



EL TRABAJO EN RED COMO ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROCESOS COMUNITARIOS DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)

DIANA MARIA RODRIGUEZ

Asesora Equipo de Salud Mental

Bogotá D.C.

Diciembre de 2009



INTRODUCCION

Un gran número de estudios realizados a nivel mundial hacen cada vez más evidente que las transformaciones socioeconómicas y comunitarias capaces de generar desarrollo social y capital humano, de alguna manera se encuentran relacionadas con la conformación y desarrollo de diferentes tipos de redes, tales como redes socio-institucionales, redes políticas, redes empresariales, redes territoriales, entre muchas otras, cuyos procesos de concertación y cooperación generan resultados innovadores que dinamizan los diferentes ámbitos territoriales y comunitarios hacia su desarrollo sostenible.

En su Informe Mundial sobre Desarrollo Humano de 2000, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) señala que el desarrollo humano es el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y las capacidades humanas. También asegura que representa un proceso y también un fin, integrando aspectos tan importantes como la participación, la sostenibilidad, la seguridad y la garantía de los derechos humanos, todas necesarias para que el ser humano sea creativo y productivo, gozando de respeto por sí mismo y sintiéndose participe de una comunidad. “En definitiva, el desarrollo humano es el desarrollo de la gente, para la gente y por la gente”.¹

Es así como al abordar el ámbito de la salud como uno de los factores más determinantes en los procesos de desarrollo de una comunidad, a nivel mundial y nacional se evidencia un gradual paso de un enfoque biomédico, institucionalizado y de difícil acceso, a un enfoque integral cada vez más cercano a las comunidades, buscando garantizar la atención de todas las personas desde el primer nivel de atención, los procesos de baja complejidad y las intervenciones basadas en la evidencia. De igual manera, cada día se fomenta más la participación consciente y activa de la comunidad en los procesos de promoción de la salud y la calidad de vida, y en la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud. Desde este enfoque de la salud, una comunidad que se hace responsable de su propia salud, mejora sus condiciones de vida generando desarrollo individual y colectivo.

¹ Tomado del documento “Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2000”, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)



Lineamientos Internacionales

Durante la última sesión (144ª) del Comité Técnico Ejecutivo de la OMS y la OPS en junio de 2009, se recordaron los compromisos adquiridos por los países de la región panamericana en el artículo III de la Declaración de Montevideo: “Los modelos de atención de salud deben...fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención”. También se recordó que el Consenso de Iquique, logrado en la XVII Cumbre Iberoamericana de Ministros de Salud, en su párrafo 6 señala lo siguiente: “La necesidad de desarrollar redes de servicios de salud basadas en la atención primaria, de financiamiento público y cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y la fragmentación (*de los servicios de salud*), articulándose con el conjunto de redes sociales”.

2

Durante esa misma sesión, se trabajó sobre la propuesta del enfoque de salud familiar y comunitaria como “un componente necesario para la aplicación eficaz de la estrategia de Atención Primaria en Salud en las Américas. La Atención Primaria en Salud adopta los valores y los principios que guían la organización de los sistemas y servicios de salud para atender las necesidades de salud de las familias y comunidades; por otro lado, el enfoque de salud familiar y comunitaria, proporciona un modelo de atención y contenido, y promueve la participación activa de familias y comunidades en el manejo de la salud mediante la estrategia de atención primaria en salud”. 3

Lineamientos Nacionales

En desarrollo del artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 de Colombia recoge “los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos”. 4

Dentro de este Plan el Ministerio de la Protección Social, como principal responsable de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud de la población, define 5 líneas de política que “buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de

2 Tomado del documento de la sesión No. 144 del Comité Técnico Ejecutivo de la OMS y la OPS desarrollada en junio de 2009.

3 *Idem.*

4 Ministerio de la Protección Social, Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010



las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud – EPS, las administradoras de riesgos profesionales – ARP, los prestadores de servicios de salud – IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional”.⁵

Dichas líneas de política son:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Plan Nacional de Salud Pública también “define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a los compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales”.⁶

Las prioridades nacionales en salud son:

1. La salud infantil
2. La salud sexual y reproductiva
3. La salud oral
4. La salud mental y las lesiones violentas evitables
5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis
6. Las enfermedades crónicas no transmisibles
7. La nutrición
8. La seguridad sanitaria y del ambiente
9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral
10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

⁵ *Idem*

⁶ *Idem*



Las anteriores prioridades “son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud – EPS, en coherencia con los perfiles de salud territorial” ⁷.

Para cada una de estas prioridades se ha planteado un objetivo, las metas a alcanzar y las estrategias a desarrollar dentro de cada una de las líneas de política planteadas en el Plan Nacional de Salud Pública.

Como se aprecia en el listado anterior, la cuarta prioridad nacional en salud es la Salud Mental, y el objetivo definido para ésta en el mencionado Plan consiste específicamente en “mejorarla”. De igual manera, se propone como meta nacional “adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en 100% de las entidades territoriales”. Además se plantean diferentes estrategias para mejorar la salud mental, desde las cinco líneas de política contempladas en dicho Plan ⁸, las cuales abren todas las opciones para la implementación del componente de Salud Mental en la Atención Primaria en Salud (APS); tal es el caso del trabajo en red, que se presenta como una alternativa importante en el desarrollo de las tres primeras líneas de política, en la siguiente forma:

Para la línea de política No.1: Promoción de la salud y la calidad de vida, en el literal (d) contempla la formación de redes de salud mental conformadas por actores institucionales, comunitarios y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria (Grafico No. 1).

Dentro de las líneas de política 2 y 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, el literal (b) plantea promover la conformación de redes comunitarias en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezcan el tratamiento integral en salud mental, la participación de la familia y los grupos de autoayuda (Grafico No. 2)

⁷ *Idem*

⁸ *Ver anexo del “Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010” publicado por el Ministerio de la Protección Social.*

Grafico No. 1

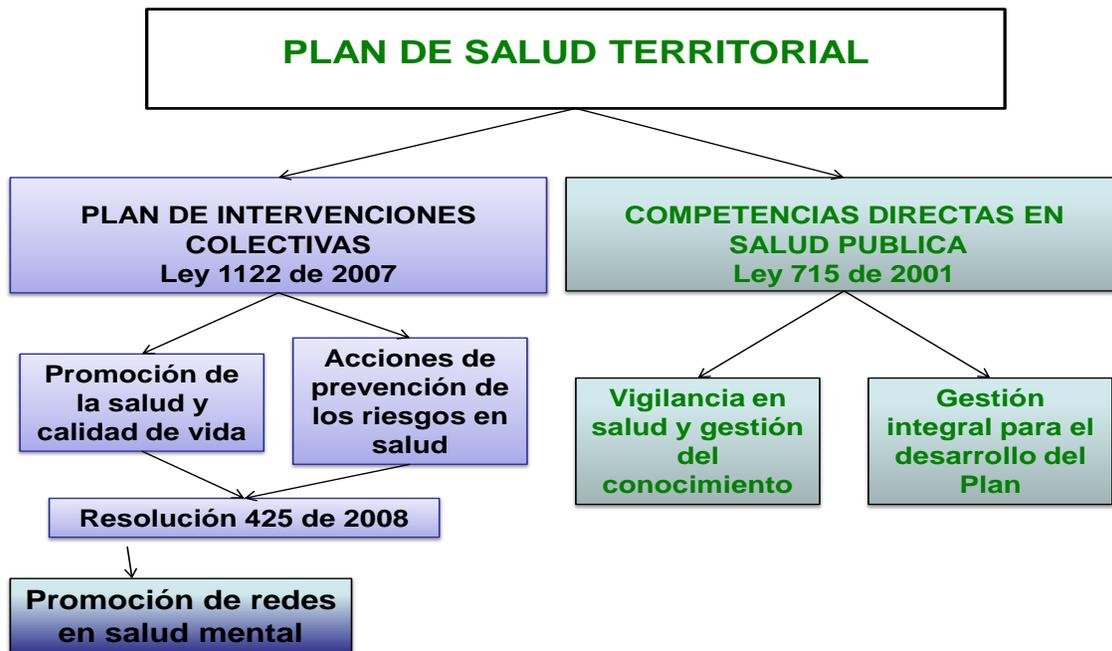


Grafico No. 2



Teniendo en cuenta que la prioridad en salud mental es de estricto cumplimiento en los Planes de Salud Territoriales (PST), en el gráfico No. 3 se presenta la ubicación de la estrategia de trabajo en red, en el marco de dichos Planes.

Gráfico No.3



Objetivo y alcance de este documento

El presente documento presenta una propuesta para la identificación y fortalecimiento de redes socio-institucionales y comunitarias, como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en Atención Primaria en Salud (APS), en las entidades territoriales.



CAPITULO I

¿POR QUÉ TRABAJAR EN RED?

1. El Concepto de Red

“En su sentido más amplio, una red es la integración de instituciones públicas y/o privadas, comunidades o personas que coordinan, comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos, con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada”⁹.

El anterior concepto se enriquece con la integración de tres procesos íntimamente relacionados:

- a) La organización comunitaria como un proceso mediante el cual las personas se unen para lograr una mayor comprensión de sus realidades y a partir de este nuevo conocimiento iniciar procesos de transformación que mejoren su calidad de vida, generando cambios significativos en cada persona, en las familias y en la comunidad, así como en su contexto y en su territorio.
- b) La intersectorialidad como un conjunto de intervenciones coordinadas de instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas a comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida.
- c) Las interacciones entre las organizaciones sociales y comunitarias, la comunidad y las instituciones del sector salud y de los otros sectores, en la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de su salud mental a nivel territorial y local.

En este orden de ideas, **la propuesta de trabajo en red** que se presenta en este documento, como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del

⁹ José Posada, “Documento Propuesta para el Desarrollo de Redes Sociales y Comunitarias de Apoyo en Salud Mental para el Nivel Territorial”, Ministerio de la Protección Social. Bogotá 2008.



componente de salud mental en APS, integra las redes socio-institucionales y las redes comunitarias. Esta integración se basa en dos aspectos fundamentales: De una parte, la trascendencia de las redes socio-institucionales departamentales y municipales en relación con el incremento de la competitividad, el aprendizaje colectivo y los procesos de desarrollo territorial. De de otra parte, el reconocimiento de la potencialidad de los recursos comunitarios, promoviendo su racionalización a través de la organización en redes que se involucren activamente en el diseño y prestación de los servicios en salud mental y desarrollen una red de nuevos procesos comunitarios, complementarios y coordinados con los servicios existentes. Lo anterior teniendo en cuenta que “hasta el 80% de las necesidades en salud mental podría cubrirse dentro de una comunidad donde se concrete un proceso integral de salud”¹⁰.

1.1. Las redes socio-institucionales

Al hablar de redes socio-institucionales nos referimos a la integración de las redes institucionales con las redes sociales y de apoyo, como una sola estructura, donde se generan proyectos conjuntos aunando los recursos de los diferentes sectores involucrados, incluyendo los ámbitos institucionales, empresariales y los de la sociedad civil organizada.

Son numerosos los estudios que señalan la importancia y el carácter estratégico de las redes socio-institucionales para impulsar los procesos de desarrollo social y económico a nivel territorial, ya que se constituyen en organizaciones funcionales y flexibles que favorecen respuestas ágiles e innovadoras ante diferentes coyunturas y retos relacionados con la competitividad económica, el bienestar y la calidad de vida de la población.

Como cualquier otro tipo de red, las socio-institucionales territoriales y locales buscan la suma de esfuerzos y la creación de sinergias que conlleven al incremento de las capacidades, competencias y habilidades individuales y colectivas; de esta manera, y mediante el establecimiento de lazos de cooperación, se pueden alcanzar objetivos comunes cuyos resultados, tangibles o intangibles, revierten positivamente al conjunto de la sociedad (Méndez y otros 2006)¹¹

Alrededor del mundo las experiencias de trabajo en red evidencian como **componentes indispensables para su éxito**, mínimamente los siguientes: el conocimiento mutuo, la

¹⁰ *Idem*

¹¹ Méndez, Michelini y Romero, “Redes Socio-institucionales e Innovación para el desarrollo de las Ciudades Intermedias”. Universidad de la Rioja, España 2006.

confianza recíproca, la interacción, el intercambio y la comunicación. A partir de estos elementos y a medida que la red se va desarrollando, genera su propia información y conocimiento colectivo. De igual manera, las redes socio-institucionales también buscan la potencialización y racionalización de los diferentes recursos de las instituciones miembros y gestionan la consecución de recursos externos (Ej: cooperación internacional) lo que contribuye al fortalecimiento de cada una de ellas y de la red como un todo.

Tanto el conocimiento colectivo, como la racionalización de recursos van reduciendo la incertidumbre sobre la proyección del ámbito de trabajo de la red, transformándola en innovación para los sectores involucrados y para el territorio (ver gráfico No.4).



En las redes socio-institucionales que se comprometan con la implementación del componente de salud mental en APS, los anteriores componentes, conjugándose desde la confianza mutua entre sus actores, deben generar procesos de concertación y cooperación que propicien un sentimiento de identidad colectiva, capaz de sustentar proyectos comunes para movilizar a la comunidad hacia el mejoramiento de su salud mental.



1.2. Las redes sociales ¹²

Las asociaciones de pacientes con trastornos mentales y los grupos de apoyo, corresponden a este tipo de redes. En Colombia, las políticas de salud estimulan el surgimiento de organizaciones y redes de usuarios y familiares basándose en consideraciones como las siguientes:

- a) El acceso a los servicios es un derecho y no sólo un beneficio.
- b) Las políticas sociales son una forma de ejercer el rol del Estado en la redistribución de la riqueza.
- c) En Colombia sólo se dispone de un 7.2 % del PIB para salud.
- d) Es necesario reducir el centralismo en la convivencia social para potenciar sus recursos.

También se parte de algunos hechos comúnmente asociados a la participación en asociaciones de autoayuda:

- a) Disminución del número de días de hospitalización
- b) Reducción de la utilización de servicios de Salud Mental
- c) Aumento de conocimientos
- d) Cambios actitudinales positivos
- e) Comportamientos más adecuados
- f) Aumento de la autoestima, la auto confianza, el bienestar y la calidad de vida.
- g) Mayor utilización de las redes de apoyo social.

A través de la experiencia y desarrollo de este tipo de redes, se ha comprobado que trabajar cooperativamente, además de hacer parte de la esencia de la salud mental, permite el logro de procesos como tales como los siguientes:

- a) Aprender con otros y de otros, ahorrar esfuerzos y acceder a recursos disponibles, estar al día con lo que pasa en el entorno e identificar allí oportunidades y amenazas.
- b) Mejorar de manera permanente lo que hacemos reconociendo que tenemos necesidad de otros para hacerlo mejor
- c) Defender los intereses del sector y hacer visible los impactos de lo que se hace, propiciando una opinión pública informada y analítica.

¹² Los planteamientos expuestos en este título fueron tomados del documento "Propuesta para el Desarrollo de Redes Sociales y Comunitarias de Apoyo en Salud Mental para el Municipio y el Territorio. MPS, diciembre de 2008.

Además una red comprometida con la salud mental de su comunidad puede resolver aspectos como los que se presentan a continuación:

a) Racionalizar la oferta de ciertos recursos

A través de actividades como la búsqueda, organización y análisis de información, así como el cabildeo para incidir en políticas públicas, la representación en espacios de participación abiertos al sector, a la formación y capacitación del talento humano, al acceso a servicios especializados (de salud, técnicos, legales, contables). Estas actividades resultan más baratas y más pertinentes al estar bajo la sombrilla de una red.

b) Interlocución con el Estado y con otros sectores sociales

La tarea de representación en la canalización de inquietudes y sustentación de los intereses legítimos del sector ante organismos estatales y ante otros gremios, así como mediar entre el Estado y las organizaciones que prestan servicios similares, para agilizar y cualificar procesos como la contratación, la evaluación o la prestación misma de los servicios, son tareas que requieren especialización y coordinación que resultan más eficientes cuando se tiene el suficiente reconocimiento como una organización o una red debidamente representada.

c) Relaciones internacionales

Las relaciones con organizaciones pares de otros países, con el sistema de Naciones Unidas y con los organismos multilaterales.

d) Acreditación

Es indispensable construir espacios con la debida autoridad técnica y moral, que otorguen credibilidad a la información producida por la red.

1.3. Las redes institucionales

Constituidas por organizaciones, instituciones, entidades públicas y privadas; en este caso incluyen, inicialmente, a todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), buscando su ampliación con la vinculación de actores del sistema de protección social y de los demás sectores que tengan influencia en cada departamento, distrito y municipio. El mejoramiento de la salud mental de la población es una responsabilidad suprasectorial.

CAPITULO II

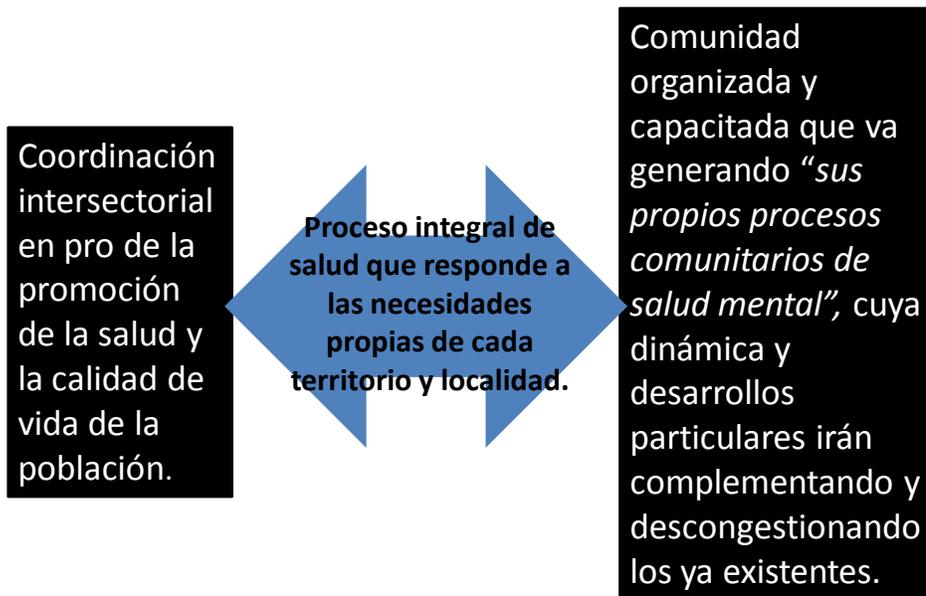
REDES SOCIO-INSTITUCIONALES Y COMUNITARIAS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN APS

1. El alcance de las redes en la implementación del componente de salud mental en APS

El modelo del componente de salud mental en APS requiere del trabajo conjunto entre las instituciones pertenecientes a todos los sectores involucrados en la promoción de la salud y la calidad de vida de la población, pero de manera coordinada con el trabajo propio de la comunidad, que debidamente organizada y capacitada debe ir generando “*sus propios procesos comunitarios de salud mental*”, cuya dinámica y desarrollos particulares irán complementando y descongestionando los servicios existentes. De tal manera se va concretando un proceso integral de salud que responde a las necesidades propias de cada territorio y localidad (Ver gráfico No. 5).

GRÁFICO No. 5

ALCANCE DE LAS REDES EN EL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN APS





2. Los procesos comunitarios del componente de salud mental en APS

Desde el modelo propuesto, se espera que la comunidad sea capaz de desarrollar procesos en salud mental, tales como:

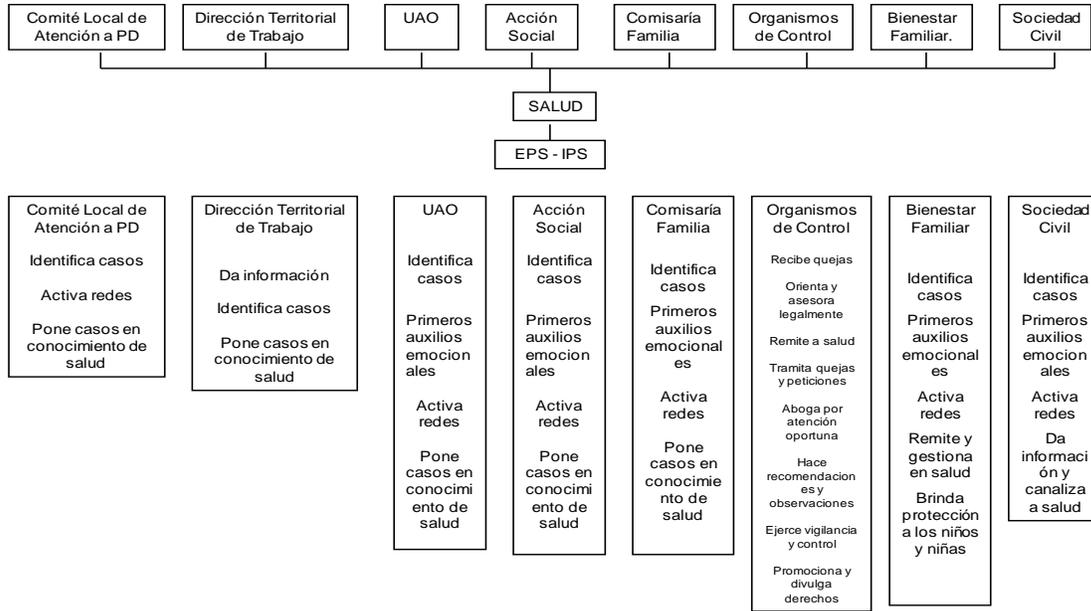
- a) **Tamizaje en salud mental:** Consiste en una serie de preguntas, que cuando son contestadas, pueden indicar la presencia o ausencia de un problema de salud mental en particular. Es importante tener presente que un tamizaje no diagnostica un trastorno mental¹³. Anexo se encuentran los instrumentos sugeridos.
- b) **Detección temprana,** que en este caso se genera del tamizaje. “Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte”. (Resolución 0412 de 2000)
- c) **Canalización de casos:** es el proceso mediante el cual una persona es orientada de forma efectiva y eficaz para la atención de un problema o un trastorno en salud mental.

A continuación se presenta la ruta general de canalización en salud mental propuesta por el MPS, la cual debe ser adaptada por cada entidad territorial según sus propias características y recursos, tanto institucionales como comunitarios.

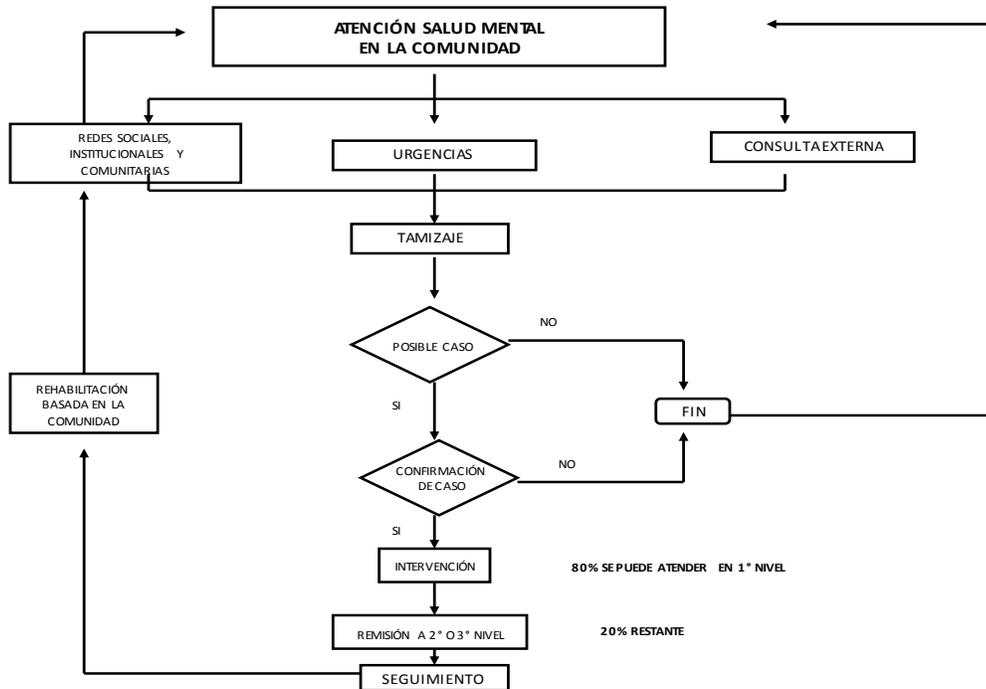
¹³ Ver, Ministerio de la Protección Social, conjunto de instrumentos para la realización de tamizajes en salud mental a nivel territorial, Documento Borrador, pág. 2, Bogotá 2008



Ruta general de canalización en salud mental - Acciones para la atención



ATENCIÓN: Ruta interna en salud





- d) Primeros Auxilios en salud mental:** como su nombre lo indica, son aquellas medidas o cuidados adecuados que se ponen en práctica en forma provisional tan pronto se reconoce una emergencia y mientras se obtiene una atención profesional especializada para salvar la vida, lograr estabilidad emocional y recuperar la salud. En el caso de los trastornos mentales al igual que en los accidentes o enfermedades que afectan nuestra salud física, hay ciertas reglas básicas que se deben seguir para que la víctima pueda superar la etapa crítica y reasuma su vida normal, en algunos casos sin necesidad de atención por parte de un profesional de la salud.¹⁴
- e) Rehabilitación en salud mental basada en la comunidad:** busca desarrollar habilidades en las comunidades para brindar el afecto, comprensión y ayuda adicional para que las personas que sufren trastornos mentales y del comportamiento puedan llevar una vida tan normal como sea posible. Tiene en cuenta además, que algunas intervenciones ambientales contribuyen a la rehabilitación y buscan posibilitar una mayor integración y participación en la familia, en la institución educativa, en el sitio de trabajo y en la comunidad. Estos esfuerzos, combinados con medicamentos han probado ser efectivos para ayudar a las personas con discapacidad secundaria a un trastorno mental para que puedan realizar muchas de sus actividades diarias y quizás llevar una vida normal.¹⁵
- f) Actividades de promoción de la salud y la calidad de vida, así como actividades de prevención de trastornos mentales.**

Los anteriores procesos de atención en salud mental, al desarrollarse desde la misma comunidad, debidamente organizada y capacitada para brindarlos, mantienen el **enfoque diferencial**, teniendo en cuenta las características de sus miembros en términos de género, edad y etnia, al igual que sus patrones socioculturales. Lo anterior facilita que los servicios de atención en salud mental que se creen y/o fortalezcan en la comunidad respondan efectivamente a sus propios intereses de desarrollo, propendiendo por una atención integral en el marco de la protección y la garantía de derechos.

¹⁴ ver, Ministerio de la protección Social, manual de primeros auxilios mentales, segunda edición corregida 2009, pág. 2

¹⁵ Ver, Ministerio de la Protección Social, Manual de Rehabilitación Basada en la Comunidad, 1997

3. La canalización y la atención en salud mental desde el primer nivel y los procesos de baja complejidad.

Los procesos de canalización, a través de **las rutas de atención**, dependerán de la particularidad de los casos (podría tratarse de casos de maltrato y violencias, discapacidad, población en situación de desplazamiento), sin embargo, la primera atención en salud generalmente es brindada a través de los **médicos generales ubicados en las IPS de primer nivel**; dentro del modelo de salud mental en APS, estos médicos deben estar capacitados para emitir un diagnóstico en relación con la presencia de algún problema o algún trastorno mental y prescribir un tratamiento ambulatorio propio del nivel de baja complejidad, así como los procesos de referencia a los que haya lugar.

3.1. El proceso de contra-referencia

Los pacientes referidos a niveles de mayor complejidad, pasan por procesos de contra-referencia que **regresan a la comunidad** (generalmente sus familias), la cual debe estar preparada para recibirlos y ayudarles a mantener sus tratamientos mediante **estrategias de RBC**. Estas familias y las comunidades dentro de las que se encuentran inmersas, deben ser capacitadas, asesoradas y acompañadas por gestores, promotores de salud o agentes comunitarios, previamente formados para esto.

4. El enlace operativo entre la comunidad y las instituciones de salud.

Para la implementación y desarrollo de la estrategia comunitaria de salud mental en APS, **las direcciones territoriales y locales de salud deben gestionar la participación de las EPS y su red de prestadores de servicios de salud**. Para este caso, la propuesta consiste en integrar un equipo de promotores o gestores sociales, junto con los grupos de promoción y prevención de las ESE's. Estos equipos se convierten en el **enlace operativo entre la comunidad y las instituciones de salud**, desarrollando las actividades de capacitación, asesoría y acompañamiento a las familias y sus redes comunitarias de apoyo.

Estas familias, que serán las responsables directas de los procesos de RBC, a su vez requieren de otros componentes relacionadas con el mejoramiento de su calidad de vida, tales como vivienda, generación de ingresos y educación, entre muchos otros que permitan las condiciones mínimas para superar los factores que impiden su desarrollo y el goce efectivo de sus derechos.

Como se deduce de todo lo anterior, la implementación del modelo de salud mental en APS a nivel territorial, requiere de la integración de una institucionalidad que responda eficientemente a las necesidades reales de una comunidad que, a su vez, debe organizarse



para auto-gestionar su propio desarrollo y el mejoramiento de su calidad de vida, en este caso, desde la promoción de su salud mental, su tratamiento y rehabilitación.

Dentro de lo anterior se incluyen las actividades de articulación entre los procesos comunitarios del componente de salud mental en APS y los mismos en Servicios Amigables para Jóvenes y Adolescentes (SAAJ) y los de Atención Integral a las Enfermedades de Prevalencia en la Infancia (AIEPI). Así mismo, la articulación entre los procesos comunitarios del componente de salud mental en APS, las estrategias denominadas Zonas de Orientación Escolar (ZOE), Centros de Escucha (CE) y en las Escuelas Saludables.



CAPITULO III

RESPONSABILIDAD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA COMUNITARIA DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN APS

Como se mencionó en la introducción de este documento, en Colombia, el Plan Nacional de Salud Pública, las leyes 1151 y 1122 de 2007, así como la resolución 425 de 2008, determinan que la responsabilidad de promover las redes socio – institucionales para el mejoramiento de la salud mental de las comunidades en el nivel territorial y local, se encuentra en cabeza de las entidades territoriales con el liderazgo de sus Direcciones de Salud. De tal manera, son las Direcciones de Salud Departamentales y Municipales, las llamadas a liderar la conformación, el fortalecimiento, la dinamización y el desarrollo de tales redes, identificadas como idóneas para implementar la estrategia comunitaria de salud mental en APS.

1. Identificar la Red más idónea para implementar la estrategia comunitaria de salud mental en APS.

La implementación de esta estrategia no requiere necesariamente de la conformación de una nueva red, en los departamentos y municipios **ya existen numerosas redes**, tanto institucionales como sociales, que se han ido posicionando y gozan de algún tipo de reconocimiento a nivel territorial, tal es el caso de las diferentes redes para la promoción del buen trato, la prevención y la atención a las violencias. Estas organizaciones han sido fortalecidas y dinamizadas de formas diferentes en cada localidad, presentando características y desarrollos particulares.

De igual manera existen las diferentes **Mesas de Trabajo**, creadas para la discusión y concertación intersectorial de diferentes temáticas y programas tales como: salud mental, atención psicosocial a la población en situación de desplazamiento, prevención del consumo de SPA, entre otras, cuya estructuración depende de las necesidades y dinámicas propias de cada entidad territorial, generalmente integrando representantes de instituciones y de organizaciones sociales.

Con propósitos más operativos se han generado gran cantidad de **comités** que trabajan en el desarrollo de todo tipo de temas y programas con mayor especificidad. Dentro de esta modalidad es importante tener en cuenta a los Comités de Participación Comunitaria - COPACO- y Asociaciones de Usuarios de Servicios de Salud, integrados al SGSSS por el



Decreto 1757 de 1994. Como miembros activos del sistema, los COPACOS tienen la responsabilidad de movilizarse operativamente desde las acciones de promoción y prevención en escenarios comunitarios. Por otra parte están las veedurías ciudadanas y las redes de control social dentro de las cuales pueden generarse procesos de sensibilización tendientes a la conformación de redes de apoyo en este tema.

Numerosas **ONG's** trabajan en el ámbito de la salud mental, así como diferentes tipos de **asociaciones y grupos que surgen de la misma comunidad** y pueden llegar a tener un importante rol en este proceso.

Otros recursos

En el marco del convenio de cooperación 565/08 MPS-OIM, se capacitaron en 249 municipios, líderes y lideresas representantes de organizaciones sociales, **organizaciones de mujeres y de población en situación de desplazamiento**, para la realización de procesos relacionados con atención psicosocial y salud mental desde el contexto de la estrategia de APS.

2. Mapeo de los actores sociales

Una vez se cuenta con un listado de las posibles instancias a participar, es pertinente realizar un *Mapeo de los actores sociales*: **existen muchas maneras de hacerlo**, pero dentro de las más sencillas **se sugiere el empleo de un diagrama de círculos**, donde el centro represente “la implementación del componente de salud mental en APS”, y los anillos exteriores permitan ubicar a los actores que pueden contribuir en esta propuesta, dependiendo de su cercanía, atendiendo a factores como:

- e) Intereses comunes en relación con el tema, en este caso se refiere al interés manifiesto en el logro del objetivo: mejorar las condiciones de salud mental en el departamento o municipio.
- f) Posición de apoyo u oposición al modelo de salud mental en APS.
- g) Influencia o importancia, como la capacidad de incidir en la implementación del modelo en la entidad territorial.

Para el registro de variables como las anteriores se requiere de un previo proceso de sensibilización con los diferentes actores identificados, a través del cual se puedan establecer claramente las mismas. Se pueden convocar a una reunión en la que se presente la problemática de salud mental a nivel nacional departamental y local,

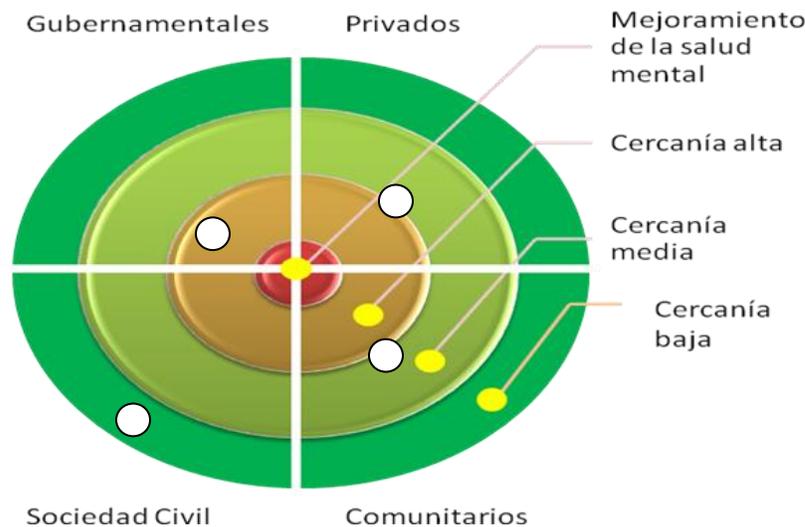
terminando con la propuesta para la implementación del modelo. Al finalizar la presentación es importante recoger la información sobre los intereses, la posición y la influencia de los participantes, a través de una corta y sencilla encuesta auto-aplicable. También se pueden utilizar otras estrategias como visitas o correo; lo importante es que se recoja la información necesaria para ubicar a los actores según las variables seleccionadas.

El diagrama contará con tantos cuadrantes como numero de categorías se definan. Una clasificación inicial podría ser la siguiente:

- h) Actores gubernamentales
- i) Actores privados
- j) Organizaciones de la sociedad civil
- k) Actores comunitarios
- l) Cooperación Internacional

Ejemplo:

ACTORES	INTERES	POSICION	INFLUENCIA	CRECANIA
GUBERNAMENTAL	si	Si	Si	Alta
PRIVADO	si	No	Si	Media
SOCIEDAD CIVIL	no	No	No	baja
COMUNITARIO	si	Si	No	Media





Posteriormente se pueden crear sub-categorías, teniendo en cuenta el sistema al que pertenecen y su nivel municipal, departamental, nacional e internacional. Aunque esto dependerá de las características propias, necesidades y dinámicas particulares de cada entidad territorial, una posible clasificación más específica que la utilizada en el mapeo inicial, podría ser la siguiente:

- Salud y medio ambiente
- Protección
- Educación
- Justicia
- Empresarial

3. Caracterización de la Red Socio-institucional para la Implementación del Componente de Salud Mental en APS

En este documento se sugiere el análisis de los aspectos relacionales que se presentan a continuación, teniendo en cuenta que son los más comúnmente utilizados para este tipo de procesos alrededor del mundo, principalmente en países que han demostrado grandes desarrollos comunitarios y territoriales mediante el uso de la estrategia de redes, tales como España y Chile, entre otros. El desarrollo de este análisis permitirá a los miembros de la red identificar claramente cuáles y cómo son sus verdaderas y actuales interacciones, facilitando la toma de decisiones y la puesta en marcha de estrategias para redefinirlas, reestructurarlas y/o potencializarlas en pro del logro de su objetivo común.

- a) Establecer las intervenciones en salud mental que realiza cada uno de los actores identificados.*

Una vez identificadas las redes existentes y los diferentes actores sociales con presencia activa en el ámbito de la salud mental, deben establecerse las intervenciones que realizan, para lo que es necesario delimitar claramente cuáles son los objetivos, misión, visión y las características de sus actuaciones.

Para analizar las actuaciones que los diferentes actores están desarrollando, los objetivos y características de las mismas, es necesario realizar actividades de aplicación de instrumentos y herramientas tales como entrevistas y encuestas que faciliten la recopilación de la información suficiente para determinar lo que cada uno de los miembros está haciendo en torno a la salud mental de su territorio.

b) *Analizar las estructuras que se derivan de las relaciones entre los actores.*

Una vez determinado el quehacer de cada uno de los actores involucrados, es necesario analizar las relaciones entre los mismos y las estructuras que se derivan de estas.

Desde este punto de vista estructural, se puede partir de establecer la *centralidad* y la capacidad de *intermediación* de los actores, lo que permite conocer el rol que cada uno desempeña en la red.

- *La centralidad* de los actores en la red, da cuenta de cuál es el actor con mayor influencia o autoridad en la red, dependiendo de la cantidad de vínculos directos que mantiene con otros actores.
- *La intermediación* se refiere a la identificación de los actores que funcionan como puentes entre los que no tienen relaciones directas entre sí. El actor que posee un mayor grado de intermediación sería aquel que, en mayor medida, controla los flujos relacionales del conjunto de la red, por lo que este tipo de actores pueden llegar a tener una gran importancia a la hora de incrementar el grado de cohesión interna de la red (Méndez 2002)¹⁶.

Como se mencionó anteriormente, por lo menos durante las primeras etapas de implementación del modelo, es la Dirección Local de Salud la llamada a liderar la red. El coordinador de la red, además de dirigir las acciones en forma coordinada e informar sobre todo el accionar y logros alcanzados, debe actuar como mediador entre los miembros con diversidad de opiniones que serán conjugadas para tomar decisiones pertinentes, persuadir, negociar, fomentar el trabajo en equipo, construir fuertes relaciones entre los participantes y además crear un ambiente de confianza promoviendo el compromiso.

- *La apertura al exterior*: es necesario considerar la *apertura al exterior* de cada uno de los actores de la red, pues es enriquecedor integrarse a redes externas. De igual manera, es importante que otros organismos e instituciones de diferentes niveles administrativos, nacionales e internacionales se vinculen a las redes locales para intercambiar todo tipo de recursos e innovaciones.
- *La articulación y la cohesión*: la mayor o menor *articulación y cohesión* interna y externa de una red, depende del número de relaciones que la conforman o que establece con otras. A mayor número de relaciones, mayor *maduración* ha

¹⁶ Ricardo Méndez, "Innovación y Desarrollo Territorial: Algunos debates teóricos recientes". Revista EURE. Santiago de Chile 202.

alcanzado la red. Esto también determina los procesos de comunicación y la difusión de la información entre los actores.

- *La densidad:* el análisis de la *densidad* de las relaciones que conforman las redes, se refiere a la cantidad de *vínculos directos* existentes en una red y permite conocer el máximo que podría tener en el caso de que todos y cada uno de los actores estuvieran relacionados directamente entre sí; lo cual sería el mayor ideal de una red.

c) *Analizar el tipo de relaciones que conforman la red.*

Una vez caracterizada la estructura de la red, puede hacerse la identificación del tipo de relaciones que la conforman. En este sentido, puede ser de gran utilidad conocer aspectos como la condición pública, privada o mixta, la intensidad y la frecuencia de los contactos, el tipo de los proyectos de cooperación que sustentan las redes, y el carácter proactivo o reactivo de los mismos (Méndez, 2002).

- *La intensidad en las relaciones:* está relacionada con el compromiso y vinculación de los actores en los proyectos de los que son copartícipes, el tipo de vínculos y las relaciones de jerarquía o igualdad entre ellos.
- *La frecuencia de las relaciones:* puede verse en términos temporales, lo que advierte sobre su carácter coyuntural o estable, o en función del número de proyectos, lo que expresa su debilidad o fortaleza (Méndez, 2002).

También es importante conocer el tipo de proyectos de colaboración sustentados por la red. En este caso estarán relacionados con investigación, promoción y prevención, formación en salud mental, entre otros relacionados con este ámbito.

- *Las motivaciones:* Por último, habrá que considerar las motivaciones que originan la red y que pueden obedecer a circunstancias comunes adversas que actúen como fuente de cohesión y que, por tanto, responden a comportamientos reactivos, o bien a actitudes proactivas, que mostrarían un talante mucho más dinámico e innovador (Méndez, 2002).

4. Definición de Compromisos y diseño de un plan de trabajo o proyecto conjunto

Con base en las características previamente identificadas se deben encausar los esfuerzos de manera eficiente hacia la movilización y participación activa de todos los actores sociales intervinientes, a través de la generación de compromisos que se puedan ir ejecutando desde el quehacer de cada uno de los actores involucrados.

Para hacer operativos estos compromisos en la práctica, es necesario diseñar un plan de acción o un proyecto concertado conjuntamente. Los objetivos específicos y actividades de tales proyectos dependerán del nivel de responsabilidad en el que se encuentre la red conformada (departamental, municipal, comunitario), atendiendo a las competencias de cada uno de los sectores involucrados. A continuación se presenta la metodología propuesta por el MPS para desarrollar este trabajo.

4.1. El Sistema de Diagnóstico Estratégico (SiDiEs) ¹⁷

El SiDiEs es una metodología para construir conocimiento, mientras se hacen el diagnóstico y la articulación de las redes con los actores que las conforman, a nivel departamental, municipal y local. Se trata de la construcción colectiva de un diagnóstico que permite implementar acciones de proceso, rebasando el nivel de las acciones de enganche. Este proceso se desarrolla en una espiral que permite profundizar en el trabajo de redes y vínculos, avanzando y retrocediendo en el conocimiento de cada uno de los siguientes pasos:

- Identificación de la comunidad local por parte de sus líderes de opinión
- Estudio de los proyectos anteriormente o actualmente en fase de realización en la comunidad
- Análisis de fracasos y buenas prácticas.
- Breve historia de la comunidad
- Elementos sociológicos
- Identificación de los temas generadores
- Estrategias de anclaje y de objetivación
- Mitos y formas rituales
- Identificación y descripción de los conflictos de base en el interior de la comunidad.

¹⁷ Tomado del documento "SiDiEs, Sistema de Diagnóstico Estratégico, Una Propuesta para la Participación" MPS, CRIC, CARITAS, 2010



CAPITULO IV

FUNCIONES DE LAS REDES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN APS DESDE LOS DIFERENTES NIVELES

1. Nivel Departamental

- Constituirse en una instancia de coordinación departamental que viabilice y de sostenibilidad a la estrategia en lo municipal.
- Articular con los municipios los servicios de su competencia, teniendo en cuenta la necesidad de integrar las responsabilidades y actividades de los diferentes sectores intervinientes.
- Gestionar recursos para la implementación y desarrollo de la estrategia a través de proyectos departamentales y municipales.
- Promover el intercambio de experiencias
- Recolectar la información departamental y municipal para alimentar el Observatorio Nacional de Salud Mental.

2. Nivel Municipal

- Constituirse en la instancia de coordinación y potencialización de los recursos institucionales, sociales y comunitarios disponibles para la implementación de la estrategia a nivel local. Esta función general incluye otras específicas tales como las siguientes:
- Generar y fortalecer la interconexión entre las diferentes redes existentes en el Municipio (subjetivas, comunitarias, sociales, institucionales), estableciendo y viabilizando los enlaces operativos entre lo institucional y lo comunitario.



- Proponer e implementar los programas y actividades que lleven al desarrollo de la estrategia en el Municipio, de acuerdo con los lineamientos nacionales y departamentales.
- Desarrollar actividades de sensibilización y divulgación de la estrategia comunitaria del componente de salud mental en APS
- Realizar procesos de concertación tendientes a garantizar la formación de la comunidad en las actividades de salud mental que debe desarrollar (tamizaje, detección, canalización, primeros auxilios, RBC).
- Gestionar recursos
- Participar en instancias de decisión política que puedan incidir en el desarrollo de la estrategia.

3. Nivel Comunitario

Este nivel se refiere al conjunto de redes sociales y diferentes formas organizativas existentes en las comunidades; las personas que viven y trabajan en una localidad, los representantes de las organizaciones comunitarias, los líderes sociales, los grupos de apoyo, los grupos juveniles, las asociaciones de padres, las madres comunitarias, los agentes y promotores comunitarios de salud, las iglesias, etc. Dentro de las acciones que pueden desarrollar se encuentran las siguientes:

- Organizarse y generar un plan de trabajo conjunto que les permita implementar de manera operativa y cotidiana los procesos comunitarios del componente de salud mental en APS (tamizaje, canalización, primeros auxilios, intervención breve, rehabilitación basada en la comunidad, actividades de IEC y las demás relacionadas con la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos asociados a problemas y trastornos mentales), en articulación con las instituciones y la administración local.
- Adelantar un proceso de organización y movilización social que facilite y enriquezca el funcionamiento de las redes municipales y departamentales comprometidas en la implementación del componente de salud mental en APS.



- Elaborar propuestas y articular servicios que favorezcan el desarrollo de sus propios procesos de salud mental en la comunidad.
- Coordinar la participación de sus líderes y representantes en las actividades de formación que se propongan sobre el tema desde el nivel municipal.
- Producir información, sistematizar y alimentar los sistemas de monitoreo y evaluación que se implementen para estos procesos en el nivel municipal.
- Promover la participación de sus líderes en espacios de decisión política para sugerir transformaciones normativas y de servicios a favor de la salud mental de la comunidad local.

CAPITULO V

TRABAJO CON REDES DESDE EL NIVEL NACIONAL

Desde el nivel nacional es necesario coordinar acciones con todas las entidades y organizaciones que propendan por la generación del capital humano y el desarrollo social a través de estrategias sinérgicas con influencia en los territorios.

La operación de la estrategia **Red JUNTOS** es muy similar a la que se emplea por los equipos de APS en cuanto a la existencia de Gestores capacitados, Fichas de diagnóstico familiar y Procesos de seguimiento.

La Red JUNTOS es una estrategia de intervención integral que tiene por objeto mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de pobreza extrema y lograr que estas familias puedan generar sus propios ingresos de manera sostenible.

Dentro de esta estrategia, liderada por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de la Protección Social preside la comisión intersectorial donde se coordinan las acciones de las 17 entidades del Estado que la conforman. A su vez, la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Acción Social, coordina su implementación en todo el territorio nacional.

La estrategia JUNTOS busca que las familias SISBEN 1, incluyendo la población en Situación de desplazamiento, alcancen 45 logros básicos que les permitirán mejorar sus condiciones de vida superando la pobreza extrema, dichos logros están agrupados en 9 dimensiones:

- **Identificación:** Garantiza los trámites para que las familias cuenten con documentos de identidad (registro civil, cédula, tarjeta militar) y actualización de registros como el SISBEN.
- **Educación y capacitación:** Acceso y permanencia en educación preescolar, básica y media. Alfabetización para adultos. A través del sistema educativo, promoviendo la meta de universalización de educación básica. También se incluye la oferta de los programas de educación inicial del ICBF, alfabetización del MEN, la oferta de crédito de ICETEX, educación técnica y tecnológica del SENA.
- **Salud:** Afiliación al SGSSS a través del régimen subsidiado. Todas las personas deberán recibir atención en salud y participar en programas de promoción y prevención.
- **Nutrición:** Mejorar el estado nutricional de todos los miembros de la familia, condicionado a controles de peso y talla, en particular a los niños y niñas menores de seis años. (RESA, Nutrición de ICBF, Programas para subsidios monetarios y alimentarios del ICBF y MPS).

- **Habitabilidad:** Entrega de subsidios de vivienda para compra o mantenimiento, así como el acceso a servicios públicos, titulación y mejoramiento del espacio público (Minivivienda, Vivienda Rural MADR, Agua Potable y Servicios Públicos).
- **Dinámica Familiar:** Mecanismos para enfrentar conflictos y definición de normas de convivencia. Desarrollo en temas de salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar (Haz Paz, Consejería para la Equidad de la Mujer, MPS, ICBF).
- **Apoyo Legal:** Acceso a justicia (Casas de Justicia, y Centros de Conciliación).
- **Bancarización y Ahorro:** Vinculación de las familias al sistema financiero. En coordinación con la Banca de las Oportunidades.
- **Ingresos y trabajo:** Capacitación para el trabajo a mayores de 18 años, promoviendo su ingreso al mercado laboral. (jóvenes en acción y jóvenes rurales del SENA, alianzas productivas de MADR, RESA, etc.).

La puerta de entrada a este proceso es el programa Familias en Acción, a través del cual se otorgan subsidios condicionados a elementos estructurales de educación y nutrición, a las familias SISBEN 1 y en situación de desplazamiento.

JUNTOS integra la intervención de las diferentes entidades entorno a la consecución de los logros básicos por parte de las familias beneficiarias. Esto se logra fortaleciendo la descentralización y las iniciativas de Alcaldes, Gobernadores y demás autoridades territoriales, así como actores del sector privado y la cooperación internacional.

La estrategia Red JUNTOS cuenta con los “Cogestores Sociales”, quienes son los responsables del proceso de acompañamiento con las familias beneficiarias, durante un tiempo máximo de 5 años. Su papel es el de motivar a las familias para convertirse en autogestoras de su propio plan para alcanzar los 45 logros y, a la vez, cumplen la importante función de enlace entre las necesidades de las familias y la oferta social local, de tal manera que los servicios que provean las instituciones efectivamente beneficien de manera integral y oportuna a estas familias.

La propuesta inicial consiste en gestionar, desde la comisión intersectorial de la red JUNTOS, la concertación y coordinación de **procesos de capacitación dirigidos a los Cogestores Sociales**, en relación con de la estrategia comunitaria para la implementación del componente de Salud Mental en APS (Tamizaje, Intervención Breve, canalización, RBC y primeros auxilios mentales), de tal manera que puedan incorporar estas herramientas dentro del trabajo que realizan con las familias a las cuales acompañan en su quehacer cotidiano, convirtiéndose en parte activa de la red de salud mental de su municipio.

Otra red importante a nivel nacional es la Asociación Colombiana de Conciliadores y Conciliadoras en Equidad – **ACCE**-. Se trata de una entidad civil de carácter privado, de beneficio social y comunitario y sin ánimo de lucro, que propende por la defensa de la

Justicia como un bien público y del Estado Social Democrático de Derecho en pro del desarrollo de una sociedad civil participativa y democrática. Esta red, permanentemente fortalecida y dinamizada, está conformada por asociaciones, con más de 400 miembros activos, que tienen presencia en Bogotá y en diversos municipios y departamentos de todas las regiones del país.

Abalada por el Ministerio del Interior y Justicia, sus miembros voluntarios prestan sus servicios en Casas de Justicia, Inspecciones de Policía, Unidades de Mediación, Centros de Convivencia, Sedes comunitarias, Iglesias e incluso en hogares, sedes propias y casas de vecinos.

En su quehacer cotidiano, ACCE realiza 20.000 audiencias de conciliación, atendiendo a un promedio de 100.000 ciudadanos por mes.

Durante el mes de noviembre se realizó el primer taller de sensibilización y capacitación en los procesos propios de la estrategia comunitaria de salud mental en APS, con miembros de la Junta Directiva de ACCE a nivel nacional y con la participación de representantes de diferentes localidades de Bogotá, quienes se comprometieron en el ***diseño de un proyecto nacional con miras a la implementación del componente de salud mental dentro de las actividades propias de su labor.***

Otra red de gran madurez, con la que es necesario coordinar acciones para la implementación del componente del Salud Mental en APS, desde lo nacional, es la **Corporación Colombiana de Voluntariado**, la cual existe desde 1978 y hace parte de la Red de Desarrollo Sostenible de Colombia (auspiciada por el PNUD), actualmente realiza actividades en la mayoría de los departamentos del país, agrupando 13 asociaciones departamentales, un grupo voluntario nacional, “El Sembrador” y 2 grupos municipales que representan 399 grupos voluntarios con más de quince mil (15.000) voluntarios.

Esta corporación ha incorporado metodologías similares a las de APS en la realización de actividades de agenciamiento y acompañamiento a procesos comunitarios con la participación activa de los miembros de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus necesidades y generando alianzas con entidades públicas y privadas en pro del desarrollo social de las comunidades colombianas.

Sectores en los que aporta la CCTV:

- Salud.: Fundamentalmente en el sector hospitalario y en prevención.
- Educación: Tanto formal como no formal. En este sector se incluyen los voluntarios dedicados a la conservación del medio ambiente.
- Organización Comunitaria: En actividades de movilización de la sociedad civil, de capacitación y de coordinación.



- Generación de Ingresos y Empleo. En la promoción, capacitación y asesoría empresarial para los sectores más necesitados.
- Protección: En instituciones tales como Jardines Infantiles, establecimientos de protección juvenil y de ancianos.

Entre otras actividades, a través de su Fondo Rotatorio de Crédito para Mujeres Empresarias, les brinda capacitación administrativa, social y comunitaria, las asesora, promueve y otorga crédito a fami-empresas, empresas comunitarias y grupos solidarios. Mantiene una relación de acompañamiento y seguimiento con estas familias y grupos durante un tiempo determinado.

La **propuesta** inicial para el trabajo con esta entidad, consiste en explorar la posibilidad de incorporar dentro de sus actividades, el componente comunitario del modelo de salud mental en APS.

Por otro lado, la **Red de Gestores Sociales (RGS)**, coordinada por la Presidencia de la República de Colombia, es una estrategia nacional de trabajo colectivo, que busca articular, apoyar y coordinar el trabajo que los cónyuges de los gobernantes de todos los departamentos y municipios del país realizan como gestores y líderes de procesos sociales. Pretende generar lazos de cooperación e intercambio entre los municipios y departamentos colombianos y a la vez trabaja en el desarrollo de canales de comunicación y lazos de conexión que permitan poner en contacto y articular la gestión social del Estado y de la sociedad civil; es un puente informativo entre la oferta institucional y la Sociedad Civil representada por sus diferentes líderes.

La RGS busca potenciar redes de relaciones y contactos institucionales que garanticen y faciliten la ejecución de los proyectos y programas sociales que se desarrollan en lo local. Así mismo, busca fortalecer a los gestores sociales en temas cruciales para el desarrollo de proyectos y programas sociales en sus regiones a través de la implementación de canales de comunicación que contribuyan a cualificar su gestión y brindándoles herramientas conceptuales y técnicas. Fuente: www.comminit.com/en/node/40750

La propuesta en relación con esta RGS consiste en explorar la posibilidad de generar **proyectos en salud mental similares o complementarios a los que se están desarrollando a través de las Redes Constructoras de Paz**, las cuales trabajan en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, a través de la capacitación, asistencia técnica de actores y seguimiento de la gestión de las acciones desarrolladas sobre el tema.



Este proyecto cuenta con 243 mapeos locales de las redes existentes, hasta ahora en 8 departamentos, las cuales se han fortalecido en capacidades de formulación, planeación, organización, coordinación y ejecución de acciones centradas en la movilización social a través de la comunicación para el cambio social, la formación de actores locales y el mejoramiento de condiciones de vida.

El proyecto cuenta con profesionales de enlace cuya responsabilidad es la de hacer seguimiento y capacitación en los temas de salud sexual y reproductiva con el fin de reducir los riesgos y fomentar factores protectores en las comunidades de manera que las redes fortalezcan sus acciones en los componentes de SSR.

Agremiaciones de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, de los regímenes contributivo y subsidiado

La propuesta para trabajar con esta asociación, además de la asesoría y construcción conjunta que permita llevar a la práctica operativa el modelo de salud mental en APS, consiste en coordinar procesos de concertación con miras a promover la participación activa de las EPS en los procesos de implementación del modelo desde los niveles territoriales.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Título: **INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2000** Agencia / Organización: PNUD
Año de Publicación: 2000 Temas: Desarrollo humano; Derechos Humanos.
Número de Páginas: 290 *Sinopsis: Los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión y un mismo objetivo: garantizar, para todo ser humano, libertad, bienestar y dignidad. Divididos por la guerra fría, el programa de los derechos y el programa de desarrollo.*
Idioma: Español
- 2/3 Título: **144.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO** Washington, D.C., EUA, del 22 al 26 de junio del 2009 Punto 4.16 del orden del día provisional CE144/21 (Esp.) 11 de mayo del 2009 ORIGINAL: INGLÉS *SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA Documento conceptual*
- 4/5/6/7/8 Título: **PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007-2010** Ministerio de la Protección Social
Año de Publicación: 2007 Número de Páginas: 49
- 9/10/12 Título: **“DOCUMENTO PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS DE APOYO EN SALUD MENTAL PARA EL NIVEL TERRITORIAL”**, Autor: José Abelardo Posada Villa. Publicado por: Ministerio de la Protección Social. Bogotá Año de Publicación: 2008.
- 11/ Título: **REDES SOCIO-INSTITUCIONALES E INNOVACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS CIUDADES INTERMEDIAS.** *Ciudad y territorio: Estudios territoriales,* R. Méndez, J.J. Michellini, P. Romeiro: *Nº 148, 2006, Págs. 377-396*
- 14/ Título: **MANUAL DE PRIMEROS AUXILIOS MENTALES** Autores: Claudia Burbano Mora *Enfermera Facultad Escuela Ciencias de la Salud* - Patricia Gómez Supelano *Comunicadora Social Pontificia Universidad Javeriana*; M.A. Ohio University - José A. Posada Villa *Médico Psiquiatra Asesor Salud Mental Ministerio de la Protección Social* - Instructores Sección de Educación Departamento Médico Cruz Roja Seccional Cundinamarca - Segunda edición corregida 2009.
- 15/ Título: **“REHABILITACIÓN COMUNITARIA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEBIDA A TRASTORNOS MENTALES** Una guía para la rehabilitación desde la estrategia de atención primaria en salud” Autor: José A. Posada Villa, MD. Págs. 38. 2007
- 16/ Título: **INNOVACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL: ALGUNOS DEBATES TEÓRICOS RECIENTES.** MENDEZ, Ricardo. *Eure*, Santiago de Chile, vol.28, nº 84, p. 63-83, 2002 *Biblio 3W REVISTA BIBLIOGRÁFICA DE GEOGRAFÍA Y CIENCIAS SOCIALES (Serie documental de Geo Crítica)*
- 17/ Título: **“SIDIES, SISTEMA DE DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO, UNA PROPUESTA PARA LA PARTICIPACIÓN”** Autores: MPS, CRIC, CARITAS, 2010 10 Págs.

ANEXOS

APGAR FAMILIAR

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive sola, su “familia” consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes. Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me siento satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor	0	1	2	3	4
Me siento satisfecha con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero	0	1	2	3	4

Puntuaciones de 15 o menos indican algún grado de disfunción familiar.



CUESTIONARIO DE SINTOMAS SRQ

Pregunta	<u>S</u> í	<u>N</u> o
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		



20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29. ¿Ha estado en riñas o la han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado?		

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, se debe hacer evaluación especializada.

Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora) debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.



CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA NIÑOS RQC

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

SINTOMAS

SI NO

1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño(a) duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?		
8. ¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?		
9. ¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?		
10. ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?		

Una respuesta positiva o más, indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.