, puede facilitar que la misma se lleve a cabo, y gracias a ello identificar si existen acciones que vale la pena replicar, continuar llevando a cabo y reforzar, o si por el contrario la estrategia no es viable para alcanzar lo que se pretende o si pueden haber medidas a implementar que permitan que los resultados puedan ser más satisfactorios. El reto sobre todo estará en identificar si los resultados evidenciados son atribuibles a las estrategias evaluadas.

De acuerdo con esta necesidad, la Secretaría de Salud requiere identificar las características básicas o elementos más inherentes a la estrategia a través de los años, para entender el alcance de la misma, y cómo pretende alcanzar los objetivos que se ha propuesto y sus características más consistentes a través de los diferentes contratos para su ejecución.

Sin embargo, se deberán tener en cuenta las ventajas y desventajas de realizar una evaluación de impacto social sobre una estrategia que no ha sido uniforme a través de los años, en donde puede haber aspectos a considerar relacionados con la posibilidad que tengan los métodos estudiados, de asegurar que el impacto se haya generado gracias a la intervención. Es por eso que una de las metas de la investigación es conocer la viabilidad del momento temporal que sería objeto de la evaluación propuesta.

### **Pregunta de Investigación**

¿Qué metodología es viable para analizar el impacto social de la estrategia de prevención y mitigación por consumo de sustancias psicoactiva a través de los Centros de Escucha de la Alcaldía de Medellín entre el 2024 y el 2025?

### **JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo pretende abordar la metodología aplicable de evaluación de impacto social para el tipo de estrategia que se encuentra desarrollando la Secretaría de Salud, respecto a los dispositivos comunitarios denominados Centros de Escucha. Esto, entendiendo que las características de esta intervención, como otras en el sector público, pueden ser formuladas de forma que cuente con algunos indicadores, pero por su naturaleza puede correrse el riesgo de dejar elementos importantes por fuera del análisis, si no son planteados con elementos de

medición adicionales para su interpretación y que es importante conocer. Por ello se espera que la adecuación de un tipo de evaluación de impacto social pueda esclarecer aspectos más profundos, que la misma Secretaría de Salud, pero también la comunidad, identifiquen como necesarios.

Es importante que mediante el trabajo propuesto se responda a la pregunta de investigación, debido a que abordará un tema relevante para la Secretaría de Salud, quien es el actor que estructura la estrategia. En ese sentido, este estudio favorecerá su intervención debido a que le permitirá considerar la implementación de una evaluación que determine varios aspectos relacionados con los cambios experimentados por los beneficiarios, y a la vez podría identificar si hay lugar a cambios en la forma cómo han sido propuestos los centros de escucha y en consecuencia la forma como se aborda la problemática que atiende.

La evaluación que se implemente podría terminar por traer beneficios considerables, para quienes habitan la ciudad y tienen condiciones de consumo y abuso de sustancias psicoactivas, pues podría asegurar continuidad o mejora en las actividades de reducción de los riesgos y daños que enfrentan en lo relacionado con su salud, y de ese modo generar confianza en la comunidad que se teje alrededor de estos dispositivos frente a las labores que han guiado.

Es pertinente mencionar que la población que se beneficia no acaba en los usuarios que presentan dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, toda vez que el enfoque de las intervenciones a la población que recurre a los Centros de Escucha, no se limita a una sola dimensión en cuanto a los consumidores como sujetos de la estrategia, dado que comprende también a las redes sociales que se generan dentro de las comunidades, que se forman a través de relaciones o interconexiones entre las personas, las instituciones o los grupos sociales y que

además estas se transforman constantemente (Ministerio de Justicia y Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODOC] 2021, p.26).

Es por ello por lo que, desde la fundamentación teórica de la estrategia, las redes tienen importancia como actores que ayudan a ejecutar las acciones de prevención, reducción, y mitigación de los riesgos y también son población destinataria de la estrategia.

Dado lo anterior, esta investigación también tendrá un enfoque hacia las redes sociales, entendidas como elemento que moviliza las acciones dentro de los centros de escucha (Ministerio de Justicia y UNODOC, 2021, p.34) y los resultados también podrán ser de beneficio para ellas. A su vez los efectos adversos en la salud no se limitan a quien consume y abusa de estas sustancias, se extienden a la comunidad en la que se encuentran y particularmente a su círculo cercano, de la misma forma en que lo que le ocurre al círculo también afecta a la persona que utiliza la sustancia.

Se estima que alrededor de 100 millones de personas en todo el mundo se ven afectadas debido al uso de sustancias de un familiar cercano, y sufren estrés significativo, así como trauma, lo cual causa problemas psicológicos, sociales y físicos. Estos efectos pueden ser severos y de duración prolongada, incluyendo aumento de problemas de salud física y psicológica (McGovern et al., 2021). Por lo tanto cuando las intervenciones de prevención indicada, y de reducción de riesgos y daños son efectivas, pueden beneficiar no solo a la persona que consume, sino a su círculo.

El impacto multidimensional del uso de sustancias a menudo es agravado por varios factores, entre los que se encuentran el conflicto interpersonal, problemas financieros, cargas de cuidado y falta de armonía familiar. Además, existe evidencia que establece una relación entre el

uso de sustancias y la violencia intrafamiliar, tanto del perpetrador como de la víctima, así como la correlación entre el uso intensivo de sustancias y la severidad de la violencia (McGovern et al., 2021). En el caso de estudio podría abordarse, la experimentación de cambios en los riesgos de carácter social y familiar que se han descrito, para evaluar si de alguna manera los impactos llegan hasta esta esfera.

La estrategia de estudio es una de las acciones ligadas a la Política Nacional de Salud Mental que es desarrollada a nivel distrital, la cual se materializa con múltiples programas, entre ellas con la puesta en marcha de los Centros de Escucha. Por este motivo es pertinente proponer criterios de evaluación del impacto social, a través de una metodología, que identifique los resultados generados, revisando la capacidad de la estrategia para alcanzar los objetivos que se propuso al momento de su formulación y la identificación de qué resultados son atribuibles a la estrategia, así como los posibles asuntos a mejorar o intervenir, basados en la capacidad de la metodología para evaluar los criterios que sea importante tener en cuenta, y de esta manera realizar una evaluación integral.

Es valioso para la Secretaría de Salud contar con herramientas de medición de impacto social, situación que amerita que se implementen o se acojan estas prácticas por los tomadores de decisiones de la Secretaría, para con ello adaptar los programas a las necesidades de los usuarios, y además que la metodología propuesta pueda ser utilizada periódicamente para monitorear los resultados con mayor precisión. En ese sentido, la investigación pretende llenar un vacío de conocimiento, debido a que nunca se ha planteado este estudio para la estrategia en mención. Además, agrega valor teórico y cuenta con utilidad metodológica al permitir determinar un

instrumento que evalúe sistemáticamente la estrategia y que puede servir como ejercicio de referencia para evaluar estrategias de salud pública similares.

Se ha encontrado que varios de los contratos celebrados para desarrollar la estrategia objeto de análisis, han sido financiados en parte por recursos de presupuesto participativo, en virtud de la elección ciudadana de priorización de estrategias que impacten la salud mental. Por este motivo, este trabajo también permite que el ciudadano conozca los resultados de la estrategia como un ejercicio democrático, que permita que eventualmente, pueda compartirse a la comunidad los resultados de la intervención que eligieron.

### **Viabilidad del estudio**

La presente investigación es viable, toda vez que se cuenta con acceso a la información del objeto de estudio, esto es los insumos relacionados con el desarrollo e implementación de los dispositivos comunitarios, dado que se ha recibido autorización por parte del Comité de Investigaciones de la Secretaría de Salud para adelantar la investigación y acceder a la información que se requiera, la cual no presenta ningún tipo de reserva, al no ser información sensible.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Explorar una metodología de evaluación de impacto social viable, para analizar los resultados de la estrategia de prevención y mitigación desarrollada a través de los Centros de Escucha de la ciudad de Medellín entre el 2024 y 2025.

### **Objetivos Específicos**

Caracterizar la estrategia de prevención y mitigación desarrollada a través de los Centros de Escucha de la ciudad de Medellín entre el 2024 y el 2025.

Identificar variantes en la metodología de evaluación de impacto social, para analizar los resultados de la estrategia de prevención y mitigación desarrollada a través de los Centros de Escucha de la ciudad de Medellín entre el 2024 y el 2025.

Proponer cuáles de las variantes de la metodología de evaluación de impacto social previamente identificadas, serían viables para analizar los resultados de la estrategia de prevención y mitigación desarrollada a través de los Centros de Escucha de la ciudad de Medellín entre el 2024 y el 2025.

## **MARCOS DE REFERENCIA**

### **Marco Conceptual**

Se estima que la investigación requiere de dos marcos de referencia. De una parte, el marco conceptual, con el propósito de establecer una guía frente a lo que se entenderá al hacer uso e interpretación de los principales conceptos que son utilizados en todo el trabajo, y que además son necesarios para comprender la estrategia.

A su vez, teniendo en cuenta que se trata de una estrategia en el área de la salud, es importante consultar con rigurosidad el significado que, desde la comunidad científica y académica, se le ha dado a la atención de las problemáticas que se mencionan, pues están permeadas por tabúes, concepciones erróneas y estereotipos, como lo son los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos inducidos por sustancias, y las distintas formas de abordar los efectos negativos que el consumo puede llegar a causar en la salud.

### ***Salud Mental***

La salud mental ha sido definida o entendida en instrumentos normativos, que llevan esta categoría en su título porque se encargan de promoverla. Es así como en la Ley de Salud Mental (Ley 1616, 2013, art 3) y a nivel local en el Acuerdo 0019 del 2020 (Concejo Municipal de Medellín, 2020) por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, la noción de salud mental es abordada desde la capacidad de una persona para poder enfrentar la vida, que aún con un nivel normal de estrés alcance un estado de bienestar que le permita llevar a cabo sus capacidades, trabajar y/o contribuir a la comunidad, gracias a recursos emocionales, cognitivos y mentales, que además le permiten establecer relaciones significativas.

Ahora bien, cuando se adoptó la Política Nacional de Salud Mental mediante la Resolución 4886 de 2018, se realizó un análisis de la percepción sobre la salud mental de los colombianos, indicando que la relacionan con “tener una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad, paz y poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 4886 de 2018. p. 8). Ello en principio concuerda con el concepto abordado, aunque acá los colombianos al parecer lo asocian un poco más, no solo con su capacidad para ser productivos, sino también con tener ciertas necesidades básicas satisfechas.

Por otro lado, el documento CONPES 3992 de 2020, que contiene la estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia, reconoce la transformación del concepto desde la Ley 1616 del 2013, y procede a ofrecer una definición de la salud mental, que tiene en cuenta aspectos adicionales, como el sostenimiento de la salud mental, afirmando que requiere un

enfoque integral de los sistemas, es decir, en las relaciones entre el individuo, la comunidad y los estándares de la sociedad (Departamento Nacional de Planeación, 2020, p. 22).

La Organización Mundial de la Salud (2022) por su parte, ha concordado con las anteriores aproximaciones y afirma que es un derecho humano fundamental, que soporta las capacidades no solo individuales sino también colectivas, aspecto que es fundamental y necesario para el desarrollo personal, socioeconómico y comunitario.

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud (2022) puede verse afectada por los trastornos mentales, pero no únicamente por estos. Sin embargo, en el contexto de las sustancias psicoactivas, el consumo de riesgo o perjudicial “puede transitar a trastornos mentales que requieren atención integral, demanda de servicios de salud, sociales y recursos económicos para la atención de las personas que sufren esta patología” (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 4886 de 2018. p. 15). Por este motivo, la protección de la salud mental está íntimamente ligada a las acciones de reducción de riesgos y daños que puedan evitar las probabilidades de que quienes consumen alcancen un consumo de riesgo o perjudicial que debido a ciertos factores que se analizarán más adelante, lleguen a la presencia de un trastorno mental, como lo indica la Política mencionada.

### ***Sustancias Psicoactivas***

Según el Ministerio de Salud (2016, p.1) las sustancias psicoactivas son aquellas que introducidas en el organismo por cualquier vía de administración producen una alteración del sistema nervioso central del individuo, que causa efectos en la conciencia, el estado de ánimo o el razonamiento, y pueden dar lugar a un consumo problemático o dependencia.

La Política Pública de Salud Mental y Adicciones de Medellín, adoptada mediante el Acuerdo Municipal 0019 del 2020, considera que es “toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas” (Concejo Municipal de Medellín, 2020. p.4). Se puede decir que, entre el ente territorial y nacional, hay una concepción afín de lo que abarca este término, desde su capacidad para incidir en el funcionamiento del sistema nervioso central y en cuanto a que su consumo puede generar dependencia.

### ***Trastornos por Consumo de Sustancias Psicoactivas y Trastornos Inducidos por Sustancias.***

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Quinta Edición, o DSM-5 por sus siglas en inglés, fue elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana, y su principal objetivo es contribuir al diagnóstico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013, p.3). Este documento fue revisado por la asociación en su versión DSM-5-TR, sin embargo, este último no alteró la estructura sustancial de los tipos de trastornos que se estudian a continuación.

En dicho manual los trastornos por consumo de sustancias se agrupan en una categoría denominada trastornos relacionados con sustancias, en la que también se encuentran los trastornos inducidos por sustancias (APA, 2013).

Los trastornos inducidos por sustancias son aquellos trastornos que se derivan del consumo mismo, y conllevan a afecciones como la “intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento (trastornos psicóticos, trastorno bipolar y trastornos relacionados, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo

compulsivo y trastornos relacionados, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastornos neurocognitivos)” (APA, 2013, p.253).

En cambio, los trastornos por consumo de sustancias se clasifican en virtud del grado de consumo (moderado, leve y grave) e indican la sustancia o sustancias a la que se debe, que cuenta con algunos aspectos únicos, de las diez clases de sustancias relevantes según el Manual (APA, 2013).

Pueden existir trastornos concomitantes, es decir un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en concomitancia con un trastorno inducido por sustancias, (ya sea por intoxicación o por abstinencia). Dependiendo de este u otros aspectos el DSM5 establece un código, que da cuenta o no de la presencia de este u otros diagnósticos relevantes para el tratamiento (APA, 2013).

Teniendo en cuenta que a menudo se habla de adicción indistintamente en el contexto de trastornos relacionados con sustancias, el Manual opta por una aproximación técnica al respecto, y en ese sentido sostiene que se abstiene de utilizar el término adicción y se prefiere el uso de trastorno por consumo de sustancias en cualquiera de sus estados, incluido el grave. Ello en razón a su falta de definición certera y su connotación negativa (APA, 2013). En ese sentido, para efectos del trabajo, tampoco se adoptará el concepto de adicción al no ser técnicamente correcto y por la posibilidad de representar una carga negativa frente a la persona que puede tener un problema de salud.

### ***Prevención Universal, Selectiva e Indicada***

La prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas ha sido objeto de evolución, pues actualmente se concibe que, frente a los diversos factores de riesgo asociados al consumo,

aconsejar o promover autocontrol a partir de la enseñanza de posibles efectos del consumo, puede quedarse corto en el tratamiento de esta problemática (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Teniendo en cuenta que la prevención no se limita a acciones dirigidas a que quienes no han consumido sustancias psicoactivas no lo hagan, la prevención puede abarcar objetivos como la reducción de nuevos casos de consumo de sustancias psicoactivas, mermar las condiciones que facilitan el mantenimiento de un problema, impedir la progresión a etapas de mayor complicación, disminuir los efectos negativos del consumo, educar para tener relaciones responsables con las sustancias, frenar el avance del consumo a etapas más complejas, entre otras (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Ahora bien, todo este abanico de intervenciones de prevención se ha enmarcado en la distinción propuesta inicialmente por Gordon (1983) que comprende su clasificación en universal, selectiva e indicada.

La prevención universal, se dirige a toda la población, y en muchos casos puede ser aplicada por la comunidad en general y sin asistencia profesional, con el objetivo de prevenir consumo de sustancias, pues las personas a las que va dirigida no están motivadas por el padecimiento de la problemática (Gordon, 1983).

La prevención selectiva se dirige a los miembros de un grupo de la población específico que, por ciertos factores como su edad, ocupación, u otras características de contexto, tienen un riesgo por encima de la media, (Gordon, 1983) y en los cuales no son efectivos los mensajes de la prevención universal (Vázquez et al., 2018).

La prevención indicada se aconseja para personas que, al examinarse individualmente, presentan un factor de riesgo o una condición identificable que demuestra un riesgo más alto que los demás de desarrollar una enfermedad y por ello requieren intervención, (Gordon, 1983) siendo susceptibles de desarrollar un abuso o dependencia de sustancias en el futuro (Arbex, 2013).

### ***Reducción de Riesgos y Daños***

La reducción de riesgos, también llamada minimización del daño o reducción de riesgos es una política social que se enfoca en disminuir los efectos negativos del consumo de sustancias psicoactivas. Se presenta como una alternativa al abstencionismo y tiene su base en el modelo de salud pública, así como en corrientes humanitarias y libertarias, en contraste con la política de abstencionismo, en la cual se busca disminuir la prevalencia o incidencia del usuario (Newcombe, 1992).

Frente a la forma de evaluar a estas políticas, Newcombe (1992) considera que es más complejo evaluar una política de reducción de riesgos y daños que una con enfoque abstencionista, pues en esta última bastaría cuantificar por ejemplo la cantidad de personas a las que se les previno del uso de drogas o de continuar usándolas, mientras que en las de reducción de riesgos donde sería necesario seleccionar los objetivos que se relacionan con las formas de reducción de riesgos y daños aplicadas.

Para entender los objetivos que puede perseguir una política de reducción de riesgos por consumo de sustancias psicoactivas, los riesgos se entienden como las posibles consecuencias que trae el consumo de una sustancia, y que causan un efecto negativo o indeseable. En ese sentido los riesgos son clasificados en dos grupos: cualitativos y cuantitativos. En el primer

grupo se estiman riesgos como los relacionados con el acceso, la preparación, la vía de administración, el patrón de policonsumo, los cuidados posteriores y el set-setting, y los cuantitativos aquellos relacionados con la dosis, la toxicidad y la frecuencia (Pinzón, 2023, p 14.).

Ahora bien, los daños también son objeto de intervención bajo estas políticas, por lo tanto, se busca atender los efectos negativos cuando los riesgos se han materializado, es decir cuando se han convertido en daños. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p 12).

Las intervenciones de reducción de riesgos y daños, de acuerdo con Pinzón (2023) son múltiples, y se enuncian a continuación: educación acerca de los riesgos, entrega de kits para el consumo o para la abstinencia o revertir la sobredosis, tratar quemaduras, intercambios de jeringas, etc., las salas de consumo supervisado, las farmacias comunitarias, farmacoterapia, servicios de análisis de sustancias, intervención psicológica, intervenciones para cambiar las formas y/o las vías de administración, intervenciones para prevenir los riesgos sexuales, centros de acogida, medidas legislativas, estrategias complementarias como intervenciones comunitarias y apoyo de pares, intervenciones familiares y apoyo de terceros (pp.24-32).

### ***Centros de Escucha***

Como previamente se mencionó, los centros de escucha se encuentran incluidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, allí los describe junto con las Zonas de orientación, como:

Procedimientos orientados a generar un espacio relacional con las comunidades en donde se establecen de manera directa o indirecta servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros

servicios sectoriales e intersectoriales con el fin de afrontar las demandas y necesidades priorizadas por algunos grupos poblaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Esta investigación se sitúa en los centros de escucha para población con consumo de sustancias psicoactivas, y es importante hacer esta distinción porque la Resolución incluye otros tipos de procedimientos en el mismo ítem, como lo son las zonas de orientación escolar, los centros de escucha para población con VIH y de canalización de poblaciones en contextos de vulnerabilidad hacia los servicios sociales y sanitarios, los centros de escucha para familias y cuidadores de personas con discapacidad, afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, y finalmente los espacios de escucha definidos a través de líneas telefónicas de atención. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

En ese sentido, el Ministerio de Salud (2013), a través de un documentó que tituló como Elementos necesarios para definir los Centros de Escucha comunitarios, los comprende como un proceso de trabajo comunitario, donde las redes sociales deben ser construidas, con actores de la comunidad, con el ánimo de abordar problemas y necesidades que ellos mismos identifican, y en ese sentido el diseño de un centro de escucha se modela conforme a los diferentes temas que necesitan priorizar y atender.

De otra parte, de acuerdo con los lineamientos para la implementación de dispositivos comunitarios en salud: orientaciones para la acción en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas emitidos por el Ministerio de Salud (2020), los dispositivos comunitarios son una estrategia social en salud. En ese sentido demandan también de un equipo socio-sanitario; que junto con la comunidad, genera un plan sobre cómo operar, con una población

definida, de manera que se fomente la escucha inmediata, la orientación, el acompañamiento y la derivación a servicios socio-sanitarios. Estos dispositivos son vistos como una opción para abordar la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y las diferentes situaciones que ocurren a causa de este consumo.

Estos Dispositivos Comunitarios surgieron en Colombia en 1998, a partir de la movilización de las organizaciones sociales, con experiencias piloto en escenarios urbanos del país, para la problemática de consumo de sustancias psicoactivas principalmente (Ministerio de Salud y Protección Social 2020).

De acuerdo con Milanese (2018) los centros de escucha deben tener los siguientes propósitos mínimos:

Contribuir a la formación de habilidades para la vida, realizar acciones de reducción de daños y riesgos , llevar a cabo la búsqueda activa de casos, ofrecer asesoramiento sobre el marco legal y reconocimiento de los derechos de los afectados, realizar intervenciones breves como la entrevista motivacional y el triaje, practicar la escucha activa y establecer relaciones de ayuda, apoyar a las personas que abandonan la asistencia, realizar el seguimiento de los casos tratados por la red institucional, establecer conexión con la red subjetiva del centro de escucha, derivar casos a la red institucional local y sistematizar la experiencia. (p.568)

En ese sentido, los centros de escucha de este trabajo se soportan en el marco normativo anteriormente referenciado de forma específica para este tipo de dispositivo comunitario. La orientación que brindan desde su definición es presentada como un parámetro dentro del cual puede haber alteraciones, de acuerdo a las necesidades de la comunidad, pero con un enfoque

esencial frente a las problemáticas del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente cuando existe un consumo problemático, que puede dar lugar a riesgos y a daños que se buscan reducir.

### **Marco Teórico**

El Marco Teórico es fundamental porque será la herramienta que delimitará el estudio, y la relación entre los diferentes conceptos que aborda este trabajo (Mora, 2005), tanto frente a las metodologías de evaluación de impacto social como a la fundamentación teórica de la estrategia de los Centros de Escucha, permitiendo que la investigación cuente con una ruta teórica para la interpretación de los resultados a los que se llegue.

### ***Fundamentación Teórica de los Centros de Escucha***

Los Centros de Escucha surgieron bajo el amparo técnico o teórico de dos conceptos denominados Epistemología de la complejidad ética y Comunitaria (ECO2) y del tratamiento basado en la Comunidad o CBT, por su nombre en inglés, modelo que surgió a partir del primero (Góngora et al., 2021), ambos tienen un componente esencial de prevención y mitigación de riesgos y daños.

Es importante destacar que debido a la transformación que ha surgido desde el año 2000 frente a cómo se aborda la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, se implementan los centros de escucha, pues hubo un giro importante en el 2000, cuando la prevención y mitigación del riesgo llegó al país, y posteriormente fue adoptada en 2007 en la Política Nacional para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas (Góngora et al, 2021). Si bien la misma ha sido actualizada, en la adopción de dicha Política más reciente, dada a través de la Resolución

089 de 2019, se mantiene cómo línea de acción la reducción de factores de riesgo en los entornos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Los centros de escucha fueron difundidos a través de la red RAISSS Colombia y de la Corporación Viviendo, y gracias a la incorporación por primera vez de los lineamientos del tratamiento basado en comunidad (CBT) y de la Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria ECO2 en la Política Nacional para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas (Góngora et al., 2021), los centros de escucha comenzaron a tener experiencias más concretas en ciudades como Medellín.

### ***Epistemología de la complejidad ética y Comunitaria (ECO2)***

Este modelo parte de la concepción de que no es posible pensar que el consumo de sustancias desaparezca. En ese sentido, el Estado y los servicios de salud deben brindar los medios para que el consumo sea lo menos dañino posible, haciéndolo mediante la intervención en el tipo y estructura de las redes sociales (Góngora et al., 2021; Fergusson y Góngora, 2012).

Esta red social es entendida como un espacio de comunicación, donde las personas se influyen mutuamente y dan sentido a las relaciones y a la realidad, creando sus propias reglas y elementos (Machín, 2010).

Ahora bien, cuando las relaciones dentro de esa red social están constituidas por relaciones que fomentan los riesgos a la salud y a la integridad física, el modelo Eco2 plantea modificar su estructura, mediante la intervención de la comunidad y no solo del individuo, con la finalidad de superar la exclusión y el sufrimiento social que se padece, y que está dado en los individuos con alta vulnerabilidad al abuso de drogas (Góngora et al., 2021).

De acuerdo con este planteamiento en la red social confluye la red subjetiva comunitaria que “es el conjunto de relaciones personales a través de las cuales el equipo de operadores externos se inserta en la comunidad local, experimentando aspectos de la vida comunitaria (Machín, 2010 p.312)” y la red operativa “formada por los agentes (operadores externos, operadores pares y promotores de la comunidad) que constituyen el equipo de trabajo” (Machín, 2010, p. 312).

Dado lo anterior, las interacciones entre redes determinan que las personas sean intervenidas no solo como individuos sino como parte de una comunidad que también debe experimentar cambios positivos relacionados con la inclusión social, al realizar un trabajo de **modificación de las representaciones sociales** de las personas que viven en situación de exclusión social grave, debido al abuso de sustancias psicoactivas (Machín, 2010, p. 312). Es por ello por lo que, para efectos del presente trabajo, será importante buscar cómo se reflejan estos elementos en la estrategia que se está ejecutando.

### ***Tratamiento Basado en la Comunidad***

Los tratamientos basados en la comunidad surgen de una visión holística de un rango multifactorial de los problemas relacionados con las drogas, que pueden afectar a las personas con dependencia de drogas, sus familias y sus comunidades. Esta perspectiva fomenta el uso de una variedad de caminos para el tratamiento, recuperación y mejoramiento de la calidad de vida (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2014 p.p 7-8).

El Tratamiento Basado en Comunidad para efectos de este trabajo retoma las características enunciadas por Milanese (2018) que debe tener el tratamiento comunitario donde indicó que este entiende a la comunidad como actor y no como lugar de curación (como en el

caso de las estructuras y servicios especializados). Y comunidad implica: (i) no centrarse exclusivamente en el consumo problemático de drogas, sino en otros procesos que se incluyen en los procesos de exclusión social: (ii) considerar a los actores de la comunidad como actores del tratamiento; (iii) considerar a la comunidad, como sujeto y actor del tratamiento. Se entiende que, en estos contextos más amplios y complejos, el marco de las acciones médicas o psicosociales ciertamente no pierde su importancia, sino quizás su centralidad (Milanese, 2018 p. 62).

Estas características son importantes, debido a que encausan lo que ocurre en los Centros de Escucha de forma congruente con lo que se expuso frente a la intervención de las redes sociales en el capítulo anterior. En ese sentido, el CBT es una expresión de esa teoría que deja ver que la comunidad es un foco de servicios, en lugar de sólo un entorno donde se lleva a cabo la estrategia.

Según UNODC (2014), varias de las aproximaciones emergentes del tratamiento basado en comunidad en dependencia de drogas, han sido adaptadas a partir de la reforma de servicios psiquiátricos, incluyendo hospitales día, centros día, servicios de trabajo de rehabilitación y servicios residenciales. El cambio pasó de organizaciones orientadas a proveer, a organizaciones de cuidado orientadas a las necesidades del paciente en lugar, de lo que la organización quiere ofrecer p.11.

Dado que este enfoque parte de que deben afrontarse las situaciones que causan sufrimiento y exclusión social, debido a que pueden convertirse en patologías sociales, físicas o psicológicas, propende por la inclusión e integración social, cambiar las representaciones sociales, para mejorar las condiciones de vida, favoreciendo los cambios en las relaciones. En

ese sentido las intervenciones de estrategias de centros de escucha deben trabajar por alcanzar ese factor. Una forma de promoverlo es a través de realización de actividades culturales, pero no la única (Milanese, 2018).

Habiendo reseñado lo que teóricamente se establece de manera esencial para un dispositivo comunitario como lo son los Centros de Escucha, procede comprender que las consideraciones metodológicas que se deben tener en cuenta a la hora de optar por un tipo de evaluación del impacto social, y para ello en el siguiente aparte se propone el marco sobre el cual tendrá que desarrollarse la identificación de los posibles acercamientos.

### ***Metodología de Evaluación de Impacto Social***

Teniendo en cuenta que la presente investigación tiene el propósito de identificar la metodología de evaluación de impacto social más apta para ser aplicada a la estrategia de los centros de Escucha implementados en la ciudad de Medellín; es fundamental consultar de acuerdo con la bibliografía, qué aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora de diseñarla y de forma que sea apta para la finalidad que pretenda la evaluación.

De acuerdo con el análisis que plantean Falcón et al. (2018) “una metodología permite sistematizar los métodos y las técnicas necesarias para llevarla a cabo. Los métodos elegidos por el investigador o el equipo facilitan el descubrimiento de conocimientos seguros y confiables que, potencialmente, solucionarán los problemas planteados” (p. 68). En ese sentido, en la metodología tendrían que analizarse los aspectos principales que se pretenden evaluar y establecer cómo se plantea llegar a ese conocimiento.

No es posible afirmar que exista una sola metodología de evaluación de impacto social, pues dependiendo del conocimiento al que se pretenda llegar se podrán utilizar distintas

aproximaciones. Por lo tanto, a diferencia de los impactos científicos y económicos, no existe un modelo para la medición de impacto social. (Lozano y Méndez, 2012).

Según Sept et al. (2011) existen cuatro formas para evaluar un programa. Estas incluyen evaluación de impacto, medición del desempeño, evaluación del proceso y evaluación del retorno social de la inversión o SROI, por sus siglas en inglés.

Las evaluaciones de impacto social se diferencian de las demás, especialmente porque comparan los resultados de un programa con alguna medición de lo que habría ocurrido sin el programa (Sept et al. 2011). A este elemento se le conoce como la atribución de causalidad, y para determinarla se pueden utilizar diferentes métodos. Esto con el propósito de “descartar la posibilidad de que cualquier factor distinto del programa de interés explique el impacto observado”. (Gertler et al., 2017, p. 54)

Es importante considerar especialmente la etapa de diseño metodológico, en lo referente a la identificación de los métodos a través de los cuales se puede llevar a cabo la evaluación, sin perder de vista la forma cómo se prestan los servicios en los Centros de Escucha por consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín. Por ello, se hace una descripción de estos, a partir de su clasificación como métodos experimentales, cuasiexperimentales y no experimentales.

Se parte de esta clasificación del diseño, porque es vital para este trabajo, identificar si dentro de la estrategia, existe la posibilidad de contemplar la identificación de un grupo que no reciba los servicios, y este es el factor determinante en este tipo de diseño y aproxima la posibilidad de probar la atribución causal.

Los métodos no experimentales rastrean los cambios en resultados entre participantes del programa, pero no incluyen grupos de comparación con otros individuos o grupos no expuestos al programa (Sept et al. 2011). Se proponen cuatro tipos primarios de diseño de método no experimental en Burt et al., (1997) y en Sept et al. (2011): grupos de comparación antes y después del tratamiento, diseños de series de tiempo, estudios de panel y comparaciones cross-sectional después de que un tratamiento ha sido llevado a cabo.

Las comparaciones de antes y después del tratamiento y los diseños de series de tiempo, se basan en el análisis de datos de grupos, no de individuos. En la comparación de antes y después los grupos son evaluados antes y después del tratamiento y a menudo se utiliza para estimar cómo cambiaron los conocimientos, las actitudes, o los comportamientos del grupo después de haber participado en la intervención (Burt et al.,1997). En ese sentido el impacto se determina a partir de las diferencias encontradas (Sept et al., 2011).

Los diseños de series de tiempo son una extensión del diseño de antes y después, que toma medidas de las variables de resultado varias veces antes de que la intervención inicie, y continúa realizando mediciones en múltiples ocasiones después de que la intervención ha tenido lugar. Esta evaluación prueba si ocurrió un cambio estadísticamente significativo en la dirección o el nivel de ocurrencia del resultado, poco después del momento de la intervención y de forma prolongada (Burt et al., 1997). Esto mientras el programa sigue en progreso según Sept et al. (2011).

Las comparaciones cross sectional usan la información para estudiar a los participantes de forma individual después de la terminación del programa, para tener una noción de la correlación entre los resultados y la duración, tipo e intensidad de los servicios recibidos (Sept et al. 2011). Sin embargo, no se pueden indicar conclusiones definitivas sobre las causas de los resultados,

porque no hay algún tipo de grupo de comparación que permita descartar que ello no ocurrió en quienes no recibieron el servicio.

Los diseños de panel siguen los resultados antes, después y durante el programa, para identificar patrones diferentes de cambios asociados a las diferentes características de los participantes y control de otros eventos a los cuáles estén expuestos (Sept et al. 2011). A menudo inician al mismo tiempo. Este diseño es similar a las series de tiempo, descritas anteriormente, pero los datos vienen de los individuos, no de los grupos, y la recolección de información rara vez inicia antes de que los individuos entren al programa o reciban intervención. (Burt et al., 1997).

Como puede apreciarse con la descripción de los anteriores diseños, para cada uno de ellos tendría que evaluarse la viabilidad de ser implementados, estudiando factores como la información con que se cuenta antes, durante y después de la intervención, cómo puede accederse a esta, qué tipo de usuarios son susceptibles de ser evaluados, cuáles de las intervenciones ofrecidas en el programa que pueden ser tenidas en cuenta, qué factores externos pueden alterar los resultados, o si se pueden establecer grupos objeto de intervención y evaluación, y en caso de ser posible, qué características en común deberían ostentar.

En contraste con los anteriores diseños no experimentales, los métodos experimentales son considerados el estándar oro de la evaluación de impacto, pues implican una asignación aleatoria de los participantes en dos grupos: el de tratamiento, el cual se espera que alcance ciertos resultados a partir de la intervención y el de control que no recibe los servicios. El impacto se estima a partir de la comparación de ambos. Se puede tener varios grupos de tratamiento, que reciban distintas intervenciones, o en períodos específicos diferentes, produciendo evidencia de calidad (Burt et al., 1997, p. 57)

De este método debe resaltarse que puede haber cuestiones éticas, al realizar de forma aleatoria la asignación del tratamiento en proyectos que pueden ser altamente beneficiosos. En este aspecto concuerdan Burt et al. (1997) enfatizando en que no se deben restringir los servicios esenciales, para llevar a cabo un diseño experimental.

El punto medio entre los dos anteriores corresponde a los Métodos Cuasiexperimentales, los cuales comparan resultados en los participantes de un proyecto, con grupos que no recibieron los servicios. La diferencia con los experimentales radica en que la selección de quienes participan en el programa no es aleatoria. Los integrantes de estos grupos deben ostentar las características más similares posibles, para proyectar los factores que pueden afectar los resultados que se quieren medir. Las técnicas estadísticas son una respuesta para controlar las posibles diferencias entre grupos (Burt et al., 1997)

Los métodos cuasiexperimentales también son útiles en los diseños de evaluaciones *ex-post*, pero también pueden ser necesarios en las evaluaciones de impacto *ex-ante* cuando las restricciones éticas, políticas o logísticas impiden la aleatoriedad en la construcción de los grupos (White. & Sabarwal, 2014).

Los diseños cuasiexperimentales pueden ser usados retrospectivamente, después de que la intervención ha tenido lugar y especialmente en las intervenciones que han sido prolongadas, puede ser realizada a un periodo intermedio. Además se recomienda que la planeación de una evaluación inicie cuando ha avanzado la intervención. Esto es especialmente importante dado que la línea base debe ser recolectada antes de que los receptores sean expuestos a las actividades del programa (White. & Sabarwal, 2014).

Existen diferentes técnicas para crear un grupo de comparación válido en estos diseños, como el Diseño de Regresión Discontinua y el Emparejamiento por Puntuación de Propensión, que buscan reducir el sesgo en la selección, y que los individuos no sean sistemáticamente diferentes entre ellos. También existen métodos cuasiexperimentales para la realización de análisis de datos usados en estos diseños, pueden ser i) diferencia simple ex post o ii) diferencias en diferencias (DID) (White. & Sabarwal, 2014).

El Emparejamiento por Puntuación de Propensión construye el grupo de control entre individuos de larga escala, a menudo nacional, que presentan características similares a los beneficiarios del programa. Cuando la comparación incluye una gran serie de características observadas, el emparejamiento entre beneficiarios y no beneficiarios puede ser desarrollado usando puntaje por propensión, el cual mide la probabilidad de un individuo de ser un participante del programa dadas las características observadas (Regalia, F, 1999).

Ahora bien, el impacto de la intervención que se obtiene de este diseño es evaluado restando la media de los resultados del grupo de beneficiarios, de la media de los resultados de los no beneficiarios emparejados pertenecientes al grupo de control. (Regalia, F. 1999).

El Diseño de Regresión Discontinua es aplicable cuando el programa utiliza criterios de ingreso para recibir las actividades del programa que se está evaluando. Esto suele basarse en una variable continua que se evalúa para todas las personas potencialmente elegibles. El grupo de control se realizaría con personas que no cumplen esos criterios, pero que sus diferencias no son sustanciales en términos de lo que implicaría para la observación de las diferencias, por ello no aplica en muchos casos en materia de salud (White. & Sabarwal, 2014).

Optar por la construcción de un diseño cuasiexperimental, en el que el grupo de control se construya con base en el diseño de regresión discontinua implica indagar por la elegibilidad que plantea el programa de estudio y estudiar las diferencias sustanciales que podrían existir con los sujetos que no son elegibles (White. & Sabarwal, 2014).

Frente a los diseños cuasiexperimentales que se utiliza para la comparación de los resultados del grupo de intervención y del grupo de control ya establecidos, White. & Sabarwal (2014) sostienen que en la diferencia simple ex post, se comparan los resultados en un solo punto en el tiempo después de la intervención.

En cambio, en el diseño de diferencias en diferencias se comparan los cambios de los resultados en el tiempo, tanto en la línea base como en el final de la intervención y su diferencia con el grupo de control, en los mismos momentos y así estimar la medición del impacto (White. & Sabarwal 2014).

No obstante, para precisar el énfasis de una evaluación de este tipo es fundamental establecer que se entiende por evaluar el impacto social, debido a que precisamente es lo que se pretende conocer. De acuerdo con Liberta (2007) después de analizar a varios autores, concluye que hay coincidencia en afirmar que la evaluación de impacto es estimar los efectos generados por la implementación de una acción en un grupo determinado, abarcando tanto los resultados previstos conforme a los objetivos planteados, como aquellos efectos no anticipados que emergen durante el proceso.

Por otro lado, en la categoría de impacto social la autora concluye después de realizar el mismo ejercicio, que es fundamental en todas las definiciones analizadas, el elemento de identificar la relación causa-efecto entre la intervención y el resultado, la estimación de si estos

últimos están presentes a mediano y a largo plazo, y si eran anticipados o no, positivos o negativos.

## **METODOLOGÍA**

### **Enfoque**

El enfoque de la investigación es cualitativo, debido a que se partió de la examinación de los hechos, a la par con los estudios previos sobre el objeto de estudio como lo expresan Hernández Sampieri et al, (2014), específicamente realizando el proceso de caracterización de los centros de escucha implementados en la ciudad de Medellín, a la par con los fundamentos teóricos que los sustentan y con los métodos de estimación del impacto, para identificar diferentes posibilidades acerca de cuál puede ser la forma de medir el impacto social, con la finalidad de establecer una teoría de diseño de evaluación que sea consistente y compatible con lo observado, y de esa forma llegar a la metodología viable para la evaluación.

La situación planteada implica que dado a que la acción es indagatoria, y se mueve de manera dinámica, es decir “entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular” en el que la secuencia no siempre es la misma (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 7).

### **Tipo o alcance de la investigación**

El alcance de este trabajo es cualitativo exploratorio, teniendo en cuenta que busca descubrir y prefigurar, las condiciones para una eventual evaluación de impacto social específica, mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de la estrategia, de la población beneficiada y de la evaluación que se implementaría. (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 109) con la finalidad

de recoger información para establecer las prioridades si se llega a implementar la metodología de evaluación de impacto social propuesta (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 117).

### **Diseño metodológico**

El diseño que se propuso para abordar este trabajo fue el de investigación-acción, debido a que su finalidad es resolver problemáticas y mejorar prácticas y lo hace aportando información que pueda orientar la toma de decisiones para programas (Hernández-Sampieri y Mendoza., 2014, p. 560). La problemática en este caso corresponde a la imposibilidad de evaluar el impacto social debido a que no se cuenta con un diseño metodológico desde la implementación de la estrategia, y el resultado del trabajo permitirá decidir si se implementa o no la evaluación propuesta.

La investigación es de corte transversal debido a que se centra en recoger la información en un solo momento, esto es en el 2024 y el 2025 (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 176), ya sea para indicar que la metodología de la eventual investigación será prospectiva o retrospectiva, pero a partir de este momento preciso de estudio o de análisis.

Para poder alcanzar los objetivos de la investigación, y atendiendo al enfoque cualitativo, y al alcance exploratorio de la investigación, se comenzó por realizar un análisis de diversas fuentes, acerca de las categorías principales de la investigación.

Para la revisión de la literatura, en los principales motores de búsqueda académicos y bases de datos especializadas, utilizando descriptores del Tesauro Mesh, los términos empleados incluyeron: “Substance-Related Disorders”, “Program Evaluation”, “Outcome Assesment (Health Care)”, “Substance Abuse Prevention” y “Community Health Services”. Se dio

prelación a aquellos resultados que integraban el enfoque comunitario, de salud y de consumo de sustancias psicoactivas con las metodologías de evaluación de impacto social.

Las principales categorías de estudio de este proceso fueron la Estrategia de los Centros de Escucha y las metodologías de evaluación de impacto social. En ese sentido se identificaron los componentes de salud que caracterizan el tipo de intervención que se lleva a cabo, y que componen teóricamente a la estrategia de los centros de escucha, así como su implementación en la práctica.

Frente a las metodologías de evaluación de impacto social, la búsqueda se centró en las metodologías para el desarrollo de evaluaciones de impacto social, y de proyectos de base comunitaria en el área de la salud.

Para lograr una adecuada caracterización de la estrategia de los centros de escucha, se llevó a cabo una revisión de los procesos contractuales, a través del cual la Secretaría de Salud dispone de un operador para desarrollar la estrategia durante un período determinado. Es allí donde justifica la necesidad, los productos que espera obtener de dicho servicio, las especificaciones técnicas de la implementación. De igual manera se estudiaron los lineamientos técnicos que desde el Ministerio de Salud se han impartido para estos dispositivos.

También con el propósito de aterrizar la realidad de la implementación de la estrategia, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con una persona que conoce la estrategia en la práctica desde años atrás, y también ha ocupado diferentes roles en su implementación. Por lo que conoce desde diferentes perspectivas los aspectos logísticos de la estrategia, sus fortalezas operativas, además, posee conocimientos que le ha dejado la experiencia de trabajar directamente en el desarrollo de múltiples actividades de los dispositivos comunitarios.

Aunado a lo anterior se realizó una visita de campo para recolectar datos a través de la observación participante, con el ánimo de percibir elementos que quizá se pudieran quedar por fuera del alcance de las anteriores, teniendo en cuenta que es importante ampliar la perspectiva práctica y reconocer información cualitativa del programa, así como sensaciones, impresiones que puedan quedarse por fuera en las anteriores técnicas.

Para lograr la identificación de la metodología o metodologías viables, se realizó un análisis de las características principales de los métodos y diseños no experimentales y cuasiexperimentales de evaluación de impacto social en la literatura. Por ello se elaboró una matriz donde se contrastaron sus principales características, sus ventajas, desventajas, su dimensión temporal, entre otros aspectos importantes para la posterior identificación de su pertinencia para el objetivo general de este trabajo.

Finalmente, para concluir cuál de los diseños de la metodología de evaluación de impacto es viable para analizar los resultados de la estrategia de prevención y reducción del riesgo, se llevó a cabo la priorización de los elementos con mayor peso dentro de la evaluación de impacto social, basado en la información recolectada a través de las herramientas anteriormente explicadas, y de la consideración de los aspectos a favor del diseño y su probabilidad de demostrar la atribución causal.

En ese sentido, las técnicas de recolección de datos utilizadas fueron entrevistas a profundidad, revisión de archivos y observación participante. Frente a la composición de la muestra en la investigación fue seleccionada a través de la identificación de los casos individuales y representativos que permitieran comprender los fenómenos (Hernández Sampieri et al., 2014, p.21), lo cual se logró con las herramientas implementadas, de acuerdo con el

contexto específico y a las necesidades que fue planteando la investigación, De lo anterior se estableció como muestra no probabilística, debido a que dependió de los criterios identificados como relevantes para la investigación (Ávila, H.L., 2006, p 104).

Frente a la selección de diseños de la evaluación estudiados, se tuvo en cuenta su mención repetitiva en los trabajos estudiados, al ser los principales en su clase y los que mayor desarrollo técnico han tenido en la literatura, y al contar con las características suficientes para evaluar la causalidad.

## **DESARROLLO DEL TRABAJO.**

### **Caracterización de la Estrategia**

El análisis que se busca presentar en este aparte es el resultado del rastreo de los documentos (contratos, estudios previos y demás documentos contractuales) a través de los cuales la Secretaría de Salud ha llevado a cabo la contratación para desarrollar la estrategia de prevención y de reducción de riesgos y daños, en torno al consumo de sustancias psicoactivas implementada a través de los Centros de Escucha.

De acuerdo con la Secretaría de Salud de Medellín (2023b), la estrategia fue llevada a cabo en la ciudad de Medellín por parte de la Secretaría de Salud por primera vez en el año 2012.

El primer Centro de Escucha surgió en la Comuna 13, donde se llevó a cabo la prueba piloto, y estuvo dirigido especialmente a la población ubicada en el Barrio Nuevos Conquistadores. En ese mismo período también se implementaron dos Zonas de Orientación Escolar en dos instituciones educativas (Secretaría de Salud 2023b).

Con el paso de los años la Secretaría de Salud ha ampliado el territorio de intervención, y actualmente en las 21 comunas se llevan a cabo los centros de escucha, como se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1. Centros de escucha en las comunas de Medellín**

Año	Comunas
2012- 2013	Comuna 13
2013	(5) Centros de escucha comunitarios, en el Sector de Sinaí de Santa Cruz parte baja, el sector Niquitao del barrio Colón, el barrio Doce de Octubre, el barrio El Pinal y el barrio Belén AltaVista
2014	Comunas 2, 6, 7, 8, 10, 12, 13 y 16.
2015	Comunas 2, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14 y 16.
2016	Comunas 1, 2, 6, 8, 10, 12, 13, 14 y 16.
2017	Barrios Nuevos Conquistadores (Comuna 13), Colón (Comuna 10), Santa Cruz (Comuna 2) y Castilla (Comuna 5).
2018	(18) Zonas de alta vulnerabilidad social de la ciudad de Medellín”, en las comunas 1, 2, 3, 5, 8, 9, 10,12, 13,15, 60 y 70.
2019	20 Centros de Escucha y primera de habitantes de Calle
2020	39 Centros de Escucha Comunitarios, 5 con recurso de Salud Pública y 34 con recurso de Presupuesto Participativo, en las comunas 2, 3, 5, 7, 9, 10, 12, 15, 16, 60, 80, y 90,
2021	25 centros de Escucha, uno de ellos para habitantes de calle, en las comunas de Medellín.

2022	32 centros de escucha, distribuidos en cada comuna, excepto en comuna 7 donde hubo 5, en las comunas 2, 3, 4, 5 donde hubo 2 por comuna y adicionalmente 1 de habitante de calle en la Comuna 10 - 2 en la Comuna 15 y 5 Zonas de Orientación Escolar.
2023	19 centros de escucha y 6 ZOE
2024	21 centros de escucha en las 21 comunas de la ciudad
2025	21 centros de escucha en las 21 comunas de la ciudad

Elaboración propia, basado en la Secretaría de Salud de Medellín (2023b, 2024c, 2025c).

La estrategia ha sido llevada a cabo por diferentes operadores, inicialmente la Corporación Surgir, posteriormente la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y en la actualidad la Empresa Social del Estado Metrosalud (Secretaría de Salud de Medellín, 2023b), en ese sentido la entidad territorial ha establecido las pautas de ejecución de la estrategia a través de las obligaciones contractuales, los estudios previos y las especificaciones técnicas del contrato.

Para profundizar más acerca de los principales elementos de la estrategia, se revisaron los contratos de los últimos 5 años, en los cuales se proyectó la información de estos en la matriz de los Centros de Escucha que se presenta como anexo. Ahora bien, el análisis más profundo radicó en los contratos de los años 2024 y 2025, debido a que este es el momento temporal del que se parte para la propuesta de evaluación.

Allí se pudo identificar que, en cada formulación contractual, la estructura, forma de llevar a cabo las actividades, de proponer los objetivos o propósitos de esta es diferente entre sí. Por lo tanto, no es posible sostener que los Centros de Escucha hayan sido una estrategia

uniforme a través de los años, sin embargo, sí es posible identificar factores comunes y esenciales de lo que representa su implementación en la ciudad y que en su mayoría concuerdan con el sustento teórico en el que se apoya la estrategia.

**La población objeto de la estrategia:** en los contratos estudiados se puede identificar que se establecen diferentes categorías de beneficiarios o actores claves en la estrategia. Dado que el enfoque del programa es comunitario, se podría afirmar que la población ha estado compuesta de las redes operativa, las redes subjetivas, los consumidores de sustancias psicoactivas, estos últimos son diferenciados en las actividades del programa de acuerdo con el nivel de consumo o de riesgos a los que se encuentran expuestos, y a las sustancias que consumen. También se identifica la población de la ciudad en general para ciertas actividades, especialmente las relacionadas con la prevención universal, donde se sensibiliza a comunidad que no está afectada por la problemática (Gordon, 1983).

La **red operativa** es aquella “formada por los agentes (operadores externos, operadores pares y promotores de la comunidad) que constituyen el equipo de trabajo” (Machín, 2010, p. 312). Se identificó que, en el anexo técnico de la estrategia del 2024, hace referencia a un grupo de personas que estén dispuestas a llevar a cabo acciones en el marco del proyecto y que por tanto puedan contribuir a la prevención y mitigación del consumo de sustancias psicoactivas (Secretaría de Salud de Medellín, 2024c). En la experiencia del 2025 se hace referencia a la red operativa como el grupo de promotores de salud mental a los cuales se debe identificar, convocar, sensibilizar y acompañar. (Secretaría de Salud de Medellín, 2025c).

En concordancia con lo anterior, también se identificó presencia de la red subjetiva, la cual es definida como “la red social declarada por el ego” (Machín, 2010 p.311). En cambio, la

red subjetiva comunitaria “son el conjunto de relaciones personales por medio de los cuales el equipo de operadores externos se inserta en la comunidad local” (Machín, 2010 p.311). La misma es caracterizada tanto en la formulación del programa en el año 2024, como en el 2025 como familia, amigos, pareja o en quienes el usuario confía (Secretaría de Salud de Medellín 2024c, 2025c), es decir haciendo referencia aparentemente, a la red subjetiva personal.

Si bien los Centros de escucha desde su concepción teórica se enfocan en la reducción de riesgos y daños por el consumo de sustancias psicoactivas, debido a que se centran en personas que ya consumen sustancias psicoactivas, también se desarrollan de acuerdo con las problemáticas que la comunidad busca atender alrededor del consumo Ministerio de Salud y Protección Social (2013), y en ese sentido en algunas variaciones de la estrategia también han habido acciones para propender por retardar la edad de inicio del consumo, o evitar el mismo.

**Las actividades que desarrolla para atender la problemática** a través de los centros de escucha que han sido más consistentes en los últimos cinco años son:

- 1) El diagnóstico y actualización de los centros de escucha de acuerdo con metodología SIDIES.
- 2) Sensibilización en prevención y mitigación del consumo y reducción de riesgos y daños asociados al consumo
- 3) Fortalecimiento de la red operativa.
- 4) Atención individual a través de escucha activa, gestión de casos y derivación o referenciación de ser necesaria.
- 5) Actividades de enganche.
- 6) Sensibilización en cambio de estigma de personas que consumen.

- 7) Reducción de riesgos y daños enfocado a consumidores de sustancias psicoactivas inyectables, con atención priorizada a personas habitantes de calle (Secretaría de Salud de Medellín 2021b, 2022b, 2023b, 2024c, 2025c)

Si se analiza desde la perspectiva del sentido del Centro de Escucha, estas actividades concuerdan con lo que el Ministerio de Salud y Protección Social desde el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015.

**Los métodos de diagnóstico y seguimiento que implementan:** El SiDiEs de acuerdo con Ministerio de Salud y Protección Social (2013) es un “sistema de Diagnóstico estratégico para el conocimiento de la comunidad, la reflexión y comprensión de la misma y la construcción de una estrategia de acción desde, para, junto a y con todos los actores sociales”. En ese sentido puede afirmarse que puede servir como un método de diagnóstico comunitario debido a que identifica factores relacionados con cómo se comporta la problemática en la comuna y las redes que la conforman, en ese sentido al realizarse actualización periódica de la misma es en método de seguimiento frente a la estrategia.

De acuerdo con S. Tamayo (comunicación personal 23 de abril, 2025) quien fue entrevistado en el marco de esta investigación, en la atención individual se lleva a cabo la valoración del riesgo psicosocial, y para ello se aplica una escala válida en Colombia, que se llama Assist, Este cuestionario, gracias a un puntaje determina el riesgo para cada sustancia que se informe haber consumido, determina el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se establece la intervención a seguir o derivación a servicio especializado para evaluación y tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2011).

También en la visita de campo llevada a cabo se observó el uso de formatos oficiales del Ministerio de Salud, para llevar a cabo el registro de acciones con personas que se inyectan drogas y un formulario de primer contacto denominado Encuesta para identificar conductas de riesgo de consumo de drogas inyectables.

Se ha identificado que, en los contratos del 2023, 2024 y 2025 se ha estipulado la entrega de un documento que dé cuenta de la situación de los habitantes de Calle que se inyectan drogas Secretaría de Salud de Medellín 2023a, 2024a, 2025a). En ese sentido, se puede decir que ha sido un propósito constante el seguimiento de esta población específica beneficiaria de la estrategia.

**Las Guías y lineamientos que utilizan.** En el 2023 se estableció que el equipo técnico debe ser formado en la Guía de procedimientos de la dimensión de convivencia social y salud mental de la Secretaría de Salud, el protocolo de Reducción de Riesgos, también se estipuló capacitar a todos sus profesionales en el protocolo de los Escuchaderos, el protocolo de Reducción de Riesgos y Daños y muy especialmente el Código Dorado Secretaría de Salud de Medellín, 2023a)

**Los mecanismos de recolección de información y de almacenamiento de la misma que implementan:** Se utilizan de forma recurrente las herramientas de sistemas de información establecidas por la Secretaría de Salud (SISPLAM, SISCO) y el manejo de la plataforma PYMS, en las cuales se capacita al personal operativo del contrato (Secretaría de Salud, 2024c, 2025c)

**Indicadores estipulados:** Existe mención expresa de los indicadores que se establecieron en el año 2021 y en el año 2023 en los contratos de esa anualidad, en el año 2022 se pactó una obligación de presentar informes mensuales y acumulado final con los respectivos indicadores y actividades realizadas por comuna (Secretaría de Salud de Medellín, 2021a, 2023a), pero no se

indicó en que consistían, al menos en los documentos consultados. Sin embargo, en los años 2024 y 2025 únicamente se hace mención en el Contrato marco que contiene la estrategia de los centros de escucha, acerca de la existencia de la posibilidad de que se estipulen indicadores, dado que se indica la entrega de un documento físico y digital con el seguimiento a indicadores definidos por la Secretaría Distrital de Salud de Medellín.

Ahora bien, dado que en estos últimos dos años el contrato por medio del cual se lleva a cabo los Centros de Escucha, comprende también el desarrollo de otros dentro del Programa bandera de la Secretaría de Salud denominado Medellín Te Quiere Saludable, no es claro si para esta estrategia se estipularon indicadores debido a que en el anexo técnico no se hace mención de los mismos.

**La duración que han tenido los contratos** analizados debe ser mencionada debido a que su tiempo de implementación determina el tiempo que se tiene para alcanzar las metas propuestas, y debe tenerse en cuenta que, para el caso de los años 2024 y 2025, al ejecutarse junto a las demás apuestas del Programa Medellín Te Quiere Saludable, el plazo de los contratos puede que no coincida con el tiempo de duración para la ejecución de la estrategia. En ese sentido la duración mínima que han tenido los contratos estudiados, con anterioridad al 2024, es de 3 meses y la máxima de 7 meses, para este año se encuentra en ejecución desde el mes de enero como continuidad del contrato del mes anterior, por lo que se puede hablar de 5 meses hasta ahora. No obstante, al encontrarse dentro del Contrato que contiene el Programa bandera de la Secretaría de Salud, es posible que su contratación sea más continua, sin embargo, ello depende de factores administrativos y de disponibilidad de los recursos.

Frente a los **objetivos que persiguen las estrategias**, vale la pena mencionar para el año 2024 no se encuentran definidos en el anexo técnico, sin embargo, en el año 2025 se indican y sobre estos se establecen las actividades que desarrollan para conseguirlos.

El objetivo general consiste en “aumentar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas en la ciudad de Medellín, mediante la promoción de la salud integral, la prevención del consumo, la reducción de riesgos y daños, y el fortalecimiento de estrategias de atención” (Secretaría de Salud de Medellín, 2025c).

Se identifica que, de acuerdo con la revisión de literatura realizada, no es compatible que el aumento en la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas se pueda llevar a cabo mediante la reducción de riesgos y daños, como lo implica la redacción del objetivo, toda vez que esta es una política social que se enfoca en disminuir los efectos negativos del consumo de drogas (Newcombe, 1992). Lo anterior implica atender a la población que ya se encuentra consumiendo las mismas, y se enfoca en reducir la posibilidad de materialización de los riesgos asociados al consumo, y no en la posibilidad de comenzar a consumir algún tipo de sustancia psicoactiva, esta se relaciona más con factores de prevención universal y selectiva.

Esto supone que el objetivo contempla un propósito con un medio que no es apropiado para su alcance. Sin embargo, los objetivos específicos si dan cuenta de una diferenciación del alcance de cada una de las políticas aplicadas. A continuación, en las tablas 2, 3 y 4 se relacionan los objetivos específicos y las actividades que de manera general y enunciativa contemplan, para mayor especificidad, se recomienda consultar el anexo matriz de los contratos.

Tabla 2. Objetivo específico promoción de la salud y prevención del consumo.

---

**Promover la salud integral e integrada y prevenir el consumo de SPA)**

---

<p><b>Actividades de enganche</b>          Actividades grupales de promoción y prevención dirigidas a la comunidad en general sobre temáticas identificadas en el diagnóstico, que buscan además promocionar el servicio del Centro de Escucha y captar casos que requieran atención individual</p>	<p><b>Parche sano</b>          Actividad de enganche, para promover factores de protección y reducción del daño en contexto de ocio, se espera que estas activaciones ofrezcan educación para la salud basada en las 8C del consumo responsable de alcohol, hidratación gratuita, estrategias de prevención de la intoxicación por sustancias (Código dorado) y la violencia basada en género (VBG).</p>	<p><b>Asesoría técnica y articulación</b>          A través de vinculación con diversos sectores y actores claves en cada comuna, con quienes se generarán herramientas para responder a problemas de salud mental y adicciones. <b>Se debe propender por la conformación de la mesa de salud mental de la comuna.</b></p>
---	--	--

Tabla 3. Objetivo específico Reducción de riesgos, daños y estigmas.

---

**Promover estrategias de reducción los riesgos, daños y estigmas asociados al uso de sustancias psicoactivas**

---

<p><b>Formación e identificación de Promotores de Salud Mental:</b> personas de la comunidad que ha recibido capacitación en habilidades básicas de consejería, conoce su comunidad y puede referir a sus pares a servicios de salud mental. Forma parte de un equipo más amplio de apoyo a la comunidad con los profesionales del proyecto <b>(red operativa)</b></p>	<p><b>Formación a colectivos de salud mental y prevención de SPA</b>          Los colectivos de salud mental son grupos, colectivos, fundaciones y organizaciones de base comunitaria que se encuentren desarrollando algún tipo de actividad comunitaria en los territorios donde se desarrollará el proyecto, las cuales tienen una acción constante en sus espacios naturales, o manifiestan interés por constituirse como tal.</p>	<p><b>Reducción de daños y riesgos en personas habitantes de calle.</b>          En Articulación con otras entidades, se implementará el CE para personas habitantes de calle en la comuna 10-La Candelaria, basándose en el lineamiento para la implementación de intervenciones de reducción de daños y riesgos por uso de drogas por vía inyectada del Ministerio de Salud.</p>
--	--	--

Tabla 4 Objetivo específico Garantía del acceso a detección, tratamiento y atención

---

**Garantizar el acceso a la detección, tratamiento y atención de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas**

---

**Sensibilización con actores claves**

La vinculación de diversos sectores y actores, responde a la noción de dispositivos comunitarios como plataformas que promueven la movilización social de las personas que habitan el territorio, reconociendo la multiplicidad de necesidades.

**Intervenciones individuales:**

n realizar contactos individuales para vincularlos a la estrategia, a través de un seguimiento a cada uno de estos casos, promoviendo su vinculación, la atención de sus necesidades y el desarrollo de sus capacidades.

Fuente: Elaboración propia, basado en la Secretaría de Salud de Medellín, (2025c).

Según los propósitos establecidos por Milanese (2018) para los centros de escucha, son acordes los objetivos específicos de la estrategia actual, específicamente en lo relacionado con el propósito de formación de habilidades para la vida, pues esta es una de las temáticas abordadas en las actividades de enganche, donde se propone que se lleven a cabo programas con esta temática, en colaboración con las escuelas, con la finalidad de desarrollar habilidades socioemocionales, como el manejo de estrés, la resiliencia, la toma de decisiones informadas y el control de impulsos, y en grupos con alto riesgo de consumo realizar acciones educativas orientadas a aumentar la percepción del riesgo.

También se evidencian los propósitos consistentes en llevar a cabo acciones de reducción de daños y riesgos y la búsqueda activa de casos. Sin embargo, no es tan claro el desarrollo del propósito de asesoramiento sobre el marco legal y reconocimiento de los derechos de los afectados en la totalidad de situaciones que pueden presentarse, especialmente frente a las personas que son habitantes de calle y experimentan barreras para el acceso a los servicios de salud, esto surge de lo percibido en la entrevista y de acuerdo con lo consignado en el diario de campo.

En los contratos del 2024 y 2025 se estipuló que en el marco del seguimiento de casos, se debe verificar si la persona recibió la atención a la fue derivada, y a través de Promoción y

Mantenimiento de la Salud (PYMS) y de otros canales de información que se tengan, en caso de que se evidencie vulneración de los derechos, se debe notificar al ente territorial dentro del mes siguiente, en caso de no garantizar la atención después de 30 días hábiles deben instaurarse mecanismos de exigibilidad de derechos, sin embargo no es claro cómo esta actividad opera en la práctica (Secretaría de Salud de Medellín, 2024c, 2025c).

Ahora bien, se realizan actividades de referenciación para la gestión de la afiliación a la población, que es el primer paso para garantizar el acceso a los servicios de salud.

Otro de los propósitos de los centros de escucha que Milanese (2018) indica es el de llevar a cabo intervenciones breves como la entrevista motivacional y el triaje, que como ya se indicó también es desarrollado en la estrategia, así como la práctica de la escucha activa y el establecimiento de relaciones de ayuda.

De otro lado, el apoyo a las personas que abandonan la asistencia, puede ser complejo de materializar, también se lleva a cabo el seguimiento de los casos tratados por la red institucional, y de igual manera también se encuentra presente en la estrategia el propósito de establecer conexión con la red subjetiva del centro de escucha, la derivación de casos a la red institucional local y la sistematización de la experiencia. Sin embargo, es posible que la misma enfrente retos debido a que la mayoría de la información es recogida por el personal que el operador designa, y sin una adecuada capacitación y sistemas de información aptos, mucha información puede dispersarse, dificultando sistematizar la experiencia.

Frente a los objetivos que puede perseguir una política de reducción de riesgos por consumo de sustancias psicoactivas, los riesgos se entienden como las posibles consecuencias que trae el consumo de una sustancia, y que causan un efecto negativo o indeseable. En ese

sentido los riesgos son clasificados en dos grupos: cualitativos y cuantitativos, en el primer grupo se estiman riesgos como los relacionados con el acceso, la preparación, la vía de administración, el patrón de policonsumo, los cuidados posteriores y el set-setting, y los cuantitativos aquellos relacionados con la dosis, la toxicidad y la frecuencia (Pinzón, 2023, p 14.).

Se identifica que los principales riesgos que está atendiendo la política son de una parte los cualitativos, frente a la población que se inyecta sustancias, por ello se entregan los kits sanitarios que consisten en que la vía de administración inyectada no favorezca la transmisión de infecciones y otras patologías, no compartir las jeringuillas y disponer de ellas adecuadamente también son factores de reducción de riesgos.

Las intervenciones de reducción de riesgos y daños indicadas por Pinzón (2023) que también son evidentes en la estrategia son: la educación acerca de los riesgos, que se lleva a cabo en casi todas las actividades y la entrega de kits para el consumo como ya se ha dicho.

Dentro de esta estrategia no se desarrolla entrega de insumos para atender la abstinencia o para revertir la sobredosis, tampoco hay salas de consumo supervisado, sin embargo en el marco del centro de escucha de la Comuna 10, mientras las profesionales se encuentran en el sitio, varias de estas personas consumen y las profesionales las intervienen dándoles atención en ciertos aspectos de reducción de riesgos y daños, también se realiza seguimiento a la adherencia de algunos tratamientos, sobre los cuales la profesional en enfermería le guarda los medicamentos a estas personas y les recuerda aspectos de su administración.

También se realizan intervenciones para prevenir los riesgos sexuales, a través de la entrega de preservativos y la realización de VIH, sífilis, hepatitis B, centros de acogida, a su vez

se están llevando a cabo estrategias complementarias como intervenciones comunitarias y apoyo de pares, intervenciones familiares y apoyo de terceros (pp.24-32).

### **Variantes en la metodología de evaluación de impacto social y propuesta de viabilidad.**

Cada estrategia o proyecto que pretenda ser evaluado requiere de un diseño de metodología de evaluación de impacto social propio, por ello se deben establecer las variantes que dicho modelo precisa para lograr la adecuada medición de impacto social y de atribución de causalidad que implica, atendiendo al tipo de estrategia que se pretende evaluar y las características que esta ostenta (Lozano y Méndez, 2012).

Para determinar los pasos de una metodología viable para la estrategia en materia de salud, se realizó una construcción de las etapas que la componen y los elementos que se deben determinar, en principio, con la finalidad de desarrollar el diseño adecuado de la metodología, teniendo como base lo propuesto por Falcon et al. (2018) especialmente en las fases aplicadas a un programa de salud, en contraste con lo planteado por Ávila, H.L. (2006) frente a los elementos de la metodología de investigaciones sociales.

De acuerdo con Falcon et al. (2018) existen cuatro fases, y podría incluirse una quinta, para establecer la metodología p.74-76:

1. El planteamiento del problema científico, en el que se identifican las preguntas a resolver.
2. Determinación del diseño metodológico: identificación de las variables; su tipo y forma de medición, la hipótesis, las relaciones causa y efecto, la medición objetiva de los beneficios esperados y su dimensión temporal.

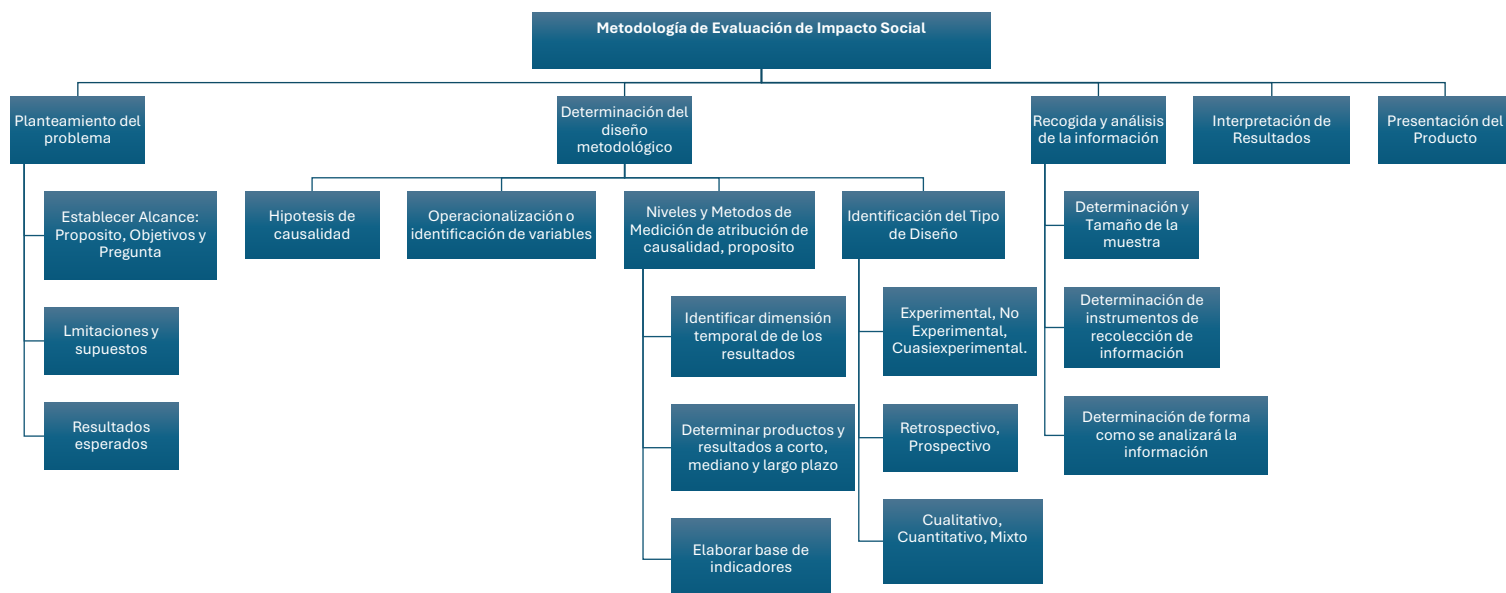
3. Recogida y análisis de la información.
4. Interpretación de los resultados obtenidos.
5. Presentación del producto

En ese sentido, la revisión de estos dos trabajos permite inferir que el proceso de la investigación social, propuesto por Ávila, H.L. (2006) consistente en los elementos enunciados más adelante, concuerda y complementa la propuesta en proyectos de salud de Falcon et al. (2018), por ello se seleccionan como marco metodológico para la finalidad de alcanzar el objetivo de esta investigación, estos son:

1. El planteamiento del problema: donde se determina el alcance, se plantean las limitaciones y los supuestos, la relevancia, y los resultados esperados.
2. La formulación de la hipótesis.
3. La operacionalización de las variables.
4. Los niveles de medición.
5. El propósito. p.p 22 - 36

Al realizar el ejercicio de ubicar las etapas descritas Falcon et al. (2018) en cada una de las fases que indica Ávila, H.L. (2006) da como resultado la estructura de la Figura 1, la cual debe guiar el propósito, en el cual se indaga por el impacto social de la estrategia. En cada etapa puede haber distintas variantes, en este aparte se identifican las variantes en cada etapa y la propuesta de desarrollo para el caso concreto de las variantes más viables, para la implementación del modelo propuesto.

Figura 1. Metodología de Evaluación de Impacto Social.



Fuente: Elaboración Propia, basado en Ávila, H.L. (2006) y Falcon et al. (2018).

El **Planteamiento del problema** en la metodología de evaluación de impacto social para la estrategia de los Centros de Escucha de la ciudad debe comenzar por indicar que, es la primera vez que va a ser evaluada en su impacto social, para ello se propone identificar la forma en qué se le realizaba seguimiento a la estrategia. Los centros de escucha en la mayoría de sus diseños han implementado evaluación del proceso, porque han medido cómo se ha desarrollado el objetivo, los productos entregados, las metas establecidas en términos de productos y actividades, pero no en los cambios experimentados por la población, a causa de la intervención.

De acuerdo con la Secretaría de Salud (2025c) el impacto de las acciones de los centros de escucha en el caso de las actividades de las personas en situación de calle, se evalúa mediante

el seguimiento al cumplimiento de los lineamientos para la entrega de kits inyectores, sin embargo este seguimiento únicamente es un estándar de calidad del servicio y no una variable para medir el impacto, también indica que “los mecanismos de evaluación son los que proponen las políticas públicas hasta el momento y el plan de acción, indicadores de cumplimiento de la asistencia”

Según Ávila, H.L. (2006) en el planteamiento del problema es necesario identificar el alcance de la investigación, que a su vez conlleva a identificar su propósito, los objetivos y la pregunta de investigación p.22. Los objetivos pueden comenzar por proponer la evaluación de un componente que se priorice o todos los que conforman la estrategia, ahora bien, la determinación de esta gira en torno a la causalidad, debido a que esta es la que busca ser probada en una evaluación de este tipo, así como en los cambios que deben darse y en qué aspectos, según las variables que se establezcan en la evaluación.

En esa misma línea, según el autor también se deben indicar las limitaciones de la evaluación y los supuestos; la relevancia de la investigación y los resultados esperados p 22, los cuales, para el caso concreto, las limitaciones iniciales se irán identificando en el desarrollo de este aparte.

**La determinación del diseño metodológico** indica cómo será el desarrollo de la evaluación de impacto social, inicia por **plantear la hipótesis**, que en este caso debido a que se trata de una evaluación de impacto, debe ser formulada en términos de la causalidad, en la que se responde a la pregunta, ¿el proyecto tuvo los resultados que se esperaba? de ser así ¿qué actividades o características del proyecto generaron el impacto? ¿el proyecto tuvo consecuencias no intencionales? ¿positivas o negativas? (Burt et al.,1997, p.2). Teniendo como foco que se

deberá establecer que cualquier respuesta debe ser orientada necesariamente a causa del proyecto frente al efecto que es estudiado, donde solo la intervención debe ser el hecho generados de los cambios observados.

Para el caso de los centros de escucha, que están operando con anterioridad, se debe considerar que el equipo evaluador se encontrará con que los ejecutores de la estrategia operan sobre la base de que aportan a alcanzar el impacto, es decir, los operadores manejan unas hipótesis de causa efecto y quienes desarrollan la evaluación tienen la tarea de establecer con exactitud estas hipótesis y revisar que efectivamente las relaciones de causa y efecto estén presentes con el desarrollo del programa, realizar la validación de ellas y aceptarlas o no considerarlas (Falcon et al., 2018, p.72).

En términos más prácticos se debe determinar según las actividades realizadas los resultados que podrían estarse generando gracias a esa intervención, dichas conexiones son las que se deberán comprobar en el desarrollo de la evaluación.

El otro elemento a tener en cuenta dentro del diseño de la metodológico en esta estructura es la **operacionalización e identificación de variables**, de acuerdo con Ávila, H.L. (2006). La operacionalización permite reconocer el instrumento a través del cual se hará la medición de las variables, en torno a la pregunta de investigación p.31.

De acuerdo a los aspectos que se quieran conocer, se propondrán las variables e indicadores, para el caso de estudio se debe establecer por ejemplo el nivel de inclusión social que experimentan las personas que fueron intervenidas, el cambio de ideaciones en la comunidad frente a los consumidores de sustancias psicoactivas, la generación de redes subjetivas comunitarias en la red social, el riesgo que se redujo, el porcentaje de reducción de riesgos y de

daños, entre otras que requieren un análisis exhaustivo y relacionado con lo que se está en capacidad de investigar, estas variables deben ser medibles y manejables.

**Los niveles de medición de las variables** previamente definidas según Ávila, H.L. (2006) pueden ser nominal, ordinal, de intervalo o de razón. “En el nominal se establecen categorías distintivas que no implican un orden específico” p.34, por ejemplo, si la unidad de análisis es un grupo de personas que consumen sustancias, para clasificarlas se puede establecer la categoría de acuerdo con el tipo de sustancia con 10 niveles, específicamente, a 10 tipos de sustancias, allí solo se tendría que señalar la sustancia o sustancias que la persona consume, no requiere de un orden real.

Continuando con la clasificación del autor, en la medición ordinal las categorías se estipulan con dos o más niveles con un orden necesario entre sí, es cuantitativa dado que permite ordenar los eventos en función de poseer una característica en mayor o menor medida p. 34. Los más comunes son aquellos en los que se responde según una escala entre totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo, podría ser ante una pregunta acerca de cómo cambió la forma en que el usuario administra la sustancia psicoactiva inyectable (heroína) desde que le fue entregado el kit, por mencionar un ejemplo. Las anteriores alternativas de respuesta pueden codificarse con números que van del uno al cinco.

La medición de intervalo cuenta con aspectos de medición nominal y ordinal y su propósito es determinar la distancia entre una medida y otra, aplicándolo a variables continuas, por ejemplo, el termómetro donde según la temperatura se interpreta un nivel de congelación y un nivel de ebullición p. 35.

La medición de razón incluye las tres anteriores, y logra establecer la distancia exacta entre los intervalos de una categoría, y en el punto 0 se indica que no se posee una característica que se está midiendo p.35, por ejemplo, tener hijos o no, o variables de ingreso como lo son ser consumidor o no, ser menor de edad, presentar un nivel de riesgo de consumo.

En todo caso, las variables que se establezcan y los niveles de medición, deben estar orientados a verificar la ocurrencia de cambios, relacionados con la hipótesis de causalidad, es decir debido a las acciones implementadas que esperaban generar esos cambios.

Frente a **la dimensión temporal de los resultados** se debe tener presente que en torno a la relación causa-efecto se puede presentar que dependiendo del intervalo de tiempo en que se estudie el programa, pueden hallarse efectos diferentes, por ello es vital identificar resultados de corto, mediano y largo plazo y el momento en el que deben ser medidos (Falcon et al., 2018, p.72).

Es fundamental llevar a cabo una teoría del cambio para el programa, al ser una herramienta fundamental para recoger los aspectos que hasta este punto se han desarrollado en esta descripción de las variantes de la metodología, especialmente para establecer cómo se entiende que las intervenciones generan los efectos que contribuyen a los resultados esperados para alcanzar el impacto final propuesto.

La Teoría del Cambio contribuye a una evaluación de impacto social porque identifica las variables que deberían ser incluidas en la recolección de la información, también sirve para que en caso de que temporalmente la evaluación no llegue hasta los efectos finales, pues los resultados intermedios puedan ser implementados como indicadores de éxito, asimismo para ver aspectos del desarrollo de la intervención que deben ser estudiados, así como elementos de

contexto que son pertinentes y que se deben abordar al recoger los datos y entender patrones. Si quedan elementos por fuera de la teoría del cambio, se corre el riesgo de que no se evalúen y no se expliquen las causas que pueden dar lugar a que una actividad no haya conseguido el impacto esperado (Rogers, P., 2014 p.6.).

Para elaborar la Teoría del Cambio se deben establecer las actividades sobre las cuales se pretenden lograr los cambios, de manera clara y precisa, las mismas deben estar propuestas para resultados específicos o esperados, a corto plazo, mediano y largo plazo, identificando además si los cambios son colectivos o individuales toda vez que la intervención objeto de estudio plantea actividades en ambos sentidos. Es posible que los cambios sean consecutivos, pero también que tengan varias vías causales, es importante que se tengan en cuenta todas las situaciones que deben confluir para que se logre el impacto esperado y los supuestos deben estar fundamentados de acuerdo con el conocimiento del problema.

El anterior ejercicio debe permitir establecer una **base de indicadores** que permita monitorear los cambios, de corto, mediano y largo plazo, sin embargo, debe tenerse en cuenta los métodos de medición que se analizan a continuación, para que la información que monitoreen sea compatible con el método a implementar.

Los métodos de medición de atribución del impacto son un aspecto fundamental para la evaluación de impacto social, pues a través de su aplicación se cumplirá o no con el objetivo que esta persigue, el cual debe estar orientado a demostrar la causalidad como ya se ha dicho.

Para ello en la fase de **identificación del tipo de diseño** se deben contemplar los diseños de tipo experimental, cuasiexperimental y no experimental, en el caso en particular no es posible aplicar un método experimental debido a que las condiciones de la estrategia no admiten la

posibilidad de negar de manera aleatoria, y por el simple deseo del operador o de un tercero, el acceso al programa a una persona que cumple con los requisitos para acceder al mismo, pues sería privarlo del derecho de acceso a la salud y la Secretaría de Salud como encargada de llevar a cabo estas actividades iría en contravía de su misionalidad.

Los diseños cuasiexperimentales de otra parte utilizan un grupo de comparación para demostrar lo que habría ocurrido en ausencia de la estrategia, que es conformado de forma no aleatoria. Para que pueda atribuirse el impacto a la estrategia, las personas del grupo de control deben tener las características más similares posibles al grupo de tratamiento (Burt et al., 1997) esta situación también es compleja de aplicar en la estrategia de los centros de escucha, debido a que implica que las personas que hagan parte del grupo de control no sean susceptibles de recibir los servicios.

En caso de que se eligieran personas que si son susceptibles de recibir los servicios, porque cumplen con los criterios pero quizás no han estado interesadas en hacer parte de las actividades del proyecto, nada impediría que en un momento dado sí quisieran hacerlo y en ese caso se tendría que facilitar el acceso a la intervención, lo cual afectaría la medición, sin embargo esta situación es lo que suele buscar en una estrategia pública, es decir que la mayor cantidad de personas susceptibles de ser beneficiadas pueda lograrlo, por ello no es conveniente elegir un criterio de voluntad para participar del grupo de control, además, porque también es complejo incentivar la medición de los resultados en una población que no se beneficia.

Las técnicas que la literatura ofrece para crear el grupo de comparación valido en los diseños cuasiexperimentales son Emparejamiento por Puntuación de Propensión y el Diseño de Regresión Discontinua, ambos se enfocan en que la selección del grupo de comparación este

conformado por personas que no sean sistemáticamente diferentes entre ellos, para poder captar resultados de medición que puedan demostrar que cuando un grupo de individuos muy similar no es intervenido por las actividades de la estrategia no experimentan los mismos resultados que el grupo que recibe el tratamiento, y ello demuestra que cuando los resultados se manifiestan obedecen a la exposición a la intervención.

El Emparejamiento por Puntuación de Propensión propone que el grupo de control sea seleccionado entre personas similares a gran escala, que presentan características similares a los beneficiarios del programa, por la probabilidad que tendrían de participar en este, por lo que requiere gran información detallada en bases de datos y censos, esta información se recoge y se realiza una estimación de la propensión estadística acerca de ser beneficiario de la estrategia (Regalia, F, 1999).

Este método implica reconocer que las características de las personas pueden cambiar sustancialmente de un territorio a otro, además se complejiza cuando los cambios se miden colectivamente, lo cual requiere la estrategia de los centros de escucha, teniendo en cuenta que varios de los resultados a los que apunta giran en torno a incidir en las redes sociales de la comunidad para facilitar la inclusión social de las personas que consumen sustancias psicoactivas.

En ese sentido este diseño enfrenta desventajas e incompatibilidades para su aplicación al proyecto de interés, de una parte, porque no se cuenta con los elementos para medir la propensión a nivel nacional, debido a que en su mayoría los datos son sensibles y hacen parte de la historia clínica de la persona que consume sustancias, y en segundo lugar incentivar a las personas para que permitan la medición implica recursos, dichos recursos serían públicos y en el

caso del distrito de Medellín, los recursos con los que cuenta la Alcaldía solo pueden ser invertidos en el territorio de competencia de dicho ente territorial.

El Diseño de Regresión Discontinua por su parte, es aplicable cuando el programa utiliza criterios de ingreso para recibir las actividades del programa que se está evaluando, esto suele basarse en una variable continua que se evalúa para todas las personas potencialmente elegibles, el grupo de control se realizaría con personas que no cumplen esos criterios, pero que sus diferencias no son sustanciales en términos de lo que implica la observación de las diferencias después de desarrollada la intervención, por ello no aplica en muchos casos en materia de salud (White. & Sabarwal, 2014).

Para analizar este método es necesario revisar la población que se beneficia de la intervención llevada a cabo a través de los centros de escucha, la cual como ya se ha indicado puede presentar variaciones en la formulación contractual que se realiza, sin embargo, en el modelo actual de la intervención que se desarrolla a través de diferentes actividades, la población es la siguiente:

1. Personas que consumen sustancias psicoactivas: Cualquier tipo de sustancia, únicamente mayores de edad, cualquier grado de consumo.
2. Redes subjetivas: conformadas por familia, amigos, pareja.
3. Redes operativas: conformadas por grupo de promotores de salud mental
4. Población en general que no consume sustancias psicoactivas en las intervenciones de prevención universal.

Es pertinente enfocarse en las personas que consumen sustancias psicoactivas, debido a que son las que se encuentran más expuestas a los factores de riesgo y de materialización en

daños, que motivan la estrategia, en ese sentido el criterio para recibir intervención esta dado por ser mayor de edad, presentar un consumo de sustancias psicoactivas, y encontrarse en la ciudad de Medellín.

Teniendo como base el criterio propuesto por diseño de regresión discontinua, el grupo tendría que estar conformado por personas menores de edad que consumen sustancias, lo más cercano sería establecer un rango cercano a los 18 años, pues dentro de las intervenciones se estipula que en caso de que se identifique un menor que consume sustancias psicoactivas procede realizar la respectiva derivación a los entes competentes, y no puede hacer parte de las acciones en reducción de riesgos y daños del programa.

Otras personas serían aquellos que no consumen sustancias psicoactivas y claramente este criterio no tiene sentido porque es el factor que motiva la intervención, no compartiría las características que se busca evaluar, si lo colocamos en término de la sustancia, para el caso de las sustancias inyectables no tiene sentido revisar la mitigación de los riesgos en una población que no se inyecta, debido a que el factor de riesgo esta dado por la vía de administración de la sustancia.

En conclusión, las diferencias con las personas que no son sujeto de la intervención son tan sustanciales que desfavorecen el propósito del diseño mismo, y es poder comparar los resultados con un grupo similar, para poder dar cuenta de la incidencia de la intervención en los resultados experimentados.

En ese sentido estas variantes de diseño cuasiexperimental también son descartadas para efectos de la estrategia de medición del impacto y no cabe profundizar en las formas que emplean los diseños cuasiexperimentales para la comparación de los resultados del grupo de

intervención y del grupo de control ya establecidos de diferencias en diferencias y diferencia simple ex post.

Restaría el análisis de los métodos no experimentales, los cuales no cuentan con un grupo de comparación, se enfocan en rastrear los cambios en los resultados entre participantes del programa (Sept et al. 2011).

De acuerdo con Burt et al., (1997) y en Sept et al. (2011): los principales tipos de diseños no experimentales son los grupos de comparación antes y después del tratamiento, diseños de series de tiempo, estudios de panel y comparaciones cross-sectional después de que un tratamiento ha sido llevado a cabo. Estos tipos de diseño no tienen un grupo de comparación con el cual contraponer los resultados del grupo de tratamiento como en los anteriores, sin embargo, utilizan otras formas de analizar la información para concluir el impacto y la causalidad.

Las comparaciones de antes y después del tratamiento y los diseños de series de tiempo, se basan en el análisis de datos de grupos no de individuos. En la comparación de antes y después los grupos son evaluados antes y después del tratamiento y a menudo se utiliza para estimar cómo cambiaron los conocimientos, las actitudes, o los comportamientos del grupo después de haber participado en la intervención. Burt et al., (1997) En ese sentido el impacto se determina a partir de las diferencias encontradas. (Sept et al. 2011)

Adoptando las anteriores apreciaciones, las comparaciones de antes y después y los diseños de series de tiempo, pueden ser útiles para evaluar las intervenciones colectivas de los centros de escucha, especialmente cuando se intenta medir el impacto en las redes sociales, las cuales son intervenidas de forma consistente a través de los diferentes contratos y lo han hecho a través de actividades de formación e identificación de las redes subjetivas y de los diferentes

sujetos que la conforman, también podría ser útil para evaluar los conocimientos generados, el cambio de una comunidad frente a las percepciones sobre las personas que consumen sustancias o el cambio de comportamientos frente a las prácticas de riesgo que pueden mitigarse en torno al consumo de sustancias.

Los diseños de series de tiempo son una extensión del diseño de antes y después, que toma medidas de las variables de resultado varias veces antes de que la intervención inicie, y continúa realizando mediciones múltiples ocasiones después de que la intervención ha tenido lugar. Esta evaluación prueba si ocurrió un cambio estadísticamente significativo en la dirección o el nivel de ocurrencia del resultado, poco después del momento de la intervención y de forma prolongada (Burt et al., 1997). Esto mientras el programa sigue en progreso según Sept et al. (2011). En caso de que se optara por este diseño para la estrategia de estudio, tendría que prepararse en conjunto con una próxima contratación y diseño de la estrategia, debido a que no sería viable en la que ya se encuentra en marcha, pues no existen medidas de variables de resultado previas a la intervención con las características necesarias para hacer el seguimiento que este método demanda.

Este enfoque es viable de realizar, sin embargo, si se quisiera evaluar la estrategia en curso las variables a observar se limitarían a la línea base con la que se cuente hasta el momento anterior a la ejecución del mismo, en ese sentido las variables estarían limitadas a lo que esta información este en capacidad de monitorear. Según el análisis de información de los contratos que se efectuó, la línea base es limitada, toda vez que a nivel colectivo se cuenta con el instrumento SiDiEs actualizados, o al menos era una obligación en el marco de los contratos, los

aspectos frente a la calidad y suficiencia de la información recolectada determinarían la viabilidad de utilizarlos como referente.

De otra parte, las comparaciones “cross sectional” o transversales usan la información para estudiar a los participantes de forma individual después de la terminación del programa, para tener una noción de la correlación entre los resultados y la duración, tipo e intensidad de los servicios recibidos (Sept et al. 2011). Sin embargo, no se puede indicar conclusiones definitivas sobre las causas de los resultados, porque no hay algún tipo de grupo de comparación que permita descartar que ello no ocurrió en quienes no recibieron el servicio. En ese sentido serían útiles si se pretende realizar un estudio descriptivo que puede servir para generar hipótesis para una evaluación de impacto posterior, en el caso de estudio podría utilizarse si se considera o se evidencia que no está muy claras las características del problema, de la comunidad o de la intervención, para con ello poder realizar ajustes que permitan que más adelante se pueda continuar con la profundización de la evaluación, no necesariamente tendría que observarse al terminar el programa, también puede ser durante la ejecución para preparar el estudio subsiguiente.

Finalmente, los diseños de panel siguen los resultados antes, después y durante el programa, para identificar patrones diferentes de cambios asociados a las diferentes características de los participantes y control de otros eventos a los cuáles estén expuestos (Sept et al. 2011) y en ese aspecto beneficiaría a la intervención que especialmente en las actividades individuales, se tengan en cuenta las características del usuario, pues el consumo de sustancias psicoactivas comprende una gran cantidad de variables, desde tipo de sustancia o sustancias, nivel de consumo, presencia de trastornos relacionados con el consumo de sustancia

psicoactivas, tipo de intervención, riesgos a los que se encuentra expuesto, daños que se pretenden mitigar.

Una medición como el diseño de panel, también brinda la posibilidad de controlar aspectos relacionados con la posibilidad de alterar la evaluación, debido a que tiene mayor presencia para advertir que los cambios no se deban a la intervención, es decir que otros factores puedan incidir en los resultados observados, y en esa medida al conocerlo se puede determinar la incidencia de la intervención evaluada.

Teniendo en cuenta que en los diseños de panel los datos vienen de los individuos, no de los grupos (Burt et al., 1997) sería específicamente cuando se pretenda evaluar las intervenciones de tipo individual, sin descartar que de las mismas puedan surtir elementos que incidan en las observaciones que se lleven a cabo en las intervenciones colectivas.

Dado que las actividades dentro de la estrategia analizada son múltiples y contemplan una gran cantidad de variables, la viabilidad en la selección del tipo de diseño no experimental estará dada principalmente atendiendo a las características que se observen en la teoría del cambio, debido a que dependiendo de aspectos como la pregunta, las hipótesis de causalidad, las proposiciones y los efectos medible y los beneficios que se esperan, se pueden indicar elementos acerca cuál de estos diseños se adapta mejor, y los insumos que la implementación de este puede suponer.

En conclusión, frente al anterior análisis de variantes de la metodología a aplicar, resulta importante tener en cuenta que principalmente frente a las variables de evaluación, y la elaboración de indicadores, deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos para una evaluación integral: inclusión social, red subjetiva y red operativa, identificación de riesgos y daños,

derivación a servicios de salud, efectividad de la derivación, entre otros, pues son el centro de la intervención y su razón de ser, atendiendo a su fundamentación teórica y a la estructuración que desde la Secretaría de Salud se ha dado, sin embargo podrán incluirse otros aspectos dependiendo de lo que se pretenda o se requiera evaluar específicamente.

Las evaluaciones de impacto deberían ser claras a propósito de sus limitaciones y sus advertencias (Gertler et al., 2017).

Otra variante que debe valorarse es si la evaluación será de tipo retrospectivo o prospectivo, en ese sentido reconocer las limitantes y el propósito permite validar cual de estas debe ser seleccionada. Este aspecto este ligado al momento temporal en que se realiza la evaluación frente en contraste con el período de ejecución del proyecto, es decir las evaluaciones prospectivas se llevan a cabo al mismo tiempo que se diseña el programa, los datos de la línea base se recolectan antes de implementar la estrategia, en cambio las evaluaciones retrospectivas llevan a cabo la medición del impacto de manera posterior a su implementación. (Gertler et al., 2017, p. 54).

De acuerdo con Gertler et al. (2017) las evaluaciones prospectivas tienen la ventaja de estar en mayor capacidad de generar resultados sólidos, debido a que la línea base agrupa los datos necesarios para poder medir las variables determinadas, o al menos se espera esto, y también dicho ejercicio permite validar aspectos clave de la formulación de la estrategia antes de ejecutarla.

Teniendo en cuenta lo anterior, y dado que la formulación de la estrategia de los Centros de Escucha es cambiante, y además se limita al período del contrato a través del cual se desarrolla, es más viable proyectar la evaluación a la par de la planificación de la estrategia, dado

que puede generar muchas limitaciones realizar la evaluación cuando no se ha comenzado por desarrollar la teoría del cambio que explica los efectos esperados y los demás aspectos esenciales para la evaluación. Además, como ya se mencionó al desconocer la suficiencia de la línea base para alcanzar los objetivos de la evaluación, en ese sentido es conveniente elegir una evaluación prospectiva, es decir, que sea formulada a la par con el proceso contractual. (Gertler et al., 2017, p. 325).

Teniendo en cuenta que como ya se indicó las evaluaciones de impacto pueden presentar limitaciones, y en este caso una de ellas sería la falta de un grupo de comparación, la estimación de lo que habría ocurrido si no se hubiera llevado a cabo la intervención debe ser soportada por otros elementos, una de estas alternativas que aporta a la interpretación de las evaluaciones de impacto, es el enfoque de análisis a través de métodos **mixtos**, es decir con el uso de métodos **cualitativos y cuantitativos** complementarios, por ello se propone que se adopten entrevistas semiestructuradas, grupos focales, listas, entrevistas con informantes clave y otros que determinen para monitorear las situaciones indicadas (Gertler et al., 2017).

Para poder identificar qué tipo de datos deben recogerse y analizarse, a través de los diferentes métodos hasta ahora identificados, es importante haber establecido el enfoque de la evaluación de impacto social, conocer el diseño de la evaluación, las preguntas que busca responder y los objetivos de la misma, primero es muy importante tener claridad en los datos que necesitan ser recopilados, por ello se proponen tres tipos de datos.

Los datos sobre resultados son aquellos indicadores de resultado del programa, es decir los que se relacionan con los objetivos del programa, estos deben ser específicos, medibles, realistas, atribuibles y focalizados, pero también deben tenerse en cuenta indicadores que

realicen seguimiento a todos los posibles efectos que no se esperaba generar, para comprender que tan efectivo es el programa.

Los datos de resultados intermedios ayudan a la comprensión de los medios o canales a partir de los cuales se ha causado el impacto, el momento en que sean medidos este tipo de resultados debe ser definido, especialmente apoyándose en la teoría del cambio.

Los datos sobre las actividades o los productos demandan indicadores de los datos de monitoreo del programa, es decir identificación de destinatarios y los productos que reciben de acuerdo a cada actividad, así como aspectos de medida en que ha recibido la intervención y la calidad de la misma, es importante en este caso debido a que la intensidad de la actividad puede afectar directamente el resultado, y en contratos con un tiempo limitado de implementación puede que los efectos tengan una afectación sustancial. También se deben valorar aspectos como la implementación de la estrategia en la forma que fue diseñada, pues si no se logra implementar como fue concebida estos datos deben reflejar los motivos y la incidencia que ello tenga sobre los efectos.

Se puede estimar la necesidad o no de recoger datos adicionales, sin embargo, es importante valorar muy bien, debido a que entre más datos se recopilen más problemas puede haber para procesarlos y analizarlos, también debe tenerse en cuenta que la calidad de los datos puede mermar si se recolectan repetitivamente datos innecesarios.

Es fundamental diseñar un **instrumento de recopilación de datos**, indicando además quienes se encargarán de llevar a cabo la recolección de datos, y tener en cuenta como los indicadores establecidos han sido medidos en encuestas similares, para que sea compatible comparar los datos recogidos con otros instrumentos. Especialmente es importante revisar los

lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social en este aspecto, así como la existencia o no de estándares internacionales.

**Determinar la muestra** es necesario debido a que la evaluación no se realiza con cada uno de los destinatarios o beneficiarios de la estrategia, en ese sentido a partir de la población se selecciona una parte que sea representativa de esta. Se debe tener presente que las características de la muestra sean comunes a las de la población con un margen de error que no altere la medición (Ávila, H.L., 2006).

En el caso de la evaluación objeto de estudio, atendiendo a los objetivos de la evaluación, a las variables que se establezcan y a las actividades que se pretenden evaluar, se debe realizar una comprensión de la población a la cual se dirige cada una de ellas, con la finalidad de caracterizarla e identificar cual sería el tamaño adecuado y los diferentes subgrupos que pueden haber dentro de una categoría.

Lo ideal es optar por un muestreo de tipo probabilístico, dado que optar por una muestra no probabilística, dependen de los criterios de quien practique la evaluación, por lo que pueden poner en riesgo la confiabilidad de la evaluación, al no poder asegurar que cada unidad de muestra integre las características de la población que se pretende evaluar y ello deriva en que los resultados no puedan ser generalizables a la totalidad de población intervenida.

Sin embargo, en algunos casos puede que la muestra sea no probabilística, como en el muestreo intencional, debido a que la población es muy variable, lo que hace que la muestra sea pequeña, lo que lleva a que se tengan que seleccionar casos característicos únicamente (Ávila, H.L., 2006). Este tipo de muestreo sería una segunda opción en caso de que se identifique un grupo altamente variable en la estrategia, sin embargo, debe prevalecer la

muestra probabilística, en la que se establezca si existe la posibilidad de crear subgrupos que permitan limitar la variedad de sujetos, para poder medir los resultados en todos ellos.

En cambio, en el muestreo accidental, que es otro tipo de muestreo no probabilístico, se seleccionan los casos que va encontrando hasta tener el número total de unidades de análisis que indica el tamaño de la muestra que desea (Ávila, H.L., 2006). No se recomienda seguir este criterio debido a que puede dejar aspectos importantes en población que, si recibe la muestra y puede ser complejo generalizar que los efectos observados por la estrategia ocurran en todos los sujetos de la población.

Ahora bien, el muestreo probabilístico versa sobre la probabilidad de que cada unidad de análisis tiene de ser parte de la muestra de manera aleatoria. Los tipos de muestreo probabilístico son el muestreo simple o al azar, estratificado, sistemático y por conglomerados o racimos. Para el caso concreto se profundizará en el simple o el estratificado, debido a que son los más compatibles con las características de la evaluación (Ávila, H.L., 2006).

En ese sentido el muestreo probabilístico con procedimiento simple se determina aplicando un método en el que cada muestra posible, tengan la misma probabilidad de ser elegidas, lo cual demanda seleccionar la muestra de manera sistemática utilizando un listado de números aleatorios (Ávila, H.L., 2006).

En el muestreo estratificado, se identifican “los estratos” que conforman una población para a partir de ellos seleccionar la muestra. Los estratos son los subgrupos de unidades de análisis que se encuentran dentro de las variables de la investigación o tienen alguna incidencia, e integrarlas a la evaluación a través del muestreo. Se considera que este es el que más resuena con la evaluación de impacto social en los centros de escucha, especialmente en las

actividades que se dirigen a grupos poblacionales, que tienen una intervención individual de un grupo determinado que a su vez puede variar dependiendo de características como el nivel de consumo, el tipo de sustancia psicoactiva que se consume, la vía de administración de la sustancia, entre otros.

## CONCLUSIONES

En primer lugar, como resultado del proceso de caracterización de la estrategia de reducción de riesgos y daños que se implementa a través de los Centros de Escucha en la ciudad de Medellín, se evidenció que el desarrollo de la estrategia no es llevado a cabo u operado de manera directa por la Secretaría de Salud de Medellín. El ente territorial se ve en la necesidad de designar un operador para llevarla a cabo, y atendiendo a la disponibilidad de los recursos, las actividades que pretende desarrollar y otros factores, establece el plazo del contrato, en el cual se desarrollan las demás actividades.

En ese sentido se encontró que, de manera general los contratos no son formulados siguiendo la misma estructura, en cada ejercicio se plantean cambios significativos en la forma en que se pretende desarrollar la estrategia, lo cual dificulta estipular que solo exista una modalidad aplicada en la Secretaría de Salud, sin embargo, existen elementos comunes en todos los ejercicios, que se relacionan con su fundamentación en la epistemología de la complejidad ética y comunitaria ECO2 y el tratamiento basado en comunidad, que son en gran parte los referentes técnicos de las intervenciones.

Entre los factores comunes que ha presentado la implementación de los Centros de Escucha, se encuentra la población objeto de la estrategia, donde han estado presentes la red operativa, la red subjetiva, los consumidores de sustancias psicoactivas, y la población en

general, todos ellos con roles diferentes y presentes en diferentes tipos de actividades de la estrategia.

Estas actividades si bien pueden variar en el diseño, presentan alguna continuidad cuando se trata de la implementación de la metodología SIDIES y su actualización, la sensibilización en prevención y mitigación del consumo y reducción de riesgos y daños asociados al consumo, el fortalecimiento de la red operativa y la atención individual con diferentes enfoques y acciones a implementar según la necesidad, la práctica de actividades de enganche para fortalecimiento y focalización de nuevos casos, la sensibilización frente al estigma que recae en las personas que consumen sustancias psicoactivas, y la practicas de reducción de riesgos y daños enfocadas en consumo de sustancias inyectables.

Tambien en aspectos como los métodos de diagnóstico y seguimiento que implementan, las guías y lineamientos que utilizan, los mecanismos de recolección de información y de almacenamiento que implementan, hay elementos consistentes, en gran parte debido a que hacen parte de los procesos sistematizados al interior de la Secretaría de Salud.

Los objetivos de la estrategia deben ser planteados y evaluados, debido a que al analizarlos deben dar cuenta de todos los propósitos de la intervención, especialmente ante una evaluación de impacto, si no reflejan las actividades implementadas no se van a lograr los objetivos de la estrategia.

Debido a las diferencias entre los diseños contractuales de los Centros de Escucha en cada periodo, se dificulta realizar análisis comparativos entre años, ya que resulta complejo determinar la profundidad y características de la intervención en ciclos anteriores. Esta falta de continuidad limita la posibilidad de medir el impacto sostenido o acumulado de la estrategia.

Asimismo, la percepción del impacto social puede verse afectada por la discontinuidad en la oferta de estos servicios en los territorios.

En segundo lugar, el desarrollo del trabajo permitió establecer un esquema de metodología de evaluación de impacto social para la estrategia de los centros de escucha, que en cada una de sus etapas comprende actividades y variantes a tener en cuenta, este ejercicio sirve como guía para la implementación de la misma y a su vez la determinación de las variantes que más se adaptan a la estrategia, permitirá que la implementación de la evaluación las tenga en cuenta como guía.

En tercer lugar y de manera paralela a la identificación de las variantes en la metodología de evaluación impacto social, se formularon consideraciones frente a la propuesta de las variantes que debe tener en cuenta para la estrategia en cuestión, este ejercicio permitió establecer hallazgos en los aspectos de que la hipótesis debe responder a la pregunta de la causalidad, la operacionalización de variables se debe hacer atendiendo a los niveles de medición, y a la dimensión temporal de los resultados, lo cual implica que desde la estrategia se proyecte una teoría del cambio, como condición necesaria para la formulación de la evaluación y entregar una base de indicadores para la evaluación.

Ahora bien, frente al tipo de diseño de medición del impacto se llegó a la conclusión después de un análisis de las implicaciones que tiene seleccionar para el caso de estudio, un diseño experimental o cuasiexperimental, que únicamente es viable la selección de un diseño no experimental debido a que no es posible establecer un grupo de control tanto aleatorio como no aleatorio para esta estrategia.

De manera preliminar, el diseño de estudio de panel, como enfoque no experimental, resulta adecuado para la evaluación de los Centros de Escucha en sus actividades individuales, ya que permite aplicar mediciones en distintos momentos del tiempo y combinar métodos complementarios. Esto facilita un análisis más robusto del cambio observado, al contribuir a establecer relaciones causales y reducir la influencia de factores externos ajenos a la estrategia. La alternativa para las intervenciones colectivas de la estrategia que se pretendan medir serían los diseños de series de tiempo.

Finalmente, se llegó a la conclusión de que la metodología propuesta debe implementarse de manera prospectiva, ello debido a la falta de aplicación continua y uniforme de la estrategia, del desconocimiento de la suficiencia de los datos de la línea base y a las limitaciones que tiene realizar la evaluación cuando no se ha comenzado por desarrollar la teoría del cambio que explica los efectos esperados y los demás aspectos esenciales para la evaluación. En ese sentido se propone que se diseñe la evaluación a la par con la formulación del contrato y antes de su implementación.

## REFERENCIAS

- Acuerdo 19 de 2020. [Concejo de Medellín]. (2020). Por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín (29 de junio de 2020). Gaceta Oficial No. 4776.
- Acuerdo Municipal 012 de 2020. Por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones. Diciembre 21 de 2020. GO N°4792.
- Acuerdo Municipal 12 de 2020. [Concejo de Medellín]. (2020). Por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, se derogan los Acuerdos 64 de 2005 y 05 de 2011, y se dictan otras disposiciones. (21 de diciembre de 2020). Gaceta Oficial N°4792.
- Acuerdo Municipal 19 de 2020. [Concejo de Medellín]. (2020). Por medio del cual se crea la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín (29 de junio de 2020). Gaceta Oficial No. 4776.
- Alcaldía de Medellín. (2019). Perfil del consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Secretaría de Salud, Secretaría de Seguridad y Convivencia.
- Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. American Psychiatric Publishing.  
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arbex C. (2013). *Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada*. ADI Servicios Editoriales.

<https://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Gu%C3%ADa%20Metodol%C3%B3gica%20para%20la%20Implementaci%C3%B3n%20de%20una%20Intervenci%C3%B3n%20Preventiva%20Selectiva%20e%20Indicada.pdf>

Ávila, H.L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación*. Eumed.net.

<https://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/>

Burt, M.R., Harrel, A.V., Newmark, L.C., Aron, L.Y., Jacobs, L.K. (1997). *Evaluation guidebook for projects funded by s.t.o.p formula grants under the violence against women act*. Urban Institute.

[https://books.google.com/books/about/Evaluation\\_Strategies\\_for\\_Human\\_Services.html?id=mk8MHQAACAAJ](https://books.google.com/books/about/Evaluation_Strategies_for_Human_Services.html?id=mk8MHQAACAAJ)

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia R- 452 de 18 (M.P. José Fernando Reyes Cuartas; Noviembre 22 de 2018).

Departamento Nacional de Planeación (2020, 14 de abril). [Documento CONPES 3994]. DNP.

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>

[doi:10.1596/978-1-4648-0888-3](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0888-3)

Falcón, IN., Escalante, O., y Nordelo, A. (2018). Metodología de evaluación de impacto social para programa de salud. *Humanidades Médicas*, 18(1), 64-82.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202018000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202018000100007&script=sci_arttext&tlng=en)

Fergusson, S. y Gongora, A. (2012) La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina. En Conferencia Anual Copolad, 2.,

[https://r.search.yahoo.com/\\_ylt=Awr.xtXLqg5oJ.QOjGmrcgx.;\\_ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1747001292/RO=10/RU=https%3a%2f%2fnip.info%2fnovo%2fwp-content%2fuploads%2f2016%2f09%2fFergusson\\_Gongora\\_Personas\\_Drogas\\_Dispositivos\\_COPALAD\\_2012.pdf/RK=2/RS=Q4cuK8LliCQvliIdveuTcIpgu0w-](https://r.search.yahoo.com/_ylt=Awr.xtXLqg5oJ.QOjGmrcgx.;_ylu=Y29sbwNncTEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1747001292/RO=10/RU=https%3a%2f%2fnip.info%2fnovo%2fwp-content%2fuploads%2f2016%2f09%2fFergusson_Gongora_Personas_Drogas_Dispositivos_COPALAD_2012.pdf/RK=2/RS=Q4cuK8LliCQvliIdveuTcIpgu0w-)

Gertler, P., Martínez S., Premand P., Rawlings LB., y Vermeersch CMJ. (2017). *La evaluación de impacto en la práctica*. Grupo Banco Mundial. Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial.

<https://publications.iadb.org/es/la-evaluacion-de-impacto-en-la-practica-segunda-edicion>

Góngora, A., Salazar, J., Borja, R. (2021). Centros de escucha en Colombia: políticas y escenarios para la reducción de daños en comunidades locales. En Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) & Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) (Eds.), *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na américa latina: desafios e possibilidades de ação pública (pp.143-202)*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - ipea.

Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1424415/>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6a ed.). McGraw Hill Education.

<http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap5>

<https://doi.org/10.3390/ijerph18041793>

Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Enero 21 de 2013. DO. N°48680.

Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diciembre 21 de 2001. DO. N°44654.

Liberta, Bonilla BE. (2007) Impacto, impacto social y evaluación del impacto. *Acimed* 2007;15(3).

[http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15\\_3\\_07/aci08307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15_3_07/aci08307.htm)

Lozano, J., y Menendez, A. (2012). Metodología para medir el impacto de los resultados de proyectos de investigación en los servicios de salud. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 16(6), 1731-1743.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552012000600009&lang=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000600009&lang=es)

Machín, J. (2010). Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(12), 305-325. <http://revista-redes.rediris.es>

McGovern, R.; Smart, D.; Alderson, H.; Araújo-Soares, V.; Brown, J.; Buykx, P.; Evans, V.; Fleming, K.; Hickman, M.; Macleod, J.; et al. (2021) Psychosocial Interventions to Improve Psychological, Social and Physical Wellbeing in Family Members Affected by an Adult Relative's Substance Use: A Systematic Search and Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, (1793), 1-25.

Milanese, Efrem. (2018). *Tratamento comunitario manual de trabalho 4ª edição, revista e ampliada*. Technopolitik.

<http://www.technopolitik.com.br/downloads/files/TratamentoComunitarioManualVrp.pdf>

Ministerio de Justicia y del Derecho., Observatorio de Drogas de Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2019). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2019*.

<https://www.minjusticia.gov.co/programasco/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito [UNODOC]. (2021). *Guía Conceptual, metodológica y operativa para el fortalecimiento de los dispositivos comunitarios, un desafío para la inclusión social*. Nuevas Ediciones S.A.S.

[https://www.minjusticia.gov.co/programasco/ODC/Documents/Publicaciones/Guia\\_Conceptual\\_metodologica\\_y\\_operativa\\_Dispositivos.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programasco/ODC/Documents/Publicaciones/Guia_Conceptual_metodologica_y_operativa_Dispositivos.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Elementos necesarios para definir los Centros de Escucha Comunitarios*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/elementos-necesarios-para-definir-centros-de-escucha-comunitarios.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Lineamientos para operar programas preventivos*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf?ID=17408>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Lineamientos para la implementación de intervenciones de reducción de daños y riesgos por uso de drogas por vía inyectada.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-tecnicos-uso-drogas-inyectadas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020) *Lineamientos para la implementación de dispositivos comunitarios en salud: Orientaciones para la acción en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas.*

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPG26.pdf>

Mora Vargas, A. I., (2005). Guía para elaborar una propuesta de investigación. *Revista Educación*, 29(2), 67-97.

<https://doi.org/10.15517/revedu.v29i2.2241>

Newcombe, R. (1992). The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. En P. O'Hare (Ed.), *The Reduction of drug-related harm*. Routledge.

[https://www.researchgate.net/publication/230704511\\_The\\_reduction\\_of\\_drug-related\\_harm\\_a\\_conceptual\\_framework\\_for\\_theory\\_practice\\_and\\_research](https://www.researchgate.net/publication/230704511_The_reduction_of_drug-related_harm_a_conceptual_framework_for_theory_practice_and_research)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODOC]. (2023). *Informe mundial sobre las drogas.*

[https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_ExSum_Spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria.*

Servicios Editoriales Organización Panamericana de la Salud.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, Junio 17). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Who.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pinzón, C. (2023). *Prevención de riesgos y reducción de daños: abordaje, conceptos y estrategias.* Documento Temático #40. Centro de Estudios sobre Seguridad y Drogas

[CESED] Universidad de los Andes. <https://cesed.uniandes.edu.co/prevencion-de-riesgos-y-reduccion-de-danos-abordaje-conceptos-y-estrategias/>

Regalia, F. (1999). Impact evaluation methods for social programs. En *Poverty & Inequality, Technical Notes.* Inter-American Development Bank, Technical Note 2.

<https://webimages.iadb.org/publications/english/document/Impact-Evaluation-Methods-for-Social-Programs.pdf>

Resolución 089 de 2019 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. 16 de Enero de 2019.

Resolución 4886 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. 15 de Noviembre de 2018.

Resolución Número 089 de 2019 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias

Psicoactivas. 16 de enero de 2019.

Resolución Número 518 de 2015 [Ministerio de Salud y Protección Social]. 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. 24 de febrero de 2015.

Rogers, P. (2014). La teoría del cambio, Síntesis metodológicas: evaluación de impacto n.º 2,

Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia.

[https://planificacionsocialunsj.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/08/rogers-brief-2-theory-of-change\\_es.pdf](https://planificacionsocialunsj.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/08/rogers-brief-2-theory-of-change_es.pdf)

Secretaría de Salud de Medellín. (2021a). Anexo al Contrato Interadministrativo [4600089150 de 2021].

Secretaría de Salud de Medellín. (2021b). Estudios Previos [30736 de 2021].

Secretaría de Salud de Medellín. (2022a). Anexo al Contrato Interadministrativo [4600094533 de 2022].

Secretaría de Salud de Medellín. (2022b). Estudios Previos [ 33813 de 2022].

Secretaría de Salud de Medellín. (2023a). Anexo al Contrato Interadministrativo [4600098037 de 2023].

Secretaría de Salud de Medellín. (2023b). Estudios Previos [ 35816 de 2023].

Secretaría de Salud de Medellín. (2024a). Anexo al Contrato Interadministrativo [4600101086 de 2024].

- Secretaría de Salud de Medellín. (2024b). Estudios Previos [37529 de 2024].
- Secretaría de Salud de Medellín. (2024c). Anexo Técnico Componente “Centros de escucha en salud mental” del Contrato Interadministrativo [4600101086 de 2024].
- Secretaría de Salud de Medellín. (2025a). Anexo al Contrato Interadministrativo [4600104079 de 2025].
- Secretaría de Salud de Medellín. (2025b). Estudios Previos [39433 de 2025].
- Secretaría de Salud de Medellín. (2025c). Anexo Técnico Componente “Oxígeno: Salud mental y adicciones” del Contrato Interadministrativo [4600104079 de 2025].
- Sept, L., Naylor, S. & Weston, R. (2011) *Measuring the impact of social programs: a review of best practices*. [Informe] Stanford Global Supply Chain Management Forum.  
<https://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/publications/measuring-impact-social-programs-review-best-practices>
- Torres de Galvis, Y., Castaño Pérez G., Sierra Hincapie G., Salas Zapata C. y Bareño Silva J. (2020). *Estudio de salud mental Medellín 2019*. Editorial CES.  
<http://hdl.handle.net/10946/5131>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. 2014. *Guidance for Community-Based Treatment and care services for drug users in Southeast Asia*.  
[https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC\\_cbtx\\_guidance\\_EN.pdf](https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC_cbtx_guidance_EN.pdf)
- Vázquez, N., Muñoz, L., Juárez, O y Ariza, C. (2018). ¿Qué funciona en la prevención selectiva del alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables? *Revista Española de Salud Pública*, 92(28), 1-18.

[https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdr\\_om/VOL92/ORIGINALES/RS92C\\_201810070.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201810070.pdf)

White, H., & S. Sabarwal (2014). Quasi-experimental Design and Methods, *Methodological Briefs: Impact Evaluation 8*, UNICEF Office of Research.

[https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/Quasi-Experimental\\_Design\\_and\\_Methods\\_ENG.pdf](https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/Quasi-Experimental_Design_and_Methods_ENG.pdf)

World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>

## **ANEXOS**

Matriz de Caracterización de Contratos a través de los cuales se ha ejecutado la estrategia.