



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Manual de cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes

Convenio 547 de 2015

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención



ALEJANDRO GUIDI
Representante OIM Colombia

BEATRIZ GUTIERREZ
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos

CLAUDIA IVETTE GALVIS VELA
**Especialista Salud Mental, Convivencia Social
y Víctimas**

DANIEL FERNANDEZ
**Gerente Administrativo Atención Diferencial
Víctimas**

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA
Supervisión Convenio MSPS

BEATRIZ ELENA GUTIERREZ RUEDA
**Oficial Programa Salud y Migración
OIM**

NUBIA ESPERANZA BAUTISTA
**Coordinadora Gestión Integrada
para la Salud Mental MSPS**

CLAUDIA IVETTE GALVIS VELA
**Especialista Convivencia Social,
Salud Mental y Víctimas OIM**

DANIEL FERNANDEZ GÓMEZ
**Gerente Administrativo Atención
Diferencial Víctimas OIM**

DIANA MARÍA RODRIGUEZ ARAUJO
Consultora Salud Mental MSPS

CLARA CECILIA GONZALEZ
Profesional Especializado MSPS

SANDRA MAYORGA MAYORGA
Asistente Técnico OIM

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento Convenio MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento Convenio MSPS

DIANA MARCELA PLAZAS
Seguimiento Convenio MSPS

CONSULTORES

ABEL MAURICIO GUERRERO
MD Psiquiatra Psicoterapeuta

ANGÉLICA MARIA USCÁTEGUI
MD Neuropediatra Epileptóloga

LUISA FERNANDA ÁVILA
Trabajadora Social

ÁNGELA CRISTINA SÁNCHEZ
Trabajadora Social

LAURA MILENA MÚNERA
Enfermera

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 547 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes

**Convenio 547 de 2015 MSPS – OIM
Dimensión 9: Convivencia Social, Salud Mental y Gestión diferencial para
la atención de poblaciones vulnerables: Víctimas**

Consultora: Luisa Fernanda Ávila Cifuentes

Septiembre de 2016

1. Introducción

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, estableció ocho dimensiones prioritarias, dentro de las que se encuentra la dimensión convivencia social y salud mental la cual se define como un “espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012-2021, p. 98)

Por medio de esta dimensión se busca contribuir al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población fortaleciendo la salud mental y la capacidad de respuesta institucional y comunitaria para “disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronificación y el deterioro y mitigar daños evitables” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012-2021)

A partir de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social en cabeza de la Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de enfermedades no transmisibles, se encuentra liderando acciones enfocadas en la promoción y la atención integral e integrada en salud mental, buscando aumentar capacidades de los actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de estrategias que permitan la detección temprana en salud mental en los entornos, la atención y tratamiento oportuno a las personas con problemas y trastornos mentales y sus cuidadores y la participación e inclusión social. Estos procesos, se fundamentan en la Política de Atención Integral en Salud en adelante PAIS, la cual contiene elementos y estrategias que buscan que el Sistema de Salud este centrado en el ciudadano generando mejores condiciones de salud e integralidad.

Para lograr este objetivo se deben implementar acciones coordinadas por parte de todos los agentes del sistema, consolidando “actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015) y garantizando el goce efectivo al derecho fundamental a la salud, con igualdad de trato y oportunidades.

Así las cosas, la presente propuesta busca articular este marco de acción al fenómeno de cuidado, especialmente de personas con trastornos mentales y/o

enfermedades crónicas discapacitantes, haciendo un especial énfasis en la *persona cuidadora*.

Se consideraron estudios epidemiológicos que a nivel nacional e internacional se han realizado para evaluar el impacto psicológico, mental y físico que sufren los cuidadores de personas con trastornos mentales y del comportamiento o con condiciones crónicas; y las construcciones culturales asociadas al género, que le han atribuido esta labor especialmente a la mujer. Como resultado, se construyó una propuesta de Gestión Integrada en Salud Mental para las personas cuidadoras en el marco del lineamiento de Gestión Integrada en Salud Mental (documento en construcción) y de las estrategias del PAÍS y el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-. (Marco operacional del PAIS)

Cabe destacar que el Ministerio de Salud y Protección Social, actualmente está liderando el Subsistema de Cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras, por lo que el presente documento también se articula con este proceso. (Trabajo de la mesa de organización del cuidado y persona cuidadora, Oficina de Promoción Social)

2. Objetivo

Establecer acciones intersectoriales en salud mental para el cuidado de los cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, buscando la coordinación armónica de acciones en el SGSSS, que permitan su atención íntegra, participación e inclusión social.

3. Población Objeto

Personas, familias, cuidadores, comunidades, sectores sociales y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS como: Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías Departamentales, Municipales y Distritales de Salud, EPS, IPS, EAPBS, Alcaldías, Gobernaciones y otros sectores.

4. Marco normativo

A continuación se presenta la normatividad a nivel internacional y nacional que vela por la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes y de quienes realizan la labor de cuidado:

Tabla 1 Normatividad

| ALCANCE DE LA NORMA | NORMA | PROPÓSITO |
|-----------------------------|---|---|
| ÁMBITO INTERNACIONAL | <i>Declaración universal de los derechos humanos</i> | Artículo 25: " Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". |
| | <i>Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad</i> | Instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas, que busca proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, incluyendo: El respeto de la dignidad, la no discriminación, la participación y el respeto a la diferencia. |
| | <i>CONSENSO DE PANAMÁ "La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020"</i> | Por medio del cual se busca generar reflexiones en torno a protección de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular su derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidos en la comunidad. |
| | <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i> | En el artículo 12 del pacto internacional, se determina que "Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", adoptando medidas para garantizar la efectividad de este derecho. |
| ÁMBITO NACIONAL | <i>Constitución Nacional</i> | Artículo 13: "El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados" 'El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.' Artículo 47: " El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran" Artículo 86: "Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública" |
| | <i>Plan Decenal de Salud Pública(Metas Y Avances)</i> | En el marco del plan se establece la dimensión convivencia social y salud mental dentro de la que se busca " Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronicación y el deterioro y mitigar daños evitables" |
| | <i>Resolución 0429 de 2016</i> | Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud y la garantía de este derecho fundamental. |

| | | |
|----------------------------|--|--|
| ÁMBITO NACIONAL | <i>Ley 1785 de 2016</i> | <p>“ Por medio de la cual se establece la red para la superación de la pobreza extrema : red unidos” Dicha red desarrollará sus acciones bajo la coordinación del Departamento Administrativo para la Prosperidad Social.</p> |
| | <i>Ley 1751 de 2015 "Ley Estatutaria de Salud"</i> | <p>Por medio de la cual se protege y garantiza el derecho fundamental a la salud. En el artículo 11 se estipula que las personas en condición de discapacidad se encuentran en especial protección por parte del estado y “su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica”.</p> |
| | <i>Resolución 518 de 2015</i> | <p>“ Por medio de 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”</p> |
| | <i>Ley 1616 de 2013</i> | <p>“Por medio de la cual se expide la ley de salud mental con el objeto de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, mediante la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada en salud mental en el marco del SGSSS”</p> |
| | <i>Ley Estatutaria 1618 de 2013 "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad"</i> | <p>Cuyo objeto es " garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad"</p> |
| | <i>Ley 1636 de 2013</i> | <p>"Por medio de la cual se crea el mecanismo de protección al cesante en Colombia"</p> |
| | <i>Ley 1438 de 2011 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".</i> | <p>En el Artículo 65 de la ley se establece la: " Atención integral en salud mental. Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental."</p> |
| | <i>Decreto 4100 de 2011</i> | <p>Por medio del decreto se crea el Sistema Nacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario, para la protección, promoción y garantía de los mismos.</p> |
| | <i>Ley 1414 de 2010</i> | <p>“Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.</p> |
| | <i>Ley 1385 – 14 mayo 2010 - Alcoholismo Fetal.</i> | <p>Prevenir el síndrome de alcoholismo fetal en los bebés por el consumo de alcohol de las mujeres en estado de embarazo. El SAF es causante de discapacidad cognitiva y física así como de la alteración del comportamiento de los niños. Al crecer se dificulta el aprendizaje, la atención, la memoria, coordinación y actividades físicas, así como posibles problemas de habla y audición. Se crearán programas dirigidos a padres, familiares, cuidadores y tutores que estén directamente relacionados con el cuidado de niños con SAF, teniendo en cuenta las secuelas irreversibles de esta enfermedad.</p> |
| <i>Ley 1413 de 2010</i> | <p>“ Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas”</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| | <p><i>Ley 1122 de 2007</i> <i>"Por la cual se hacen algunas modificaciones en Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"</i></p> | <p>Artículo 41: <i>Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.</i> "la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez" en asuntos como "Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario"</p> |
| | <p><i>Ley 715 de 2001</i> <i>"Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros"</i></p> | <p>Artículo 76 numeral 11: por medio de la cual se estipula la <i>"Atención a grupos vulnerables, como competencia de las entidades territoriales en otros sectores"</i> determinando que se " Podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, como la población infantil, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar"</p> |
| | <p><i>Decreto 2591 de 1991</i> <i>"Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la constitución Política"</i></p> | <p>En el artículo 10 se estipula que "la acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuara por si misma o a través de un representante " Así mismo resalta que " También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa" En el artículo 42 se determinan los casos en los que la acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares, en lo que respecta al derecho fundamental a la salud " cuando contra quien se hubiere hecho la solicitud este encargado de la prestación del servicio público de salud para proteger los derechos a la vida, a la intimidad, a la igualdad y a la autonomía".</p> |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

5. Marco Epidemiológico

A nivel nacional e internacional se han realizado estudios donde se ha evaluado el impacto psicológico, mental y físico que sufren los cuidadores de personas con trastornos mentales y del comportamiento o con condiciones crónicas. Cabe resaltar que, los efectos sobre la persona cuidadora varían de un país a otro, dado que hay diferencias conceptuales y culturales que giran alrededor del tema.

A continuación se presentan los estudios encontrados en la materia.

A nivel Internacional

India

En el estudio realizado en la India por Deepak Ganjiwale et al. en el año 2010, publicado en 2016 se investigó sobre la "Asociación de la calidad de vida de los cuidadores con la calidad de vida y la independencia funcional de los supervivientes del accidente cerebrovascular"; en la discusión plantean que

cuando la persona sujeta de cuidado se encuentra insatisfecha con su vida, esto se convierte en una carga que afecta negativamente al cuidador.

En general los investigadores consideran que el fuerte apoyo social y la independencia de la persona cuidada favorecen la calidad de vida de ambas personas. (Bergström et al citado por el autor)

Omán

En el estudio "El estrés, la ansiedad y la depresión entre los padres de los niños con trastorno del espectro autista en Omán: un estudio de casos y controles" realizado por Un Omar Al-Fars et al. En los años 2013 y 2014, los investigadores hacen referencia a que la carga psicológica o síntomas adversos que se manifiestan en el cuidador de niños con Trastornos del Espectro Autista, están relacionados con la presencia de ansiedad, depresión y estrés psicológico, los autores recomiendan afinar la validación y fiabilidad de los instrumentos que se utilizan para medir ansiedad en los cuidadores.

España

Según el estudio "el apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo de programa " como mantener su bienestar" realizado por María Crespo López y Javier López Martínez "Los porcentajes de trastornos clínicos del estado de ánimo son especialmente frecuentes, alcanzan el 53%, entre quienes buscan ayuda en programas psicoeducativos de manejo del estrés (Gallagher, Rose, Rivera, Lovett y Thompson, 1989). Sin embargo, muchos cuidadores muestran problemas emocionales sin llegar a cumplir criterios diagnósticos de trastorno clínico del estado de ánimo o de ansiedad (Coope et al., 1995; McNaughton, Patterson, Smith y Grant, 1995; Mohide, Pringle, Streiner, Gilbert y Muir, 1990; Shaw et al., 1999). Así, es frecuente la presencia de síntomas como problemas de sueño, sentimientos de desesperanza, preocupaciones por el futuro, etc." (Crespo Lopez, 2007)

Otro aspecto considerado dentro del estudio se refirió a que "los cuidadores de familiares con demencia experimentan mayores problemas que aquellos que cuidan a otro tipo de enfermos. Dichos cuidadores padecen niveles más elevados de problemática emocional general que los cuidadores de personas con cáncer (Clipp y George, 1993), y mayores niveles de ansiedad y depresión que los cuidadores de personas con Parkinson (Hooker, Monahan, Bowman, Frazier y Shifren, 1998). "

Chile

El estudio "cuidado informal, un reto asumido por la mujer" realizado por Sandra Vaquiro Rodríguez et. Al en el año 2010 en Chile, considero que "La vida de la cuidadora se acondiciona por su papel, el 68% de las cuidadoras percibe que

cuidar afecta de manera importante la salud, su vida social y personal. Sobre su propia salud, se encuentran a menudo cansadas del cuidado en un 51,2% de los casos, el 32,1% se siente deprimida. Sobre su vida afectiva, el 64,1% declara que se han visto obligadas a disminuir su tiempo de ocio. Sobre aspectos laborales: el 26% confiesa no poder plantearse trabajo fuera; el 11,5 % ha tenido que abandonar el trabajo, el 12,4% se ha visto obligada(o) a reducir su jornada de trabajo” (Vaquiro & Stieповich, 2010)

Además anotan que “se requiere que se reconozca el cuidado informal como un trabajo que aporta a la economía, no como un recurso sin valor con el que se cuenta normalmente y que se asigna dentro del cuidado doméstico no pagado; teniendo en consideración el creciente aumento de la demanda del cuidado, el cuestionamiento de la disponibilidad futura de las cuidadoras informales, las familias monoparentales y las reformas de los sistemas” (Vaquiro & Stieповich, 2010)

A nivel Nacional

Bogotá

En el estudio realizado por Gómez Galindo et al. Sobre “Cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá: características y condiciones” Las investigadoras detectaron “ la influencia de variables de género en el quehacer del cuidador, así como precariedad económica, fragilidad en redes de apoyo, autopercepción de alteraciones en la salud, elevada dedicación en tiempo a actividades de cuidado informal y multiplicidad de funciones a cargo. La Escala de Goldberg arrojó que un 80 % de la muestra presenta rasgos de ansiedad y un 82 % de depresión. La Escala de Zarit estimó que un 69 % de los cuidadores experimenta sobrecarga en su labor”. Concluyeron que “las condiciones de bienestar y salud de los cuidadores de personas con discapacidad severa evidencian alteraciones que urgen respuestas, no sólo desde el ámbito de la acción pública, sino también desde el actuar profesional a la luz del reconocimiento cultural y fortalecimiento de dicha labor.” (Gomez Galindo , Parra Esquivel, & Peñas Felizzola)

Cali

El estudio “La comparación de los cuidadores de demencia y controles sanos en la salud y la salud relacionados con la calidad de la vida mental, en Cali, Colombia” realizado por Brenna Posner et al. en el año 2015. Tuvo como propósito comparar la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores de personas con demencia y un grupo control; aunque los investigadores plantearon la hipótesis de que los cuidadores de personas con demencia tendrían niveles más bajos de salud mental y de calidad de vida, el estudio mostró que los cuidadores presentaron mayores niveles de depresión pero no de estrés y se encontraban satisfechos con su calidad de vida. Estos resultados probablemente se debieron a

que los cuidadores no percibían la depresión como una enfermedad que requiriera atención en salud, puesto que “la depresión no se ve a menudo como una enfermedad mental en América Latina”. (Posner, Brena et al., 2015)

Cartagena

En el estudio “características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia): un estudio comparativo” realizado por Amparo Montalvo Prieto et al. Durante los años 2006 y 2007; “Participaron un total de 294 personas cuidadoras, distribuidas en 84 cuidadores de pacientes con Alzheimer; 67 cuidadores de niños en situación de discapacidad; 62 cuidadores de personas que conviven con el virus del VIH-sida, y 60 cuidadores de personas con enfermedad cerebro vascular” evidenciando que “ del total del grupo estudiado, el 87% correspondió al género femenino; el rango de edad del grupo general de cuidadores guardó proporciones similares en las edades mayor y menor de 35 años. En cuanto a la escolaridad de los cuidadores, el 72% tenía bachillerato completo o incompleto y un 83% de ellos pertenece al nivel socioeconómico bajo. Con respecto a la experiencia de cuidado, el 88% cuida desde el momento del diagnóstico, el 69% de ellos son únicos cuidadores y llevan más de 18 meses en esta tarea” (Montalvo Prieto, Amparo et al., 2008) en los resultados del estudio se evidencia una mayor proporción de mujeres que asumen el papel de cuidadoras, quienes tienen una dedicación de más de 12 horas diarias desempeñándose como únicas cuidadoras.

Encuesta Nacional de Salud Mental

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el año 2015 las enfermedades crónicas son consideradas como un problema de salud pública, “para la población colombiana en el rango de edad de 18 a 44 años se encuentra que el 36,7% (IC95%: 35,3-38,1) describe que han sido diagnosticados con por lo menos una enfermedad crónica, de las cuales la más frecuente es la obesidad presentándose en un 10,5%, seguida de la hipertensión (5,9%), enfermedad gastrointestinal (4,3%) y enfermedad pulmonar (3,3%). La enfermedad mental diagnosticada por médico se reportó en 2,4%, siendo 2,7% para mujeres y 2% para hombres” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015)

En lo relacionado con la salud mental y el sufrimiento emocional, se evidencia que los eventos críticos en los últimos 12 meses y su impacto, varían conforme al género y a la edad; en el caso de los adultos de 18 a 44 años el evento que tuvo mayor frecuencia se relacionó con el tener un cambio importante en la vida 32,2% (30,3% hombres, 33,6% mujeres); de 45 años en adelante el evento que mayor frecuencia tuvo fue la enfermedad o muerte de un familiar o alguien muy cercano: 26,0% (25,9% hombres, 26,0% mujeres)

Se considera que estos datos epidemiológicos son relevantes para el desarrollo del tema, toda vez que hay cambios importantes en la vida, que pueden estar

asociados al cuidado de un familiar que lo requiere; evidenciándose en el grupo de personas de 45 años o más que un evento crítico estresante es el hecho de que un familiar se enferme o muera.

Los estudios epidemiológicos consultados evidencian como la salud mental se puede ver afectada a la hora de realizar la labor de cuidar, labor que se le ha venido atribuyendo a las mujeres, debido a las construcciones culturales asociadas al género, por lo que se hace necesario realizar acciones para que se reconozca el cuidado familiar e informal como un trabajo, el cual le aporta a la economía de una país, de un territorio y de una familia y que por ende debe ser reconocido.

Sumado a lo anterior, es evidente como el fuerte apoyo social influye en la calidad de vida tanto de la persona cuidadora como de la persona que requiere de cuidado, por lo que el estado debe generar políticas y programas que le apunten a la formalización del cuidado familiar e informal, brindándole formación a las personas que ejerzan dicha labor, y generando acciones en red que permitan una atención integral a estas personas para la garantía de sus derechos tanto en salud como en salud mental.

Para finalizar se debe trabajar en la eliminación del estigma frente a los trastornos mentales y/o enfermedades crónicas, brindando más información y educación en salud tanto a las personas cuidadoras como a las personas sujeto de cuidado, con el fin de que conozcan sobre la enfermedad, su identificación y manejo, así como los servicios, programas y proyectos presentes en los territorios con los que cuentan.

6. Marco Conceptual

“El cuidado es una acción que se concreta a partir de relaciones, es una acción entre seres vivos. Todos cuidan y son cuidados” (Kuerten, Lenise do Prado, & De Gasperi, 2009). Como acción humana, el cuidado abre la perspectiva del otro, la mirada hacia sus necesidades e intereses y hacia sus formas de ser y de actuar.

En esta relación, se potencia la autonomía y el respeto, situando tanto a la persona cuidadora como a la persona sujeto de cuidado como sujetos activos, que establecen una relación de corresponsabilidad y reciprocidad.

Es de anotar que antes de establecer una relación con el otro, cada persona debe reconocerse a sí misma, contando con elementos que le ayuden a asumir diversos problemas, y por ende gozar de salud mental; la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2013)

La Ley 1616 de 2013, define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (ley 1616 de 2013)

Dicho estado de bienestar, para afrontar las tensiones normales de la vida y hacer una contribución a la comunidad permite a los individuos cuidar de sí y de otros, lo que repercute directamente con el cuidado de la salud el cual “comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea” (Política de Atención Integral en Salud, 2016)

Ahora bien, hay situaciones en las que las familias deben afrontar dificultades relacionadas a la enfermedad de uno de sus integrantes, lo que genera estrés e incertidumbres asociadas a enfermar y a cuidar a quien se enferma.

“ Una situación de enfermedad afecta no sólo a la persona que la sufre, sino también a todas aquellas que tienen algún vínculo con ella (familia, amigos e incluso profesionales) ” (Fornés Vives, 2003)

Así mismo, la persona que sufre la enfermedad, puede necesitar asistencia, generándose una dependencia funcional la cual es definida como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal ” (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016)

Esta asistencia y/o ayudas requeridas las puede desarrollar una persona cuidadora quien “Es aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional, lo cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria” al respecto “se identifican tres tipos de personas cuidadoras”

Personas cuidadora familiar: Es aquella persona que tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y que brinda cuidado de forma permanente o transitoria.

Persona Cuidadora Informal: Es aquella persona que no tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado y no tiene formación para el cuidado, puede ser una labor remunerada o no.

Persona Cuidadora formal: Es aquella persona que tiene vinculación laboral legal con una institución o persona natural y que tiene formación para el cuidado. ”

(Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción , 2016)

En el desarrollo del documento, se hará alusión a la persona cuidadora familiar e informal de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, generando reflexiones para que de manera integral se realicen acciones que promuevan en las mismas su autocuidado y fortalecimiento de factores protectores que favorezcan su desarrollo personal así como su relación con la persona que cuida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes" (Organización Mundial de la Salud)

De igual forma, " Dentro de las patologías crónicas, la enfermedad mental es quizá una de las más numerosas con estas características. El cuidado de una persona con problemas de salud mental supone un desgaste económico, psíquico y personal importante para aquellas personas responsables de su cuidado. " (Fornés Vives, 2003)

La ley 1616 de 2013 define el trastorno mental "como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de vida" (Ley 1616 de 2013)

Entre los trastornos mentales se incluyen la " depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo. " (Organización Mundial de la Salud, 2009)

En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud Mental, los trastornos mentales en adultos son en general más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto los trastornos afectivos bipolares, que fueron superiores en los hombres. " la comorbilidad entre condiciones médicas crónicas y mentales es muy frecuente: más del 68% de los adultos con enfermedad mental reporta tener al menos una enfermedad médica y el 29% de aquellos que tienen enfermedad crónica reporta enfermedad mental" Las consecuencias poblacionales en términos de discapacidad por estas enfermedades están en aumento, principalmente en los países menos desarrollados. (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015)

Situación que requiere cada vez más de personas cuidadoras familiares o informales, quienes pueden presentar desgaste físico o emocional asociado al

desconocimiento de la enfermedad, el cual puede producirse por la falta de información o de preparación para afrontar las condiciones asociadas a la misma; a la sobrecarga que implica el cuidado de la persona que lo requiere y la posible ausencia de recursos económicos, materiales e institucionales para suplir las necesidades de la persona enferma.

“La enfermedad mental, quizás por sus formas de manifestarse o por el pronóstico frecuente de cronicidad, suele ser una de las que más sentimientos negativos genera” “Ello hace que con relativa frecuencia se presenten en sus cuidadores síntomas de cansancio físico, agotamiento emocional y sentimientos de culpabilidad que desgastan sus capacidades y repercuten negativamente en la salud de las personas implicadas y en el pronóstico de la misma enfermedad.” (Fornés Vives, 2003)

En este sentido, la persona cuidadora además de experimentar sentimientos negativos, en muchos de los casos vive tensiones familiares las cuales se presentan por los roles a asumir frente al cuidado de la persona enferma, o por los comportamientos y actitudes de los diferentes integrantes de la familia hacia la persona que requiere de cuidado, lo que puede generar una sobrecarga de las labores a realizar en el día a día, pues empieza a asumir el rol de cuidadora principal.

Este rol, normalmente es asumido por la mujer, puesto que culturalmente se han construido funciones asociadas al género femenino, las cuales tienen que ver con la reproducción, la crianza y el cuidado de los demás, por lo que es “natural” que el cuidado familiar o informal sea atribuido a las mujeres.

“La función del cuidado como apoyo directo, está en manos femeninas, por ejemplo, la atención continua y permanente de las personas con trastornos de larga duración y discapacidad, lo realizan generalmente los propios familiares, con gran predominio de las mujeres, quienes asumen esas tareas durante su transcurso vital” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, p. 89) haciéndose responsables de la salud mental y física de la familia.

Esta responsabilidad familiar, le implica a persona cuidadora principal afrontar eventos estresantes tales como:

- “La dependencia progresiva;
 - Las conductas disruptivas que presenta el enfermo;
 - La restricción de la libertad;
 - La pérdida de estilos vida anteriores;
 - El abordaje de nuevas tareas relacionadas con la enfermedad;
 - La interrupción de las tareas relacionadas con las demandas del ciclo vital.
- ” (Palacios & Jimenez, 2008)

Lo que genera circunstancias de sufrimiento emocional que pueden desencadenar en enfermedad. “Por lo menos en el 80% de los casos de enfermedad mental son

las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante merma de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro intenso conocido como "burnout" o síndrome del cuidador quemado" (Palacios & Jimenez, 2008)

Así las cosas " Si la situación se evalúa como amenazadora y el cuidador se ve sin recursos suficientes para afrontarla, entonces se percibe sometido a estrés. La valoración del estrés lleva a desarrollar unas respuestas emocionales negativas (e.g. síntomas de ansiedad, síntomas depresivos). Estas respuestas emocionales negativas pueden disparar respuestas fisiológicas o conductuales como no descansar lo suficiente, no tener una alimentación adecuada, descuidar el propio estado de salud, no acudiendo a los médicos por su propio estado de salud" (Puerto Vidales)

Ahora bien, hay personas cuidadoras principales que no perciben como estresante el hecho de cuidar, puesto cuentan con servicios de apoyo, o han recibido información sobre la enfermedad y su manejo o por que han participado en grupos de apoyo o de ayuda mutua que les han generado buenos mecanismos de adaptación frente a la situación.

Al respecto y con el fin de que se promuevan estos factores protectores en las personas cuidadoras, es fundamental implementar metodologías por medio de las cuales se generen procesos de inclusión, para ello la Rehabilitación Basada en Comunidad RBC entendida como "Una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país" (Red de Redes de RBC en Colombia); se evidencia como una posibilidad para visibilizar las acciones desarrolladas por las personas cuidadoras fomentando su participación sin barreras en procesos institucionales y comunitarios.

Los procesos institucionales están integrados por los procedimientos y servicios en salud mental en el marco del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, a su vez los procesos comunitarios se desarrollan a través del Plan de Intervenciones Colectivas PIC , incluyendo "detección temprana, demanda inducida (tamizaje, canalización de casos y acompañamiento); Intervenciones iniciales (primeros auxilios emocionales e intervenciones breves); Grupos de apoyo mutuo, movilización y agenciamiento de la salud mental (conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales, información, educación y comunicación en salud)." (Rehabilitación Basada en Comunidad(RBC) una estrategia para la prevención, atención, rehabilitación y gestión de riesgos en salud mental , 2015)

Desde esta perspectiva el objetivo de la RBC en salud mental es “ Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros” (RBC en Salud Mental- documento borrador , 2015)

De esta manera se fortalecen los factores protectores tanto para la persona cuidadora como para la persona sujeto de cuidado, buscando la promoción de la salud mental, y participación en procesos que incluyan la educación en salud, identificación y manejo de problemas y trastornos mentales, rutas de atención, derechos y deberes, participación en grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua, así como organización y movilización social en pro de la defensa de los derechos de las personas con problemas y trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes y sus cuidadores.

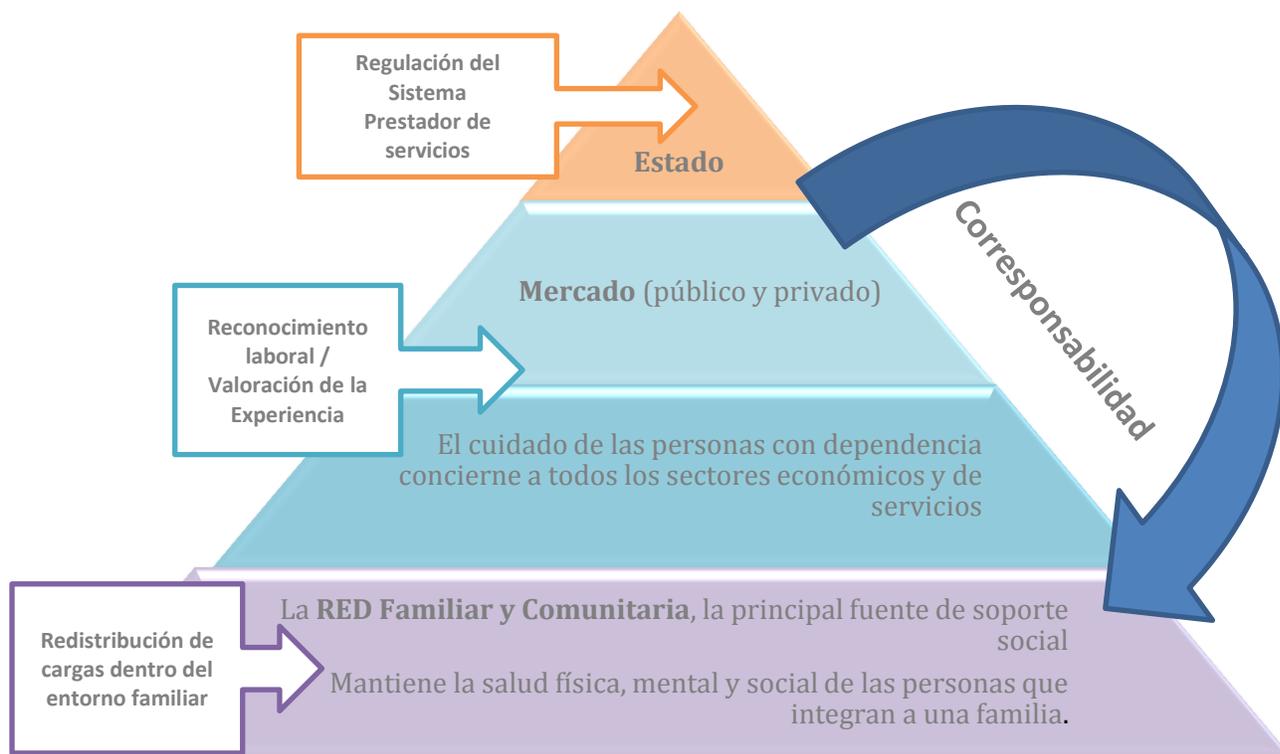
Sumado a lo anterior, en los territorios se debe afianzar el Sistema de la Protección Social definido por la ley 789 de 2002 como el “conjunto de políticas públicas destinadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos” este sistema en materia de salud, busca que “ los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos.” (Ley 789 de 2002)

Promoviendo la articulación institucional y programas de asistencia y protección social que realicen acciones integrales en pro de las poblaciones en condición de vulnerabilidad, y en este caso a las personas cuidadoras y quienes requieren de cuidado.

Esta articulación institucional se integra a la propuesta de crear un Subsistema Nacional de Cuidados, el cual tiene un enfoque socio-sanitario en el marco del sistema de la protección social y requiere de la participación de “ entes del estado como: Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de las TIC, Ministerio de Justicia, Ministerio de Hacienda, Departamento Nacional de Planeación –DNP, Departamento de la Prosperidad Social – DPS, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, el SENA y el Sistema Nacional de Bienestar Familiar –SNBF; pero también implica la relación del mercado de servicios de cuidado público, privado o mixto, con la red familiar y comunitaria entendida esta como la fuente principal de soporte social. (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016)

Por lo que se plantea una estructura piramidal en la que confluyen diferentes actores y programas en diferentes niveles de atención:

Gráfica 1 Estado, Sociedad y Familia: Actores corresponsables en el Sistema de Cuidado



Fuente: Documento en construcción Mesa de Organización del Cuidado y Persona Cuidadora MSPS. 2016

Este sistema de cuidado fomenta la corresponsabilidad entre los diferentes actores, reconociendo que la base principal y fuente de apoyo social es la Red Familiar y Comunitaria, y proponiendo una redistribución de cargas dentro del entorno familiar, con el propósito de construir relaciones equitativas, en tanto las relaciones, roles y tareas en torno al cuidado sean definidas por los integrantes de su familia independientemente a su identidad de género.

En la parte intermedia se encuentra el mercado, lo que evidencia que el cuidado de las personas con dependencia le concierne a todos los sectores económicos y de servicios públicos y privados. En la punta de la pirámide se encuentra el estado, quien regula el sistema y presta servicios, manteniendo una permanente interlocución con los otros niveles.

De esta manera se afecta positivamente los determinantes sociales de la salud entendidos como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven,

trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” (Organización Mundial de la Salud)

Para lograr este objetivo, se deben fortalecer en los territorios servicios integrados en salud y en salud mental implementando estrategias como la RBC y rutas integrales de atención en salud, que contribuyan positivamente a visibilizar la labor del cuidado e impactando directamente en los entornos en donde se desarrolla la vida cotidiana de la persona cuidadora y quien requiere cuidado.

En ese sentido, se busca que en el entorno **Hogar**, se activen redes sociales e institucionales logrando:

Brindar soporte emocional sobre el afrontamiento de la enfermedad.

Brindar y recibir atención psicosocial.

Sensibilizar frente a:

- Principales funciones a realizar en torno al cuidado de la persona sujeto de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes
- Adherencia al tratamiento
- Prácticas para fortalecer la salud tanto de la persona cuidadora como de la persona sujeto de cuidado.

Realizar procesos de formación para que la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado conozcan la enfermedad mental y su abordaje.

Sensibilizar a la persona cuidadora, sobre los recursos comunitarios con los que cuenta en el territorio en materia de salud mental.

Informar sobre las rutas integrales de atención en salud, especialmente sobre la de problemas y trastornos mentales en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS.

Promover acciones con la persona cuidadora que fortalezcan:

- El Autocuidado
- Desarrollo personal y proyecto de vida
- Estilos de vida saludables: ejercicio y recreación
- Manejo del estrés
- Factores protectores hacia el control de problemas y trastornos mentales
- Organización de la cotidianidad de tal manera que pueda distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia.

Canalizando a programas de promoción y prevención en salud mental y a rutas integrales de atención en salud, según sea el caso.

Sumado a lo anterior, es fundamental realizar intervenciones con la familia, buscando reconocer el entorno en el que están inmersos sus integrantes y

brindando información sobre los recursos comunitarios y rutas con las que cuentan en el territorio en materia de salud y salud mental.

Si se realizan intervenciones con el entorno hogar esto influye en la salud mental de todos sus integrantes.

En el entorno **Comunitario:**

Es fundamental Sensibilizar sobre derechos, deberes y mecanismos de participación en salud, garantizando su uso y brindando una respuesta efectiva a las necesidades y sugerencias presentadas a través de los mismos.

Así como "Promover la conformación de Grupos de Ayuda Mutua de familias y personas con trastorno mental" puesto que "ayudan a reducir el "auto-estigma" y mejorar la confianza y la autoestima. Compartir problemas y experiencias ayuda a clarificar sentimientos, a aceptar un diagnóstico de trastorno mental y encontrar alternativas para mejorar la adherencia al tratamiento y la reducción del estigma social. Pueden aportar en la gestión de riesgos colectivos asociados a trastornos mentales y gestionar recursos materiales y financieros para situaciones de crisis y para el cuidado de sus familiares en caso de ser necesario." (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Otra alternativa es la participación en grupos de apoyo los cuales son liderados por un profesional entrenado (Médico, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermero) generando procesos de psi coeducación y apoyo social que favorecen el reconocimiento, manejo y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales por parte de las personas que los presentan, sus familias y cuidadores. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

En el entorno **laboral** se busca:

Implementar acciones enfocadas en las personas cuidadoras, con el objetivo de fomentar la gestión de empleo para la productividad y orientación ocupacional.

Activar los mecanismos de protección al cesante, conforme lo estipula la ley y según sea el caso.

Profesionalizar la labor.

Implementar acciones enfocadas en la protección y seguridad en el trabajo, prevención de enfermedades profesionales, riesgos psicosociales, riesgos profesionales e inclusión laboral a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes.

En el entorno **educativo** se busca:

Realizar acciones intersectoriales para vincular a persona cuidadora a procesos educativos formales y no formales. (En el desarrollo del documento se especificaran más acciones a implementar en los entornos.)

Todo lo anterior posibilitara el apoyo social que “se refiere a los intercambios entre los miembros de una red o entramado de relaciones” (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, p. 88) y la corresponsabilidad de todos los actores tanto del SGSSS como de los diferentes sectores en hacer que tanto la persona cuidadora como la persona sujeto de cuidado gocen de mayor calidad de vida y se equilibren las responsabilidades frente a esta labor que les compete a todos: familia, estado y sociedad en general.

7. Gestión Integrada para la Salud Mental

La Gestión Integrada para la salud mental, comprende las acciones de promoción de la salud mental, las de gestión Integral del Riesgo en salud mental, y las de Gestión de la Salud Pública. (Lineamientos para la Gestión Integrada en Salud Mental, 2016)

Gráfica 2 Gestión Integrada para la salud mental



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

7.1. Gestión de la salud pública

Según la resolución 518 de 2015, la gestión de la salud pública “se constituye en un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas, y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad,

con el propósito de alcanzar los resultados en salud" (Resolución 518 de 2015)

A continuación se describen los procesos para la gestión de la salud pública, descritos en la resolución, sumado a las acciones que desde el orden nacional y local deben desarrollarse para la inclusión de las personas cuidadoras y las personas sujeto de cuidado con trastorno mental y/o enfermedades crónicas discapacitantes.

Tabla 2 Competencias de actores y sectores

| QUE? | COMO? | QUIEN? |
|---|--|--|
| Constitución Política | <p>El estado debe promover las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptar medidas en favor de grupos discriminados o marginados, conforme se establece en el artículo 13 de la constitución política.</p> <p>En el artículo 47 se estipula que " El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran"</p> | <p>MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES Y/O DISTRITALES DE SALUD SECRETARÍAS MUNICIPALES DE SALUD</p> |
| Política de derechos humanos y derecho internacional humanitario | Garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas cuidadoras, las personas sujeto de cuidado y sus familias, respondiendo de manera oportuna y efectiva a la vulneración de sus derechos, a través de la articulación a planes, programas y proyectos que en la materia se desarrollan a nivel nacional, departamental y local. | ENTIDAD TERRITORIAL (OTROS SECTORES) EAPB |
| Garantizar la inclusión social de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado | Incentivar políticas para la educación formal y no formal que incluyan a las personas cuidadoras y personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. | MINISTERIO DE EDUCACIÓN SENA ACADEMIA |
| | Implementar acciones enfocadas en las poblaciones vulnerables, con el objetivo de fomentar la gestión de empleo para la productividad, orientación ocupacional, protección y seguridad en el trabajo, prevención de enfermedades profesionales, riesgos psicosociales, riesgos profesionales e inclusión laboral a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. | MINISTERIO DE TRABAJO ASEGURADORAS DE RIESGOS PROFESIONALES JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ |
| Política pública de salud mental | Identificar e implementar las acciones que le compete por ley en materia de salud mental. Adecuar en el territorio la ruta de problemas y trastornos mentales y de epilepsia. | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Articulación de acciones en el territorio con las metas del Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 y dimensión prioritaria convivencia y salud mental. | Promover a nivel territorial, de acuerdo a competencias específicas y necesidades, la salud mental y la prevención y atención de los problemas y trastornos mentales, visibilizando a las poblaciones en condición de vulnerabilidad. | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |

| QUE? | COMO? | QUIEN? |
|---|---|---|
| Articulación de acciones en el territorio con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y la reglamentación de la ley 1616 de 2013 y la 1414 de 2010. | Socializar , adecuar al territorio e Implementar las Rutas Integrales de Atención en Salud, buscando promover la salud mental en los entornos, gestionar el riesgo en salud mental y realizar una atención específica a poblaciones en condición de vulnerabilidad, en este caso a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes y personas sujetos de cuidado. | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARIA DEPARTAMENTALES Y/O DISTRITALES DE SALUD SECRETARIAS MUNICIPALES DE SALUD ENTIDAD TERRITORIAL (OTROS SECTORES) EAPB |
| Promover la construcción participativa del plan de desarrollo territorial | Garantizar una participación activa e incidente en el territorio, de las poblaciones con alta vulnerabilidad, visibilizando acciones específicas para la inclusión, garantía y restablecimiento de derechos en la construcción del plan territorial. | GOBERNACIÓN Y ALCALDÍA POBLACIONES VULNERABLES Y COMUNIDAD EN GENERAL PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO TERRITORIAL. |
| Promover la construcción participativa del plan territorial de salud | Identificar y caracterizar a las poblaciones más vulnerables de su territorio, y sus necesidades particulares en salud y en salud mental. Convocarlas a participar activamente en la construcción del plan territorial de salud, a través de las mesas que disponga la ET. Reconocer particularidades y necesidades sentidas por las poblaciones más vulnerables, visibilizando acciones para la inclusión, acceso y garantía del derecho fundamental a la salud. Socialización a la comunidad en general del plan territorial de salud aprobado. | GOBERNACIÓN Y ALCALDÍA POBLACIONES VULNERABLES Y COMUNIDAD EN GENERAL PARTICIPANTES EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO TERRITORIAL. |
| Monitoreo y seguimiento a la implementación del plan territorial de salud. | Garantizar que la comunidad tenga una participación activa en los procesos de rendición de cuentas, monitoreo y seguimiento del plan territorial de salud. | |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla 3 Procesos para la Gestión de la Salud Pública

| Qué? | Cómo? | Quién? |
|-----------------------------|--|---|
| Coordinación intersectorial | Generar alianzas público-privadas, con el fin de proyectar acciones para la promoción, prevención, protección de derechos vulnerados de las personas cuidadoras y las personas sujetos de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, brindando respuestas integrales que superen la mirada sectorial en el territorio. | GOBERNACIÓN Y ALCALDÍAS ENTIDADES TERRITORIALES EMPRESA PRIVADA |
| Desarrollo de capacidades | Generar estrategias en el territorio, por medio de las cuales se desarrollen las capacidades institucionales y talento humano de las entidades territoriales, EPS, IPS en torno a: Conocimiento de los derechos y deberes de las personas con trastornos mentales y /o enfermedades crónicas discapacitantes y sus cuidadores, fortaleciendo su ejercicio pleno en las instituciones del SGSSS. Conocimiento de las Rutas de Atención Integral en Salud, promoviendo su implementación en el territorio conforme a | |

| QUE? | COMO? | QUIEN? |
|--|--|----------------------------------|
| | <p>las necesidades de la población. Promoción de prácticas incluyentes reduciendo el estigma hacia las personas con problemas y trastornos mentales el cual puede hacerse a través de un proceso formativo y de construcción del conocimiento con los actores involucrados en el tema (FOROS, ENCUENTROS, TALLERES, OTROS)</p> <p>Conformación de equipos interdisciplinarios para brindar una atención integral a las personas cuidadoras y las personas sujetos de cuidado.</p> <p>Establecimiento de alianzas, que permitan identificar las necesidades e intereses específicos de las personas cuidadoras y personas sujeto de cuidado, construyendo planes y proyectos que vayan en armonía con el plan de desarrollo territorial y el plan territorial de salud.</p> | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Gestión administrativa y financiera | <p>Garantizar la ejecución de los recursos destinados para la atención a las personas cuidadoras y personas sujetas de cuidado, llevando a cabo las acciones pertinentes contempladas en los planes territoriales y planes territoriales de salud, para la atención e inclusión a esta población.</p> <p>Establecer un diálogo permanente con la ciudadanía con el fin de garantizar un seguimiento y vigilancia a la gestión de la salud pública.</p> <p>Realizar rendiciones de cuentas, con el fin de informar y justificar el uso de los recursos públicos en el territorio.</p> | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Gestión del aseguramiento | Afiliar a las personas cuidadoras y personas sujeto de cuidado al SGSSS, garantizando su acceso y continuidad en los servicios de salud y brindando una atención de calidad e incluyente. | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Gestión del conocimiento | <p>Conocer el Sistema Nacional de Cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, implementando acciones en los territorios, que den respuesta a las necesidades de cuidado.</p> <p>Promover procesos investigativos tendientes a conocer las dinámicas propias del cuidado de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, buscando visibilizar la labor de la persona cuidadora y generar acciones tendientes a la promoción, prevención, protección de sus derechos así como los de la persona sujeto de cuidado.</p> <p>Conocer los resultados de la encuesta nacional de salud mental 2015, promoviendo acciones conducentes a la promoción de la salud mental en el territorio, así como la atención integral a los problemas y trastornos mentales de las poblaciones vulnerables.</p> <p>Promover espacios para la investigación cualitativa y creación de nuevos conocimientos a partir de las experiencias de implementación de las diferentes estrategias y acciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas cuidadoras.</p> | MSPS ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Gestión de insumos de interés en salud pública | Contar con insumos o requisitos mínimos en salud y en salud mental para brindar la atención de personas cuidadoras y personas sujetos de cuidado (médicos entrenados en MHGAP, IPS habitadas con servicio de Psicología y Psiquiatría, zonas de orientación y centros de escucha y medicamentos) para el control de riesgos. | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Gestión del Talento Humano | Garantizar la disponibilidad del talento humano en salud, para la atención de personas cuidadoras y personas sujetas de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades | |

| QUE? | COMO? | QUIEN? |
|--|--|---|
| | crónicas discapacitantes. Garantizar que el talento humano cuente con capacidades para la atención de cuidadores y personas sujetos de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes e implementar planes, programas y proyectos enfocados en esta población. | |
| Gestión de las intervenciones colectivas | Implementar, monitorear y evaluar intervenciones colectivas buscando realizar acciones de promoción enfocadas en el desarrollo de capacidades e información en salud con enfoque diferencial; prevención a partir de la identificación de necesidades y canalización a servicios de salud; y empoderamiento mediante la conformación de redes sociales y comunitarias con cuidadores y personas sujetos de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARIA DEPARTAMENTALES Y/O DISTRITALES DE SALUD SECRETARIAS MUNICIPALES DE SALUD ENTIDAD TERRITORIAL (OTROS SECTORES) EAPB |
| Gestión de la prestación de servicios individuales | Velar por la garantía del derecho fundamental a la salud y a la protección social de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado. Garantizar la exigibilidad de derechos por parte de esta población Promover una atención efectiva e integral, basadas en la detección temprana de problemas y trastornos mentales, promoción de la salud mental, recuperación, rehabilitación y atención paleativa en el territorio, teniendo como referente las Rutas Integrales de Atención Integral en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud. Garantizar estándares de habilitación de servicios de salud mental, de las IPS en cada territorio. | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Participación Social | Implementar estrategias formativas, encaminadas a que los cuidadores y las personas sujetos de cuidado, conozcan: -Derechos y deberes -Participación social -Participación social en salud mental -Oferta institucional -Rutas de atención y mecanismos para la exigibilidad de derechos en el territorio. -Control social entre otros. Fomentando el Desarrollo de capacidades para involucrar a las personas en las decisiones que afecten su salud y su salud mental y la participación con incidencia. | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARIA DEPARTAMENTALES Y/O DISTRITALES DE SALUD SECRETARIAS MUNICIPALES DE SALUD ENTIDAD TERRITORIAL (OTROS SECTORES) EAPB |
| Planeación integral en salud | Promover la construcción participativa del plan territorial de salud, su implementación y evaluación, promoviendo e implementando acciones con las poblaciones en condición de vulnerabilidad. | SECRETARIA DEPARTAMENTAL, DISTRITAL Y MUNICIPALES DE SALUD COMUNIDAD EN GENERAL |
| Vigilancia en salud publica | Generar información sobre las necesidades de las personas que asumen el rol de cuidadores y los factores de riesgo asociados a su labor, con el fin de orientar políticas, planes, programas y proyectos en el territorio que busquen prevenir y controlar riesgos en salud, así como realizar intervenciones para la promoción de la salud mental tanto de la persona cuidadora como de la persona sujeto de cuidado y su familia. | ENTIDAD TERRITORIAL EAPB |
| Inspección vigilancia y control | En caso de no brindar los servicios en salud requeridos y con la oportunidad y calidad necesarias se presentan reclamos ante: la EPS, Secretaria Municipal de Salud, si no hay respuesta a estas solicitudes las instancias superiores son la Secretaria Departamental o Distrital de Salud y la Superintendencia de Salud. | SUPER SALUD SECRETARIAS DEPARTAMENTALES Y MUNICIPALES EPS ORGANISMOS DE CONTROL |

| QUE? | COMO? | QUIEN? |
|------|--|--|
| | El MSPS ha diseñado diferentes instrumentos para hacer monitoreo y seguimiento a la implementación de planes, programas y proyectos a través de herramientas en las que se reportan, datos epidemiológicos, atenciones brindadas entre otros (ej. SIVIGILA, VESPA, SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL), buscando hacer vigilancia y control para minimizar riesgos, daños e impactos negativos para la salud. | EL MSPS EFECTÚA SEGUIMIENTO A LAS ENTIDADES TERRITORIALES DA LÍNEA TÉCNICA Y DESARROLLO DE CAPACIDADES (ENTRE OTROS) |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

7.2. Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental, consiste en proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer una mayor control sobre la misma. La Ley 1616 de 2013 define la promoción de la Salud Mental como “una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la Salud Mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo teniendo en cuenta el marco cultural colombiano”. (Lineamientos para la Gestión Integrada en Salud Mental, 2016)

A continuación se presentan las acciones específicas a desarrollar con los cuidadores de personas con trastorno mental y/o enfermedades crónicas discapacitantes:

Tabla 4 Proceso para la Promoción de la Salud Mental

| | ENTORNO | FACTORES DE RIESGO | ACCIONES PARA EL FOMENTO DE FACTORES PROTECTORES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL | QUIENES? | INDICADOR |
|--|---------|--|--|---|--|
| PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL CUIDADOR DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O TRASTORNOS MENTALES DISCAPACITANTES | | Mitos sobre las enfermedades mentales | Realizar procesos de formación para que la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado conozcan la enfermedad mental y su abordaje. Sensibilizar a la persona cuidadora, sobre los recursos comunitarios con los que cuenta en el territorio en materia de salud mental. Informar sobre las rutas integrales de atención en salud, especialmente sobre la de problemas y trastornos mentales en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud MIAS. | Ente Territorial EAPB Persona sujeto de cuidado Persona cuidadora | Personas formadas y sensibilizadas en materia de salud mental (problemas y trastornos mentales) % de personas que acceden a programas y servicios institucionales en materia de salud mental. % de personas que entran a la ruta de problemas y trastornos mentales. |
| | | Sobrecarga de roles en la persona cuidadora, sin llegar a acuerdos sobre el cuidado de la persona sujeto de cuidado. | Realizar visita domiciliaria para hacer un acompañamiento a la familia con el fin de: -Caracterizar a la persona sujeto de cuidado y su familia. -Establecimiento de roles y acuerdos para el cuidado de la persona que lo | Ente Territorial Otros sectores EAPB | N de familias visitadas |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | <p>Atender otras demandas familiares diferentes al cuidado de la persona sujeto de cuidado(cuidado del hogar e hijos entre otros)</p> <p>Deterioro progresivo de la persona sujeto de cuidado, lo que implica mayor dedicación y tiempo a la persona cuidadora.</p> | <p>requiere.</p> <p>-Explicar las causas, naturaleza y tratamientos de la enfermedad mental y/o enfermedad crónica discapacitante que padece la persona sujeto de cuidado.</p> <p>-Brindar información a la familia sobre los recursos comunitarios y rutas con las que cuenta en el territorio en materia de salud mental.</p> <p>-Canalización EAPB y prestador primario</p> <p>-Canalización a otros sectores y realizar seguimiento a esta canalización.</p> <p>-Orientar la toma de decisiones de la familia, frente al cuidado que requiere la persona cuidadora, y los diferentes roles asumidos para tal fin.</p> | <p>Persona sujeto de cuidado</p> <p>Persona cuidadora</p> <p>Red de apoyo familiar</p> | |
| | | <p>El cuidado de personas sujetos de cuidado en muchos de los casos se delega a la mujer</p> <p>Cultura patriarcal= <i>cuidado como labor invisible</i>: funciones como el cuidado del hogar y de la familia son asignadas culturalmente a la mujer, por lo que no hay un reconocimiento por su labor dado que es una función " natural" asociada al género femenino.</p> | <p>Realizar procesos de sensibilización y formación a la comunidad (involucrando a hombres, mujeres, población LGBTI) que promuevan nuevos esquemas en las relaciones entre los géneros, basadas en la equidad, el respeto y la responsabilidad compartida con énfasis en el cuidado.</p> <p>Establecer en la EAPB y prestador primario, un sistema de registro de las personas cuidadoras presentes en el territorio, identificándolos y visibilizando su labor.</p> | <p>Ente Territorial</p> <p>Otros sectores</p> <p>EAPB</p> <p>Comunidad participante</p> | <p>N de procesos de formación implementados</p> <p>N de personas sensibilizadas</p> <p>1 sistema de registro creado o actualizado en el territorio</p> |
| | | <p>La persona cuidadora puede convertirse en un futuro en persona sujeto de cuidado</p> <p>Dejar o postergar el proyecto de vida(renuncias)</p> <p>Incertidumbre ante el futuro</p> <p>Olvidarse de sí mismo(a)</p> <p>Estilo de vida poco saludable(aumento o disminución del apetito)</p> <p>Elevado nivel de estrés</p> <p>Impacto emocional</p> <p>Sensación de impotencia, tristeza, dolor, depresión</p> <p>Agudización de los problemas de salud propios.</p> <p>Problemas asociados al sueño</p> | <p>Promover acciones con la persona cuidador que fortalezcan el autocuidado, a través acciones destinadas a lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Desarrollo personal y proyecto de vida 2.Estilos de vida saludables: ejercicio y recreación 3.Manejo del estrés 4. Fortalecimiento de factores protectores hacia el control de problemas y trastornos mentales 5.Organización de la cotidianidad de tal manera que pueda distribuir tareas asociadas al cuidado con otros miembros de la familia. 6. Canalización a programas de promoción y prevención de salud mental y a rutas integrales de atención en salud, según sea el caso. | <p>Ente Territorial</p> <p>Otros sectores (educación, trabajo o quienes hagan sus veces en el territorio)</p> <p>EAPB</p> <p>Persona cuidadora</p> | <p>-% de personas cuidadoras que iniciaron un proyecto educativo u otro tipo de proyecto</p> <p>-% de personas cuidadoras atendidas por trastornos mentales y del comportamiento</p> <p>-% de personas cuidadoras canalizadas a programas de promoción y prevención de salud mental.</p> <p>-% de personas atendidas por riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales</p> |

| | | | | |
|--------------------|---|--|--|---|
| | Muerte de la persona sujeto de cuidado | Acompañar a la persona cuidadora y su familia en las etapas naturales del duelo, buscando realizar una intervención adecuada en la separación definitiva con la persona sujeto de cuidado, mediante acciones como: --Canalización EAPB y prestador primario -Canalizar a las rutas integrales de atención en salud según sea el caso. | Ente territorial EAPB Persona cuidadora Red de apoyo familiar | N de acciones realizadas con las personas cuidadoras y sus familias(según sea el caso) para el abordaje del duelo |
| COMUNITARIO | Carencia de redes de apoyo sociales-institucionales. | Vinculación a redes sociales e institucionales de apoyo.(planes, programas y proyectos presentes en el territorio) | Ente territorial otros sectores EAPB | % de cuidadores vinculados a redes de apoyo social e institucional (planes, programas y proyectos presentes en el territorio) |
| | Acceso al SGSSS | Garantizar el acceso al SGSSS Brindar servicios de salud humanizados y oportunos Garantizar que la atención en salud se brinde a las poblaciones más vulnerables. Velar por la garantía del derecho fundamental a la salud y a la protección social de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado. | Ente territorial EAPB | Nivel de satisfacción de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado Calidad en la prestación del servicio. |
| | Poca participación en el territorio, desconocimiento de derechos y deberes en materia de salud y salud mental. | Sensibilizar sobre derechos, deberes y mecanismos de participación en salud, garantizando su uso y brindando una respuesta efectiva a las necesidades y sugerencias presentadas a través de los mismos. Informar a la personas cuidadoras y personas sujetos de cuidado, sobre rutas de atención y mecanismos que permitan reducir barreras de acceso al SGSSS y a los servicios en salud mental. Fomentar el desarrollo de capacidades para involucrar a las personas cuidadoras y sujetas de cuidado en las decisiones que afecten su salud. | Ente territorial EAPB Comunidad participante en procesos de formación Personas cuidadoras y personas sujetos de cuidado | N de personas sensibilizadas Nivel de satisfacción de las personas, familias, y comunidad en general frente a la efectividad en las respuestas y soluciones que en materia de salud mental se hayan presentado a partir de los mecanismos de participación. % de personas cuidadoras y personas sujetos de cuidado con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes que ingresan a la ruta de problemas y trastornos mentales. |
| COMUNITARIO | Estigma y discriminación | Promover la participación de la persona cuidadora y la persona sujeto de cuidado en el desarrollo de campañas contra la discriminación y eliminación del estigma. Incentivar a la comunidad en general a conocer las campañas contra la discriminación y eliminación del estigma contra las personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. | Ente territorial EAPB Comunidad participante Personas cuidadoras y personas sujetos de cuidado | % de personas participantes en campañas contra la discriminación y eliminación del estigma de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes. |
| | Desconocimiento en materia de salud mental por parte del talento humano del SGSSS (normatividad, derechos en salud | Formación al talento humano de las entidades territoriales y EAPB, en materia de salud mental (normatividad, derechos en salud mental, cuidado de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, problemas y trastornos mentales, | Ente territorial EAPB Talento humano participante en procesos | % de personas participantes en procesos de formación |

| | | | | | |
|--|------------------|---|--|--|---|
| | EDUCATIVO | mental, problemas y trastornos mentales, cuidado de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes, participación social en salud mental entre otros) | participación social en salud mental entre otros) | de formación | |
| | | Baja escolaridad de persona cuidadora | Realizar acciones intersectoriales para vincular a persona cuidadora a procesos educativos formales y no formales | Secretarías de educación distritales o municipales (o quien haga sus veces) Entidad territorial Otros sectores EAPB | % de personas cuidadoras vinculadas a procesos educativos formales % de personas cuidadoras vinculadas a procesos educativos no formales |
| | LABORAL | Dificultades económicas | Implementar acciones enfocadas en las poblaciones vulnerables, con el objetivo de fomentar la gestión de empleo para la productividad y orientación ocupacional. Activar los mecanismos de protección al cesante, conforme lo estipula la ley y según sea el caso. | Ministerio de Trabajo Servicio Nacional de Aprendizaje SENA otros sectores | % de acciones para la productividad y orientación ocupacional implementadas con personas cuidadoras. |
| | | Ingresos limitados | | | |
| | | Aumento de egresos | | | |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

7.3. Gestión integral del riesgo

Según la Política de Atención Integral en Salud “ La Gestión Integral del Riesgo en Salud es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales y extra-sectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en el entorno donde viven, estudian, trabajan o se recrean; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

“La Gestión Integral del Riesgo en Salud tiene un componente colectivo y otro individual. El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial e integra las intervenciones preventivas y el individual es responsabilidad primaria del asegurador e involucra el análisis de la historia natural del riesgo en salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Para el abordaje de la gestión integral del riesgo en la salud de los cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes es importante que en los territorios se generen acciones preventivas enfocadas a anticiparse a los factores de riesgo asociadas a la labor de cuidar, evitando que se generen repercusiones en la salud y en la salud mental de la persona cuidadora y por ende repercutan en la salud de la persona que cuida.

A continuación se presentan acciones a realizar desde la Gestión integral del riesgo individual a partir de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC que permitan la garantía del derecho fundamental a la salud y a la salud mental. Así mismo se desarrolla la gestión del riesgo colectivo a partir de la implementación de la estrategia metodológica Rehabilitación Basada en Comunidad, que en salud mental tiene como objetivo “ lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

**Tabla 5 Gestión del riesgo en Salud Acciones Componente Colectivo-
Rehabilitación Basada en la Comunidad**

| FASES | ACTIVIDADES | FUENTE/ RESPONSABLE | RECURSOS |
|---|--|--|---|
| Definición del grupo de riesgo | Priorización de zonas de alta vulnerabilidad en el territorio dependiendo de su perfil epidemiológico, con el fin de identificar cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes | Análisis de Situación de Salud (ASIS) | Talento humano que conozca las características, necesidades y condiciones específicas del territorio. |
| Identificación de las personas que pertenecen al grupo de riesgo | Trabajo de campo en zonas priorizadas, con el fin de identificar cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes | Iglesias Juntas de Acción Comunal | Talento humano capacitado para la búsqueda e identificación en la comunidad. |
| | Identificación de personas cuidadoras y personas sujetas de cuidado a partir de los sistemas de información en salud. | -Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. RIPS -Egresos hospitalarios -Historias clínicas -Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD -EAPB (Caracterización de su población afiliada). -Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO. Registro único de afiliados RUAF | Talento humano con conocimiento sobre el funcionamiento de los sistemas de información en salud. |
| Realizar Visita Domiciliaria | <p>-Reconocer el entorno en la que está inmersa la persona cuidadora, la persona sujeto de cuidado y su familia</p> <p>-Caracterizar a la persona cuidadora y su familia</p> <p>-Explicar las causas, naturaleza y tratamientos de la enfermedad mental y/o enfermedad crónica discapacitante que padece la persona sujeto de cuidado.</p> <p>-Brindar información a la familia sobre los recursos comunitarios y rutas con las que cuenta en el territorio en materia de salud mental.</p> <p>-Canalización EAPB y prestador primario</p> <p>-Canalización a otros sectores y realizar seguimiento a esta canalización.</p> <p>-Orientar la toma de decisiones de la familia, frente al cuidado que requiere la persona cuidadora, y los diferentes roles asumidos para tal fin.</p> <p>Se sugiere realizar mínimo 3 visitas, con el fin de identificar necesidades puntuales de la persona cuidadora, la persona sujeto de cuidado y su familia, hacer seguimiento a los acuerdos establecidos, adherencia al tratamiento (administración adecuada del</p> | <p>Instrumento para la realización de visitas domiciliaria utilizado en el territorio, incluyendo información específica relacionada con el grupo de riesgo, como por ejemplo: cuidador primario, red de apoyo, conocimientos sobre su diagnóstico y el manejo de la enfermedad, entre otros.</p> <p>Si existe discapacidad, orientar al Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad RLCPD.</p> | <p>Talento humano con experiencia en la realización de visitas domiciliarias.</p> <p>Talento humano con conocimiento sobre enfermedades y trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes.</p> <p>Talento Humano con conocimiento sobre las redes de servicios existentes en el territorio en materia de salud mental. (rutas y competencias de diferentes sectores). Líderes comunitarios o cuidadores formados como agentes comunitarios de</p> |

| FASES | ACTIVIDADES | FUENTE/ RESPONSABLE | RECURSOS |
|---|--|--|---|
| | medicamento, cumplimiento de controles) así como al uso de los recursos existentes en el territorio. | | RBC en salud mental. |
| Sensibilización, formación y entrenamiento | <p>Formación a: Equipos básicos de salud Líderes, cuidadores Representantes de otros sectores involucrados de manera relevante en la implementación de la estrategia. estos procesos de sensibilización, formación y entrenamiento se pueden llevar a cabo a partir de:</p> <p>Talleres, Cursos virtuales o presenciales en torno a las siguientes temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estrategia RBC en salud mental -Problemas y trastornos mentales -Enfermedades crónicas discapacitantes -Mitos sobre las enfermedades mentales -Estrategias de comunicación y reducción del estigma -Cuidado a cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes - Equidad de género -Autocuidado -Modelo de Atención Integral en Salud MIAS, Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, Participación e inclusión social. | <p>IPS Juntas de Acción Comunal Iglesias Otros sectores que quieran involucrarse en el desarrollo de la estrategia</p> | <p>Recursos físicos disponibles (salones, entre otros necesarios para el desarrollo de la sensibilización, formación y entrenamiento) Recursos de las EAPB Y de la GSP para la formación del Talento Humano en Salud.</p> |
| Conformación y fortalecimiento de redes/grupos de apoyo y ayuda mutua con usuarios, cuidadores y familiares del grupo de riesgo | <p>Convocar a personas cuidadoras interesadas en participar en grupos de apoyo y de ayuda mutua, buscando que las y los participantes se encuentren en torno a experiencias y situaciones comunes, compartiéndolas y fortaleciendo lazos de solidaridad, confianza y respeto así como incentivando el desarrollo personal y el proyecto de vida.</p> <p>Entrenar líderes de la comunidad para la conformación de grupos de ayuda mutua, fortaleciendo la creación y redes de apoyo social, basada en la ayuda mutua entre iguales.</p> <p>Promover el acompañamiento profesional a grupos de ayuda mutua conformados.</p> | <p>EAPB LÍDERES DE LA COMUNIDAD AGENTES COMUNITARIOS RBC</p> | <p>Recursos físicos disponibles (salones, entre otros necesarios para el desarrollo de los grupos de apoyo y de ayuda mutua) Profesional en salud con experiencia en la dirección de grupos de apoyo Líderes de la comunidad entrenados en la conformación de grupos de ayuda mutua</p> |

| FASES | ACTIVIDADES | FUENTE/ RESPONSABLE | RECURSOS |
|-------------------------------------|--|--|---|
| Planeación participativa | <p>Promover la participación activa de las personas cuidadoras y comunidad en general, en la planeación territorial, reconociendo sus intereses, necesidades y propuestas con el fin de ser incluidas en las acciones a desarrollar en el territorio, en materia de salud, de salud mental, educación, trabajo, entre otras. En estos procesos se sugiere implementar metodologías participativas tales como: Planeación estratégica ZOOP (Árbol de problemas), Investigación Acción Participativa).</p> <p>Involucrar a organismos de control como Personería, defensoría del pueblo en todos los procesos de planeación para hacer seguimiento y exigibilidad a los compromisos adquiridos en el marco de los procesos de planeación participativa.</p> | ENTE TERRITORIAL (GESTIÓN DE LA SALUD PUBLICA: RESOLUCIÓN 518) PASE | <p>Logística para procesos de construcción conjunta (Mesas de trabajo, grupos focales, entre otros).</p> <p>Talento humano experto en la facilitación de procesos de planeación participativa.</p> |
| Coordinación Intersectorial | <p>Realizar acciones en los entornos para la promoción de la salud y la salud mental con cuidadores y personas sujetos de cuidado, armonizando los planes, programas y proyectos presentes en el territorio y generando acciones articuladas con otros sectores.</p> <p>Operativizar las Rutas Integrales de Atención en Salud en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, realizando acciones con las personas cuidadoras y las personas sujetas de cuidado según sea el caso.</p> <p>Armonizar los programas presentes en el territorio, conformando y dinamizando redes socio-institucionales, en el marco de los COMPOS, COPACOS, Comités de Discapacidad, de emergencias y desastres y otras instancias intersectoriales, para promover la inclusión social de las personas cuidadoras, con miras a fortalecer su desarrollo personal, su proyecto de vida, así como el de la persona sujeto de cuidado y la de su familia.</p> | RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud) ENTE TERRITORIAL OTROS SECTORES EAPB ELABORACIÓN DE MAPEO INSTITUCIONAL CON EL FIN DE GESTIONAR ACCESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS Y PROGRAMAS. | <p>Talento humano con experiencia en la coordinación intersectorial.</p> <p>Participantes de los CONSEJO DE POLÍTICA SOCIAL COPACOS, Comités de Discapacidad, de emergencias y desastres y otras instancias intersectoriales.</p> |
| Organización y participación social | <p>Fomentar procesos de participación individual buscando que las personas cuidadoras conozcan sus capacidades y habilidades personales, fortalezcan actitudes y habilidades para alcanzar sus objetivos, reconozcan el contexto en el que están inmersos y cómo influye el mismo en su vida y tomen la decisión personal de opinar y ser escuchado, informándose y capacitándose en torno a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Derechos y deberes en salud -Mecanismos de participación Social -Desarrollo de capacidades -Movilización Social -Control social -Cooperativismo <p>Lo que permitirá que influya a otras y otros a que promuevan procesos participativos, en la búsqueda de los mismos objetivos y logrando:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identificar y promover liderazgos | ENTE TERRITORIAL EAPB OTROS SECTORES | <p>Talento humano entrenado para la gestión y el acompañamiento de estos procesos.</p> <p>Se recomienda articulación con los comités de</p> |

| FASES | ACTIVIDADES | FUENTE/ RESPONSABLE | RECURSOS |
|-------|--|---------------------|---|
| | -Promover procesos organizativos en pro de la defensa de sus derechos, identificación de necesidades y propuestas en materia de salud y salud mental y capacidad de influencia en el territorio y sus diferentes entornos. | | discapacidades departamentales y locales. |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

Tabla 6 Gestión del riesgo en Salud Acciones Componente individual

| RESPONSABLE | QUÉ | CÓMO |
|---|---|---|
| Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC | GARANTÍAS EN EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD | Garantizar la afiliación al SGSSS Prestación del servicio de salud de manera continua y sin interrupción Recibir el servicio de salud requerido de manera oportuna. Entregar los medicamentos necesarios indispensables para garantizar los derechos fundamentales a la salud y la vida, en los términos prescritos por los médicos tratantes. Recobrar los valores correspondientes a las prestaciones que no estaban legalmente obligadas a asumir ante el Fosyga o la entidad territorial |
| | ATENCIÓN DOMICILIARA | Como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que considere pertinente el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. La cobertura está contemplada solo para el ámbito de la salud, y no abarca recursos humanos como cuidadores para fines de asistencia o protección social. |
| | TELEMEDICINA | Cuando se encuentre disponible con el fin de prestar el servicio de salud o garantice mayor oportunidad en caso de que existan barreras de acceso geográfico o baja disponibilidad de oferta. |
| | TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES ARTICULO 126 | Traslado acuático , aéreo y terrestre para la Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles; Entre IPS dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles. Grupo Gestión integrada para la salud mental, 2016

8. Conclusiones y Recomendaciones

- El autocuidado es una acción esencial que debe estar inmersa en todos los momentos de la vida tanto de la persona cuidadora como de la persona sujeto de cuidado y sus familias, buscando generar autonomía, estilos de vida saludables, manejo del estrés, fortalecimiento del desarrollo personal y del proyecto de vida, así como la toma de decisiones para cuidar la salud y la salud mental.

- Realizar intervenciones y atenciones adecuadas en salud mental (medicamentos, psicoterapia, atención psicosocial, entre otros), reduciendo factores de riesgo asociados a problemas y trastornos mentales que se puedan generar en la persona cuidadora.
- Es fundamental vincular a las personas cuidadoras a redes sociales de apoyo presentes en los diferentes entornos por donde transcurre la vida de las mismas, lo que tendrá efectos positivos en su salud física y mental.
- Se requiere plantear políticas que promuevan que el cuidado sea una labor imparcial que corresponde a todas las personas independientemente de su género, promoviendo planes, programas y proyectos con enfoque participativo, de género y de derechos en pro de la equidad e igualdad de oportunidades.
- Se deben generar acciones intersectoriales para vincular a las personas cuidadoras a procesos educativos formales y no formales en diferente

áreas de interés, no necesariamente relacionadas al cuidado, teniendo en cuenta las habilidades e intereses de la persona, para reducir factores de riesgo asociados al bajo nivel educativo de quienes ejercen esta labor y fortalecer su proyecto de vida.

- Es importante profesionalizar a los cuidadores informales interesados en esta área, con el fin de mejorar sus habilidades y conocimientos asociadas a la labor.
- Fomentar la gestión de empleo para la productividad y orientación ocupacional de las personas cuidadoras.
- Se sugiere que pueda ser clasificada la labor de cuidadores dentro de una arte u oficio.
- Fortalecer en los territorios la educación en salud, así como la implementación de metodologías como la Rehabilitación Basada en la Comunidad, promoviendo la participación, e identificación de liderazgos entre las personas con problemas y trastornos mentales y sus cuidadores.
- Fortalecer los sistemas de información y el recurso humano en salud, con el fin de que sean visibilizados y reconocidos los derechos y los deberes de las personas con problemas y trastornos mentales y/ o enfermedades crónicas discapacitantes y se le brinde una atención integral en el marco de las RIAS(Rutas Integrales de Atención en Salud- Política de Atención Integral en Salud)

- Es importante que las entidades territoriales generen instituciones de asistencia y protección social y/o servicios socio sanitario ofreciendo asistencia: personas que se encuentren en situación de abandono carezcan de una red de apoyo familiar.
- Replicar experiencias exitosas de las personas que han sido cuidadoras para que sirvan de insumo en los territorios a otras que están ejerciendo la labor.
- Incluir dentro de los sistemas de información en salud la variable, *identificación de personas cuidadoras*.
- El presente manual es un documento en construcción y debe seguir actualizándose conforme a los avances que en la materia se realicen en el Ministerio de Salud y Protección Social.

ABC

Manual de cuidado al cuidador de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes

Convenio 547 de 2015 MSPS – OIM
**Dimensión 9: Convivencia Social, Salud Mental y Gestión diferencial
para la atención de poblaciones vulnerables: Víctimas**

Consultora: Luisa Fernanda Ávila Cifuentes

Septiembre de 2016

El presente ABC hace puntual énfasis en las y los cuidadores de personas con trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes y se basa en los desarrollos que el Ministerio ha realizado en la materia:

- Subsistema de Cuidado de personas con dependencia funcional y personas cuidadoras, liderado por la Mesa de Organización del Cuidado y Persona Cuidadora, Oficina de Promoción Social
- Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental, grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, Subdirección de enfermedades no trasmisibles.

¿Qué es una persona cuidadora?

“Es aquella que asiste o cuida a otra en situación de dependencia funcional, lo cual le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades básicas de la vida diaria” (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016)

¿Qué tipo de personas cuidadoras hay?

Personas cuidadora familiar: “Es aquella persona que tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado, y que brinda cuidado de forma permanente o transitoria”.

Persona Cuidadora Informal: “Es aquella persona que no tiene vínculo familiar con la persona sujeto de cuidado y no tiene formación para el cuidado, puede ser una labor remunerada o no”.

Persona Cuidadora formal: “Es aquella persona que tiene vinculación laboral legal con una institución o persona natural y que tiene formación para el cuidado. ”

Fuente: (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016)

¿Qué es una persona sujeto de cuidado?

“ Quien presenta dependencia funcional permanente, por razones de salud, discapacidad y/o edad” (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016)

¿Qué es la dependencia funcional?

Es “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal” (Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción, 2016)

¿Cuáles son los derechos en salud de la persona cuidadora y de la persona sujeto de cuidado?

Derecho A:

- Recibir atención de urgencias sin exigir documento de identidad
- Evitar las inequidades en el acceso
- Tener una igualdad de trato y oportunidades
- Tener acceso a los servicios en salud con oportunidad y calidad
- Recibir servicios de salud de manera continua sin interrumpir por razones administrativas o económicas
- Elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible en su territorio (según las normas de habilitación)
- Al respeto por las diferencias culturales
- Mantener una comunicación plena, permanente y clara con el profesional de la salud tratante, obteniendo información clara, apropiada y suficiente que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.
- A Agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

- Que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada, consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.
- Recibir información sobre los canales formales para presentar las reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

Consulte más información sobre derechos y deberes en salud:
Ley Estatutaria 1751 de 2015

¿Cuáles son los pasos para brindar una atención integral en salud y en salud mental a una persona cuidadora?

Caracterización de la Población en su territorio

Verificación de su documento de identificación.

Afiliación al Sistema General de seguridad Social en salud

Garantía de acceso a los servicios de salud: A través de red de prestadores de servicios de salud presentes en el territorio.

Garantizar la atención pre hospitalaria buscando que el talento humano cuente con competencias en el área de salud mental. (Ley 1616 de 2013)

Garantizar la atención de urgencias en todas las instituciones prestadoras del servicio de salud (habilitadas para tal fin)

Garantizar la atención de urgencias en salud mental en servicios habilitados

Canalización a servicios de salud para valoración interdisciplinaria integral (Medicina, Odontología, Psicología, Trabajo Social, Enfermería entre otros.) en caso de ser requerido.

Ingreso a la Rutas de Atención Integral en Salud RIAS, iniciando en la ruta integral para la promoción y mantenimiento de la salud y de ser requerido remitir a diferentes RIAS presentes en el territorio para grupos

de riesgo y para evento conforme se estipula en la Política de Atención Integral en Salud –PAIS-

Articular las rutas presentes en el territorio entre servicios sociales y servicios de salud para brindar una atención y respuesta integral.

¿Cómo focalizar en el territorio a las personas cuidadoras de personas con problemas mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes?

1. **Definición del grupo de riesgo** priorizando zonas de alta vulnerabilidad en el territorio dependiendo de su perfil epidemiológico.
2. **Identificación de las personas que pertenecen al grupo de riesgo** a partir del trabajo de campo en zonas priorizadas y los sistemas de información en salud.
3. **Realizar Visita Domiciliaria** para Reconocer el entorno en la que está inmersa la persona cuidadora, la persona sujeto de cuidado y su familia; explicar las causas, naturaleza y tratamientos de la enfermedad mental y/o enfermedad crónica discapacitante que padece la persona sujeto de cuidado; brindar información a la familia sobre los recursos comunitarios y rutas con las que cuenta en el territorio en materia de salud mental, Canalización EAPB y prestador primario; canalización a otros sectores y realizar seguimiento a esta canalización; orientar la toma de decisiones de la familia, frente al cuidado que requiere la persona cuidadora, y los diferentes roles asumidos para tal fin.
4. **Conformación y fortalecimiento de redes/grupos de apoyo y ayuda mutua con usuarios, cuidadores y familiares del grupo de riesgo** Convocando a personas cuidadoras interesadas en participar en grupos de apoyo y de ayuda mutua y buscando que las y los participantes se encuentren en torno a experiencias y situaciones comunes, compartiéndolas y fortaleciendo lazos de solidaridad, confianza y respeto así como incentivando el desarrollo personal y el proyecto de vida; Entrenar líderes de la comunidad para la conformación de grupos de ayuda mutua, fortaleciendo la creación y redes de apoyo social, basada en la ayuda mutua entre iguales; promover el acompañamiento profesional a grupos de ayuda mutua conformados.
5. **Planeación participativa** promoviendo la participación activa de las personas cuidadoras y comunidad en general, en la planeación territorial, reconociendo sus intereses, necesidades y propuestas con el fin de ser incluidas en las acciones a desarrollar en el territorio, en materia de salud, de salud mental, educación, trabajo, entre otras.

6. **Coordinación Intersectorial** realizando acciones en los entornos para la promoción de la salud y la salud mental con cuidadores y personas sujetos de cuidado, armonizando los planes, programas y proyectos presentes en el territorio y generando acciones articuladas con otros sectores; para operativizar las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, realizando acciones con las personas cuidadoras y las personas sujetas de cuidado según sea el caso.

7. **Organización y participación social** para fomentar procesos de participación individual buscando que las personas cuidadoras conozcan sus capacidades y habilidades personales, fortalezcan actitudes y habilidades para alcanzar sus objetivos, reconozcan el contexto en el que están inmersos y cómo influye el mismo en su vida y tomen la decisión personal de opinar y ser escuchado, informándose y capacitándose en torno a:
 - Derechos y deberes en salud
 - Mecanismos de participación Social
 - Desarrollo de capacidades
 - Movilización Social
 - Control social

8. **Promover procesos organizativos** para la defensa de sus derechos, identificación de necesidades y propuestas en materia de salud y salud mental y capacidad de influencia en el territorio y sus diferentes entornos.

Estos procesos se pueden implementar a través de la metodología Rehabilitación Basada en Comunidad RBC que en salud mental tiene como objetivo “lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política, cultural), de las personas con trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

¿Quiénes participan en estas acciones?

- Funcionarios de entidades territoriales que trabajan en temas relacionados con salud mental, discapacidad, participación e inclusión social.
- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB.
- Líderes comunitarios y otros sectores público-privados comprometidos con el desarrollo local e inclusivo en el territorio.
- Persona cuidadora, persona sujeto de cuidado y su familia

Bibliografía

- Kuerten, P., Lenise do Prado, M., & De Gasperi, P. (2009). El cuidado y la enfermería. 102-109.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012-2021). *Plan Decenal de Salud Pública*.
- Fornés Vives, J. (2003). *Enfermería en Salud Mental. Como cuidar al cuidador y a nosotros mismos*.
- Gomez Galindo , A. M., Parra Esquivel, E., & Peñas Felizzola, O. L. (n.d.). *Cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá: características y condiciones*. Bogota .
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2015). *RBC en Salud Mental- documento borrador* .
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2015). *Rehabilitación Basada en Comunidad(RBC) una estrategia para la prevención, atención, rehabilitación y gestión de riesgos en salud mental* .
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). *Lineamientos para la Gestión Integrada en Salud Mental*.
- Ministerio de Salud Y Protección Social. (2015, Septiembre). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogota D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Subsistema de cuidado para personas con dependencia funcional permanente y personas cuidadoras- Documento en Construcción*.
- Montalvo Prieto, Amparo et al. (2008). *características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena Colombia: un estudio comparativo*.
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Retrieved from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2009, Abril). Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013, Diciembre). Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Palacios , X., & Jimenez, K. (2008). Estrres y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. *Avances en psicología latinoamericana* .
- Posner, Brena et al. (2015). *La Comparación de los cuidadores de demencia y controles sanos en la salud en la salud y la salud relacionados con la calidad de la vida mental, en Cali, Colombia*.
- Puerto Vidales, N. (n.d.). Retrieved from <http://www.psicologia-online.com/articulos/2009/12/articulocuidadores.shtml>
- Vaquiroy , S., & Stiepovich, J. (2010). Cuidado Informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*.