



La salud
es de todos

Minsalud

LINEAMIENTO PARA EL CUIDADO DE LAS ARMONÍAS ESPIRITUALES Y DE PENSAMIENTO DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

Lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI, en articulación con la política nacional de salud mental y la política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.



JUAN PABLO URIBE RESTREPO

Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

DIANA ISABEL CÁRDENAS GAMBOA

Viceministra de Protección Social

IVÁN DARIO GONZALEZ ORTÍZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

AIDA MILENA GUTIERREZ ÁLVAREZ

Directora de Promoción y Prevención

HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ

Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental

Coordinación editorial y cuidado de texto

Nancy Millán Echeverría
Juan Camilo Martínez Urrego
Nubia Bautista Bautista

**Equipo técnico indígena convenio de asociación 0726-2019 suscrito
entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización
Nacional Indígena de Colombia ONIC**

Rosendo Ahue Coello
Tksikamak Kani Maca Jimenez
Maria del Pilar Vega Caicedo
Ledis del Carmen Ortega Guzmán
Stephania Rincón Malagón

**Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los
Pueblos y Organizaciones Indígenas**

Diseño y diagramación

Nancy Millán Echeverría
Juan Camilo Martínez Urrego

Imprenta Nacional de Colombia
Primera Edición: Diciembre 2019
© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50

**Aprobado en la Sesión Ordinaria N° 34 de la Subcomisión de Salud de
la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organización
Indígenas, realizada durante los días 11 al 13 de diciembre de 2019**

Bogotá D.C., Colombia, Diciembre 2019

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS.

LINEAMIENTO PARA EL CUIDADO DE LAS ARMONÍAS ESPIRITUALES Y DEL PENSAMIENTO DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

SIGLAS Y ACRÓNIMOS..... 6

1. INTRODUCCIÓN 8

2. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL LINEAMIENTO 11

3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y FACTORES RELACIONADOS CON PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PUEBLOS INDÍGENAS 15

3.1 CONDUCTA SUICIDA 15

3.2 CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 20

3.3 DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y FACTORES DESENCADENANTES DE CONDUCTA SUICIDA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DESDE LA VOZ DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS 21

4. MARCO DE REFERENCIA 27

4.1 MARCO NORMATIVO 27

4.2 CONCEPTOS ORIENTADORES..... 28

5. OBJETIVO..... 41

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 41

6. PRINCIPIOS RECTORES..... 42

6.1. LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL:..... 42

6.2 AUTONOMÍA Y LIBRE AUTODETERMINACIÓN: 42

6.3 INTEGRALIDAD: 43

6.4 INTERCULTURALIDAD:..... 43

6.5 COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA 43

7. MARCO METODOLÓGICO Y OPERATIVO..... 45

7.1 MARCO METODOLÓGICO..... 45

7.2 MARCO OPERATIVO 52

7.2.1 Estrategia relacionada con el fomento de la convivencia y la armonía espiritual y del pensamiento (Promoción de la convivencia y la salud mental) 52

7.2.2 Estrategias para la prevención (protección) de desarmonías espirituales y del pensamiento (problemas, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida)..... 59

7.2.3 Estrategias para la atención de las desarmonías espirituales y de pensamiento (problemas o trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida)..... 65

7.2.4 Estrategia de Rehabilitación integral e inclusión social 84

7.3 ORIENTACIONES PARA LA GESTIÓN TERRITORIAL DEL LINEAMIENTO 86

7.3.1 Gestión del talento humano: 86

7.3.2 Coordinación y articulación en el contexto territorial 90

7.3.3 Definición de competencias y responsabilidades 91

7.3.4 Aspectos financieros para su implementación..... 91

7.4 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN 92

8. BIBLIOGRAFÍA..... 94

ANEXO 1: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y CONDUCTA SUICIDA EN PUEBLOS INDÍGENAS 98

ANEXO 2: DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS, RESPONSABILIDADES Y FUENTES DE FINANCIACIÓN 104

ANEXO 3 HITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO, EN EL MARCO DE LA GOBERNANZA MULTINIVEL..... 110

ANEXO 4: LISTA DE CHEQUEO FRENTE A PROCESO DE ADECUACIÓN INTERCULTURAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS ARMONIAS ESPIRITUALES Y DEL PENSAMIENTO (EN SALUD MENTAL) 111

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
EVS	Estilos de Vida Saludable
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
SENT	Subdirección de Enfermedades No Transmisibles
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISPI	Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
IPS	Institución Prestadora de Salud
SPA	Sustancia Psicoactiva
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PCVCPI	Plan del Cuidado para la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas
SGP	Sistema General de Participación
IAP	Investigación Acción Participativa
ESE	Entidad Social del Estado
UPC	Unidad de Pago por Capitación
RIPS	Registros individuales de prestación de servicios
SIVIGILA	Sistema de vigilancia en salud pública
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
SRQ	Self Report Questionnaire
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
ASIS	Análisis Situacional de Salud
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
AEPPCI	Armonía espiritual y del Pensamiento de los Pueblos y Comunidades Indígenas (salud mental)
PND	Plan Nacional de Desarrollo

AGRADECIMIENTOS

A los pueblos y comunidades indígenas que compartieron su conocimiento para la construcción conjunta intercultural del presente documento

A la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS en Colombia, a través de José Milton Guzmán Valbuena, por su constante apoyo y sus valiosos aportes en la construcción de este proceso.



1. INTRODUCCIÓN

Para dar cumplimiento a los acuerdos pactados en el PND 2014 – 2018 y 2018- 2022, entre el Gobierno Nacional y los Pueblos y Organizaciones Indígenas, y por la preocupación manifiesta del alto índice de suicidios en algunos pueblos indígenas, surge la necesidad de establecer lineamientos que contengan herramientas para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia y para la institucionalidad gubernamental, que contribuya al cuidado de la armonía espiritual y del pensamiento desde acciones de promoción de la salud mental, la prevención (protección) e identificación, de los factores que inciden en la desarmonización espiritual y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas, que generen diagnóstico y tratamiento de los estados de no control del sentir, el pensar y del actuar (problemas, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida).

Distintos documentos a nivel mundial señalan que la situación de salud mental de los pueblos indígenas se encuentra en estado crítico, lo cual está asociado a determinantes estructurales, intermedios y proximales de la salud. En Colombia específicamente, tiene una fuerte relación con el impacto que el conflicto armado ha generado en esta población, sumado a la falta de acceso a servicios de salud mental con pertinencia y adaptación intercultural, y por la fragilidad o debilitamiento de las prácticas culturales de protección, a través de la medicina propia.

Según (Gómez- Restrepo, Rincón, & Urrego- Mendoza, 2016), en estudios poblacionales se ha encontrado que las tasas de problemas y trastornos mentales de los indígenas tienden a ser mayores que la del resto de población. Dentro de estos problemas, se identifica con una alta prevalencia, la conducta suicida, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, y la exposición a violencia de género (dentro y fuera de sus comunidades, por ejemplo: mutilación genital femenina, violencia sexual, explotación sexual y trata de personas), violencia familiar e interpersonal. Durante el 2009, en los indígenas brasileiros se registraron tasas de suicidios de 30/100.000, y en Colombia se calculó en 500/100.000, específicamente para el caso del pueblo Embera, (UNICEF, 2012).

Asimismo, el estudio de Gómez- Restrepo y colaboradores (2015) refiere que en indígenas norteamericanos se encontró que en un 58.2% de los adultos, ya cumplieron el criterio de un solo uso de sustancias o trastorno mental a lo largo de la vida, y el 37,2%, 2 o más trastornos mentales o usos de sustancias psicoactivas (Gómez- Restrepo, Rincón, & Urrego- Mendoza, 2016).

En cuanto a la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), (Gómez- Restrepo, Rincón, & Urrego- Mendoza, 2016), realizaron un análisis de la situación de salud mental, según la población que se autoreconoció como indígena en dicha encuesta. De esta población, el 4.9% refirieron haber tenido una ideación suicida, y de estos, el 27.3% ha tenido un plan suicida. Además, se encontró que el mayor consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es de alcohol, con una prevalencia en los últimos 12 meses del 81,6%, seguido por consumo de cigarrillo (8,2%) y marihuana (1,5%). El consumo de alcohol evaluado por la escala Audit muestra un consumo excesivo del 8%, con consumo de riesgo del 7,9% y probable dependencia del alcohol del 0,3%. “Respecto a los problemas mentales medidos con el SRQ, observamos que un 8,1% de los indígenas presentan puntuaciones altas alrededor de posibles problemas mentales y el 7,6% de los trastornos depresivos y ansiosos medidos” (Gómez- Restrepo, Rincón, & Urrego- Mendoza, 2016, pág. 125).

Frente a esta situación y en especial por las altas cifras de población indígena que ha presentado conducta suicida durante el periodo comprendido entre el 2014 y el 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social realizó un acompañamiento a algunas comunidades donde se ha presentado esta problemática para identificar conjuntamente, los factores desencadenantes y los mecanismos para abordar los problemas mentales, conducta suicida y consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con la cosmovisión de los pueblos indígenas.

Con base en estas experiencias, se presenta a continuación el contenido del lineamiento que brinda herramientas para el abordaje integral de la salud mental o las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas, a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Direcciones Territoriales de Salud; EPS; IPS), así como a todas las entidades competentes en el abordaje de la salud mental (gobierno, educación, cultura, recreación y deporte, desarrollo social, ambiente y desarrollo sostenible, justicia, protección- ICBF) y autoridades indígenas, de acuerdo con lo contemplado en la Política



Nacional de Salud Mental aprobada mediante Resolución 4886 del 2018 y de la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas aprobada mediante Resolución 089 de 2019, así como en el marco de los avances del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural- SISPI, específicamente del componente de cuidado de la salud propia e intercultural del SISPI y, en armonía con el plan del cuidado para la vida colectiva de los pueblos y comunidades indígenas.

En primer lugar, se presenta el proceso donde se detallan los momentos que fueron insumo importante para la estructuración del lineamiento. Posteriormente, se presenta la situación epidemiológica y los factores relacionados con los problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas en pueblos indígenas, con énfasis en suicidio. En un siguiente capítulo se detalla el soporte normativo y conceptual que sustenta la implementación de este lineamiento en el ámbito nacional y, por ende, en todos los territorios donde se encuentren ubicados estos pueblos y comunidades. Seguidamente, se mencionan los principios que son eje fundamental para la comprensión del lineamiento. Por último, se presenta el marco metodológico y operativo para la implementación de este, el cual recoge las recomendaciones soportadas en la evidencia, pero en especial, se fundamenta en las voces de los pueblos y comunidades indígenas que participaron del proceso de construcción de este lineamiento.

2. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL LINEAMIENTO

El proceso de elaboración del *“lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI, en articulación con la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”* que fue concertado con los pueblos indígenas para el PND 2018- 2022, cuenta con un precedente desde el 2010, a través del convenio 485 con la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS, en el cual se elaboró un documento de *“Revisión crítica a la literatura en Intervenciones en suicidio”*, y el documento *“Revisión bibliográfica sobre la prevención y atención integral a la conducta suicida en la población indígena colombiana”*, los cuales permitieron conocer la evidencia disponible sobre esta temática.

Posteriormente, en el año 2014, en el marco del convenio de cooperación técnica 310 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud- OPS/OMS, con la colaboración de Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social, se efectuó el análisis de la información obtenida a través de la evidencia y se formuló una propuesta de modelo para el abordaje del tema. Como resultado de este análisis, se focalizaron tres territorios en los departamentos de Córdoba, Vaupés y Chocó, en los cuales se realizaron una serie de encuentros con las instituciones nacionales, departamentales, organizaciones indígenas territoriales y comunidades para recoger insumos que permitieran orientar el modelo de abordaje de este tipo de problemáticas en los pueblos y comunidades indígenas. Producto de este proceso se formuló el documento *“Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones en salud mental con énfasis en conducta suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas”* que incluyó el amplio espectro de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas para pueblos indígenas.

En el 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para Migraciones -OIM, establecieron el convenio 547 a través del cual se elaboró el documento *“Herramientas metodológicas para la construcción y revisión conjunta, con tres comunidades*

indígenas priorizadas (Vaupés; Córdoba y Chocó), de la ruta de atención en salud mental con énfasis en suicidio”.

En noviembre del 2015, se realizó una reunión de diálogo intercultural para analizar el fenómeno de conducta suicida y consumo nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas que afectan a las comunidades indígenas. En este encuentro, participaron representantes de los pueblos Sikuaní de Arauca; Sáliva de Casanare; Misak y Totoró del Cauca; Kankuamo de Cesar; Embera Katio de Córdoba; Embera Chamí de Chocó; Awá de Nariño; Embera Chamí de Risaralda, así como delegados de los pueblos indígenas Pijao de Tolima; Ingas; Zenú; Aruhacos; Cubeo; Puinave y Curripaco, y representantes de las entidades territoriales de salud mental y drogas de los departamentos de Tolima, Cauca, Casanare, Vaupés y Córdoba.

Durante el 2016, se realizó la revisión conjunta de la propuesta de *“modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas- SPA para grupos o pueblos indígenas”* en las comunidades Pamiva (Cubeo) de Camutí, Mitú - Vaupés; Embera Katio de Caña Fina y Pawarando, Tierralta -Córdoba y Embera Dobidá de Catrú Central, Alto Baudó – Chocó. Este trabajo fue desarrollado en asocio con la Organización Internacional para las Migraciones -OIM. Contó con profesionales indígenas que lideraron la reflexión en torno a los conocimientos comunitarios para la promoción, prevención y atención de la salud mental entendida desde cada una de las cosmovisiones de los pueblos seleccionados. Este proceso incluyó visitas de inmersión en las comunidades indígenas para identificar prácticas culturales propias protectoras de la salud mental y visitas de seguimiento a cada uno de los territorios focalizados.

A partir del trabajo realizado con las comunidades indígenas focalizadas y en el marco del convenio con OIM, se consolidó y ajustó un documento que se denominó *“Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena”*. Este documento fue socializado el 19 de septiembre de 2016 ante la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones indígenas, donde se llegó al acuerdo que estas orientaciones técnicas eran el insumo base para la formulación del "Programa de salud mental con enfoque intercultural para población indígena formulado participativamente e

implementado progresivamente con apropiación presupuestal anual", el cual fue el indicador de la meta concertada en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

En articulación con la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones indígenas, se socializó el documento de orientaciones técnicas con enfoque intercultural, en el Encuentro Nacional de Médicos Tradicionales en Silvania - Cundinamarca (septiembre 22 y 23 de 2016) consiguiendo apoyo de dicho colectivo para la implementación territorial.

Adicionalmente, entre septiembre y diciembre de 2016, en el marco de la cooperación técnica con la Organización Panamericana de la Salud- OPS/OMS, se realizaron procesos de revisión conjunta del documento de orientaciones técnicas con enfoque intercultural, con el pueblo Embera Chamí de Pueblo Rico, Risaralda; pueblo Inga, en Tablón de Gómez, Nariño; y con el pueblo Nasa, en Toribio, Cauca.

Conforme a los acuerdos establecidos con la Subcomisión de Salud anteriormente mencionada, entre el 8 y el 10 de noviembre del 2016, se realizó un encuentro con la participación de 19 de las 20 organizaciones indígenas de los departamentos del pacífico colombiano (Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño) en el cual se continuó con la recolección de insumos para la formulación participativa del Programa de Salud Mental Indígena, y se ratificó, por parte de las autoridades indígenas que el documento denominado orientaciones técnicas contenía los elementos estructurales que podían hacer parte de la formulación del programa. Asimismo, recomendaron que el documento del programa se organizara de acuerdo con la estructura del SISPI.

En el 2017, se realizó un encuentro de *"diálogo de saberes sobre la salud sexual y reproductiva y la salud mental de los pueblos indígenas de la Orinoquía, realidades y retos para la política pública en salud"*, desarrollado en la ciudad de Bogotá, donde participaron sabedores y sabedoras indígenas de los departamentos de Vaupés, Guainía, Arauca, Meta, Casanare, Guaviare y Vichada.

Durante el 2018, se realizó una revisión conjunta, entre las áreas del Ministerio de Salud y Protección Social y los Subcomisionados de Salud de la Mesa Permanente de Concertación para Pueblos Indígenas, en sesión extraordinaria el 27 y 28 de noviembre, donde se acordó que

el título del documento será *“lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI”*. Acuerdo que fue llevado al proceso de concertación del PND 2018- 2022, estableciendo como compromiso *“Ajustar, expedir e implementar el lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas en el marco del SISPI, en articulación con la Política Nacional de Salud Mental, la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas y el CONPES en salud mental”*. En el 2019, se firmó un convenio interadministrativo entre la Organización Nacional Indígena de Colombia- ONIC y el Ministerio de Salud y Protección Social para la revisión y validación del lineamiento, con un equipo profesional indígena para recoger las sugerencias y poder ajustar el documento acorde con su cosmovisión para que posteriormente, se presentara y aprobara ante la Subcomisión de Salud. En la Sesión Ordinaria N° 34 de la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de los Pueblos y Organizaciones Indígenas, se aprueba la publicación del presente lineamiento para su correspondiente socialización a las diferentes instituciones competentes y a las autoridades indígenas de los distintos departamentos.

Teniendo en cuenta el antecedente descrito, se logró vincular acciones basadas en el proceso construido con los pueblos y comunidades indígenas y que está corroborado en la evidencia, para la promoción de la salud mental o de las armonías espirituales y de pensamiento y la prevención de la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas, en la Política Nacional de Salud Mental y de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas aprobadas mediante Resolución 4886 de 2018 y Resolución 089 de 2019, respectivamente.

Cabe resaltar que el presente documento contiene una estructura que responde a los compromisos asumidos con los pueblos y comunidades indígenas y que acoge los diferentes aprendizajes, sugerencias y observaciones que los mismos pueblos y comunidades, han brindado a lo largo del proceso para ser implementado en los territorios, a través de las Direcciones Territoriales de Salud y en el marco de la implementación del SISPI, de la Política Departamental de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y FACTORES RELACIONADOS CON PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN PUEBLOS INDÍGENAS

Según la OPS/OMS, en algunas comunidades indígenas, los jóvenes presentan las tasas más elevadas de adversidad social, deserción escolar y problemas de salud mental, incluyendo el suicidio. Sin embargo, hay poca bibliografía disponible con respecto a las repercusiones alarmantes que tienen los determinantes sociales y el acceso a servicios de salud y a recursos de salud mental en las comunidades indígenas de todos los países de América Latina (OPS/OMS, 2016, pág. 8).

En Colombia, según los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), en la bodega de datos del SISPRO, consultado en septiembre de 2018, se encontró que entre 2009 y 2016 se atendieron 32.884 personas pertenecientes a pueblos indígenas, por trastornos mentales y del comportamiento, con un promedio de 4.110 personas atendidas al año por esta causa, en 2016 se atendieron 6.846 personas, la tendencia general en estos años es al incremento. El 45,3% de las personas atendidas eran hombres y el 51,3% mujeres, en el 3,4% de los casos no se reportó el sexo. Para el 2017 y 2018, se encontró que 6.956 y 7.199 personas que se autoreconocieron como indígenas, respectivamente, fueron atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, manteniendo la tendencia hacia el aumento de consultas por esta causa.

Por departamentos, Nariño tuvo el mayor número de personas atendidas por trastornos mentales y del comportamiento en 2016, con 3.200 (46,7%), seguido de Sucre, Córdoba, La Guajira y Putumayo (**Ver anexo 1 tabla 1**).

3.1 CONDUCTA SUICIDA

Según los datos del SIVIGILA (Informe del evento, intento de suicidio 2017 a 2019 (semana epidemiológica N° 44), se presentaron 580 casos de intento de suicidio, estos correspondieron al 2,2% del total de la población, durante el 2017, mientras que en el 2018 se presentaron 597

casos y para la semana epidemiológica N° 44 del 2019, ya se reportaban 559 casos, observando una tendencia hacia el aumento en el reporte de este evento.

De los casos de intento de suicidio en población indígena reportados durante el 2017, se encuentra una mayor proporción en Cauca (29,1%), Nariño (10,7%), Vaupés (9%), Guajira (7.2%), Putumayo (6.2%), Arauca (5.7%), Amazonas (5.5%) y Caldas (5.5%) (**Ver anexo 1 tabla 2**). Para el 2018, la tendencia se mantuvo en la mayoría de los departamentos. No obstante, Vaupés presentó un aumento en el reporte pasando del 9% al 13.9%, ocupando el segundo lugar durante el 2018, seguido de Nariño (10.1%), Guajira (6.9%), Putumayo (5.9%), Caldas (5.7%), Amazonas (4.5%) y Arauca (3.7%). Durante el 2019 (semana epidemiológica 44), Cauca se mantiene en el primer departamento con mayor reporte de intento de suicidio en población indígena (24.2%), seguido de Nariño (14.7%), Guajira (8.9%) Putumayo (6.8%), Vaupés (6.6%), Amazonas (4.5%), Arauca (4.5%) y Caldas (3.9%). La mayoría de los casos se presenta en zona rural dispersa (65.5% para el 2017; 62% para el 2018 y, 59% para la SE 44 del 2019), seguido de la cabecera municipal (26.2% en 2017; 31.3%, 2018 y, 27.9% en SE 44 del 2019). Se observa que en la medida en que van disminuyendo el reporte de la zona rural dispersa, aumenta el reporte de población indígena que intenta suicidarse, proveniente de las cabeceras municipales (26.2% en 2017; 31.3% en 2018 y 27.9% en SE 44 del 2019) (**Ver Anexo 1 Tabla 3**).

Se presentan mayor número de casos de intento de suicidio en mujeres y se mantiene la tendencia durante los años consultados (53.4% en 2017; 53.3% en 2018 y 54.4% en SE 44 2019). El porcentaje de intentos de suicidio en hombres es de 46.6% (2017), 46.7% (2018) y 45.6% en 2019 (**Ver Anexo 1 Tabla 3**).

El grupo de edad que presenta mayor riesgo de intento de suicidio está comprendido entre los 15 a 19 años, con el 35,7% (2017), 31.5% (2018) y 34.3% (SE 44 2019); seguido de los 20 a 24 años con el 21,4% (2017); 23.3% (2018) y 21.3% (SE 44 2019) y el 12,2%(2017), 14.2% (2018), 12.2% (SE 44 2019) entre los de 25 a 29 años (**Ver Anexo 1 Tabla 3**).

Dentro de los factores desencadenantes, identificados a través de los RIPS¹, que estuvieron relacionados con los casos de intento de suicidio en población indígena, se encuentra en primer

¹ Registro Individual de Prestación de Servicios

lugar los conflictos de pareja o expareja (49.8% en 2017; 17.1% en 2018; y 50.8% en SE 44 de 2019); en segundo lugar, el maltrato físico, psicológico o sexual (6.0% en 2017; 8.1% en 2018; 11.6% en SE 44 de 2019). En similar proporción se encuentra como factor desencadenante problemas económicos (9.1% en 2017; 0.9% en 2018; 8.6% en SE 44 de 2019) y motivos escolares o educativos (3.3% en 2017; 7.9% en 2018; 7.7% en SE 44 de 2019) (**Ver Anexo 1 Tabla 4**). Y por factor de riesgo, se encuentra en primer lugar, el trastorno depresivo (17.1%, 2017; 11.9% en 2018 y 9.8% en SE 44 2019), seguido del abuso de alcohol (8.1%, 2017; 12.1%, 2018; 20% SE 44 de 2019) y de antecedente familiar de conducta suicida (7.9%, 2017; 10.9%, 2018 y 6.8% en SE 44 de 2019). La tendencia entre estos factores de riesgo en el transcurso del periodo estudiado (2017- 2019) es de aumento para el caso de abuso de alcohol con tendencia a disminuir el factor de riesgo de trastorno depresivo. Es de resaltar que dentro de los factores de riesgo que se registran en los RIPS, el plan organizado de suicidio presenta una tendencia a un aumento significativo en el periodo estudiado, pasando de 0.9% en el 2017 al 10.2% en la SE 44 del 2019. También es importante mencionar que el antecedente de violencia o abuso es un factor de riesgo a considerar dentro de los intentos de suicidio en población indígena (5%, 2017; 5.4%, 2018 y 5.9% SE 44 de 2019) (**Ver Anexo 1, Tabla 5**).

No obstante, en los procesos de construcción y validación conjunta con los pueblos indígenas, las autoridades y comunidades, identificaron otros factores desencadenantes para que se presenten los intentos de suicidios, los cuales son de carácter estructural como lo son: la situación de violencia (s), no solo al interior de las familias sino por causa del conflicto armado, de modo que se afecta significativamente las relaciones intra familiares. Por otro lado, manifiestan las dificultades en el acceso a los servicios de salud que les brinden atenciones oportunas y con enfoque intercultural, además de la falta de capacidad hospitalaria instalada cuando se están presentando signos de alerta como es la ideación suicida u otros síntomas que pueden ser abordados interculturalmente.

Lo anterior implica que los motivos de consulta amplíen la posibilidad de identificar estos otros factores que son determinantes sociales y ambientales (externos y propios), para poder definir las acciones más pertinentes a realizar frente a esta problemática.

De los casos reportados a SIVIGILA por intento de suicidio en población indígena, el método más utilizado por la población indígena que intentó suicidarse se encontró en un mayor

porcentaje la intoxicación (o envenenamiento² para los pueblos indígenas) (75.3%, 2017; 71.2%, 2018 y 67.4% en SE 44 de 2019)); seguido del uso del ahorcamiento (11.9%, 2017; 14.4%, 2018 y 14.1%, SE 44 de 2019) y de arma corto punzante, el cual presenta un aumento en el transcurso del tiempo reportado (9.5%, 2017; 12.4%, 2018; 15.2%, SE 44 de 2019) (**Ver Anexo 1 Tabla 6**).

En cuanto a las defunciones por lesiones auto infligidas intencionalmente, (suicidio) reportadas a través del registro de Estadísticas Vitales -EEVV, se encontró un acumulado de 517 defunciones en población indígena (ocupa el 3 lugar en relación con las etnias que se reportaron) durante el periodo comprendido entre el 2008 y el 2016, con una tendencia al incremento durante los últimos 4 años de esta serie (**Ver anexo 1 tabla 7**). Como se observa en el **Anexo 1 tabla 8**, el grupo etáreo más afectado está comprendido entre los 15 y 29 años, con el 64,6%, sin embargo, el grupo más vulnerable son los adolescentes de 15 a 19 años. Se observó que la tendencia del evento ha sido hacia el incremento, con una variabilidad importante.

En relación con los departamentos que más registraron defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente durante el periodo comprendido entre el 2008 y 2016, fueron: Cauca (30,6% de los casos), Nariño (14,7%), Vaupés (10,8%), Amazonas (5,2%) y Putumayo (4,3%). El mayor número de muertes se reportó durante los años 2015 y 2016 (**Ver Anexo 1 tabla 9**).

La distribución por sexo muestra una mayor proporción de muertes entre la población indígena masculina (69,1%), con 357 casos, mientras que en las mujeres fueron 160 casos de 2008 a 2016 (30,9%).

El mecanismo usado con mayor frecuencia, para provocar la muerte, fue ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (30,4%), seguido del envenenamiento intencionalmente por exposición a plaguicidas, con el 22,3%.

² En diálogo con algunos mayores ancestrales, se pudo entender que para los pueblos y comunidades indígenas, el envenenamiento es el consumo o ingesta de sustancias venenosas: es decir, cuando una persona come o bebe un producto no aconsejable ni apto para el consumo humano, haciéndolo algunas veces por equivocación, descuido o premeditadamente, por ejemplo, cuando toman bayón, matamalezas, drogas en excesos entre otros (sabedores/sabedoras indígenas, 2019).

En población general, los factores relacionados con la decisión del suicidio, más frecuentes son: las enfermedades físicas o mentales (29,1%), los conflictos de pareja o expareja (26,0%) y las rupturas sentimentales o desamor (14,87%). En población indígena no se encontró información específica en este sentido.

Resultados similares se encuentran en los estudios comparativos de la situación de salud entre población indígena y no indígena de Chile, donde se comparten los principales trastornos como depresión, suicidio y dependencia por consumo de alcohol y su relación con condiciones sociales, políticas y económicas adversas como la discriminación sistemática, desarraigo familiar, territorial, falta de oportunidades laborales, destrucción del modo de vida tradicional, genocidio, usurpación de territorios y represión de su lenguaje y cultura (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

Dentro de los 10 principales problemas de salud en poblaciones indígenas, a nivel mundial incluida Latinoamérica se encuentran la morbi-mortalidad materna y de niños, niñas y adolescentes, enfermedades transmisibles, contaminación ambiental, pero también se identifican los problemas sociales, la morbi-mortalidad asociada con consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, envenenamientos, violencia interpersonal, homicidio y suicidio.

Frente a la respuesta de salud se identifica la implementación de enfoques interculturales, sin embargo, continúan existiendo barreras socioculturales y lingüísticas para acceder a los servicios de salud, así como barreras geográficas; y persiste la falta de reconocimiento de los conocimientos propios y prácticas de los pueblos y comunidades indígenas en salud que limitan el uso a los servicios (United Nations United Nations , 2016).

En ese sentido es necesario que la institucionalidad gubernamental concerte con los pueblos, autoridades y comunidades indígenas, los caminos interculturales para la implementación y desarrollo de manera integral en todos los niveles de gestión administrativos y de atención, que permita garantizar la ejecución de acciones propias e interculturales a fin de prevenir las desarmonías y muertes ocasionadas por el excesivo consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, envenenamientos y otras que causan grandes desarmonías tanto en las personas, la familia, la comunidad y el territorio.

3.2 CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En la información disponible se ha podido identificar que los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas afectan a la población indígena. En México se encontró que una de las principales causas de mortalidad general son las lesiones y accidentes relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y se considera un problema de salud pública en toda la población. Este consumo ha adquirido dimensiones epidémicas, lo que ha obligado a considerar a las adicciones como un problema de salud pública que ha impactado a la población general, incluidos los indígenas.

Otro de los elementos identificados es la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y la pobreza, la marginación y la pertenencia étnica, lo que genera estigmatización social y cultural de los indígenas. Es importante reconocer el contexto y la función social del consumo de sustancias psicoactivas. En algunos casos, se reconoce que la dependencia por consumo de alcohol se relaciona con la pérdida de las costumbres, el idioma, sus creencias, afectando negativamente a la comunidad alterando las formas de organización y favoreciendo la desintegración social. (Comisión Nacional Contra las Adicciones, Mexico , 2012).

Dentro de los factores de riesgo que se han identificado frente al consumo de sustancias psicoactivas, en las zonas rurales, se encuentran las inequidades socioeconómicas como bajos ingresos, desempleo, niveles educativos más bajos y deficiente calidad, oportunidades limitadas de avance y falta de servicios de salud, pero también un factor de riesgo a considerar dentro del capital social, está el bajo apoyo social y menor participación de la comunidad; alta disponibilidad de sustancias; leyes y normas permisivas para el uso de sustancias, etc, aspectos relacionados con las condiciones habitacionales como saneamiento inadecuado, vivienda, factores ambientales como, desastres naturales, guerra, conflicto, cambio climático, degradación ambiental y migración.

Además, el estigma social relacionado con creencias, imaginarios socioculturales frente a los trastornos por uso de sustancias margina aún más a los usuarios rurales y crea barreras adicionales para su atención e ingreso a tratamiento, ya que difícilmente tendrá la posibilidad de recibir ayuda de forma anónima. (UNODC, 2017). Para las organizaciones, pueblos y comunidades indígenas, la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas por fuera

de la ritualidad, ha sido problematizada y manifestada como una necesidad sentida por la grave afectación que esto genera en la pervivencia de sus pueblos.

3.3 DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y FACTORES DESENCADENANTES DE CONDUCTA SUICIDA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, DESDE LA VOZ DE LOS PUEBLOS Y COMUNIDADES INDÍGENAS

Dentro de los factores desencadenantes que ellos identifican para que se presente la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas se encuentra: la carencia de una educación intercultural; escasas oportunidades de vinculación laboral; bajo nivel de ingresos económicos en la familia; restricción y destrucción de espacios rituales tradicionales que conllevan a un desequilibrio cultural; prácticas y comportamientos discriminatorios por parte de la población mestiza quienes imponen su propia cultura, generando en los jóvenes indígenas un choque identitario³ y auto negación cultural; pérdida de los conocimientos de la medicina tradicional por ausencia del relevo intergeneracional y porque los jóvenes acuden cada vez menos a solicitar los cuidados de la medicina propia; se infringen las recomendaciones y cuidados que están establecidas desde el saber ancestral; escaso acceso a servicios de salud que garanticen el enfoque intercultural; adoctrinamiento religioso; pérdida de los mecanismos propios de resolución de conflictos y de las prácticas de crianza, de cuidado y de habilidades de comunicación; disminución de las actividades deportivas, artísticas y lúdicas propias⁴, (UNICEF, 2012). De estos factores, los pueblos reconocen y se ratifica a través de las estadísticas, que hay diferenciación en el impacto que esto genera entre hombres y mujeres (género); por edad (curso de vida o espiral de la vida o ciclo de la vida); por el hecho de ser indígenas y por la ubicación geográfica (identifican como mayor riesgo cuando están en zonas donde hay fuerte

³ La marginación de los jóvenes indígenas tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación, forja un sentimiento de aislamiento social que puede conducir a reacciones autodestructivas desde el punto de vista occidental.

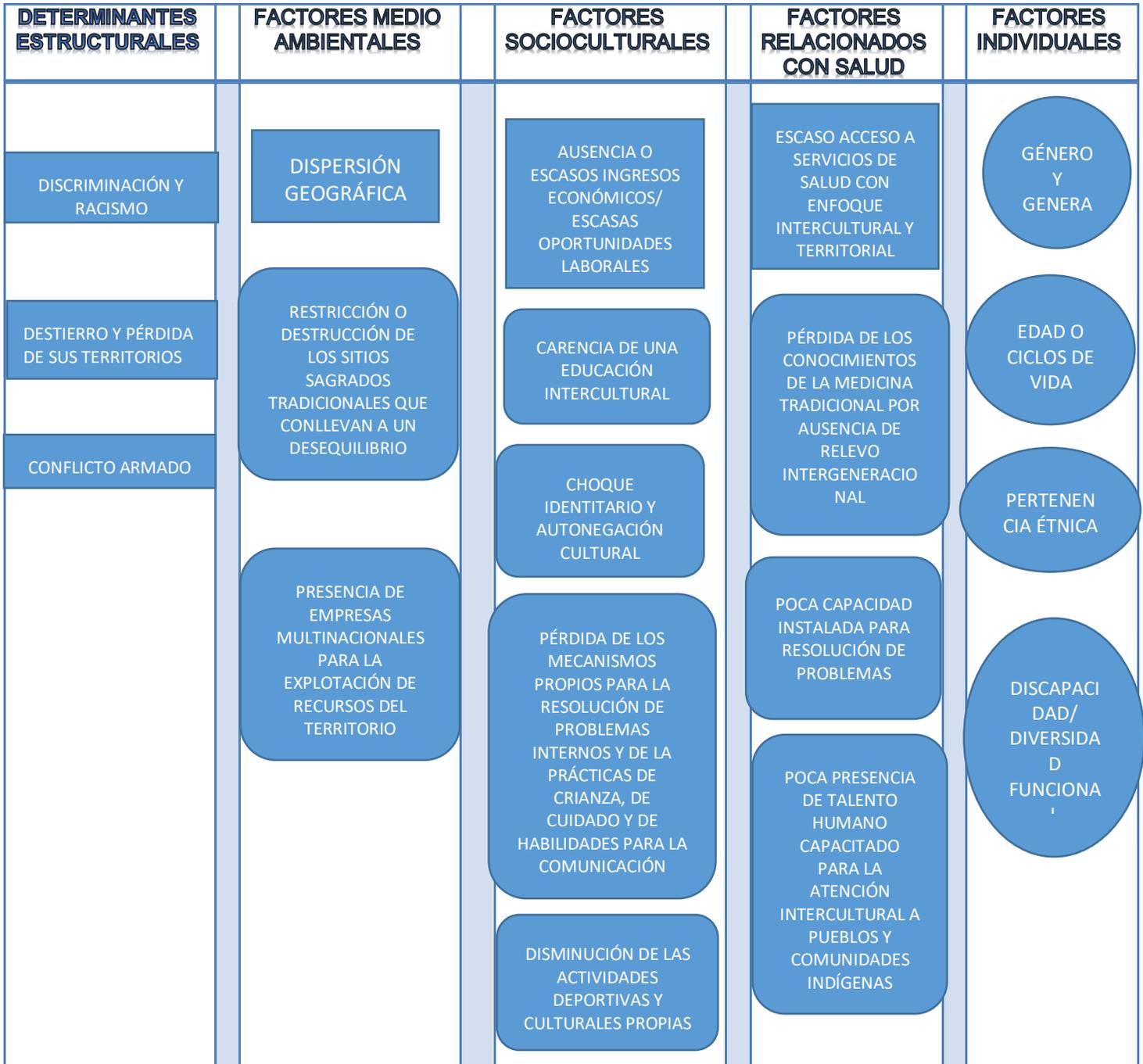
⁴ Esta información fue obtenida a partir de los resultados de las 6 experiencias piloto que se desarrollaron durante el 2016, en las comunidades de Toribio, Cauca; Pueblo Rico, Risaralda; Mitú, Vaupés; Tierralta, Córdoba; Tablón de Gómez, Nariño y Alto Baudó, Chocó. Asimismo, en los espacios de formulación del capítulo étnico del PDSP 2012-2021 que se realizaron durante el segundo semestre del 2017, en cinco macrorregionales seleccionadas por las organizaciones indígenas del nivel nacional. Estos encuentros fueron liderados por las mismas organizaciones indígenas y contaron con el apoyo técnico y financiero de la Dirección de Epidemiología y Demografía, del Ministerio de Salud y Protección Social.



presencia de agentes externos y con menor acceso a la atención en salud- por ejemplo, para salvarle la vida a la persona que intenta suicidarse; o por presencia de explotación de minerales en zonas que sean más dispersas). En el siguiente gráfico se relacionan los factores relatados por las comunidades:



Gráfico N° 1: Relación de determinantes estructurales y factores desencadenantes de la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas, según las comunidades indígenas



Fuente: Subcomisión de Salud de la MPC; equipo técnico convenio interadministrativo ONIC- MSPS (726-2019) y Ministerio de Salud y Protección Social (2019).

En este sentido, los pueblos y comunidades indígenas relatan la manera en que incide la pérdida del territorio, en la desesperanza de muchos jóvenes indígenas que los lleva a intento de suicidio, además, la incursión de sistemas económicos de tipo ilegal, así como de modelos económicos fuera del contexto socio cultural:

“La falta de territorio se constituye en la principal debilidad para muchas de las comunidades...la recuperación del territorio debe darse junto con un ejercicio de acompañamiento espiritual para que no pierdan su esencia. Eso lo reconocen los médicos ancestrales como una tarea fundamental de ellos y de las mismas comunidades...no en vano dentro de los encuentros el rol desempeñado por los médicos ancestrales, logra establecer criterios y recupera la memoria frente a los orígenes, creencias, usos y costumbres de las comunidades Pijao”. (Sabedores ancestrales pueblo Pijao, 2014) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

De igual manera, no se presentan alternativas para la generación de ingresos que contribuyan con el buen vivir, en cuanto a disponibilidad de vivienda digna, vestido apropiado, higiene personal, comida, educación y otras condiciones de derechos fundamentales de los pueblos indígenas, lo que conlleva al fraccionamiento de las estructuras organizativas indígenas, dado que cada día se presentan mayores índices de desplazamientos a centros poblados en la búsqueda de sustento económico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Asimismo:

“en el territorio se presentan otras dinámicas asociadas al conflicto armado dentro de las cuales se destacan presencia de minas antipersona, derrames de petróleo, presencia de cultivos ilícitos, amenazas recurrentes sobre las autoridades, gobernadores, sabedores ancestrales y demás líderes indígenas...presencia de grupos armados ilegales en sus territorios, que los ha obligado a abandonarlos e incorporarse a las zonas marginales urbanas, deteriorando el tejido social de sus comunidades y rompiendo sus lazos culturales ancestrales” DNP D. N., 2005; EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Sumado a lo anterior, se encuentra la pérdida o debilitamiento de la educación propia influyendo en el equilibrio y salud de las comunidades: *“Una causa de la situación actual es la pérdida de la educación tradicional, las escuelas, profesores, instituciones han remplazado la familia como base de la educación. Las normas tradicionales se ahogan en el sistema actual del Estado, por tanto, se debe buscar como adecuar las leyes del gobierno al pensamiento indígena y no como*

a adecuar el pensamiento indígena a las políticas del Estado” (Sabedor tradicional) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Esta situación de ruptura entre el sistema educativo gubernamental y el sistema propio, evidencia la poca coordinación entre ambos sistemas, incidiendo de manera directa en el cambio cultural de los jóvenes y niños; igualmente, el débil proceso organizativo y la pérdida del relevo intergeneracional y de transmisión de saberes de la medicina ancestral, desprotege a la población contra fenómenos sociales como el consumo de bebidas y sustancias psicoactivas, contribuyendo, de igual manera, con el resquebrajamiento de los procesos organizativos familiares y comunitarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

“La educación empieza desde que el niño está en el vientre de la madre, desde ese momento se debe empezar a trabajar la ritualidad y las normas, si se trabaja en este conocimiento hay salud (Sabedora tradicional, EN: (MSPS/ ONIC, 2014).

Los cambios culturales que se presentan a la fecha como la falta de procesos formativos desde la familia, está ocasionando la pérdida de identidad, incumplimiento de las normas propias y la ley de origen y con ello el desequilibrio en la salud (Sabedor tradicional) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Con este panorama, se evidencia la importancia de poder trabajar en acciones efectivas intersectoriales basadas en la interculturalidad, pero también con enfoque de género (mujeres y generación como lo denominan las organizaciones indígenas) por la alta proporción de casos de intento de suicidio que se concentra en el sexo femenino o en población con orientación sexual diversa, así como con un enfoque de curso de vida (o ciclo de la vida o espiral de la vida como lo denominan las organizaciones indígenas), que reflejen unas acciones diferenciales por las etapas del ciclo o de la espiral de la vida. Además, estas acciones deben brindar elementos para el fomento de la salud y el buen vivir y la protección de los pueblos y comunidades indígenas para evitar las desarmonías y cuidar la vida (gestión integral del riesgo⁵) tanto en el nivel colectivo

⁵ La gestión integral del riesgo en salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los

(en cuanto a lo promocional) como individual, que incluya diferentes mecanismos que promuevan y protejan la armonía espiritual o salud mental de esta población acorde con su cosmovisión, pero así mismo, que aborde un fuerte componente de gestión de la salud pública necesarias para afectar los determinantes sociales y ambientales y que están bajo la responsabilidad de las Direcciones Territoriales de Salud. Por último, debe contemplarse un componente de desarrollo de capacidades para el trabajo intercultural del talento humano en salud, con énfasis en salud mental, que disminuya el efecto de la discriminación y racismo al que han estado sometidos estos pueblos y que contribuya en la construcción de puentes entre los dos conocimientos en salud.

riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. El objetivo que persigue la estrategia es el logro de un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO NORMATIVO

El “*lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*” parte del reconocimiento y respeto por la diversidad étnica y cultural de los pueblos⁶; así como la garantía del derecho a la salud⁷; el reconocimiento de la sabiduría ancestral y medicina propia⁸; el respeto por los espacios de concertación y consulta con los pueblos indígenas; las formas y estructuras de organización propia de los pueblos indígenas y la autonomía que estos pueblos ejercen en sus territorios⁹; la generación de espacios de diálogo intercultural¹⁰; y acciones colectivas en promoción y atención de la salud mental¹¹. Asimismo, reconoce todo el marco normativo que sustenta el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural –SISPI¹².

Las estrategias y actividades que contiene este lineamiento fueron incluidas también en la Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental y en la

⁶ Ver Constitución Política de Colombia, 1991 en sus Artículos 7, 68, 70; Ley 21 de 1991 Art. 2 al 5; Ley 1438 de 2011 Art. 3; Resolución 1841 de 2013.

⁷ Ver Ley 21 de 1991 Art. 24, 25 y 30; Ley 691 de 2001 Art. 1, 7, 9; Ley 1438 de 2011; Ley Estatutaria 1751 de 2015 Art. 5, 20, 24; Ley 1753 de 2015 y su documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018; Resolución 429 de 2016; diferentes jurisprudencias proferidas por la Corte Constitucional como por ejemplo, Sentencia C- 169 de 2001; Autos 005 de 2009, 004 de 2009, 382 de 2010, 174 de 2011, 173 de 2012 y 219 de 2011, entre otros.

⁸ Ver Ley 21 de 1991 Art. 24 y 25; Ley 691 de 2001 Art. 10, 21; Ley 1438 de 2011 Art. 13; Ley Estatutaria 1751 de 2015 Art. 6; Decreto 330 de 2011; Acuerdo 326 de 2005; Decreto Ley 4633 de 2011 Art. 44, 45, 76, 85, 118; diferentes jurisprudencias proferidas por la Corte Constitucional como por ejemplo, Sentencia C- 169 de 2001; Autos 005 de 2009, 004 de 2009, 382 de 2010, 174 de 2011, 173 de 2012 y 219 de 2011, entre otros.

⁹ Ver Constitución Política de Colombia, 1991, en sus Artículos 286, 329, 330; Ley 21 de 1991 Art. 6 al 9; Ley 691 de 2001 Art. 22; Ley 1438 de 2011 Art. 63; Decreto 1416 de 1990 Art. 1; Decreto Ley 4633 de 2011 Art. 19, 44, 45, 84

¹⁰ Ver Ley 691 de 2001 Art. 10; Ley 1438 de 2011 Art. 13; Ley Estatutaria 1751 de 2015 Art. 6; Decreto Ley 4633 de 2011 Art. 118.

¹¹ Ver Ley 21 de 1991 Art. 25; Ley 1616 de 2013; Ley 1753 de 2015 y su documento Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014- 2018; Decreto Ley 4633 de 2011 Art. 115, 116, 117, 118; Resolución 425 de 2007; Resolución 518 de 2015 especialmente Art. 11; Resolución 429 de 2016; Resolución 3202 de 2016; Resolución 4886 de 2018.

¹² Decreto Ley 1953 de 2014, especialmente en su Art. 73 al 77, 83, 85 y 86; Ley Estatutaria 1751 de 2015 Art. 6; Decreto Ley 4633 de 2011 Art. 76, 84

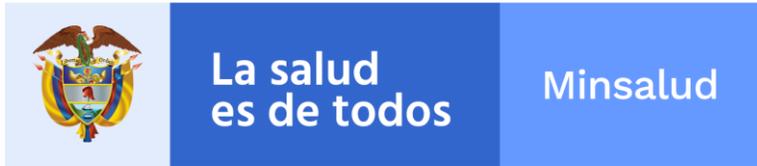
Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

En concordancia con lo descrito anteriormente, se reconoce la importancia de garantizar espacios de participación y concertación con los pueblos y comunidades indígenas para generar procesos de adaptación y adecuación de los programas, estrategias y atenciones relacionadas con la armonía espiritual y del pensamiento (salud mental) de los pueblos y comunidades, acorde con su cosmovisión, usos y costumbres, para responder a sus necesidades sin generar daño. Asimismo, se resalta la importancia de propiciar espacios de diálogo intercultural que permitan una atención oportuna y pertinente donde se contemple la garantía de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, y que su implementación esté en el marco de los avances del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural -SISPI, de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el curso de vida aprobada mediante Resolución 3280 de 2018, de la Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) y de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019).

4.2 CONCEPTOS ORIENTADORES

En el proceso de comprensión de la cosmovisión de los pueblos indígenas para poder implementar el “*lineamiento para el cuidado de las armonías espirituales y del Pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas*”, es importante tener en cuenta las siguientes definiciones que se han construido con los pueblos, a través de los espacios participativos para la construcción de la política pública en salud (SISPI; Plan del Cuidado para la Vida Colectiva) como para el presente documento.

4.2.1 Espiral de la vida o camino de la vida: "La espiral de la vida simboliza el nacimiento, el crecimiento, la expansión, la energía cósmica, lo colectivo, e integra las partes del todo- la vida por igual. La espiral de la vida se relaciona con los ciclos de la tierra, y permite conectar el presente con el pasado y la construcción de un futuro volviendo a las raíces del pasado. De esta forma el futuro no es algo que está por venir ni el pasado es algo que se fue. Lo que existe es una realidad de continuo movimiento cíclico, por donde circula la energía, de forma



interrelacionada. Reconoce y actúa sobre los cambios que se producen en cada etapa o momento del camino de la vida, incluyendo la muerte.

La vida es una curva en espiral y la muerte el término de un ciclo para pasar a otro que continúa" (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19).

4.2.2 Armonía -Desarmonía: Estado de vida que se basa en el respeto mutuo hacia todo lo que existe, la madre naturaleza y el cosmos, porque es una totalidad viva, sin separaciones.

Se basa en los principios de: relacionalidad (todo está vinculado con todo. Por las decisiones y acciones se afectan o influyen a todos los otros seres); correspondencia (vínculo entre el Ser y el cosmos, entre lo grande y lo pequeño, entre lo externo y lo interno, entre el arriba y el abajo. Existe una correspondencia universal en todos los aspectos de la vida); complementariedad (siempre hay <algo> que se complementa. No hay partes aisladas. La dualidad está siempre presente); reciprocidad (a cada acto le corresponde una acción recíproca) (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La armonía se expresa en sensación de tranquilidad o alegría. Habrá desarmonía cuando estos principios se alteren o no se cumpla con ellos" (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

4.2.3 Equilibrio: "Es el estado de plenitud, bienestar y armonía del SER consigo mismo, con el territorio y con el medio que la rodea, manifestada en el respeto a la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio que hace que la vida sea sostenible en las condiciones que la hagan valiosa y perdurable.

Lograr el equilibrio requiere de comportamientos cotidianos basados en el cuidado y el respeto, acciones espirituales, físicas y participativas- organizativas que se expresan en el territorio, la comunidad, las familias y los individuos que la componen, bien sea mediante rituales de armonización o de sanación, que devuelvan el bienestar mediante el entendimiento y la

comunidad con las leyes cósmicas" (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 18).

4.2.4 Sabiduría ancestral: "La sabiduría ancestral de cada pueblo indígena, contiene el acumulado milenar de conocimientos y saberes propios. Están fundamentados en la interacción con sus contextos particulares y son transmitidos de generación en generación a través de los procesos particulares de reproducción cultural como aspecto esencial para la pervivencia de los individuos, grupos sociales y culturas.

Este conjunto de conocimientos, se han logrado consolidar a lo largo de la existencia de las comunidades y pueblos indígenas y por tanto son el soporte del desarrollo de acciones para el logro de la vida de las personas, las familias y las comunidades, así como para la pervivencia física y cultural y para el buen vivir. En este sentido, es garantía de la conservación de la existencia y equilibrio en la naturaleza y en la sociedad" (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 20).

4.2.5 Medicina Ancestral Indígena: La medicina indígena consiste en los conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han desarrollado las diversas etnias indígenas como modelo de vida colectiva, enmarcadas en la cosmovisión propia de cada pueblo (Defensoría del Pueblo , 2003).

"La medicina ancestral es la base de la cultura indígena, eje articulador de la vida física-mental-espiritual, manifestado en conocimientos, creencias, mitos, ritos, prácticas y procedimientos que los pueblos indígenas han desarrollado para comprender, prevenir y atender los desequilibrios físicos, espirituales, mentales y sociales, para pervivir en el tiempo y el espacio (el territorio), lo que implica la garantía y salvaguarda del territorio ancestral y la protección de los sitios sagrados.

La medicina ancestral indígena ayuda a mantener el equilibrio entre la mente, el cuerpo y el espíritu del ser humano y su entorno, desde su cosmovisión y cosmogonía" (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 20).

4.2.6 Territorios indígenas: Se define como el ámbito donde se soporta y reproducen los elementos esenciales del ser indígena y en el cual está la garantía de pervivencia física y cultural.

“El territorio es concebido como indisoluble con el ser indígena, pues es un organismo vivo que constituye la “Madre tierra” o “Pacha Mama”; tiene relación profunda con el colectivo, la familia y el individuo; en este, está el origen, la historia, las raíces de los pueblos y los sitios sagrados; allí se tiene el soporte de la armonía, el equilibrio y el buen vivir; es así que las desarmonías con el territorio son generadoras de problemas de salud” (Sabedor ancestral) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 17).

Según el Decreto 1953 del 2014 (Art. 2), se reconoce a los territorios indígenas su condición de organización político administrativa de carácter especial, que les permite el ejercicio de las competencias y funciones públicas establecidas por el Decreto en mención, a través de sus autoridades propias.

4.2.7 Buen Vivir: Desde la salud, el buen vivir implica no sólo la tenencia de la tierra como espacio físico, sino la garantía de un territorio sano y en armonía que de manera holística garantice la protección y pervivencia de los pueblos indígenas que lo habitan; así como de aquellas personas que, no siendo indígenas, se relacionan y benefician del territorio y de todos los elementos que en él convergen (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 8).

Se refiere al desarrollo y fortalecimiento de los procesos organizativos, político, histórico y cultural de los pueblos indígenas, para el disfrute pleno de la vida, su protección y cuidado físico, espiritual y cultural de las personas, las familias, los colectivos y el territorio. Se fundamenta en la protección y conservación de los mandatos de origen que orientan la vida indígena, así como la preservación y recuperación de las prácticas y saberes ancestrales del cuidado de la salud (Sabedor tradicional Indígena) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 71).

4.2.8 Autoridad tradicional: Según el Decreto 2164 de 1995, se define a la autoridad tradicional como los integrantes de una comunidad indígena que ejercen, dentro de la estructura propia de la respectiva cultura, un poder de organización, gobierno, gestión o control social (Artículo 2°).

4.2.9 Organización indígena: "Sistema de base comunitaria constituido para establecer orden y control social, mediante la organización de las relaciones sociales, los niveles de parentesco, la estructura política y el ejercicio del poder.

Cada pueblo indígena se organiza de acuerdo con su cosmovisión y cosmogonía, es decir que esta puede variar de acuerdo con las regiones y etnias, por ejemplo: para los indígenas de la Amazonia son clanes, para la región Andina son los cabildos elegidos por las comunidades para gobernar por un año” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 21).

4.2.10 Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural- SISPI: En el Decreto Ley 1953 del 2014, se estipula que éste es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos que se sustentan a partir de una concepción de vida colectiva, donde la sabiduría ancestral es fundamental para orientar dicho Sistema, en armonía con la madre tierra y según la cosmovisión de cada pueblo.

El SISPI se articula, coordina y complementa con el SGSSS, con el fin de maximizar los logros en salud de los pueblos indígenas.

El SISPI es integral y se desarrolla en el marco del derecho fundamental a la salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces, a través de las instancias y procedimientos que determine el presente Decreto y demás disposiciones que lo modifiquen, sustituyan y reglamenten.

Los Componentes del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural- SISPI son:

- Sabiduría ancestral.
- Político organizativo
- Formación, capacitación, generación y uso del conocimiento en salud
- Cuidado de salud propia e intercultural
- Administración y gestión.

4.2.11 Salud: "La salud es la armonía y el equilibrio entre el cuerpo, la mente, el espíritu y la naturaleza para el Buen Vivir, y, en este sentido, se manifiesta como bienestar integral que abarca lo biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y su comunidad (en condiciones de equidad)" (Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación- MPC) EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19). Esta armonía y equilibrio también debe darse en la relación de la persona consigo misma, con la familia, la comunidad y el territorio y

comprende procesos y acciones orientados al fomento, protección y recuperación de la salud (Subcomisión de Salud de la MPC), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 5).

4.2.12 Enfermedad: “La enfermedad es el desequilibrio y desarmonía entre cuerpo, mente, espíritu y naturaleza, que ocurre cuando se rompe la relación con todo lo que existe (uno mismo, la familia, la comunidad, el territorio, los elementos de la naturaleza, las fuerzas cósmicas).

Las causas son: no respetar la Ley de Origen, el Derecho Mayor y el Derecho Propio; no reconocer la cosmovisión y la cosmogonía; no reconocer la interdependencia con todos los seres y la naturaleza; no respetar la autodeterminación indígena; no preservar el saber ancestral; no garantizar la soberanía y la seguridad alimentaria; no respetar los derechos de la comunidad indígena (no tener garantizados los derechos).

Se manifiesta en diferentes formas: desorden fisiológico (biológico) del cuerpo humano, perturbación de las relaciones con los otros y con la naturaleza, perturbación espiritual, emocional y mental que conlleva a la necesidad de reequilibrarse, lo que pasa por la identificación de lo que está <mal> y el restablecimiento de la unidad y la armonía en el individuo y entre él y el mundo que lo rodea" (Subcomisión de Salud de la MPC), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 19).

4.2.13 Salud mental: En el documento de “*Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena*” se define la salud mental como la expresión acorde con la cosmovisión de cada pueblo, lo cual implica que existirán tantas definiciones posibles como pueblos indígenas existan y se generarán puentes de entendimiento y diálogo mutuo con la salud alopática (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De las diferentes experiencias, se pueden encontrar unos puntos comunes relacionados con la definición de salud mental. Para los pueblos y comunidades indígenas la salud mental se refiere a la conexión armónica del individuo con la espiritualidad, que se expresa en el cumplimiento y respeto por la Ley de Origen. Y en la relación directa y

armónica con el entorno: (territorio, ríos, selva, el universo, los cuatro elementos y la comunidad). Se refleja en la fortaleza tanto del pensamiento como del cuerpo físico.

Gráfico N° 2: Relación de factores que definen la salud mental desde los pueblos indígenas.



Fuente: Elaboración conjunta Subcomisión de Salud de la MPC; Equipo técnico convenio ONIC- MSPS 726-2019 y Ministerio de Salud y Protección Social (2019).

A través de las experiencias piloto (6 comunidades indígenas) que se realizaron durante el 2016, conjuntamente entre las organizaciones indígenas, Ministerio de Salud y Protección Social y OPS/OMS, se logró un proceso de conceptualización de la salud mental que soporta esta relación y que permite comprender el tema desde la mirada indígena.

Para el caso del pueblo indígena Nasa, de Toribio, Cauca, por ejemplo, la salud mental es entendida como “Wêt wêt Fxizenxi”, que se podría traducir como sentirse bien, implica la salud y armonía en general; es el buen vivir que comprende la forma en que se relaciona el indígena Nasa con todo lo que le rodea (familia, comunidad, naturaleza, territorio); es mantener esa armonía y equilibrio hombre- naturaleza; requiere de la práctica ritual (OPS/OMS; MSPS, 2016). Para ello se debe tener en cuenta el calendario del sol que determina los respectivos rituales

para la armonización y protección del territorio, y el calendario de la luna, el cual ayuda a determinar la siembra, y tiene una estrecha relación con el ciclo de la vida.

El pueblo Inga de Aponte, municipio de Tablón de Gómez, Nariño, considera que para comprender la salud mental se debe conocer lo que implica para ellos la salud ancestral, que se fundamenta en la ley de origen¹³, derecho mayor¹⁴ y el derecho territorial el cual está contenido en su cosmogonía¹⁵ y cosmovisión¹⁶. Por consiguiente, los problemas mentales se relacionan con el estado de desequilibrio (pensar, sentir y actuar).

Para el caso del pueblo indígena Pamiva (Cubeos) en Camutí, Vaupés, para garantizar la estabilidad emocional y mental, se debe respetar los sitios sagrados, el entorno, la naturaleza, de lo contrario los mismos sitios sagrados perjudican a sus hijos y a la comunidad como tal. Para los Cubeos de Camutí, salud mental no es lo que concierne a la cabeza sino es algo íntegro que abarca el cuerpo, el espíritu, el entorno, la vida, la alimentación, los tratamientos y rituales de nacimiento, la muerte, la existencia después de la muerte (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el marco de los encuentros regionales con organizaciones y representantes de los pueblos indígenas para la recolección de insumos para el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud

¹³ *La ley de origen* se puede definir como la raíz de la sabiduría y el conocimiento ancestral para el manejo de todo lo material y espiritual. Su cumplimiento garantiza el equilibrio y la armonía de la naturaleza y el orden y la permanencia de la vida del universo y de los seres humanos, como guardianes de la naturaleza regulador de las relaciones entre los seres vivos, desde las piedras hasta el ser humano, en la perspectiva de la unidad y la convivencia en los territorios ancestrales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

¹⁴ *Derecho Mayor*: Para los pueblos indígenas, el Derecho mayor está asociado con la tierra, con la herencia de los ancestros. En esencia, entonces se trata del derecho al territorio entendido no solo como el terreno, sino que incluye todos los seres vivos y espirituales que lo habitan. Este derecho, ha de estar conformado por las leyes mayores o leyes de origen. Se trata de leyes que han de ser dictadas por un ser superior, por el creador (Flórez- Vargas, Carlos, 2016)

¹⁵ *La cosmogonía* Se refiere a la comprensión de que todo lo que existe tiene su origen en la fuerza espiritual. Mediante ésta, se establece la relación entre la realidad y el origen de cada pueblo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 20).

¹⁶ *La Cosmovisión*, Es la máxima expresión de la espiritualidad indígena y orienta la forma de pensar, comprender y valorar el mundo y, en consecuencia, la forma de actuar de los integrantes de cada pueblo indígena. Se basa en la filosofía del Buen Vivir y en el concepto de equilibrio de entre todo lo que existe (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 20).

Pública, realizados durante el segundo semestre del 2017, en Riosucio, Caldas¹⁷ y Dibulla, Guajira¹⁸, los delegados y delegadas indígenas concluyeron, dentro de varios temas, que la salud mental está relacionada con:

“...El pensamiento que permite la conexión con la espiritualidad” “Para los Guna Dule, el equilibrio- armonización de la mente se logra cuando se retoma la ley de origen. En las comunidades ya hay consumo de SPA y esto está generando desarmonía, por eso debe fortalecerse el reglamento interno. Pero también se hace ritual desde la medicina tradicional, se le debe dar consejo a la familia. Se requiere proteger los sitios sagrados porque son los lugares de sanación, de enseñanza para que funcione la medicina tradicional... Es necesario mirar cómo se le puede ayudar al indígena en recuperar la armonía. Se quiere trabajar primero hacia adentro y luego ahí si solicitar apoyo a las instituciones”¹⁹.

Para el pueblo Ette Enaka, la salud mental es un concepto amplio porque es el encuentro consigo mismo para escuchar la palabra de los ancestros, las señales de la naturaleza y la forma de cosmovisión de cada pueblo. Se armoniza a través de los sitios sagrados y de los espacios de diálogos de saberes, por eso cuando se desarmonizan los lugares sagrados, nos olvidamos de nuestro origen, no pensamos y hay desarmonía tanto del espíritu como del pensamiento. En ese sentido, se puede entender la salud mental como la armonía espiritual y del pensamiento; es el encuentro con uno mismo y con la comunidad que lo rodea, que le permite pensar y actuar en el que hacer del día a día (Organización Nacional Indígena de Colombia- ONIC, 2018).

4.2.14 Problemas mentales: Según la construcción conjunta que se realizó con los pueblos indígenas participantes del proceso, se pueden comprender los problemas mentales de la siguiente manera:

¹⁷ En este encuentro participaron representantes indígenas de los pueblos agrupados en la ONIC de la Macro Occidente: Embera Chami, Embera Dobida, Embera Eyabida, Embera Katio, Senu, Quichua, Nasa Totoroes, Yanacona Coconuco, Epidaras, Siapiraras, Eperaras Siapidara, Ingas, Pubenense, Guanacos, Misak, Yanakunas, Awa, Nonan Guaunaan,

¹⁸ Este encuentro fue liderado por la IPS Gonawindúa- Ette Enaka. En el encuentro participaron autoridades tradicionales del pueblo Kogui

¹⁹ Memorias encuentro Macro Occidente en el resguardo San Lorenzo-Riosucio, Caldas, los días 18, 19 y 20 de Septiembre de 2017, en el marco del convenio ONIC- Secretaria de Salud de Caldas y MSPS.



Problemas mentales se refiere a la desarmonía generada por la desobediencia o transgresión a las normas culturales, desobediencia a la ley de origen, por la falta de ritualidad, y/o por desequilibrio de las energías de la naturaleza. Es la desviación del buen camino y requiere restaurarse a través de la espiritualidad, de los rituales y debe participar tanto el individuo como la familia porque la curación es colectiva.

No obstante, las desarmonías espirituales no solo se presentan por problemas mentales o de pensamiento, no se podría simplificar a esta relación. Existen otro tipo de desarmonías espirituales que identifican los sabedores tradicionales y que tiene manifestaciones físicas o espirituales que no siempre están ligadas con el pensamiento o la mente.

Los problemas mentales, son comprendidos desde el pueblo indígena Nasa, de Toribio, Cauca, como la desarmonía causada por múltiples situaciones que incluyen los conflictos familiares, el consumo del alcohol y sustancias psicoactivas. De igual forma es asociada a la falta de ritualidad a nivel comunitario y familiar, al debilitamiento de las redes de apoyo (médicos y medicas tradicionales, sabedores/as en salud propia e intercultural, autoridades tradicionales y familia), a la desobediencia ante los consejos orientados por los sabedores ancestrales²⁰ o The Wala (Kiwe The). La desarmonización conlleva a tener pensamientos oscuros que no permiten encontrar salida a las dificultades. Contemplan la desarmonización como pta'z- sucio, el cual se da por el desequilibrio de las energías positivas y negativas de la naturaleza, causadas por múltiples situaciones como la desobediencia de la ley de origen, y a los otros factores ya mencionados (OPS/OMS; MSPS, 2016).

Tiene relación con los problemas de pensamiento que se refieren a la oscuridad que le llega u ocurre a las personas cuando se le va un familiar o hace tránsito inesperado hacia otro espacio, no pueden pensar claramente por lo tanto los actos que realizan no están en armonía con su entorno (equipo técnico indígena convenio ONIC- MSPS 726-2019).

²⁰ Sabedores ancestrales: personas que cuentan con un saber propio y ayudan a la comunidad según sea la situación presentada. Dentro de ellos existen los médicos tradicionales (Kiwe The o The Wala), los sobanderos, las parteras o parteros, curanderos y pulseadores que se encargan de equilibrar las energías después de que la persona ha sido expuesta a algún acontecimiento que le haya generado mucho miedo, el cual produce una desarmonización o enfermedad propia denominada susto (OPS/OMS; MSPS, 2016).

4.2.15 Suicidio: La conducta suicida la asocian en gran medida al impacto de factores externos como el conflicto armado y la degradación de sus territorios, pero también a la "transmisión" de la enfermedad/desarmonía por parte de algunos espíritus.

El suicidio se produce por la frustración que sienten, especialmente los más jóvenes, porque no pueden construir su proyecto de vida o bien porque no siguen las normas definidas en la Ley de Origen o porque tienen debilidades en las formas de comprender y afrontar la realidad que viven.

En cuanto a las experiencias de los pueblos indígenas que participaron en este proceso de construcción, se destaca lo siguiente:

Para el pueblo indígena Pamiva (Cubeos) en Camutí, Vaupés, la principal causa para presentarse el suicidio, es el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, así como el irrespeto a los ríos, a la selva, a la chagra, a la falta en la comunicación con el entorno que para los mayores y mayores son los lugares sagrados. Se ha presentado irrespeto hacia los mayores/as, sus sabedores/as y conocedores/as tradicionales; existen problemas entre vecinos y con otras comunidades; asesinatos; afectación en la salud física y espiritual; hay pérdida de saberes y conocimientos tradicionales. La salud mental es incontrolable porque se pierde la tranquilidad y armonía de los habitantes de las comunidades indígenas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Esto se considera como un castigo del entorno por el irrespeto y descuido que se ha tenido, especialmente por parte de las generaciones jóvenes.

“Los jóvenes tienen una frustración en la construcción de sus líneas y proyectos de vida y se encierran en un conflicto interno que los conduce al suicidio” (Sabedor ancestral), EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 109).

Para el pueblo Emberá Katío, de Tierralta, Córdoba, las causas que provocan esta conducta son: las limitadas habilidades para resolver los problemas; pocas capacidades de adaptación al mundo occidental; enfermedad cultural; locura producida por un tercero que puede ser el mismo jaibaná; contexto histórico de afectaciones producidas por el daño al territorio que introdujo debilitamiento del tejido social; daño al pensamiento Embera; debilitamiento de las autoridades

tradicionales y de las estructuras organizativas; desarmonía entre las políticas públicas y los usos y costumbres de la comunidad; impacto negativo de la indemnización económica ligado a la falta de acompañamiento institucional; falta de oportunidades e inversión en educación formal e informal bilingüe e intercultural; falta de estrategias de recreación y sano esparcimiento de acuerdo a la cultura propia.

En el marco de los encuentros regionales con organizaciones y representantes de los pueblos indígenas para la recolección de insumos para el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública, realizados durante el segundo semestre del 2017, en Riosucio, Caldas²¹ y Dibulla, Guajira²², socializaron que “... el suicidio es una enfermedad transmisible porque lo transmiten los espíritus o influencias externas, de índole cultural o personal o por violencia, que alteran la salud de las personas y las comunidades”²³.

Como producto de estas reflexiones, se concluye que se ha generado un proceso de pérdida o transformación cultural, pérdida de sus prácticas ancestrales y, por ende, esto ha conllevado a una desarmonía en los jóvenes y en los adultos. Ya no se transmiten los conocimientos ancestrales, no se realizan los rituales como lo contempla la ley de origen de cada pueblo. Pero además hay determinantes sociales que han incidido en estas transformaciones culturales y que han afectado la salud mental de la población, como son el conflicto armado; el desplazamiento forzado; la invasión de sus territorios por los cultivos ilícitos; discriminación y racismo.

4.2.16 Consumo problemático de sustancias psicoactivas: Según la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017), el consumo problemático de sustancias psicoactivas implica un patrón de consumo que pone en riesgo su salud o la de su comunidad. Esta definición engloba a personas que consumen sustancias psicoactivas a diario, o presentan trastornos relacionados diagnosticados, según criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los

²¹ En este encuentro participaron representantes indígenas de los pueblos agrupados en la ONIC de la Macro Occidente: Embera Chami, Embera Dobida, Embera Eyabida, Embera Katio, Senu, Quichua, Nasa Totoroes, Yanacona Coconuco, Epidaras, Siapiraras, Eperaras Siapidara, Ingas, Pubenense, Guanacos, Misak, Yanakunas, Awa, Nonan Guaunaan,

²² En este encuentro participaron autoridades tradicionales del pueblo Kogui.

²³ Memorias encuentro Macro Occidente en el resguardo San Lorenzo-Riosucio, Caldas, los días 18, 19 y 20 de Septiembre de 2017, en el marco del convenio ONIC- Secretaria de Salud de Caldas y MSPS.

trastornos mentales o se inyectan drogas (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

En diálogo con algunos sabedores ancestrales se expresó que, según la cosmovisión y ley de origen de cada pueblo, el consumo dañino de algunas medicinas tradicionales se da, cuando lo combinan con otras sustancias químicas y alteran la conducta habitual (hayú u hoja de coca). Esto genera un desequilibrio espiritual, del pensamiento y físico, ya que regularmente y siendo una planta sagrada el hayu (hoja de coca), es utilizado como herramienta de comunicación espiritual y en especial, fortalece la relación entre hombre y mujer debido a la condición femenina con la que es vista la naturaleza. Asimismo, se puede decir que las plantas y todo lo que ha dado la naturaleza a la vida es para bien y no son dañina. Solo es dañina cuando las personas las consumen sin control espiritual, sin permiso, ni acompañamiento u orientación de sus mayores y mayores. Por otro lado, en cuanto a la toma de yagé y la utilización del yopo, los mayores afirman que en el pensamiento ancestral es una medicina, solo es dañina cuando se abusa de su uso o cuando personas que no conocen su esencia o beneficio la utilizan. Con base en lo anterior, los mayores de diferentes pueblos afirman categóricamente que estas medicinas en sí no son consideradas sustancias psicoactivas por los pueblos indígenas, sin embargo, cuando algunas de estas medicinas son transformadas con otras sustancias puede volverse psicoactivas y hacer daño. Así mismo anotan que los mejores esfuerzos para la prevención de este fenómeno, en los jóvenes indígenas principalmente, es el fortalecimiento y la disciplina espiritual con base en la familia y la comunidad. (Asamblea Ampliada de Autoridades de ONIC, Noviembre de 2019).

5. OBJETIVO

Dar disposiciones para la identificación, implementación y evaluación de estrategias interculturales que contribuyan al fomento y la recuperación de la armonía espiritual y del pensamiento, en el marco de los desarrollos del SISPI y de las políticas de salud mental y de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar procesos de coordinación entre los diferentes sectores de la administración pública y las organizaciones de los pueblos y comunidades indígenas, en el marco de la interculturalidad, para afectar positivamente los factores que inciden en las desarmonías espirituales y de pensamiento, provocadas por el consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y otros problemas o trastornos mentales.
- Implementar las acciones, de manera articulada y concertada con los pueblos y comunidades indígenas, para identificar, diagnosticar y atender los factores de riesgo o de desarmonías espirituales y de pensamiento provocados por el consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida y otros problemas o trastornos mentales, con enfoque intercultural.
- Desarrollar procesos de seguimiento y evaluación, articulada y concertada, de las estrategias para el fomento y recuperación de la armonía espiritual ligada a la salud mental, en el marco del componente del cuidado de la salud propia e intercultural del SISPI.

6. PRINCIPIOS RECTORES

6.1. LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL:

La Ley 1751 de 2015, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud”, en el artículo 2, determina que la salud es un derecho “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”, por lo que comprende la adopción de políticas por parte del Estado para asegurar que las personas accedan al servicio de salud de manera oportuna, con calidad e igualdad de trato y oportunidades²⁴.

Dentro de los principios del derecho fundamental a la salud, establecidos por la Ley se encuentran la: Universalidad²⁵; Equidad²⁶; Continuidad²⁷; Prevalencia de derechos²⁸; Libre elección²⁹; Interculturalidad; Protección a los pueblos indígenas³⁰; Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras³¹ (Ley 1751 de 2015).

6.2 AUTONOMÍA Y LIBRE AUTODETERMINACIÓN:

Es el ejercicio de la ley de origen, derecho mayor o derecho propio de los Pueblos indígenas que, con fundamento en sus cosmovisiones, les permite determinar sus propias instituciones y autoridades de gobierno, ejercer funciones jurisdiccionales, culturales, políticas y administrativas

²⁴ Accesibilidad: Implica la articulación, coordinación y complementariedad con los demás actores del Sistema de Salud para garantizar el cuidado de la salud de manera oportuna, adecuada, eficiente e integral, en armonía con la cosmovisión indígena.

²⁵ Universalidad: cubre a todos los residentes en el país quienes gozaran del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

²⁶ Equidad: adopción de políticas públicas por parte de estado dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.

²⁷ Continuidad: se recibirá el servicio de salud de manera continua, sin ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

²⁸ Prevalencia de derechos: se garantizará la atención integral a niñas, niños y adolescentes.

²⁹ Libre elección: de sus entidades de salud dentro de la oferta disponible.

³⁰ Protección a los pueblos indígenas: se garantiza el derecho fundamental a la salud integral de los pueblos indígenas, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos.

³¹ garantizando el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.

dentro de su ámbito territorial, el pleno ejercicio del derecho de propiedad de sus territorios y vivenciar sus planes de vida, dentro del marco de la Constitución Política y de la Ley (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 64).

También se respalda en el Decreto 1953 de 2014, por el cual se ponen en funcionamiento los territorios indígenas en los que se materializa la administración autónoma, bajo la gestión de los intereses propios.

6.3 INTEGRALIDAD:

La integralidad como principio del presente lineamiento, implica reconocer la relación de armonía y equilibrio constante entre todos los seres de la naturaleza y procesos de los pueblos indígenas que garantiza el desarrollo de los planes de vida y en ellos, los sistemas propios y el ejercicio de las funciones públicas, de acuerdo con las cosmovisiones de los diferentes pueblos (Subcomisión de Salud de la MPC, EN: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 23).

6.4 INTERCULTURALIDAD:

Tal como lo define la Ley 1751 de 2015 y el Decreto Ley 1953 de 2014, implica el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren, coordinen y comuniquen entre los pueblos étnicos y los diferentes sectores, de manera comprensiva y en el plano de la igualdad, armonía y equilibrio, las diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades (desarmonías y desequilibrios), a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

6.5 COMPLEMENTARIEDAD TERAPÉUTICA

El SISPI garantizará la integralidad en el cuidado de la salud a través de la medicina propia de los pueblos indígenas y el cuidado en la salud que brinda el SGSSS, incluidas las medicinas alternativas y complementarias que participan en este³². También comprende la coordinación

³² <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/salas-tematicas/Paginas/Medicina-alternativa-terapias-alternativas-complementarias.aspx>



entre las diferentes medicinas para el fomento, prevención de problemas, trastornos o desarmonías y, restablecimiento de la salud de las personas y pueblos indígenas, en una dinámica de diálogo y respeto mutuo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 64), considerando la necesidad, y la oportunidad al mismo tiempo, de concertar acuerdos con cada comunidad, frente a los ajustes y adaptaciones en las guías, rutas y protocolos, con enfoque intercultural, para evidenciar la complementariedad terapéutica en los procesos cotidianos del cuidado de la salud.

7. MARCO METODOLÓGICO Y OPERATIVO

A QUIÉN VA DIRIGIDO EL LINEAMIENTO:

A todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS (Direcciones Territoriales de Salud; EPS; prestadores de servicios de salud, otros actores institucionales competentes y autoridades indígenas), en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural- SISPI, en articulación con lo contemplado en la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, así como a instituciones formadoras de talento humano que participan del cuidado de la salud de pueblos y comunidades indígenas.

El contenido de las estrategias y actividades a desarrollar, se planearán, implementarán, monitorearán y evaluarán en el marco de las líneas operativas del SISPI.

En el desarrollo de cada una de las estrategias, se contemplan algunas posibles fuentes de financiación que están en coherencia con lo establecido en las líneas operativas del SISPI, en el cual se propone la generación de una Única Fuente de Financiación donde confluyan los recursos de diferentes sectores para la implementación del SISPI. No obstante, mientras se logra determinar e implementar la propuesta de financiación del SISPI, se incluyen posibles fuentes de financiación intersectorial para que a través de los procesos de gestión de la salud pública (especialmente en lo relacionado con la coordinación intersectorial) a nivel territorial, se logre abogacía con los otros sectores competentes para el abordaje de estas problemáticas (**Ver Anexo 2**).

7.1 MARCO METODOLÓGICO

7.1.1 Alistamiento y concertación de las actividades orientadoras

De acuerdo con la normatividad enunciada en este documento, así como con el acervo teórico y práctico construido a partir de las experiencias piloto que se llevaron a cabo durante el 2016 y con los encuentros con organizaciones territoriales, es fundamental que las instituciones

competentes inicien cualquier acción para el abordaje de las armonías espirituales y de pensamiento en pueblos indígenas, de la siguiente manera:

- *Revisión de material de trabajo:* donde se identifique y analice lineamientos e investigaciones nacionales e internacionales sobre salud mental indígena.
- *Caracterización territorial:* en la cual se debe analizar la situación de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de comunidades indígenas del territorio mediante la revisión de diferentes fuentes de información, recopilación de antecedentes de intervenciones en el territorio y entrevistas o reportes de diferentes actores sociales. Este proceso se debe socializar en el marco de la unidad de análisis y salas situacionales³³ para la salud mental, donde se requiere involucrar a las autoridades o representantes de estructuras organizativas propias de los pueblos y comunidades indígenas.
 - *Mapeo y georeferenciación de actores* y elaboración del respectivo directorio que explicita los programas y proyectos presentes en el territorio.
 - *Sensibilización institucional gubernamental y comunitaria:* se socializa la propuesta del lineamiento a los diferentes actores presentes en el territorio (salud, educación, ICBF, ministerio público, iglesias, ONG, médicos tradicionales, autoridad indígena, docentes, gestores en salud, auxiliares de salud pública o coordinador de salud indígena, líderes y lideresas indígenas, a través de asistencias técnicas y reuniones dentro del proceso de coordinación intersectorial.
 - *Acuerdos de cooperación:* se deben plasmar por escrito compromisos interinstitucionales y con actores presentes en el territorio para definir los mecanismos, rutas y productos de la articulación entre sus ofertas de servicios, el cual debe estar articulado con la Política Departamental y Municipal para la Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Para dar cumplimiento a lo anterior, es necesaria la especificación de disponibilidad de presupuesto y garantías que permitan la implementación de la política antes mencionada.

³³ “La organización Panamericana de la Salud ha definido las salas situacionales como: “aquellos espacios virtuales o físicos de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 6)

- *Definir una ruta (camino intercultural) de atención en salud mental de emergencia, articuladamente entre indígenas y DTS (y otros actores y sectores, si así se determina en el territorio) por si se presenta un caso que amerite atención durante la intervención. Para definirla se requiere contar con el apoyo de las EAPB, IPS, ESE y las EPSI e IPSI en caso de que se encuentren presentes en el territorio...*

Para facilitar este proceso, se deberán generar los espacios para el desarrollo de capacidades a nivel territorial (con enfoque intercultural) en estrategias en salud pública y en salud mental (protocolo de vigilancia epidemiológica del intentos de suicidio, violencia intrafamiliar y de género, y de consumo de SPA, Estrategia de vigilancia epidemiológica comunitaria, tamizajes en salud mental, intervenciones breves en salud mental, guías de práctica clínica o protocolos y guías de manejo en salud mental, Rehabilitación Basada en Comunidad). Con lo anterior, se busca fortalecer las competencias (conocimientos, aptitudes y actitudes) en el tema, tanto del talento humano de las instituciones como de las autoridades indígenas (**ver Anexo 4**. Lista de Chequeo frente a proceso de adecuación intercultural para la atención en salud mental).

Posterior a esta fase de alistamiento institucional gubernamental, se procede a generar los espacios de diálogos y concertación con las organizaciones indígenas que estén presentes en la zona y que tengan competencia jurisdiccional. Se requiere el consentimiento y aprobación de las autoridades espirituales tradicionales (sabedores/as tradicionales) según lo estime conveniente cada pueblo o comunidad indígena. Debe garantizarse el respeto y la concertación en el marco de la interculturalidad, atendiendo las prácticas culturales establecidas por cada pueblo para tal fin. Igualmente se debe garantizar que la concertación se realice en la lengua propia del pueblo indígena, para lo cual, se debe contar con un traductor idóneo o guía bilingüe.

El proceso de concertación y construcción conjunta (planeación participativa) se debe desarrollar en los espacios comunitarios e interculturales que se han especificado en el capítulo étnico del Plan Decenal de Salud Pública³⁴, donde convergen:

³⁴ Se plantea que, en el marco de una mesa departamental de construcción intercultural para la salud de los pueblos indígenas, se planee, concierte, realice seguimiento y evaluación de las acciones e intervenciones para la salud de los pueblos indígenas, donde participen todos los actores sociales e institucionales anteriormente mencionados.

- Representantes de los pueblos indígenas designados por sus comunidades para la concertación con el sector salud tanto de cada pueblo como de cada zona (si se considera necesario por parte de los indígenas); autoridades y representantes de organizaciones (estos últimos, si así lo consideran los pueblos que hacen parte de estas).
- Coordinadores de las áreas de las Direcciones Territoriales de Salud, departamentales y de los municipios del departamento donde haya presencia de pueblos indígenas (o los delegados que sean designados).
- Referentes de las dimensiones del PDSP (que deberán contar con conocimiento sobre el capítulo étnico indígena y sobre el capítulo de adaptabilidad de las RIAS –Resolución 3280 de 2018 o la que la modifique o sustituya).
- Representantes de las EAPB a las que están afiliados los integrantes de los pueblos indígenas de la entidad territorial (con conocimiento sobre la Resolución 3280 de 2018, especialmente en lo relacionado con la adaptabilidad de las RIAS).
- Representantes de la red de prestadores de las EAPB (antes mencionadas).

De este proceso de planeación y concertación, se definirán los mecanismos y recursos de apoyo por parte de la comunidad y autoridad indígena territorial a la implementación del lineamiento (personas contacto, participación en espacios propios, acompañamiento por integrantes de la comunidad); adaptación de las herramientas metodológicas; sensibilización y apropiación de la problemática; identificación de necesidades de atención más urgentes, entre otros, lo cual favorece los ejercicios de autonomía de los pueblos y comunidades indígenas.

Las estrategias concertadas deben quedar reflejadas en los instrumentos de planeación territorial en salud, así como en las políticas territoriales de salud mental y de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas.

7.1.2 Implementación de las estrategias: Marco metodológico

A partir de las experiencias piloto con los pueblos y comunidades indígenas, se considera que la metodología propuesta por la Investigación Acción Participativa- IAP es la más pertinente para abordar la armonía espiritual y de pensamiento, en lo que se refiere a la salud mental en los pueblos y comunidades indígenas, porque a la vez que arroja información para la orientación de

decisiones a nivel institucional, permite que la comunidad reconozca su situación y tome decisiones en el marco de su autonomía y procesos propios de gobernabilidad.

La Investigación Acción Participativa- IAP *“posibilita el aprendizaje, la toma de conciencia crítica de la comunidad sobre su realidad, su empoderamiento, el refuerzo y ampliación de sus redes, la movilización colectiva y su acción transformadora de las condiciones de vulnerabilidad”* (OPS/OMS; MSPS, 2016).

Esto implica que la comunidad esté involucrada y lidere de manera activa los procesos, facilitando a los sujetos *“analizar y comprender desde otra perspectiva la realidad de sus comunidades (sus problemas, necesidades, capacidades, recursos), y les permita proyectar acciones y medidas para modificarla y optimizarla”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 12).

Los instrumentos para la recolección de la información cualitativa que hará parte de la IAP, que se consideran pertinentes, a partir del análisis obtenido en los diferentes espacios de revisión conjunta con los pueblos y comunidades indígenas, desarrollados durante el 2016, son: las mingas de pensamiento o encuentro de saberes (que equivale a los grupos focales); relatos de vida; cartografía social; observación participante que incluye el acompañamiento a la comunidad en los espacios donde se llevan a cabo las diferentes actividades que hacen parte de la cotidianidad (chagras; jornadas de caza y pesca; visitas a las familias) y auto etnografía. La pertinencia de cada uno de estos instrumentos se definirá en conjunto con la comunidad y la institucionalidad gubernamental, dependiendo del proceso de planeación y concertación que se haya adelantado.

- **Grupos focales (mingas de pensamiento o encuentro de saberes):** El grupo focal constituye un espacio grupal que favorece el intercambio de opiniones o debates que muestran el grado de variedad de los puntos de vista que existen sobre un mismo tema. Busca analizar la lógica colectiva y descubrir estructuras de sentido (Bonilla & Rodriguez, 1997).

En este grupo se encuentran los espacios propios de reflexión que han generado los pueblos y comunidades indígenas, ancestralmente como son las mingas y encuentros de diálogo de saberes. A través de estos, se busca reflexionar con la comunidad sobre la

importancia de las acciones de salud indígena, los sitios sagrados, la protección de la madre tierra y los comportamientos que se deben seguir para evitar la desarmonía. Incluyen acciones de reconocimiento y construcción de los ciclos o espirales de la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

- **Cartografía social:** La cartografía social es una propuesta conceptual y metodológica que permite aproximarse al territorio y construir un conocimiento integral de este, empleando instrumentos técnicos y vivenciales. Se trata de una herramienta de planificación y transformación social que permite una construcción del conocimiento desde la participación y el compromiso social, posibilitando la transformación de este (Bonilla & Rodríguez, 1997).

Un mecanismo de registro de la información obtenida a través de la cartografía social, son los mapas “parlantes” que permite recoger la información aportada por todos en torno a problemáticas o situaciones particulares. "A través de una construcción colectiva y participativa se elaboran estos mapas donde confluyen los conocimientos de varios sectores de la población y con lo cual se da un acercamiento de la comunidad con su espacio geográfico territorial, socioeconómico e histórico cultural" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

También se encuentra la cartografía de cuerpo que es una opción para facilitar el reconocimiento del cuerpo-territorio entendiendo la relación entre la salud de cada persona y la de su lugar de vida, al ser posible la identificación de nuevos caminos en las armonías espirituales y de pensamiento (salud mental indígena).

- **Relatos de vida:** permite reunir ciertos acontecimientos significativos de la vida de una persona, ordenados desde una perspectiva temporal vital o de espacios o eventos relevantes a la narración del tema indicado. Para realizar un relato de vida, se emplea como herramienta principal la memoria ya que permite reconstruir las relaciones con los miembros de la familia, la comunidad, con su actividad principal o con su clase social. Estos elementos, permiten captar el contexto social, cultural, político y económico que ha vivido el narrador y todos aquellos hechos que lo han marcado en relación con un acontecimiento específico. Esta herramienta permite notar cambios en los patrones culturales, comportamiento, actitudes, condiciones económicas o sociales de la

comunidad a la cual pertenece el narrador (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

- **Diálogo de saberes:** Facilita la construcción de un puente entre dos conocimientos, para concertar y definir acciones concretas en salud que permitan que los individuos, familias, comunidades y territorios mantengan un estado de armonía, con el menor riesgo posible de desequilibrio e incidencia de enfermedades, lo cual se traducirá en mejores resultados en los indicadores de salud.

Puede realizarse mediante asambleas y comités de salud de acuerdo con las necesidades interculturales o mediante otro tipo de encuentros entre representantes de las dos medicinas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

- **Observación participante:** La observación participante es un instrumento metodológico que se convierte en un medio de referencia para la construcción de conocimiento acerca de la realidad física, social y cultural, donde el facilitador participa de las actividades y de la cotidianidad en la que están inscritos los sujetos y la comunidad. Esto implica observar la dinámica social y cultural de las personas en relación con la comunidad, así como para la caracterización de los espacios comunes que inciden en los diferentes componentes de la salud (chagras; jornadas de caza y pesca; visitas domiciliarias; espacios de preparación de alimentos; entre otros).
- **Auto etnografía:** Es una forma de auto-reflexión que puede desarrollar la misma comunidad indígena, donde explora las experiencias personales y conecta con sus significados y entendimientos culturales, políticos y sociológicos más amplios.

En el desarrollo de la metodología, se pueden presentar variaciones, modificaciones y alternaciones según las condiciones de cada zona, la disposición de talento humano y de la comunidad, en tiempos, recursos y criterio de las herramientas aquí planteadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La información obtenida a través de la Investigación Acción Participativa – IAP deberá surtir un proceso de triangulación con los métodos cuantitativos (ASIS) que permita generar boletines de

análisis epidemiológico comunitario, donde se obtenga la información que soporte las decisiones de la implementación del lineamiento con perspectiva intercultural.

La triangulación ofrece una oportunidad para que se elabore una perspectiva más amplia en cuanto a la interpretación del fenómeno en cuestión (desarmonías espirituales y del pensamiento como la conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras), porque señala su complejidad y esto a su vez enriquece el estudio.

El conocimiento que se construya favorece la toma de decisiones, puesto que, de una parte, servirá como insumo tanto para los pueblos y comunidades indígenas como para la institucionalidad gubernamental – Análisis de Situación de Salud ASIS -, que optimizará los procesos de planeación evidenciados en Planes Territoriales de Salud; Modelos de Salud Propia o componentes de salud de los Planes Integrales de Vida. Pero de otra parte, facilitarán los ejercicios de priorización de acciones para la información, educación, comunicación y movilización social en armonías espirituales y de pensamiento o salud mental.

7.2 MARCO OPERATIVO

7.2.1 Estrategia relacionada con el fomento de la convivencia y la armonía espiritual y del pensamiento (Promoción de la convivencia y la salud mental)

Las actividades que se contemplan en esta estrategia constituyen el punto central y articulador del proceso, donde se reconoce al sabedor o sabedora ancestral como eje estructurador de las cosmovisiones de los pueblos y comunidades indígenas. El sabedor o la sabedora, sostiene los principios organizadores de los pueblos y comunidades indígenas, orienta sus destinos y es mediador entre la madre naturaleza/madre tierra y los individuos de la comunidad; es la persona armonizadora de las relaciones con el entorno y territorio, por tanto, es crucial su involucramiento en todo el proceso de implementación de las acciones en salud mental y armonía espiritual y de pensamiento de los pueblos indígenas.

La experiencia a nivel mundial, regional y nacional en diferentes procesos de diálogos y acuerdos para la adecuación sociocultural ha dejado en evidencia la importancia de que las diferentes acciones en salud sean acordes a la cosmovisión de los pueblos indígenas.

En dichas cosmovisiones los saberes ancestrales/tradicionales cumplen un papel esencial, el cual encuentra su manifestación principal en el ejercicio de la ritualidad. Corresponde a las Entidades Territoriales Indígenas (cuando estén conformadas), a las autoridades indígenas, los líderes locales y la población indígena en general, definir y planear según sus usos y costumbres, el ejercicio de los rituales y ceremonias acorde a su cosmovisión, los cuales favorecen un entorno propicio para la salud mental (equilibrio y armonía), pues en ella se encuentran los recursos espirituales, emocionales, cognitivos y mentales (de pensamiento), que se convierten en factores protectores de la salud mental.

La cosmogonía se puede expresar en las prácticas de la vida cotidiana y rituales manejadas desde un saber ancestral y/o tradicional. La pérdida de este referente en algunas de las comunidades y pueblos indígenas del país implica una vulnerabilidad en su salud mental (desarmonías y desequilibrios) por la pérdida de un escenario para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad como sujeto colectivo.

En este sentido, las actividades que se hayan concertado con la comunidad y sus autoridades (tradicionales y organizativas), deben contener como mínimo:

- Identificación de un contexto histórico del ejercicio de la actividad ritual. Este ejercicio debe liderarlo y hacerlo el sabedor/sabedora ancestral para reflexión interna de las comunidades no como un aspecto que deba ser socializado a la institucionalidad, pues se comprende que en la mayoría de los pueblos indígenas esto es un tema secreto o reservado para su cultura.
- Identificación de actividades rituales individuales y grupales en la comunidad (jornadas de canto, jornadas de rezo, rituales armonización, rituales de sanación, entre otras). Este ejercicio debe liderarlo y hacerlo el sabedor/sabedora ancestral para reflexión interna de las comunidades no como un aspecto que deba ser socializado a la institucionalidad, pues se comprende que en la mayoría de los pueblos indígenas esto es un tema secreto o reservado para su cultura.
- Identificación por parte de las autoridades indígenas y sus sabedores/sabedoras, de las prácticas ancestrales y lugares sagrados a los que sea permitido el acceso y conocimiento. Este proceso es interno para cada pueblo indígena, no para uso de la institucionalidad gubernamental.

- Fortalecimiento y/o recuperación de prácticas culturales en los diferentes momentos de la espiral o ciclo de la vida (curso de vida).
- Apoyo a propuestas comunitarias locales y regionales para el fortalecimiento de la medicina propia, teniendo en cuenta la actividad ritual de otros actores en salud, propios de cada pueblo (cantadoras, pulseadores, sobanderos, parteras, etc.).

Todo esto se podrá desarrollar acorde con las indicaciones del sabedor ancestral o sabedora ancestral o líder/lideresa espiritual o autoridad tradicional reconocida por la comunidad.

Dado que muchas actividades rituales podrán estar ligadas al territorio y a los espacios considerados sagrados desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, es importante comprender que su favorecimiento no reñirá con la competencia del sector salud institucional, y se apoyarán en el marco de sus competencias, entendidas como favorecimiento de los factores protectores de la salud mental en los territorios priorizados. Esto además requiere una gestión institucional para involucrar las entidades de los diferentes sectores que pueden tener competencias en la protección de los espacios sagrados y rituales, como son aquellas entidades que tengan a cargo la conservación del medio ambiente; resolución de conflictos territoriales y fortalecimiento de la cultura propia de pueblos indígenas (secretarías municipales, departamentales y Ministerio de Cultura)..

En esta estrategia, también se busca fortalecer el tejido social a través de la participación en los espacios comunitarios de ayuda mutua (minga, mano cambiada, convite, entre otras) y favorecer los mecanismos protectores de las armonías y equilibrios de los pueblos y comunidades indígenas, a través de la transmisión de saberes ancestrales.

En esta estrategia se contemplan otras actividades como:

- *Actividades colectivas de educación en salud para la recuperación de prácticas culturales propias (artísticas, lúdicas y deportivas) de los pueblos y comunidades indígenas como factor protector de la armonía espiritual y de pensamiento (salud mental) colectiva.*

A través de esta actividad, se busca favorecer las iniciativas orientadas a la práctica deportiva, artística y lúdica tradicional, que contribuyen al logro de objetivos ocupacionales como

mecanismo protector de las armonías espirituales y de pensamiento (salud mental) y el marco de la rehabilitación. Esta actividad debe ejecutarse en articulación con entidades cuya función misional sea la promoción de las prácticas deportivas, artísticas y lúdicas, siempre con enfoque intercultural y de manera articulada con las autoridades indígenas territoriales. Para ello se deberá realizar la identificación de las prácticas propias en estas áreas, de la comunidad o pueblo indígena.

Las prácticas tradicionales pueden comprender torneos de caza, tiro con cerbatana, tiro con arco, carreras de caballos, apnea o resistencia bajo el agua, entre otras. Las prácticas artísticas y lúdicas tradicionales incluyen lo que se conoce como la elaboración de artesanías, tales como alfarería, cestería, bisutería, tejidos, talla en madera, pintura, entre otras.

- Actividades de educación y comunicación para la salud mental orientadas a la recuperación y fortalecimiento de las prácticas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de las armonías espirituales y de pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas.

Esta estrategia busca la recuperación y fortalecimiento de las prácticas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de las armonías espirituales y de pensamiento (salud mental) de los pueblos y comunidades indígenas. En este sentido, debe estar articulada a aquellas acciones orientadas al mejoramiento de la salud infantil, deberá caracterizarse las prácticas de crianza, cuidado y educación familiar apropiadas, las labores que se han establecido en la cultura para la crianza tanto en hombres y mujeres para poder fortalecer los procesos que son compartidos desde el cuidado y la educación familiar, así como las principales dificultades en torno a ellas, promoviendo la toma de conciencia por parte de la comunidad. Es importante, identificar los mecanismos empleados por la misma población para resolver las problemáticas que se presentan en torno a este tema, reconociendo formas de violencia y discriminación para que la misma comunidad pueda resignificar y trabajar en ello, desde su misma cosmovisión, favoreciendo la cooperación interfamiliar.

Para el desarrollo de estas actividades se debe reconocer la forma en que los pueblos y comunidades indígenas estructuran las etapas/ ciclos o trayectos de vida (por ejemplo, espiral de la vida)

Es importante generar articulación con instituciones como el ICBF, Defensoría del Pueblo, Comisarias de Familia y demás instituciones que promuevan el fortalecimiento y cuidado de la familia y en especial de la niñez y la juventud. Se recomienda promover la reflexión en torno a las prácticas nocivas (mutilación genital femenina), cuando se encuentren en esta población o discriminación (por ejemplo, con personas con orientación sexual diversa o personas con discapacidad) por ser prácticas vulneradoras de derechos humanos. Esta reflexión siempre se deberá hacer en el marco del respeto y el diálogo intercultural.

El proceso de la IAP debe centrarse sobre los modelos culturales de familia pertenecientes a cada grupo, en el que se determinen los roles y función de cada integrante de la comunidad, en el proceso de formación cultural de los nuevos sujetos.

Esta actividad debe estar complementada con acciones que se realicen en las visitas domiciliarias en un marco de Cuidado Primario de la Salud por parte de los gestores de salud o auxiliares de salud pública, personal de salud que ingrese al territorio a realizar las intervenciones individuales contempladas en las rutas integrales de atención de promoción y mantenimiento de la salud, o las que hagan sus veces.

- Actividades educativas grupales en el entorno educativo para la recuperación y fortalecimiento de las prácticas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la salud mental (armonías espirituales y del pensamiento) de los pueblos indígenas

Se requiere la formación al talento humano del sector educativo para reconocer las prácticas del cuidado propio de las armonías espirituales y del pensamiento (salud mental), de modo que se incluyan dentro de los PEI (Proyecto Educativo Institucional) y en las acciones curriculares de las instituciones educativas donde estudia la niñez y la juventud³⁵ indígena.

³⁵ Para los pueblos y comunidades indígenas no existe la etapa de la adolescencia, sino que se pasa de la niñez a la juventud. Esta última categoría incluye la etapa de la adolescencia. por tal motivo, Se solicitó que en este lineamiento se asumiera esta clasificación general de los pueblos indígenas. Dado que este lineamiento, es un marco de referencia general, no contiene las diferentes formas de clasificar los grupos etéreos que tiene cada pueblo indígena. Esto deberá ser revisado conjuntamente, entre institucionalidad gubernamental y autoridades indígenas, de cada territorio.

En este sentido, con el apoyo del sector educativo, particularmente de los y las docentes, se realizarán encuentros de diálogo de saberes entre padres, madres y otros adultos cuidadores primarios de los pueblos y comunidades indígenas, favoreciendo el compartir las experiencias de crianza, las percepciones, las emociones, las dificultades y logros, con el propósito de mejorar y optimizar las formas de actuar en la cotidianidad. Igualmente, se debe favorecer el refuerzo de estas prácticas de crianza desde la escuela y fomentar la reflexión colectiva sobre su función protectora, para lo cual se recomienda que a la persona que facilita el proceso, participe en el comité de convivencia escolar local.

- Actividades educativas grupales y comunitarias de fortalecimiento y recuperación de las habilidades para la comunicación personal, familiar y colectiva en los pueblos indígenas

La salud mental se puede expresar algunas veces a través de pensamientos, emociones, percepciones, interacciones, conductas observables y cambios corporales, que, en el caso de las comunidades y pueblos indígenas, adquieren su significado y sentido en la cosmovisión. Estas se adquieren a través de las interacciones interpersonales, particularmente con familiares, adultos cercanos y pares. La lengua nativa es el principal canal de comunicación de los pueblos indígenas, por lo cual se debe facilitar su utilización y fortalecimiento desde los espacios cotidianos como el hogar y la escuela.

Por lo anterior, se busca fortalecer las habilidades para la comunicación colectiva en los pueblos y comunidades indígenas, de manera articulada con los procesos de recuperación de las habilidades para la comunicación personal y familiar, que redunden en la manera en que se relacionan y se establecen procesos de vinculación entre los diferentes integrantes de la comunidad, familia, pareja, entre hombres, mujeres, juventud y mayores y mayores, para favorecer la resolución adecuada de conflictos que disminuyan los riesgos que generen problemas, trastornos mentales o desenlaces no deseados (conducta suicida). Las actividades que se proponen realizar son:

- a. Identificar las formas de comunicación tradicionales o ancestrales y las que actualmente son empleadas por parte de la población en los diferentes ámbitos mencionados (pareja, familia, comunidad, intergeneracionales).

- b. Identificar aquellas que colectivamente se consideran apropiadas e inapropiadas (identificar formas de discriminación por género y por orientación sexual diversa) desde lo comunitario y lo familiar.
- c. Generar las acciones pertinentes para promover la recuperación de estas e intervenir las inapropiadas, al igual que la promoción de los espacios de utilización tradicional de la lengua o idioma propio, por ejemplo: la chagra – huerta - conuco, lugares de lavado de ropa, mambeaderos, kankuruas, tambos o lugares de encuentro y diálogo, lugares de pesca, entre otros.
- d. Promover la recuperación de actividades cotidianas propias que favorezcan la comunicación.

Para lograr lo enunciado, se propone un trabajo de investigación propia (IAP) de los pueblos y comunidades indígenas, apoyados por el talento humano que participa del cuidado de la salud mental, orientado a identificar en las diferentes narraciones derivadas de la cosmovisión, las maneras como se dan dichas expresiones, los lugares donde se emplean y transmiten, las enseñanzas que de ella se derivan, y el diseño de acciones orientadas a la promoción de estas enseñanzas. Este trabajo deberá permitir la elaboración de material didáctico para las familias y los colectivos, el cual podrá articularse tanto a las actividades lúdicas, así como a la generación de datos, información y conocimiento.

- *Actividades de fortalecimiento de la autoridad tradicional para la formación política y de liderazgo a las personas y familias de las comunidades indígenas acorde con las leyes de origen y su cosmovisión.*

En coherencia con las líneas operativas del SISPI, se requiere generar procesos de formación política y de liderazgo a las personas y familias de las comunidades indígenas, acorde con las leyes de origen y su cosmovisión, que les permita fortalecer la gobernabilidad propia en salud e incidencia sobre las decisiones o acciones externas que afectan su buen vivir.

7.2.2 Estrategias para la prevención (protección) de desarmonías espirituales y del pensamiento (problemas, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida).

Una de las grandes dificultades en las que se han visto sometidos los pueblos indígenas es la desintegración sociocultural debido a diferentes factores como: – conflicto armado, desplazamiento forzado, programas del Estado sin consultar con los pueblos y comunidades indígenas, explotaciones minero-energéticas, condiciones extremas de pobreza, etc. -, lo cual obstaculiza la generación de alternativas apropiadas a los problemas de la vida cotidiana. Por lo cual se propone el desarrollo de capacidades en las comunidades y pueblos indígenas a través de la investigación propia o Investigación Acción Participativa- IAP, facilitando la recuperación de las formas culturales de resolución de conflictos a nivel comunitario, familiar e individual, identificando las problemáticas generadoras de conflictividad. Como, por ejemplo, diferentes cosmovisiones resaltan el conflicto y la ruptura de las normas ancestrales/tradicionales como generadoras de cambios en individuos y colectivos, susceptibles de interpretar como problemas de salud mental. Asimismo, las consecuencias del contacto con la sociedad no indígena han constituido un generador de diferentes grados de vulnerabilidad en los pueblos y comunidades indígenas.

Para esto, es fundamental que se garantice, al interior de las comunidades, la participación activa e incidente de los sabedores/sabedoras ancestrales y que se incluya la resolución de problemáticas como (violencia intrafamiliar; violencia de género; consumo de sustancias psicoactivas; conducta suicida) en los planes de vida de cada pueblo.

Implica, además, realizar acciones que permitan que las personas, familias, comunidades y pueblos indígenas, reconozcan los recursos propios e interculturales para crear espacios de comprensión y diálogos con la palabra dulce (en la familia, la comunidad y la escuela) protectores e incluyentes que impidan que se instale la desarmonía relacionada con las violencias y conformen redes de apoyo comunitario (médicos tradicionales, sabedores y sabedoras en salud propia e intercultural, autoridades tradicionales, mujeres entre otros), para las personas y las familias que han vivido situaciones de violencia.



En este sentido, es fundamental trabajar de manera conjunta los caminos interculturales con instituciones del sector justicia y gobierno para fortalecer el ejercicio de la jurisdicción propia que permita dar respuesta efectiva a la problemática de violencia intrafamiliar y de género que se está presentando al interior de las comunidades, así como en la generación de mecanismos de regulación propia para el consumo de sustancias psicoactivas.

Asimismo, dentro de los grupos a apoyar en los casos que se presente muertes por suicidios en las comunidades indígenas, es a los sobrevivientes; debido a que según la (Organización Mundial de la Salud- OMS, 2000), distintas investigaciones han demostrado que la forma en que los sobrevivientes (familiares o red de amigos o compañeros más cercana) asumen la pérdida de un familiar por causa de un suicidio, es distinta a los fallecidos por otras causas de muerte. Generalmente, está asociado a distintos sentimientos que frecuentemente se muestran como responsables por la muerte, el rechazo de su red social o comunitaria más cercana y el abandono. Los sentimientos de estigmatización y vergüenza los colocan aparte de aquellos que sufren por una muerte no suicida. Algunos de los sobrevivientes emplean una proporción de su duelo pensando en los motivos que tuvo la persona para cometer el suicidio, haciéndose la pregunta de ¿Por qué?. Estos dolientes tienen menos oportunidad de hablar sobre su dolor que otras personas. Por lo tanto, un grupo de apoyo puede ayudar muchísimo, ya que la falta de comunicación puede demorar el proceso de recuperación de la armonía espiritual y del pensamiento. El apoyo de un grupo interdisciplinario compuesto por sabedores ancestrales, profesionales y familiares, cercano o conocidos sobrevivientes puede disolver gradualmente los sentimientos de desesperanza y suministrar los medios con los cuales se puede retomar el control de su buen vivir.

Para algunos pueblos y comunidades indígenas, la muerte o el morir son entendidos como un proceso de transición hacia otra dimensión donde el ser espiritualmente sigue acompañando en todos los espacios de su pueblo y comunidad. Por ello, la muerte es vista como un proceso normal dentro de la espiral de la vida, y en algunos casos son despedidos con rituales especiales. Frente a la muerte por suicidio, algunos pueblos y comunidades indígenas interpretan que esto hace parte de algo que reclaman ciertos espíritus a quienes se les ha olvidado ofrendar o reconocer, por ello las culturas necesitan retomar el camino desde su legado y sentarse a analizar por qué culturalmente suceden estos acontecimientos.

Así, la muerte está apareciendo antes de tiempo, y esto es cuando se desordena la familia y la comunidad de sus ancestros y por ende de sus prácticas. A mayor retorno mayor control de estos hallazgos repentinos.

La reacción de los padres ante la muerte por suicidio tiene un impacto definitivo frente a las formas de asumir la situación por parte de la niñez indígena. Como punto central para ayudar a los niños y niñas a enfrentar y adaptarse a la situación, está la necesidad de incluirlos en el proceso doloroso, ser abiertos y honestos en la medida en que ellos sean capaces de comprender y explorar su conocimiento y sentimientos acerca de la muerte y el morir.

La juventud (o adolescencia) es una etapa del desarrollo en el crecimiento que trae consigo muchos cambios complejos. En algunos casos pueden ser conflictivos, sienten dolor y odio con facilidad y se genera cierta dependencia, mientras que para otros es una etapa de independencia, son autónomos en su actuar y razonan con madurez frente al amor y el placer generando comportamientos distintos frente al sufrimiento causado por un suicidio. Las reacciones de la gente joven al dolor pueden presentar marcadas diferencias con las de los adultos y ser con frecuencia malinterpretadas. La respuesta comportamental puede estar en cualquier extremo de la escala, desde adoptar un rol de padre, no típico de su edad, hasta adoptar una posición opuesta y “lucirse” para captar la atención y reforzar la seguridad en sí mismo (Organización Mundial de la Salud- OMS, 2000).

Frecuentemente, los y las jóvenes muestran resistencia a una intervención profesional, por ejemplo, a la asesoría de un profesional de la salud o grupos de apoyo mutuo. La principal fuente de apoyo para los y las jóvenes provienen de la unidad familiar. Aunque se reconoce que los y las jóvenes a menudo hablan con compañeros/compañeras sobre asuntos personales, es significativo que más niños y niñas usan miembros de su familia como confidentes. Por lo anterior, es necesario y vital implementar acciones destinados a disminuir el riesgo de trastornos o desarmonías posteriores a un duelo en jóvenes (adolescentes). Los mayores, ya sean abuelos o padres que han perdido un hijo adulto, sufrirán profundamente. Un hijo/hija, independientemente de su edad, siempre será parte del padre/ madre. Para los abuelos/abuelas, la muerte de un nieto/nieta les impone una doble pena – la que sienten como padres de un hijo o hija y además el dolor intenso por la pérdida de un nieto/nieta. Los amigos/amigas y colegas también se afectarán con la muerte en grado variable, dependiendo de su relación con el

sobreviviente, la víctima y la familia, como una unidad. De hecho, todos los que tienen una relación estrecha con la víctima pueden, de alguna manera, experimentar los sentimientos que son únicos para quienes se afligen por un acontecimiento suicida. Es importante recordar que el suicidio no ocurre aisladamente sino dentro de comunidades. Los grupos y organizaciones (escuelas, sitios de trabajo, grupos religiosos) dentro de la comunidad que se afectan con la pérdida, pueden beneficiarse con la ayuda de profesionales tales como el talento humano en salud o personas entrenadas de manera similar para ayudarlos y guiarlos en el proceso de readaptación. Las creencias culturales, religiosas y sociales deben también explorarse y discutirse. Esta interacción puede proporcionar una red de seguridad para identificar a aquéllos que pueden también estar en riesgo y proporcionar una mayor comprensión de las circunstancias que pueden relacionarse con la muerte por suicidio.

En ese sentido cuando ocurra un suicidio en comunidades indígenas es necesario tener en cuenta la cultura y cosmovisión de ese pueblo para establecer con los sabedores (as) desde lo espiritual y conocimiento propio un plan de manejo y acompañamiento de acuerdo con las diferentes edades y afectación individual, familiar y colectivo.

Se proponen adicionalmente las siguientes actividades:

- Actividades educativas mediante reuniones comunitarias para la identificación de mecanismos de resolución adecuada de problemas internos (conflictos) y generación de acciones que favorezcan la recuperación o fortalecimiento de dichos mecanismos en un marco ético e intercultural apropiado a pueblos y comunidades indígenas

Esta estrategia favorecerá:

- a. Identificación de las situaciones causales, *de problemas internos* y externos de conflictos, mediante reuniones grupales en espacios comunitarios propios de conversación (asambleas comunitarias, espacios rituales, actividades cotidianas donde se garantice la participación de hombres y mujeres y la juventud). No obstante, es importante considerar los espacios propios y autónomos de las mujeres para poder reflexionar sobre los temas que más les afectan en cuanto a las violencias de género, por su condición de mujer, para luego llevar estas reflexiones a los espacios compartidos con hombres.

- b. Identificación de las causas de pérdida de mecanismos propios de resolución de problemas internos o conflictos personales, familiares, comunitarios e interpueblos y acompañar acciones para la recuperación de estos. Esta tarea se dinamizará con un análisis comunitario sobre la efectividad de mecanismos propios para la resolución de problemas internos o conflictos empleando el recuento histórico basado en el regreso a ley de origen, apoyados con relatorías (textos escritos sobre la discusión grupal). Todas estas actividades se apoyarán en entidades pertinentes para la solución de conflictos generados por agentes externos (Organizaciones Indígenas regionales, Comisaría de Familia, Policía, Personería, Defensoría del Pueblo, etc.).

- Educación en salud mental mediante conversatorios comunitarios con los pueblos y comunidades indígenas para la identificación de factores de riesgo instaurados en individuos con problemas, trastornos mentales con énfasis en suicidio y consumo de sustancias psicoactivas y para la construcción de acuerdos para la reducción del estigma, la identificación y manejo de crisis en salud mental.

Los hechos coyunturales territoriales – falta de autonomía organizativa, pérdida de significado y sentido cultural, escasez de recursos protectores-, generan una vulnerabilidad mayor en los individuos y comunidades indígenas. La acción efectiva en salud mental debe partir del reconocimiento de estos elementos y su expresión como factores de riesgo en cada individuo. El rol de la mujer dentro de las comunidades indígenas es fundamental para la identificación de los síntomas, dado que, junto al docente, son las personas que mayor contacto tienen con los niños, niñas y jóvenes.

Con esta estrategia se busca identificar los síntomas indicativos de afectaciones de la salud mental a nivel individual tales como aislamiento social, el mutismo, la no participación en actividades comunitarias o rituales, llanto, alteración del estado de consciencia, alteración del sueño y otras alteraciones del comportamiento habitual y a nivel colectivo como crisis compartidas por varios miembros, sensación de miedo, tristeza o preocupación generalizada al interior de la comunidad, verbalización de desesperanza, de ideación o planes suicidas, los mensajes de despedida y la distribución intempestiva de posesiones, son comportamientos indicadores de alto riesgo suicida.

Posteriormente, se procede a la identificación de las prácticas tradicionales para la intervención de los síntomas y factores de riesgo instaurados, y de los mecanismos para su aplicación por parte de sabedores/sabedoras espirituales, médicos tradicionales u otro miembro de la comunidad.

En las afectaciones colectivas se promoverá la articulación interinstitucional e intersectorial para la gestión sobre riesgos instaurados y para modificar los determinantes sociales que influyen en la salud mental, con la participación en espacios como el Consejo Municipal de Política Social - COMPOS, comité de convivencia escolar, Consejo Territorial de Salud Mental, Consejo Seccional de Estupefacientes, Comité Departamental de Drogas, entre otros.

- Actividades de educación en salud mediante la formación de líderes comunitarios pares para Intervención en crisis y primeros auxilios mentales (para la armonía espiritual y de pensamiento) desde la cultura propia y con adecuación intercultural para individuos de pueblos indígenas.

La finalidad de esta estrategia es favorecer la intervención en crisis desde la cultura propia, para lo cual se identificarán actividades de atención en salud propia que permitan la resolución de situaciones de crisis en salud mental, con especial énfasis en los tratamientos y atenciones de la medicina ancestral. Estos serán determinados por los sabedores/sabedoras ancestrales, rezadores, danzantes u otro miembro del ámbito de la salud de la medicina propia.

En caso de que así lo determinen las comunidades y los pueblos indígenas, se gestionará la capacitación en primeros auxilios en salud mental institucional. Ligado a ello se gestionará la operación de mecanismos de remisión y canalización de casos que superen la capacidad de respuesta de la medicina ancestral, para lo cual se requiere que el talento humano, de las instituciones y de la comunidad, estén al tanto de las herramientas ya señaladas para la identificación de síntomas e intervención en crisis³⁶ e intervención breve.

³⁶La intervención en crisis es una intervención puntual en tiempo con el objetivo de disminuir la intensidad y la duración de la afectación aguda de la salud mental. Está indicada ante la presencia de ideación y comportamiento asociado al suicidio o de alteración emocional reactiva a la vivencia de un suceso potencialmente traumático o exposición a evento estresante o síntomas iniciales de un trastorno mental.

7.2.3 Estrategias para la atención de las desarmonías espirituales y de pensamiento (problemas o trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida).

De acuerdo a lo contemplado en el lineamiento de la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la salud –RIA PYMS (Resolución 3280 de 2018), y a lo estipulado en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud) frente a los principios que contiene el derecho fundamental a la salud como son: los de universalidad, prevalencia de derechos de niños, niñas y juventud, progresividad del derecho, interculturalidad y protección a pueblos y comunidades indígenas, se requiere realizar procesos de adaptabilidad en el abordaje de los problemas, trastornos mentales (desarmonías espirituales y de pensamiento), consumo de sustancias psicoactivas y conducta suicida, en el marco de la complementariedad terapéutica y del principio de interculturalidad.

“La adaptabilidad de las RIAS se refiere a las modificaciones o ajustes a realizar en relación con la prestación de atenciones/intervenciones y con los mecanismos de abordaje de las poblaciones, de acuerdo con sus particularidades y las de los territorios que habitan, con el fin de garantizar los objetivos y resultados esperados definidos en éstas, en el marco de los atributos de calidad de la atención en salud y del respeto” (Resolución 3280 de 2018, p. 94).

“La complementariedad terapéutica es entendida por los pueblos indígenas como una coordinación entre los médicos tradicionales y occidentales para la atención y seguimiento a los tratamientos de pacientes indígenas que así lo requieran. Los médicos occidentales deben recibir más información de la que reciben en la inducción frente a los usos y costumbres de las comunidades indígenas para que pueda concertarse y discutirse el manejo occidental de la enfermedad (que puede ser espiritual o propia), con el médico ancestral dentro de una esfera de armonía (MSPS/ EPSI, P.S, 2014).

El uso de la “complementariedad”, contribuye con la atención frente al desconocimiento de desequilibrios nuevos en el territorio indígena:

“En ocasiones hay enfermedades que son desconocidas para las autoridades tradicionales, por lo cual se decide en algunos casos remitir a la persona afectada al

hospital más cercano. En este punto se sugiere realizar intervenciones articuladas entre las autoridades médicas occidentales y las autoridades médicas tradicionales³⁷.

En concordancia con lo anterior, las direcciones territoriales de salud deberán coordinar el proceso de adaptabilidad conforme a los procesos concertados con los pueblos indígenas y definirán en conjunto con las EAPB, las adaptaciones a realizar en los territorios, de acuerdo con lo estipulado en el lineamiento técnico y operativo de la Ruta Integral de Atención para Promoción y Mantenimiento de la salud, y a las orientaciones que se definen en el presente documento.

En la revisión de la evidencia, se encontró que, en el “congreso de psiquiatría, naturaleza y cultura. De lo singular a lo universal”, realizado en México, en el 2008, diferentes expertos (Lara; Sánchez; Villaseñor y Reyes; Noronha; Medina; Lemus; Ferreira da Silva) expusieron la importancia de los factores culturales en los diversos aspectos de la salud mental de la población perteneciente a grupos étnicos (Villaseñor B, 2009). Resaltaron la necesidad de:

- Respetar las bases culturales con un enfoque integrador de la salud pública en el continente americano.
- Comprensión de las enfermedades psíquicas desde una lógica pluricultural.
- Comprender la forma propia de clasificar las enfermedades en las diferentes culturas y los orígenes de estas, según los sistemas de creencias porque de esto, dependerá el tratamiento a través de sus médicos tradicionales/ indígenas o de tratamientos externos con médicos alopáticos. El tratamiento efectivo para las comunidades indígenas radica en el actuar conforme a sus prácticas tradicionales, a lo que le indique sus sabedores ancestrales, pues serán ellos los que definen el paso a seguir según cada situación.

La Unidad para las víctimas, en 2017 construyó un lineamiento general dirigido a la planeación e implementación de las políticas públicas para los grupos étnicos, con recomendaciones para la inclusión del enfoque étnico diferencial en las medidas de asistencia, atención y reparación integral para las víctimas, que aplica también a la atención en salud general de las comunidades

³⁷ Relatorías realizadas a partir de los encuentros programados por el departamento de Caldas (ONIC) del Plan Decenal de Salud Pública Convenio MSPS/ONIC Riosucio Caldas 2017

indígenas. En este documento se menciona que es fundamental consultar primero con los líderes comunitarios mediante la intervención de médicos tradicionales antes de realizar la remisión a un servicio de salud, además de siempre tener en cuenta los conceptos de medicina tradicional de la comunidad y respetar la decisión de realizar o no un tratamiento, teniendo en cuenta los contextos culturales y respetando las tradiciones y costumbres ancestrales, sin imponer modelos de comportamientos occidentales (Unidad para las Víctimas. Gobierno de Colombia, 2017).

A partir de este contexto, los distintos autores consultados identifican la necesidad de contar con profesionales de salud mental que tengan una sensibilidad terapéutica que les posibilite acceder a personas de diferentes grupos étnicos, sensibilidad que viene de la toma de consciencia acerca de las limitaciones culturales y la suspensión del juicio de realidad de sus propios procesos psíquicos (Villaseñor B, 2009, pág. 373). Para poder llevar esto a cabo, los profesionales deben contar con capacidad de razonamiento abstracto, de dar y recibir afecto, autoestima elevada, valores humanos y sociales, adecuada formación académica, relaciones interpersonales satisfactorias, sentido de vida y madurez y estabilidad emocional.

“En Latinoamérica podremos vivir en paz cuando nuestra actitud hacia el otro sea una actitud de apertura, de compartir, de aprender del otro porque al imponer nuestra propia visión del mundo y de las cosas entramos en conflicto y en un conflicto ambas partes pierden, veamos nuestra historia nacional y sabremos de lo que se está hablando. Es tiempo del cambio, pero el cambio en principio es ideológico. Este es el objetivo de hacer una etnopsicología latinoamericana” (Villaseñor B, 2009, pág. 374).

Por otra parte, (González, 2015), considera que los servicios derivados del SGSSS siguen siendo insuficientes para brindar un acceso a toda la población indígena que se encuentra en el territorio colombiano, especialmente en la ruralidad y en áreas dispersas y de difícil acceso. Es por eso que los pueblos y comunidades indígenas abogan hoy por sistemas y servicios de salud integrales y culturalmente apropiados que aporten positivamente al mejoramiento de su estado de salud y a su autonomía; así como, contemplar propuestas de articulación de la medicina occidental y medicina ancestral y su diversidad cultural (idioma, arraigo a su comunidad, alimentación acorde con las necesidades y características culturales) (López & Arango, 2011).

Como lo afirma Sáez, “el fundamento de la interculturalidad – como el prefijo inter evoca – es la comunicación o relación intercultural o interacción, significando que lo que se comunica, o se pone en contacto, no son las culturas, sino hombres y mujeres con culturas diversas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 20).

La interculturalidad permite que la cosmovisión de los pueblos y comunidades indígenas involucrados, en vez de constituirse en una barrera para la atención, se conviertan en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen sus comunidades y lo que encuentra la red de prestadores de servicios en salud.

Por lo anterior, se requiere la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad. A través del diálogo horizontal, en un plano de igualdad, armonía y equilibrio, la interculturalidad aspira al:

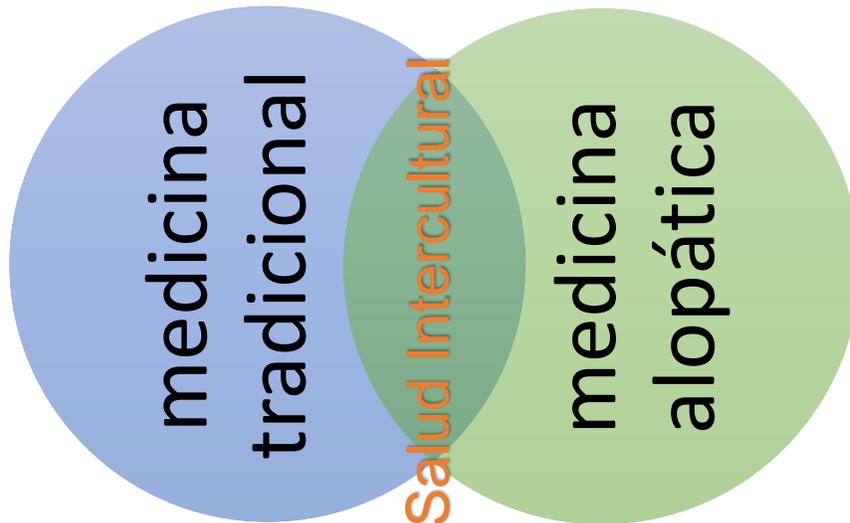
“reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales —así como a la incorporación de estas dentro de los sistemas de salud convencionales— como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano.

La interculturalidad implica también la construcción de con-ciudadanía, de respeto y de estima. En palabras de Degregori (2004), para la construcción de una comunidad nacional ese reconocimiento implica superar la tolerancia, y pasar al respeto y a la estima. En este mismo sentido, para Giménez (2000) se trataría de procesos de integración positiva que van abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación afectiva, diálogo y debate, así como aprendizaje e intercambio [...]” (Organización Panamericana de la Salud- OPS, 2008, pág. 12); (Comisión Nacional Contra las Adicciones, Mexico , 2012)

Este abordaje pone en el centro a las personas, su contexto y necesidades en salud. Son los actores los que deben desarrollar estrategias integrales y complementarias, dentro de las ofertas de servicios o atenciones en salud. Se podrían identificar 3 grandes grupos: a) medicina alopática, b) medicina tradicional y en el medio de ellas 3) la atención integral - intercultural (Gráfico 3) que ha demostrado entre otros beneficios, el mayor acceso a los servicios de salud,

con satisfacción de las necesidades en salud de la población indígena, participación de otros profesionales y conformación de servicios multidisciplinarios. (OPS, 2016)

Gráfico N° 3. Atención integral intercultural



Para ello es necesario que los prestadores de servicios en salud interactúen con actores sociales activos y que reconozcan los siguientes aspectos:

- ❖ Afirmación cultural: Las formas como los pueblos indígenas conceptualizan el mundo, son válidos. En ese sentido, la espiritualidad es una dimensión a considerar. Se reconoce y debe fomentarse la relación entre los aspectos físicos, espirituales, emocionales de pensamiento (mentales) y comunitarios. La red de prestadores de servicios en salud, deben, por lo tanto, respetar y afirmar las preferencias culturales, los sistemas de salud tradicionales y el rol de los agentes de salud tradicionales.
- ❖ “Relaciones intersectoriales: reconoce que los factores determinantes de la salud están fuera del ámbito de la salud. Se requiere, por lo tanto, la coordinación entre distintos sectores para reconocer y abordar las influencias intersectoriales para alcanzar resultados favorables.
- ❖ Coherencia y sinergia de enfoques: se refiere a la sinergia de enfoques entre distintos niveles. Debe existir una coherencia entre las políticas globales, internacionales, regionales, nacionales y locales en cuanto a la salud indígena.

- ❖ Desarrollo de capacidades: Se debe permitir a los indígenas orientar de forma más eficaz su propia evolución en salud. Puede materializarse como programas de acción que aseguren su representatividad en programas de salud académicos o a través del fortalecimiento de las propias instituciones indígenas.
- ❖ Propiedad intelectual: trata sobre el reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a proteger sus conocimientos tradicionales y al reconocimiento de que fueron transmitidos de forma endógena a través de generaciones. También parte de reconocer que esos conocimientos continúan desarrollándose y aplicándose” (Cunningham, 2002).

Para ello se requiere un talento humano en salud que garantice la atención integral, que reconozca, valore y respete las particularidades y tradiciones de los pueblos indígenas, y que tenga las competencias para armonizar y establecer un diálogo permanente entre los saberes y prácticas que reflejen la realidad de las diversas culturas, de las tradiciones de los pueblos indígenas y las prácticas convencionales (alopáticas u occidentales) predominantes en el SGSSS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Además, se requerirá la conformación de equipos interculturales –móviles- con capacidad resolutive (que incluya sabedores ancestrales o gestores comunitarios previamente capacitados, sensibilizados, formados en interculturalidad, con currículos adecuados en salud). Así mismo, se necesitarán los ajustes administrativos y organizativos de los servicios de salud (procesos, procedimientos, etc.) para la eliminación de barreras que les impliquen a las personas la exigencia de desplazamiento para ser atendido en diferentes IPS; y la eliminación de barreras administrativas como el diligenciamiento de formularios o autorizaciones previas, que adicionalmente, deben gestionar los ciudadanos en diversas sedes. La instalación de casas de paso para poblaciones dispersas, especialmente las que tienen pertenencia étnica (diseñadas de acuerdo a su cultura) o la articulación y coordinación con servicios socio sanitarios para disponibilidad de sitios de acogida para los acompañantes de los consultantes (en caso de que tengan que desplazarse a sitios lejanos de sus territorios) (Resolución 3280 de 2018, p. 97) (Ministerio de Salud de Chile, 2018).

En el proceso de adaptabilidad para la atención de problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, se recomienda a las EAPB y a los diferentes actores del SGSSS, tener en cuenta los siguientes parámetros y requerimientos que faciliten la construcción e

implementación de caminos interculturales para la salud mental indígena, acorde con lo concertado con los pueblos y comunidades indígenas en el marco del SISPI, los cuales responden al amplio marco normativo que protege y reconoce los derechos de los pueblos indígenas y en especial, está basado en la evidencia.

1. Se requiere que la Dirección Territorial de Salud pueda determinar articuladamente con las autoridades indígenas, las condiciones sociales, idiomáticas, de acompañamiento y relacionamiento que son fundamentales para el abordaje de los problemas y trastornos mentales (desarmonías espirituales y de pensamiento) de su población, así como los espacios de relacionamiento para el diálogo intercultural que es fundamental para la comprensión de estos problemas y trastornos desde los dos saberes (el propio- cultural y el alopático) y los espacios y tiempos que los pueblos indígenas y la institucionalidad acuerdan respetar y flexibilizar en los casos que se requiera por acceso a territorio, condición climática, armonización previa, entre otros.
2. En este orden de ideas, se deberán establecer unos caminos interculturales que permitan situar las intervenciones individuales, en conjunto con las colectivas, para mayor efectividad y adherencia al tratamiento. Por ejemplo, para la aplicación de las vacunas, en algunas zonas del país, se ha establecido articuladamente con los sabedores ancestrales que ellos deben realizar un ritual de armonización y protección espiritual al niño/niña antes de la aplicación de la vacuna; en otras zonas del país, se ha consensuado el acompañamiento de la partera en la atención del parto, entre otros procesos de adecuación.
3. Se deben construir acuerdos con las comunidades indígenas, sus sabedores/sabedoras tradicionales o la persona que los represente, sobre las desarmonías espirituales y de pensamiento producto de los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas que requieren de la atención integral intercultural, por ejemplo, desarmonías espirituales y de pensamiento o consumo de sustancias psicoactivas que afectan la salud de las personas, pueblos y comunidades y que no mejoran con el tratamiento del médico tradicional.
4. Adicionalmente, se requiere el desarrollo de capacidades del equipo profesional que vaya a realizar la atención y abordaje de la salud mental, en cuanto a:
 - Reconocer los pueblos indígenas que están presentes en el departamento; sus estructuras organizativas tanto políticas como de sabiduría ancestral (entiéndase a los

sabedores ancestrales como personas con grandes conocimientos ancestrales utilizados para curar, restablecer o mantener la armonía tanto individual, familiar, comunitaria, espiritual o territorial); su situación epidemiológica; reconocer algunos aspectos de la cultura como (calendarios propios de acuerdo a la cosmovisión de cada pueblo; dinámicas internas de las comunidades; elementos como la movilidad en el territorio; tiempos de ocio, de trabajo, de ritualidad, de fiestas o actividades extraordinarias que marcan sus dinámicas culturales); restricciones o prohibiciones; mecanismos de comunicación; Conocer las formas de cuidado de la salud propia individual, familiar y colectiva de cada pueblo indígena presentes en el territorio; conocer las condiciones sociales, ambientales (territoriales) espirituales y de pensamiento, que producen desarmonías propias y no propias (para definir las acciones y los actores que las deben realizar); identificar los factores de desarmonía, en el marco de la medicina propia, por cada momento de vida (según sea definido por cada pueblo) y las acciones propias e interculturales necesarias para restablecer el equilibrio.

- Es importante sensibilizar a todo el personal de los servicios de salud en los temas de diversidad cultural e interculturalidad y no discriminación.
- Use habilidades de comunicación eficaces
 - Cree un ambiente que facilite la comunicación abierta
 - Acorde con el contexto socializado por la Dirección Territorial de Salud, tenga en cuenta la manera de presentarse y comunicarse con la persona perteneciente al pueblo indígena. Puede haber restricciones en cuanto al abordaje por género, por edad o por rol en la comunidad.
 - Identifique la necesidad de contar con un traductor indígena (guía bilingüe) que pueda apoyar la comunicación en el momento de la consulta. Es importante establecer con el o la consultante si comprende bien el español o si requiere traducción. La mayoría de las personas indígenas que tienen su propio idioma, pueden fluir más en la narración de su situación, cuando lo dialogan en su idioma.
 - Es importante que indague al o la indígena, si requiere el acompañamiento de su sabedor ancestral (incluyendo parteras, sabedoras, abuelas) o de un líder/lideresa o guía espiritual de la comunidad para que pueda apoyar la atención. En este sentido, si cuenta con el acompañamiento del líder/lideresa o guía o sabedor/sabedora ancestral o de un traductor (guía bilingüe), se requiere comunicar sobre la importancia de la confidencialidad de la información, así como

la importancia de dar la información completa y con la mayor concordancia posible según quien narra, además, de la necesidad del consentimiento para compartir la información clínica.

- Comuníquese respetuosamente, en condición de igualdad con las personas que acompañen al consultante. Evite el uso de lenguaje técnico que no deje claridad sobre lo que se va a realizar, hable pausadamente.
 - Haga participar a la persona: En este aspecto, es importante que resalte y valore los saberes de cada cultura; reconozca como interlocutor válido a su sabedor/sabedora ancestral, a su médico tradicional o a su guía espiritual. Reconozca la manera como ellos, desde su cultura, comprenden los signos y síntomas.
 - Reconozca y respete las prácticas propias para el cuidado de la salud (territorial, comunitaria, familiar e individual) de cada pueblo indígena.
 - Comience por escuchar: Indague si ha recibido atención de su sabedor/ sabedora ancestral, o médico/médica tradicional o guía espiritual. De manera respetuosa y sin forzar en el detalle, explore cuál ha sido el abordaje y las recomendaciones suministradas por el sabedor ancestral, para poder articular la atención.
 - Sea amistoso y respetuoso en todo momento y no juzgue a la persona.
 - Es importante recordar que no existe cultura superior o inferior: existen culturas diferentes. No se sienta superior al conocimiento indígena, ni los trate como niños o personas especiales o con capacidades limitadas.
- Use buenas aptitudes verbales y no verbales de comunicación
- Adapte palabras, conceptos técnicos y frases que le permitan tanto al consultante como a su acompañante (cuidador y sabedor/sabedora ancestral, guía espiritual o líder/lideresa) comprender la situación y poder establecer un diálogo frente a la interpretación de la misma, donde se valide su comprensión desde la cultura y se dialogue entorno a las herramientas que, desde lo alopático, se cuenta para abordar el problema o trastorno mental (desarmonía espiritual y de pensamiento). Además, tenga en cuenta que el lenguaje técnico dificultará la traducción o interpretación de la pregunta al idioma propio de ese pueblo indígena, por lo que su uso dificultará la comunicación y comprensión de lo que se quiere indagar.

- Muéstrese sensible y receptivo con respeto y de confianza al interlocutor (sabedor/sabedora ancestral, guía espiritual o líder/lideresa) y genere ese espacio de encuentro de saberes, de diálogo entre los diversos puntos de vista.
 - Sea paciente con los resultados y con el proceso de comprensión de la situación. Si hay algo que no le queda claro o tiene confusiones de lo que le narran, reitere la pregunta o busque otras maneras de darse a entender.
 - Esté atento al lenguaje verbal y no verbal que pueda reproducir estereotipos y/o prejuicios que impida la adecuada comunicación con los consultantes.
 - Pregunte constantemente cuál es el mensaje que está comprendiendo la persona indígena a la que se les está brindando la atención. Si es posible y facilita la interlocución, utilice papelógrafos, gráficos, dibujos, fotos.
 - Asegúrese de que las preguntas sean claras, comprensibles, sensibles a las diferencias de edad, género, prácticas culturales de cada pueblo (hay algunas preguntas que pueden ser mal vistas o sancionadas en una cultura específica, específicamente indagaciones sobre la salud sexual y reproductiva o sobre violencias sexuales). En ese sentido se debe ser cuidadoso para abordar el tema el cual debe hacerse con sencillez y responsabilidad.
 - Promueva la participación de los diferentes acompañantes en la resolución de los problemas de salud de la o el consultante y su lugar o rol en la comunidad.
 - Establezca acuerdos frente al seguimiento del tratamiento y al trabajo articulado entre los dos saberes (tradicional y alopático).
 - Establezca los canales de comunicación y articulación con el sabedor/sabedora ancestral de la comunidad (si la persona consultante lo reconoce y ha sido remitido por él).
5. ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE SALUD MENTAL *(Basados en la guía de intervención mhGAP³⁸ para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada versión 2.0)*

³⁸ Mental Health Gap Action Programme. Traducción al Español (Programa de acción para superar las brechas en salud mental)

- Evalúe la salud física
 - Indague (de manera respetuosa y sin forzar) sobre el tratamiento que ha recibido desde la medicina tradicional y la interpretación del sabedor/sabedora tradicional, en los casos que sea posible, así como sobre la historia pasada, familiar y comunitaria frente a estos síntomas, para poder dar una continuidad al proceso ya adelantado por el sabedor/sabedora tradicional.
 - Solicite autorización para llevar a cabo la evaluación física general, explicando el procedimiento que se va a realizar y la razón por la cual se requiere hacerlo. Sea flexible en cuanto a las restricciones culturales frente a la relación entre las personas (sexo masculino o femenino).
- Manejo de la salud física
 - Explique claramente los efectos y resultados del tratamiento y los riesgos que se ocasionan si éste interactúa con alcohol o medicinas complementarias propia y/o tradicionales ingeridas o inhaladas.
 - Es importante que, en relación con los planes para el embarazo y métodos de anticoncepción con las mujeres en edad fecunda, se debe abordar con mayor cuidado, teniendo en cuenta el contexto cultural del pueblo indígena al que pertenece, debido a que algunos pueblos no comparten la orientación de los anticonceptivos. En algunos casos, los métodos de anticoncepción pueden generar efectos adversos en relación con la familia y la comunidad. Para abordar este tema, se requerirá indagar si es necesario el acompañamiento de una partera de la comunidad.
 - Adicional a las recomendaciones mencionadas anteriormente, es importante indagar en antecedentes de trastornos mentales (desarmonías espirituales y de pensamiento) anteriores, sobre el consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas por fuera del marco de la ritualidad, que se haya convertido en algo habitual, sin un contexto ritual de armonización, que generalmente está acompañado por el médico o sabedor/sabedora ancestral.
 - Pregunte acerca del funcionamiento socio ocupacional actual y su rol dentro de la comunidad.
 - Tenga presente que, si la persona consultante estudia en un internado o en un centro educativo por fuera de su comunidad, puede ser un factor de riesgo importante para su salud mental.

➤ TRATE LOS TRASTORNOS

- Elabore un plan de tratamiento en colaboración con la persona, su cuidador, familia y su sabedor/sabedora ancestral o líder/lideresa o guía espiritual. Trabaje de manera conjunta con el cuidador, el sabedor/sabedora ancestral, guía espiritual y la familia al apoyar a la persona con problema o trastorno mental.
- Explique claramente las intervenciones farmacológicas cuando estén indicadas. Genere estrategias para la comprensión de frecuencia y cantidad (gráficos, fotos). La mayoría de los pueblos indígenas tienen una comunicación basada en la oralidad, en lo visual y lo que es más importante en lo espiritual.
- Cuando se requiera derivar al paciente a especialistas o al hospital, es importante el acompañamiento de su cuidador y de su sabedor ancestral o de su guía espiritual, puesto que eso favorecerá la adherencia y los resultados del tratamiento.
- Promueva la vigilancia de los síntomas tanto por la persona consultante, como por su cuidador/cuidadora y su sabedor/sabedora ancestral.
- Ante la presencia de conductas suicidas es esencial la limitación a métodos letales (tales como sustancias tóxicas, armas de fuego, cuerdas, entre otras), y en el caso de las desarmonías espirituales y del pensamiento (problemas o trastornos mentales) debe propenderse por el manejo articulado entre los sabedores y sabedoras ancestrales y/o tradicionales y los profesionales en salud del sistema convencional.

➤ Educación:

- Explique claramente la importancia de cumplir con el tratamiento, incluido lo que puede hacer la persona en relación con el apoyo desde la medicina propia y/o tradicional, desde la inclusión en roles activos en la comunidad.
- Genere mecanismos de comunicación para el seguimiento con los sabedores y sabedoras ancestrales, agentes comunitarios de salud u otros integrantes de confianza en la comunidad.
- Detecte y aborde los problemas psicosociales pertinentes que causan estrés a la persona o repercuten en su vida, incluidos problemas familiares y de relaciones, violencias y formas de discriminación por razones de género o pertenencia étnica. Tenga especial cuidado en el proceso de sensibilización y abordaje de situaciones

relacionadas con violencias de género pues allí es importante reconocer los roles que existen en la comunidad aplicación de la jurisdicción especial indígena a través de ley de gobierno propio y/o reglamentos internos y su articulación con rutas institucionales o caminos interculturales de denuncia frente a este tipo de violencias. Además, es importante articular las acciones que se deriven de esta atención, con las intervenciones colectivas que se desarrollen con la comunidad para trabajar en la problematización de las violencias y conductas agresivas.

- Detecte especialmente situaciones que favorezcan o legitimen el estigma y la discriminación por pertenencia étnica, por identidad de género u orientación sexual, por condición de discapacidad o por desarmonías espirituales y del pensamiento (trastorno mental) que presenta.
 - Identifique los familiares, líderes, sabedores y sabedoras ancestrales (incluidas parteras), gestores comunitarios, que pueden prestar apoyo y haga que participen tanto como sea posible y apropiado culturalmente.
 - Indague sobre redes de apoyo comunitarias para acompañar el tratamiento y monitoreo de su estado de salud.
 - Determine las actividades sociales y comunitarias que podrían prestar apoyo psicosocial directo o indirecto, especialmente, en lo relacionado a las situaciones o prácticas culturales que pueden convertirse en factores desencadenantes como la discriminación, violencias, entre otros.
 - Ofrezca capacitación en habilidades para la vida y en habilidades sociales adaptadas a la cultura y consensuadas/ concertadas con la comunidad para que sean un apoyo para el desarrollo de estas.
- Seguimiento
- Tenga en cuenta que la mayoría de las personas indígenas que habitan zonas rurales dispersas, difícilmente podrán acudir al consultorio con regularidad para realizar el seguimiento, por tanto, es fundamental que articule e involucre en el seguimiento a su red próxima (sabedor y sabedora ancestral, guía espiritual, líder, gestor comunitario).
 - Establezca los mecanismos y canales de comunicación con la red próxima (sabedor ancestral, guía espiritual, líder, gestor comunitario), para la realización del seguimiento y monitoreo del tratamiento.

❖ PSICOSIS

En la evaluación de la psicosis tenga en cuenta que, dentro de los discursos explicativos indígenas, a propósito de sus comprensiones de salud y enfermedad, pueden aparecer elementos que, en una lectura descontextualizada, podrían parecer incoherentes o ilógicos. No obstante, el clínico encargado de la evaluación deberá contextualizar estos relatos en el marco de la normalidad propia del pueblo y comunidad indígena al que pertenece la persona evaluada. En algunos casos, podrían aparecer relatos sugestivos de fenómenos sensoperceptivos anómalos (alucinaciones visuales o auditivas) o delirantes que, una vez contextualizados, no implican -necesariamente- un componente psicopatológico. Muchos de estos fenómenos, incluidas ciertas 'extrañezas' de la conducta, pueden presentarse tanto en el marco de rituales propios, como en escenarios más cotidianos, los cuales son normalizados y compartidos por la cultura.

En caso de que se confirme que el individuo presenta psicosis, tenga en cuenta en la intervención psicosocial, que se dialogue previamente con los sabedores ancestrales para que recomiende evitar el consumo de alcohol, cannabis u otras sustancias usadas en el marco cultural de la ritualidad propia de los pueblos indígenas ya que pueden afectar el tratamiento y empeorar los síntomas. En este caso, analice la situación con el sabedor ancestral para articular en conjunto las mejores estrategias que faciliten tratamientos adecuados y basados en evidencia.

❖ DESARMONIAS POR TRASTORNOS EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

En la evaluación tenga en cuenta el uso de tabaco o alcohol en el marco de la ritualidad de los pueblos indígenas. Esto significa que el uso de estas sustancias no debe ser frecuente. Solo se realiza cuando el sabedor/sabedora ancestral considere necesario armonizar a la comunidad, familia y al individuo, siendo este, el/la encargada de dirigir y mediar este consumo. Todo aquello que sea consumido por fuera de la ritualidad cultural, los pueblos y comunidades indígenas lo han identificado como un consumo problemático de sustancias que debe ser abordado y tratado.

En cuanto al manejo en intervenciones psicosociales es importante articular la atención individual con las acciones e intervenciones colectivas, generar espacios de diálogos interculturales y de sensibilización a los pueblos y comunidades indígenas frente a la edad de inicio del consumo de

alcohol y tabaco, especialmente, frente a las repercusiones en cuanto a la afectación física, espiritual y del pensamiento del individuo y, por ende, al impacto en la pervivencia de los pueblos indígenas. Recuerde usar un enfoque libre de prejuicios y estigma para el abordaje de este tipo de (desarmonías) trastornos en los pueblos y comunidades indígenas. Identifique, además, los factores desencadenantes del consumo que, en algunos casos, está relacionado con mecanismos de pago por el trabajo realizado a personas no indígenas, lo cual es una manera de legitimar el esclavismo y la discriminación hacia estos pueblos indígenas.

Para el abordaje de las personas con consumo de sustancias psicoactivas se debe tener en cuenta los principios para el tratamiento propuesto por UNODC (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito). Los más relevantes son:

- El tratamiento debe estar disponible, accesible, ser efectivo y apropiado para las necesidades de los indígenas que lo requieran.

Los servicios de protección y tratamiento deben responder a las necesidades, condiciones y particularidades especiales de las poblaciones, pues están compuestas por numerosos grupos vulnerables con diferentes estructuras de creencias culturales, étnicas y / o religiosas o con diferentes niveles de marginación. Se deben incluir servicios de fácil y mayor alcance (como son, los servicios extramurales) para establecer contacto con personas que pueden no buscar tratamiento debido al estigma y la marginación.

- Los procesos de evaluación y planificación estratégica involucran a las partes interesadas clave, incluidas las personas que usan sustancias psicoactivas y sus familias, miembros de la comunidad y representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos religiosos, organizaciones gubernamentales y de servicios sociales para proporcionar la atención integral y el cuidado continuo de la salud.
- Planificación e implementación de servicios en una secuencia lógica que asegure la fortaleza de los vínculos entre (a) la política; (b) evaluación de necesidades; (c) planificación del tratamiento; (d) implementación de servicios; (e) monitoreo de servicios; (f) evaluación de resultados; y (g) mejoras de calidad.

Un aspecto importante es definir los roles de los actores y establecer los mecanismos para la coordinación efectiva de modo que el sistema de servicio funcione de manera integrada y coordinada (UNODC, 2017).

En específico para los pueblos y comunidades indígenas, la evidencia sugiere, adicionalmente, lo siguiente:

- Establecer los caminos interculturales que permitan la planificación e implementación y evaluación de los cuidados para las desarmonías espirituales y del pensamiento producidas por las SPA.
- Asumir los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas como una desarmonía espiritual, que genera una problemática social y cultural.
- Para el diseño de estrategias de atención y protección se deben identificar y conocer las funciones culturales que están cumpliendo las medicinas ancestrales en las armonías espirituales y del pensamiento
- Identificar intervenciones o acciones que permitan reemplazar el consumo problemático de sustancias psicoactivas en las comunidades. (Consejo Nacional contra las Adicciones. México, 2005)
- Identificar las acciones y actividades individuales y colectivas propias que permitan evitar el consumo problemático de sustancias psicoactivas.

En los casos en que se requiere remitir a la persona a otros servicios de salud alopática que no se encuentran disponibles en el territorio como hospitalización o unidad del cuidado para las desarmonías espirituales y del pensamiento, o ante la necesidad de servicios o pruebas diagnósticas altamente especializadas y complementarias (por ejemplo, resonancias magnéticas nucleares, neurocirugía, etc.) se debe acordar con el equipo de salud propia e intercultural la mejor forma de disminuir la posible afectación que implica el desplazamiento y acercarse a un lugar o servicios de salud que probablemente no dispone de abordajes interculturales para los cuidados de las armonía y del buen vivir.

Gráfico 4: Evaluación regional y del nivel local y comunitario para la atención del consumo de sustancias psicoactivas:



CASOS ESPECIALES FRENTE A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

- ❖ **Niños, niñas y jóvenes menores de 18 años:** Es importante recordar que en el caso del consumo de sustancias psicoactivas en este tipo de población, se requiere activar el protocolo diferencial para grupos étnicos- indígenas, con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) quien articulará con la autoridad indígena de la comunidad a la

que pertenezca el niño, niña o joven menor de 18 años, para verificar si se encuentra vulneración de derechos o necesidad de apoyo en las situaciones de riesgo, pues esta población es considerada de especial protección por el Estado. Los equipos de ICBF deberán contar con estrategias interculturales de apoyo de acuerdo con las necesidades de la población y la persona identificada. Adicionalmente, se requiere la identificación de las diferentes dimensiones de ASAM para las personas con consumo problemático para articular respuestas intersectoriales. Se debe garantizar el trabajo articulado con las secretarías de educación para la detección temprana y activación de redes de cuidado para promover la inclusión y prevenir el abandono del sistema educativo. De igual manera, se debe contar con la participación de los sabedores y sabedoras ancestrales del territorio.

- ❖ **Gestantes:** Al igual que en el caso anterior, son consideradas una población prioritaria y protegida en el país; dado el impacto negativo en la salud que tiene la vulneración de derechos, limitación en el acceso a servicios de salud, violencias, y consumo de sustancias psicoactivas en la diada materno fetal, mayor riesgo de muerte, violencia o abuso. Si se identifica una gestante con consumo de sustancias psicoactivas, se requiere de un enfoque propio e intercultural por parte de profesionales de la salud que garanticen el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Se promoverá el abordaje conjunto desde la medicina tradicional con la medicina alopática y el seguimiento y apoyo por otros sectores como ICBF, y las secretarías que asuman en el territorio los aspectos sociales y culturales.
- ❖ **Patología dual o comorbilidad:** se define como la coexistencia de un trastorno relacionado con el uso de sustancias psicoactivas y un trastorno mental, esta comorbilidad está asociada con pobres resultados en los tratamientos, mayor severidad y complicación de otras patologías y alta frecuencia del uso de servicios. Esto implica el abordaje por un equipo profesional con participación de la medicina tradicional.
- ❖ **Personas en situación de calle:** ante la sospecha de una persona indígena en situación de calle, se debe identificar si ha sido focalizado por los programas para reducción de pobreza extrema. Se debe tener como punto de referencia para las acciones de prevención de la habitanza en calle, y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo contemplado en la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle. Para el abordaje de esta población se debe reconocer la comunidad a la que pertenece y de la que fue desplazado y las interacciones con el resto de la comunidad para diseñar

acciones que promuevan la eliminación del estigma y la discriminación, que favorezcan el acceso a servicios de atención y la inclusión social para eliminar los factores de riesgo de la vida en calle.

A partir de la experiencia en los 6 pueblos indígenas donde se realizó la revisión conjunta de la propuesta contemplada en el documento de *orientaciones técnicas para la promoción de la salud mental y prevención de problemas, trastornos mentales con énfasis en conducta suicida y consumo de SPA*, se construyó una propuesta de ruta o camino intercultural para la atención de casos individuales relacionados con la desarmonía espiritual y del pensamiento, problemas o trastornos mentales, con énfasis en la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas, donde los sabedores y sabedoras ancestrales serán los que orienten el tratamiento a seguir, según cada caso, y será el que remita a la atención en salud institucional, si así lo considera necesario el/la sabedora³⁹.

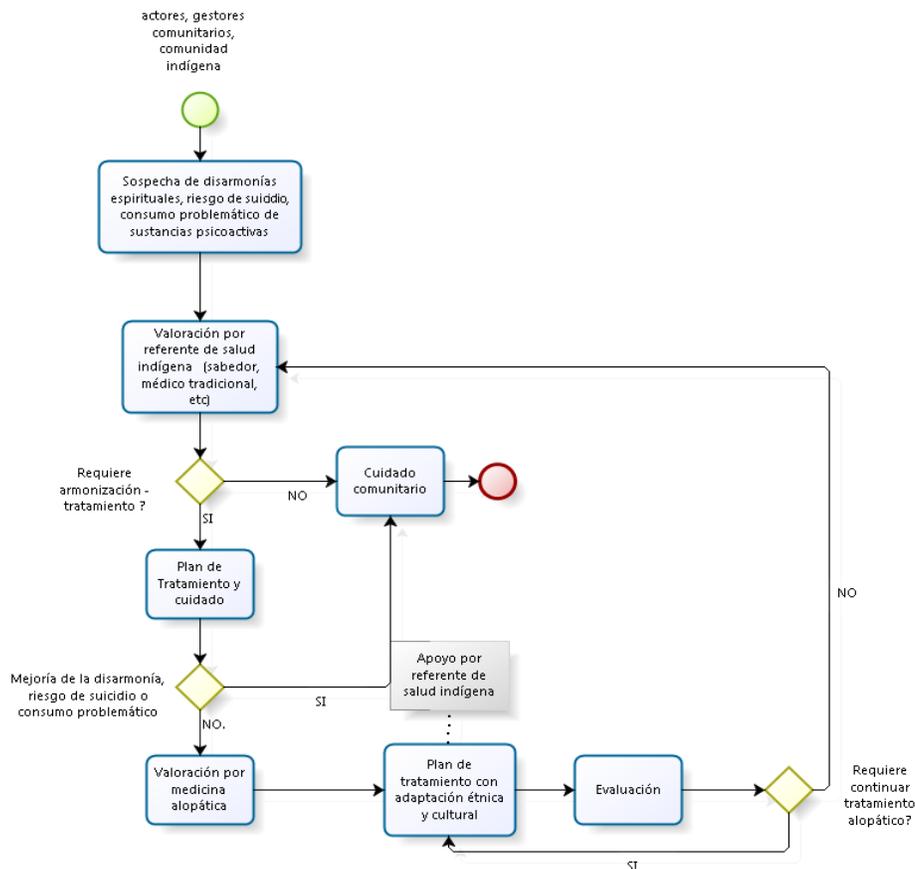
Establecida la ruta o camino intercultural de atención propia de los síntomas y factores de riesgo instaurados y los alcances de esta, se favorecerá y apoyará la gestión del camino intercultural teniendo en cuenta los avances propios de cada territorio. Se procederá a la identificación de mecanismos de remisión desde las intervenciones propias hacia los servicios de salud alopáticos occidentales, los cuales deberán contar con herramientas necesarias para garantizar la adecuada atención con enfoque intercultural⁴⁰.

Es necesario articular todos los recursos de las formas del cuidado de la salud existentes en la población: autocuidado, ayuda mutua, autogestión, saber tradicional/ancestral y biomédico occidental. La manera como éstos se utilicen puede ser documentados como guías protocolos interculturales y rutas o caminos interculturales de atención que se logren incluir en el proceso de implementación del SISPI y los correspondientes modelos de salud propias del pueblo indígena para ser articulado con la ruta integral de atención de problemas, trastornos mentales, epilepsia y consumo de sustancias psicoactivas, en el marco de la adecuación intercultural.

³⁹ Esta propuesta recoge también la experiencia exitosa que ha desarrollado el pueblo indígena Awá, a través de su IPS UNIPA en relación con el protocolo de la ruta de salud mental y atención psicosocial indígena Awá.

⁴⁰ El país cuenta con la adaptación del programa de mhGAP, el cual brinda herramientas a los profesionales de la salud para dar una atención adecuada, humanizada, basado en Atención Primaria en Salud.

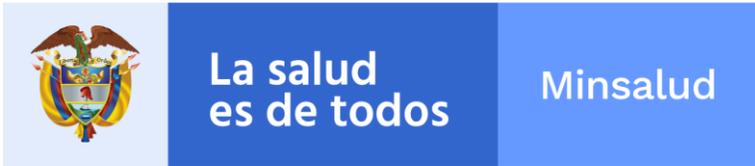
Gráfico 5: Propuesta de Camino (ruta) intercultural para la atención y cuidados de los problemas y trastornos de las desarmonías espirituales y del pensamiento de en pueblos indígenas.



7.2.4 Estrategia de Rehabilitación integral e inclusión social

- Espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas propias de apoyo comunitario y familiar para la inclusión social, a personas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, que presentan problemas y trastornos mentales (desarmonías) con énfasis en suicidio.

Esta actividad contará con la identificación de prácticas propias de apoyo comunitario y familiar a personas con desarmonías espirituales y de pensamiento (problemas y trastornos mentales), al igual que identificará y fortalecerá la ruta de atención para el tratamiento ancestral y/o



occidental de las desarmonías espirituales y de pensamiento (problemas y trastornos mentales, el consumo problemático de alcohol y otras SPA y la conducta suicida). Para lo anterior, se sensibilizará a las autoridades y organizaciones indígenas sobre las desarmonías (problemáticas en salud mental), aprovechando las estructuras que están en funcionamiento y apoyando a estas a realizar la identificación y caracterización de las personas que presenten desarmonías espirituales y del pensamiento (problemas, trastornos mentales o que hayan intentado suicidarse o familiares de personas que fallecieron por causa del suicidio), para avanzar en el proceso de canalización para la atención integral de cada una de las personas y sus familias (de manera articulada y concertada con los procedimientos propios de la medicina ancestral y de la medicina alopática) y de seguimiento e inclusión de estos integrantes a la comunidad.

Como parte del proceso de rehabilitación integral con miras a la inclusión social, se deberá fortalecer los grupos y redes de apoyo propias de cada comunidad para brindar el soporte y acompañamiento que requieren las personas y familias con desarmonías espirituales y del pensamiento (problemas y/o trastornos mentales y por el uso de sustancias psicoactivas), para lograr su rehabilitación en su propio contexto y recuperar sus roles como integrantes activos para sus comunidades. Esto es posible desde las actividades de la vida diaria que los hombres y mujeres desarrollan de manera colectiva (tejidos, siembras, etc.).

El facilitador deberá apropiarse y adaptar a las necesidades de los pueblos y comunidades indígenas de cada territorio, las orientaciones de Rehabilitación Basada en comunidad -RBC en Salud Mental del Ministerio de Salud y Protección Social y articulará con Secretaría de Salud Municipal y Departamental y autoridades u organizaciones indígenas para la implementación de dicha estrategia en el territorio, aprovechando todos los espacios de concertación y diálogo de saberes antes mencionados en el presente documento..

Al igual que en la intervención en crisis, se requiere que el talento humano de las instituciones y de la comunidad, esté al tanto de las herramientas ya señaladas. Pero, por otra parte, deberá estar preparado para fomentar los procesos de RBC, en un marco de continuidad cultural e intercultural, acorde con lo establecido en los procesos de Adecuación Sociocultural, dando prioridad a la educación sobre las desarmonías espirituales y de pensamiento (problemas y trastornos identificados en cada comunidad) (a partir de la caracterización previa) y a las herramientas con las que ya cuenta cada comunidad (grupos, redes, sabedores, sabedoras y

prácticas culturales colectivas) que puedan ser fortalecidas con los contenidos de salud mental para el manejo y el seguimiento de estas afectaciones en las mismas familias y las comunidades (incluyendo el apoyo a la adherencia al tratamiento de la medicina tradicional, al tratamiento farmacológico alopático, si se requiere y, al acompañamiento psicoterapéutico; el desarrollo de las actividades de la vida diaria; la solución de las situaciones que generan estrés y mantienen la desarmonía o los síntomas; la identificación temprana de posibles crisis y recaídas y la canalización oportuna, entre otras). En los pueblos y comunidades donde sea posible, motivar a las personas y familias con afectaciones en su armonía espiritual y del pensamiento (salud mental) para la conformación de grupos de apoyo y de ayuda mutua.

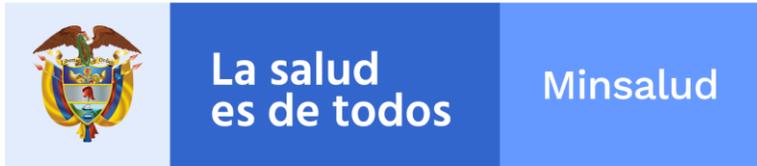
Además, es necesario retomar el mapeo y caracterización de las instancias institucionales y de otros sectores (ONGs, Cooperación internacional, iglesias, etc.) que pueden aportar en atención de las personas con desarmonías espirituales y del pensamiento (problemas y/o trastornos mentales), así como en los procesos de educación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias e institucionales para la rehabilitación integral y la inclusión laboral, educativa, cultural, etc., de estas personas y sus familias.

7.3 ORIENTACIONES PARA LA GESTIÓN TERRITORIAL DEL LINEAMIENTO

7.3.1 Gestión del talento humano:

Para la implementación, monitoreo y evaluación del presente lineamiento, se requiere la vinculación de auxiliares de enfermería o auxiliares en salud pública indígenas, las autoridades ancestrales y espirituales, así como antropólogos o psicólogos y otros profesionales de las ciencias sociales y humanas y, de la salud, con formación en salud mental intercultural, quienes se podrán vincular con cargo a la UPC y del PCVCPI (intervenciones colectivas).

En los territorios indígenas en los que la respectiva entidad territorial certifique que no hay disponibilidad de auxiliares de enfermería o de salud pública, los prestadores y aseguradores deberán gestionar inmediatamente después de la expedición de los presentes lineamientos, el inicio de la formación de auxiliares en salud pública con el apoyo del SENA, con la coordinación de la respectiva entidad territorial del orden departamental o distrital. La gestión de este proceso



podrá ser apoyado por este Ministerio a través de la gestión de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, dependencia a quien le podrán hacer la respectiva solicitud.

En esos casos, se deberá desarrollar la modalidad de “formación en servicio”, esto es, vincular laboralmente a las personas delegadas por las comunidades indígenas, con el rol del gestor comunitario en salud, mientras se van formando como auxiliares en salud pública, lo cual garantiza la articulación teórico – práctica, el Aprendizaje Basado en Proyectos y Problemas. La respectiva entidad territorial del orden departamental o distrital deberá verificar el inicio inmediato de esta formación, así como el desarrollo del proyecto formativo de acuerdo con el contexto de participación y aportes de las entidades para garantizar recursos logísticos necesarios, y la vinculación laboral desde el inicio de la formación.

El sabedor ancestral será el eje central de la implementación del programa y guiará la estructuración del camino intercultural para la atención de los problemas, trastornos mentales y desarmonías espirituales y del pensamiento de los pueblos indígenas. Esto implica que el sabedor ancestral liderará la armonización y demás procesos de fortalecimiento organizativo y cultural, identificación del problema, trastorno mental o desarmonía espirituales y del pensamiento (diagnósticos propios), realizará el tratamiento acorde con su medicina propia, y cuando así lo considere necesario, remitirá a la medicina convencional o alopática. El sabedor/sabedora ancestral se podrá vincular a cargo de los recursos del SGP- salud pública y de la UPC diferencial para los casos que apliquen. Igualmente, todas las EPS podrán vincular a los médicos tradicionales y sabedores ancestrales de las comunidades indígenas, considerando el desarrollo de acciones de educación en salud, detección temprana, protección específica y gestión del riesgo, entre otras.

El profesional de las ciencias sociales o humanas o de las ciencias de la salud con experiencia en interculturalidad, liderará y coordinará la planeación, implementación, monitoreo y evaluación del programa en coordinación con las autoridades indígenas. Esto implica la gestión y articulación interinstitucional en las diferentes etapas del programa (se podrá vincular a cargo de los recursos del SGP- salud pública).

El auxiliar de enfermería o auxiliar en salud pública indígena, en el marco de sus competencias, estará encargado de apoyar la implementación, el monitoreo y la evaluación del programa, en

coordinación con la autoridad espiritual o sabedor/sabedora ancestral. Apoyará las acciones de identificación y clasificación del riesgo de desarmonías espirituales y del pensamiento (en salud mental), el reporte de eventos de interés en salud mental, la gestión de la atención integral en las armonías espirituales y del pensamiento y la rehabilitación basada en comunidad; así mismo, en los casos en los que se requiera, aplicará los primeros auxilios en salud mental. Lo anterior se realizará de acuerdo con lo establecido en los caminos interculturales que se haya concertado con el pueblo y comunidad indígena. Apoyará la formación en primeros auxilios para las desarmonías espirituales (mentales) y en rehabilitación basada en comunidad (se podrá vincular a cargo del plan de beneficios de la UPC).

El auxiliar en salud pública indígena en coordinación con la autoridad propia y/o Sabedores ancestral apoyarán en la preparación y generación de los espacios de reunión, de reflexión y de toma de decisiones. Para ello, orientarán a las autoridades indígenas y a la comunidad, en relación con el proceso de fomento de la salud para el buen vivir, las armonías espirituales y del pensamiento y protección de los pueblos indígenas para evitar las desarmonías espirituales y del pensamiento (promoción de la salud mental y prevención de problemas y trastornos mentales). Adicionalmente, será el mediador entre la institucionalidad gubernamental y las comunidades y pueblos indígenas (se podrá vincular a cargo de los recursos del SGP- salud pública y de la UPC).

En el marco de los lineamientos para la incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación adoptado por este Ministerio, y publicado en el observatorio de Talento Humano en salud, las acciones en formación continua, a ser desarrolladas directamente por prestadores y aseguradores, en trabajo conjunto con organizaciones, sabedores y pueblos indígenas, o través de alianzas con instituciones de educación superior, el SENA, prestadores, entidades territoriales y oferentes con experiencia en formación continua de talento humano en salud con enfoque intercultural, en coherencia con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 en lo relacionado con la planeación y desarrollo de las acciones de formación continua, para el fomento de la salud para el buen vivir, las armonías espirituales y del pensamiento con enfoque intercultural y la capacitación, deberán responder al reconocimiento de las prácticas de cuidado, a la situación de salud de los pueblos indígenas, los avances en la construcción de modelos de cuidado de la salud propios e interculturales y las necesidades en talento humano en salud para

la implementación del presente lineamiento, para que, a partir de ello, se elabore y gestione la implementación de planes institucionales de formación continua a corto, mediano y largo plazo.

Este proceso es de carácter progresivo, y va de la mano con el fortalecimiento de las comunidades y pueblos indígenas, de las organizaciones, así como de las competencias del talento humano vinculado a las instituciones prestadoras de salud, considerando la necesidad de implementar de manera progresiva la estrategia de Educación Interprofesional en Salud (EIP) para promover el trabajo en equipo y la práctica colaborativa, incorporando a todos.

De acuerdo con los "lineamientos para la incorporación transversal del enfoque intercultural en los procesos de formación del Talento Humano en Salud (THS), para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia", el talento humano de las Instituciones de Salud de los territorios indígenas, deberán recibirán formación continua, denominada por el SENA como formación o complementaria en salud mental con enfoque intercultural; dicha formación podrá gestionarse con el SENA, Instituciones de Educación Superior, o generarse a través de las mismas instituciones de salud en el marco de los procesos de formación continua, la inducción y reinducción. Las entidades territoriales realizarán la verificación del desarrollo de estas acciones de formación continua dirigidas al Talento Humano en Salud, con enfoque intercultural.

Las acciones de formación continua con enfoque intercultural dirigidas al talento humano de las instituciones de salud deben tener en cuenta la situación de salud de los pueblos indígenas, los avances en la construcción de modelos de cuidado de la salud, propios e interculturales, y las necesidades específicas del personal de salud. Adicional a lo anterior, el contenido temático debe hacer énfasis en el respeto y reconocimiento de las prácticas de autocuidado y los conceptos de armonías/desarmonías espirituales propias de cada pueblo que se encuentre en el territorio. También se pueden incluir acciones de formación dirigidas al talento humano en salud y pueblos y comunidades indígenas bajo la metodología de diálogo de saberes. Estos dos tipos de acciones de formación pueden estar a cargo del SENA, Instituciones de Educación Superior, pueblos indígenas, IPS, EPS, con experiencia en la formación de talento humano con enfoque intercultural.

Por otro lado, si la formación sólo está dirigida a los integrantes de pueblos y comunidades indígenas, en conocimientos propios, deben ser dados por los mismos pueblos indígenas en el

marco de las metodologías propias, como el diálogo de saberes para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento de los pueblos y comunidades indígenas, entre otras que sean definidas por ellos.

De igual manera, las entidades territoriales promoverán en su jurisdicción, la inclusión y aplicación transversal del enfoque intercultural, en los programas de educación superior del área de la salud y de ciencias sociales y humanas; así como la inclusión de competencias relacionadas con el enfoque intercultural en salud en las competencias profesionales y laborales, según corresponda, los cuales se pueden desarrollar en el marco de espacios territoriales de planeación y gestión intersectorial del talento humano en salud, a ser liderados por la Entidad Territorial correspondiente (por ejemplo, creación de mesas o comités territoriales de talento humano en salud, entre otras iniciativas de gestión y planeación).

El desarrollo o fortalecimiento de competencias relacionadas con el enfoque intercultural en salud, mediante la formación continua, o en el marco de los convenios docencia – servicio con instituciones de educación de talento humano en salud, se tendrá en cuenta a la hora de realizar la vinculación/contratación laboral del talento humano en salud que trabaje en los territorios indígenas.

7.3.2 Coordinación y articulación en el contexto territorial

Para el caso del SISPI, según lo definido en el marco de la Mesa Permanente de Concertación, la Subcomisión de Salud de los pueblos indígenas establecerá la estructura organizativa que coordine y articule la implementación, monitoreo y evaluación del lineamiento, desde el nivel nacional.

A nivel territorial, se coordinará y articulará con los respectivos referentes de las áreas de salud pública de las direcciones territoriales de salud (equipo de gestión; equipo de salud mental; equipo de participación social; área de prestación de servicios de salud; área de aseguramiento y de vigilancia epidemiológica), y por parte del SISPI, los pueblos indígenas definirán la estructura organizativa que coordine y articule la implementación, monitoreo y evaluación del lineamiento, así como el mecanismo de articulación con el orden nacional. En algunos casos se

contará con espacios de concertación entre la institucionalidad de salud y las autoridades indígenas delegadas por las organizaciones Indígenas territoriales.

Tal como se mencionó en la etapa de alistamiento, se requiere que en el marco de la gestión en salud pública, específicamente en la coordinación intersectorial, se realicen procesos de sensibilización institucional de gobierno donde se socializa la propuesta del lineamiento y los acuerdos concertados con los pueblos y comunidades indígenas para que los diferentes actores presentes en el territorio (salud, educación, ICBF, justicia, ministerio público, iglesias, ONG, docentes, gestores en salud, auxiliares de salud pública o coordinador de salud indígena) aúnen esfuerzos para apoyar el desarrollo de las actividades que sean de su competencia y de esta manera, lograr un impacto positivo en las armonías espirituales y del pensamiento de la población indígena. Estos acuerdos de cooperación deberán quedar por escrito para que se realice un adecuado proceso de articulación entre la diferente oferta de servicios. Adicionalmente, estos acuerdos deberán estar reflejados en la Política Departamental y Municipal de Salud Mental y en la adopción y adaptación de la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

En los departamentos donde hay presencia de población indígena, se deberá integrar un representante de este grupo indígena a los Consejos Departamentales de Salud Mental y a los Comité Departamentales de Drogas.

7.3.3 Definición de competencias y responsabilidades

En el anexo 2, se describe por cada actividad, los responsables de cada sector que tendrían competencias en el desarrollo de este lineamiento y que servirá en el proceso de articulación en territorio.

7.3.4 Aspectos financieros para su implementación

En cuanto a la gestión de recursos para la implementación, monitoreo y evaluación del lineamiento, se contemplan las fuentes de financiación del SGSS (Sistema General de

Participación- Salud Pública; Unidad de Pago por Capitación- UPC⁴¹; Concurrencia de recursos, a través del Sistema General de Regalías o a través de otros sectores (educación; cultura; protección; deportes) y de cooperación internacional y recursos propios de la Dirección Territorial de Salud o de la Entidad Territorial Indígena, cuando ya estén conformadas). En el Anexo 2 se incluyeron en los cuadros descriptivos, las posibles fuentes de financiación por actividad contemplada en el lineamiento.

Las acciones propias para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento serán realizadas por las estructuras de gobierno propio y las autoridades espirituales en salud y las intervenciones colectivas serán contratadas, de acuerdo con lo definido en la resolución del Plan del Cuidado para la Vida Colectiva de los Pueblos Indígenas. La articulación se realiza en el marco del proceso de coordinación intersectorial de gestión de la salud pública.

Es importante el trabajo continuo sobre las barreras administrativas y presupuestales que impiden el desarrollo de las estrategias planteadas en el presente lineamiento. Las garantías deben considerarse en la estimación de recursos que puedan soportar la ejecución de una propuesta que busca acciones históricamente debidas a los pueblos y comunidades indígenas.

7.4 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Gestión de la información (gestión del conocimiento): A nivel nacional, se basará en datos estadísticos que favorecen el análisis de situación de salud, liderado por el Observatorio Nacional de Salud, donde se implementan modelos de análisis de carga de enfermedad, inequidades en salud y determinantes sociales de la salud. El observatorio obtiene la información de fuentes oficiales, coordinadas a través del SISPRO y la batería de indicadores del Ministerio de Salud y la Protección Social (Castañeda Orjuela, Chaparro-Narváez, & De la Hoz-Restrepo, 2014). Esta información orienta las intervenciones en salud porque se constituye en la evidencia de la situación que se presenta en una zona específica.

⁴¹ La respectiva Empresa Administradora de Planes de Beneficios en Salud – EAPB debe garantizar la gestión del riesgo en salud (actividades de promoción y prevención; atención; rehabilitación; paliación y muerte digna) a su población afiliada lo que incluye la prestación de servicios a través de su red de prestadores de servicios en cada territorio.

A nivel territorial, se desarrollará a través de los procesos de gestión de la salud pública- Gestión del Conocimiento y vigilancia en salud pública que lidera la Dirección Territorial en Salud. Así mismo se hará de manera coordinada con las autoridades indígenas, un proceso de gestión para la información de la salud pública con base en los conocimientos del talento humano ancestral, que permita recoger y documentar cualitativamente el proceso de recolección.

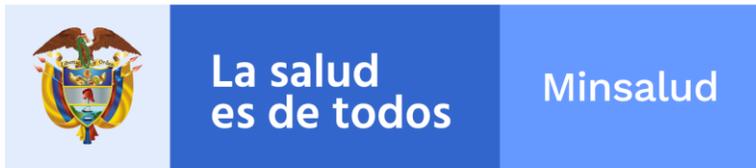
Para el monitoreo del programa se contemplarán indicadores establecidos en las: política nacional de salud mental, política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas y de la Resolución 3280 de 2018, o la que la modifique, y acorde con los diferentes componentes del SISPI concertados y con las actividades que se aprueben por parte de los pueblos indígenas en cada departamento en el marco del capítulo indígena del PDSP. Los resultados que se obtengan de estos indicadores, determinarán la periodicidad de la evaluación detallada o evaluación de resultados.

Se debe hacer evaluación de medio término, al año de haber iniciado la implementación del programa, donde se identifique quién se está quedando atrás del beneficio del programa. En este sentido, se evaluará teniendo en cuenta el enfoque de equidad, género, curso de vida, derechos humanos y determinantes sociales de salud. Asimismo, se identificarán cuáles son las barreras que se han presentado en el proceso de implementación del programa y cuáles las fortalezas en este mismo sentido.

Este componente deberá reconocer modelos propios de monitoreo y evaluación que se establezcan con los pueblos indígenas, de acuerdo con los conocimientos de los pueblos y a la estructura del programa.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bonilla, E., & Rodriguez, P. (1997). Más allá del dilema de los métodos. Bogotá: CEDE. Universidad de los Andes.
- Castañeda Orjuela, C. &-R., Chaparro-Narváez, P., & De la Hoz-Restrepo, F. (2014). El Observatorio Nacional de Salud y la gestión del conocimiento en salud del país. Monitor Estratégico(5). Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo 10.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%2010.pdf)
- Comisión Nacional Contra las Adicciones, Mexico . (2012). Recomendaciones con Enfoque Intercultural para la Prevención del Consumo de Alcohol y Alcoholismo en Comunidades Indígenas. México, México.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. México. (2005). Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. México.
- Cunningham, M. (2002). Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua. Organización Mundial de la Salud.
- Defensoría del Pueblo . (2003). Colombia. El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá, D.C.: Serie DESC.
- Gómez- Restrepo, C., Rincón, C., & Urrego- Mendoza, Z. (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental. Revista colombiana de psiquiatría, 119- 126. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1a16.pdf>
- González, V. (2015). Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.
- López, M., & Arango, C. (2011). Estrategias de atención en salud a población indígena y su relación con la respuesta social en la Ciudad de Medellín. Medellín, Antioquia: Secretaría de Salud.
- Ministerio de Salud de Chile. (2018). Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria 2018. Chile.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Metodología para la puesta en marcha de las orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población



indígena. Bogotá, D.C.: Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades no Transmisibles.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Orientaciones para el desarrollo de la educación y comunicación para la salud en el marco del PIC. Bogotá, D.C, Colombia: Grupo de Gestión para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad. Dirección de Promoción y Prevención. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena. Bogotá: Dirección de promoción y prevención. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Sistematización del proceso y los resultados de la validación de la ruta de atención en salud mental con énfasis en suicidio para comunidades indígenas, concertada y validada con comunidades indígenas locales. Bogotá: Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia. Colombia: Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Documento base del SISPI. Versión borrador, en construcción con la Subcomisión de Salud. Oficina de Promoción Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud. Versión borrador. Bogotá: Dirección de Promoción y Prevención .

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Plan para el cuidado de la vida colectiva de los pueblos indígenas. Versión borrador en revisión por Subcomisión de SALud. Bogotá, D.C: Dirección de Promoción y Prevención .

MSPS/ EPSI, P.S. (2014). Informe técnico final Convenio N° 110/2014- MSPS/EPSI Pijao Salud. Construcción modelo de salud propio e intercultural Pijao. Ibagué, Tolima.

MSPS/ ONIC. (2014). Informe final convenio MSPS/ONIC N° 547/ 2013. Proceso de socialización y retroalimentación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural- SISPI. Bogotá, D.C.

MSPS/ONIC-, O. N. (2014). Informe final Convenio MSPS/ONIC No.547/2013 . Proceso de socialización y retroalimentación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural – SISPI-. Bogotá D.C.

- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito . (2017). Informe Mundial Sobre las Drogas 2017.
- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). Informe Mundial sobre las drogas. Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito.
- OPS. (2016). Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015. Washington.
- OPS/OMS. (2016). Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS Canadá, Chile y socios de la Región de las Américas 2014- 2015. Washington D.C: OPS/OMS.
- OPS/OMS; MSPS. (2016). Construcción de una propuesta de ruta de atención en salud mental con énfasis en suicidio para la comunidad Nasa de Toribio, Cauca. Informe final. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- OPS/OMS; MSPS. (2016). Implementación de la ruta de atención en salud mental con énfasis en prevención de suicidios, en el resguardo indígena Inga de Aponte, municipio del Tablón de Gómez, departamento de Nariño. . Bogotá: MSPS.
- Organización Indígena de Colombia-ONIC. (2018). Informe Recolección de insumos Macroregionales (Norte, Amazonia, Centro Oriente y Orinoquia), para el capítulo indígena PDSP 2012-2021. Bogotá: ONIC.
- Organización Mundial de la Salud- OMS. (2000). Prevención del suicidio ¿Cómo establecer un grupo de supervivientes? trastornos mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
- Organización Nacional Indígena de Colombia- ONIC. (2018). Informe recolección de insumos macroregionales (Norte, Amazonia, Centro Oriente y Orinoquia) para el capítulo indígena PDSP 2012- 2021. Bogotá, D.C: ONIC.
- Organización Panamericana de la Salud- OPS. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). OPS.
- UNICEF. (2012). Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. Panamá: UNICEF.
- Unidad para las Víctimas. (2017). Enfoque étnico. Bogotá, D.C., Colombia.
- Unidad para las Víctimas. Gobierno de Colombia. (2017). Enfoque Étnico. Colombia.
- United Nations United Nations . (2016). State of the World's Indigenous Peoples. Department of Economic and Social Affairs.

UNODC. (2017). PREVENTION OF DRUG USE AND TREATMENT OF DRUG USE DISORDERS IN RURAL SETTINGS REVISED VERSION.

Villaseñor B, S. (2009). Psiquiatría, naturaleza y cultura. De lo singular a lo universal (Compilación). México: GLADET.



ANEXO 1: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE PROBLEMAS, TRASTORNOS MENTALES, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y CONDUCTA SUICIDA EN PUEBLOS INDÍGENAS

Tabla N° 1. Número de indígenas, atendidos por trastornos mentales y del comportamiento, por entidades territoriales en Colombia, en 2016

Entidad territorial	Núm. de personas atendidas	%
Amazonas	43	0,6
Antioquia	52	0,8
Arauca	23	0,3
Atlántico	60	0,9
Bogotá	65	0,9
Bolívar	8	0,1
Boyacá	1	0,0
Caldas	93	1,4
Caquetá	14	0,2
Casanare	12	0,2
Cauca	361	5,3
Cesar	15	0,2
Chocó	34	0,5
Córdoba	613	9,0
Cundinamarca	70	1,0
Guanía	9	0,1
Guaviare	30	0,4
Huila	53	0,8
La Guajira	603	8,8
Magdalena	5	0,1
Meta	13	0,2
Nariño	3.200	46,7
Norte de Santander	2	0,0
Putumayo	377	5,5
Quindío	12	0,2
Risaralda	11	0,2
San Andrés y Providencia	0	0,0
Santander	6	0,1
Sucre	863	12,6



La salud
es de todos

Minsalud

Tolima	32	0,5
Valle del Cauca	139	2,0
Vaupés	15	0,2
Vichada	12	0,2

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS, bodega de datos del SISPRO, consultada en septiembre de 2018.

Tabla 2. Distribución de casos de intento de suicidio en población de pertenencia étnica indígena, por entidad territorial, en Colombia, 2017- 2019 (SE 44)

Entidad territorial	2017		2018		2019 (SE 44)	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
AMAZONAS	32	5,5	27	4,5	25	4,5
ANTIOQUIA	11	1,9	16	2,7	11	2,0
ARAUCA	33	5,7	22	3,7	25	4,5
ATLANTICO	5	0,9	2	0,3	0	0,0
BOGOTA	3	0,5	2	0,3	2	0,4
BOLIVAR	1	0,2	0	0,0	0	0,0
BOYACA	3	0,5	2	0,3	1	0,2
CALDAS	32	5,5	34	5,7	22	3,9
CAQUETA	6	1,0	6	1,0	2	0,4
CARTAGENA	0	0,0	2	0,3	1	0,2
CASANARE	0	0,0	4	0,7	2	0,4
CAUCA	169	29,1	164	27,5	135	24,2
CESAR	5	0,9	7	1,2	9	1,6
CHOCO	8	1,4	7	1,2	10	1,8
CORDOBA	18	3,1	17	2,8	20	3,6
CUNDINAMARCA	3	0,5	0	0,0	4	0,7
GUAINIA	10	1,7	10	1,7	9	1,6
GUAVIARE	7	1,2	4	0,7	6	1,1
HUILA	1	0,2	4	0,7	5	0,9
GUAJIRA	42	7,2	41	6,9	50	8,9
MAGDALENA	1	0,2	2	0,3	2	0,4
META	3	0,5	5	0,8	6	1,1
NARIÑO	62	10,7	60	10,1	82	14,7
NORTE SANTANDER	0	0,0	3	0,5	2	0,4
PUTUMAYO	36	6,2	35	5,9	38	6,8
QUINDIO	0	0,0	1	0,2	1	0,2
RISARALDA	10	1,7	7	1,2	11	2,0
STA MARTA D.E.	0	0,0	2	0,3	1	0,2
SANTANDER	1	0,2	0	0,0	11	2,0
SUCRE	2	0,3	5	0,8	5	0,9
TOLIMA	4	0,7	6	1,0	9	1,6

VALLE	18	3,1	15	2,5	8	1,4
VAUPES	52	9,0	83	13,9	37	6,6
VICHADA	2	0,3	2	0,3	6	1,1
DEPTO DESCONOCIDO	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Total	580	100,0	597	100,0	559	100,0

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, noviembre 2019

Tabla 3. Distribución de casos de intento de suicidio en población de pertenencia étnica indígena por sexo, área de ocurrencia y grupo de edad, 2017- 2019

Variable	Categoría	2017		2018		2019 (SE 44)	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Sexo	Femenino	310	53,4	318	53,3	304	54,4
	Masculino	270	46,6	279	46,7	255	45,6
Área de Procedencia	Cabecera Municipal	152	26,2	187	31,3	156	27,9
	Centro Poblado	48	8,3	40	6,7	73	13,1
	Rural Disperso	380	65,5	370	62,0	330	59,0
Grupo de Edad	1 a 4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5 a 9	1	0,2	1	0,2	6	1,1
	10 a 14	52	9,0	51	8,5	73	13,1
	15 a 19	207	35,7	188	31,5	192	34,3
	20 a 24	124	21,4	139	23,3	119	21,3
	25 a 29	71	12,2	85	14,2	68	12,2
	30 a 34	54	9,3	51	8,5	44	7,9
	35 a 39	24	4,1	32	5,4	26	4,7
	40 a 44	15	2,6	17	2,8	7	1,3
	45 a 49	16	2,8	8	1,3	14	2,5
	50 a 54	8	1,4	12	2,0	3	0,5
	55 a 59	4	0,7	3	0,5	2	0,4
	60 a 64	2	0,3	5	0,8	1	0,2
65 y mas	2	0,3	5	0,8	4	0,7	

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, noviembre 2019

Tabla 4. Distribución de casos de intento de suicidio en población de pertenencia étnica indígena por factores desencadenantes (2017 a 2019 SE 44)

Factores desencadenantes	2017		2018		2019 (SE 44)	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Conflicto con pareja o expareja	289	49,8	301	17,1	284	50,8
Problemas económicos	53	9,1	43	0,9	48	8,6



Maltrato físico psicológico o sexual	35	6,0	56	8,1	65	11,6
Escolar/Educativa	19	3,3	39	7,9	43	7,7
Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	15	2,6	15	5,0	11	2,0
Muerte de un familiar o amigo	16	2,8	29	1,4	28	5,0
Problemas laborales	8	1,4	3	1,2	13	2,3
Problemas jurídicos	22	3,8	12	0,7	8	1,4
Suicidio de un familiar o amigo	12	2,1	20	3,4	19	3,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, noviembre 2019

Tabla 5. Distribución de casos de intento de suicidio en población de pertenencia étnica indígena por factores de riesgo (2017 a 2019 SE 44)

Factores de riesgo	2017		2018		2019 (SE 44)	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Trastorno depresivo	99	17,1	71	11,9	55	9,8
Plan organizado de suicidio	5	0,9	30	5,0	57	10,2
Abuso de alcohol	47	8,1	72	12,1	112	20,0
Antecedente familiar de conducta suicida	46	7,9	65	10,9	38	6,8
Antecedente de violencia o abuso	29	5,0	32	5,4	33	5,9
Trastorno bipolar	8	1,4	6	1,0	8	1,4
Trastorno de personalidad	7	1,2	7	1,2	5	0,9
Esquizofrenia	4	0,7	6	1,0	6	1,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, noviembre 2019

Tabla 6. Distribución de casos de intento de suicidio en población de pertenencia étnica indígena por mecanismo (2017- SE 44 de 2019)

Mecanismo	2017		2018		2019 (SE 44)	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Intoxicaciones	437	75,3	425	71,2	377	67,4
Arma corto punzante	55	9,5	74	12,4	85	15,2
Ahorcamiento	69	11,9	86	14,4	79	14,1
Lanzamiento al vacío	8	1,4	5	0,8	7	1,3
Lanzamiento a vehículo	4	0,7	1	0,2	7	1,3
Arma de fuego	1	0,2	6	1,0	3	0,5
Lanzamiento a cuerpos de agua	0	0,0	3	0,5	3	0,5
Inmolación	3	0,5	1	0,2	2	0,4

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, noviembre 2019



Tabla 7. Número⁴² de defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) por grupo étnico, en Colombia, durante el periodo comprendido entre el 2008 al 2016.

GRUPO ÉTNICO	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Indígena	22	51	58	63	52	46	64	79	82	517
ROM (gitano)	2	1	1	2	2	1	1	1	3	14
Raizal (San Andrés y providencia)	0	1	2	1	1	2	1	0	1	9
Palenquero de San Basilio	0	0	0	2	1	1	1	0	0	5
Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	49	111	103	111	81	95	102	99	96	847
Mestizo	1006	1731	1794	1792	1921	1863	1872	2063	2235	16.277
No reportado	1155	366	160	82	69	67	95	105	63	2.162
Total general	2234	2261	2118	2053	2127	2075	2136	2347	2480	19.831

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD), Registro EEVV – Defunciones, consultado en septiembre de 2018.

Tabla 8. Número de defunciones por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio) por grupos de edad, en Colombia, durante el periodo comprendido entre el 2008 al 2016.

Edad	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total general	%
De 0 a 04 años	1									1	0,2
De 05 a 09 años			1							1	0,2
De 10 a 14 años	3	1	4	3	5	3	2	6	9	36	7,0
De 15 a 19 años	6	16	17	19	14	11	24	27	23	157	30,4
De 20 a 24 años	5	10	14	12	11	15	12	16	18	113	21,9
De 25 a 29 años	2	6	4	11	7	6	4	10	14	64	12,4
De 30 a 34 años	3	5	8	10	8	4	5	2	6	51	9,9
De 35 a 39 años	1	3	1	2		3	6	6	2	24	4,6
De 40 a 44 años		2	2	2	1	1	2	4	2	16	3,1
De 45 a 49 años		3	1		2		5	3	1	15	2,9
De 50 a 54 años			2	1	1	1			3	8	1,5
De 55 a 59 años		3	1	1	2		1	1	1	10	1,9
De 60 a 64 años		1				1	1	3	1	7	1,4
De 65 a 69 años				1		1				2	0,4
De 70 a 74 años			2	1	1		2		1	7	1,4
De 75 a 79 años	1		1							2	0,4

⁴² Las tasas ajustadas de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente para la población específica de grupos étnicos, no se puede calcular, teniendo en cuenta que no se tienen proyecciones de población para los grupos de población definidos, por lo cual se hace inviable el cálculo de los indicadores por no tener datos para el denominador.



La salud
es de todos

Minsalud

De 80 años o más		1						1	1	3	0,6
Total general	22	51	58	63	52	46	64	79	82	517	100,0

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD), Registro EEVV – Defunciones, consultado en septiembre de 2018.

Tabla 9. Número de defunciones en población indígena, por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidio), por departamento en Colombia, de 2008 a 2016.

Entidad territorial	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total general	%
Antioquia	3	0	1	5	0	1	1	4	5	20	3,9
Bogotá, D.C.	0	1	0	0	1	0	1	0	0	3	0,6
Bolívar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,2
Boyacá	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,2
Caldas	1	2	3	2	0	3	1	2	2	16	3,1
Caquetá	0	0	1	0	0	0	1	2	0	4	0,8
Cauca	6	16	24	15	15	11	22	24	25	158	30,6
Cesar	1	1	0	0	0	0	1	2	0	5	1,0
Córdoba	1	3	0	1	3	0	0	3	1	12	2,3
Cundinamarca	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2
Chocó	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,2
Huila	0	0	5	4	2	2	2	0	2	17	3,3
La Guajira	1	4	1	1	1	2	2	2	6	20	3,9
Magdalena	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0,2
Meta	0	0	1	0	0	1	1	1	0	4	0,8
Nariño	5	7	9	15	7	7	7	5	14	76	14,7
Norte de Santander	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	0,4
Quindío	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0,4
Risaralda	0	0	0	1	5	1	2	5	1	15	2,9
Sucre	0	0	1	1	1	0	1	0	4	8	1,5
Tolima	2	1	2	0	1	0	1	1	1	9	1,7
Valle del Cauca	1	1	2	2	1	3	1	4	2	17	3,3
Arauca	0	1	1	0	2	1	0	2	3	10	1,9
Casanare	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Putumayo	1	0	2	3	2	3	3	4	4	22	4,3
Amazonas	0	2	1	7	3	2	4	3	5	27	5,2
Guainía	0	0	1	0	0	0	0	0	3	4	0,8
Guaviare	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0,4
Vaupés	0	10	1	5	8	8	10	10	4	56	10,8
Vichada	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0,4
Total general	22	51	58	63	52	46	64	79	82	517	100

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD), Registro EEVV – Defunciones, consultado en septiembre de 2018.

ANEXO 2: DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS, RESPONSABILIDADES Y FUENTES DE FINANCIACIÓN

ALISTAMIENTO Y CONCERTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ORIENTADORAS	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
<p>Generación de información sobre la dinámica de los eventos (consumo de SPA; violencias; conducta suicida) que afecten o puedan afectar la armonía y equilibrio (salud) de los pueblos y comunidades indígenas de forma sistemática y oportuna, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública.</p>	Dirección Territorial de Salud	SGP- gestión de salud pública (vigilancia en salud pública)
<p>Analizar con los otros actores la información obtenida sobre los eventos, a través de espacios como salas situacionales y comités de vigilancia epidemiológica, las Autoridades propias y espirituales.</p>	Dirección Territorial de Salud	SGP- gestión de salud pública (planeación integral en salud)
<p>Generación de datos, información y conocimiento pertinente para procesos de planeación y ejercicio de autonomía.</p>	Dirección Territorial de Salud	SGP- gestión de salud pública (gestión del conocimiento)
<p>Garantía de los espacios de concertación y diálogo para la adecuación sociocultural de las acciones de armonía espiritual y del pensamiento- Salud Mental</p>	Dirección Territorial de Salud	SGP- gestión de salud pública (participación social en salud) Recursos propios de la entidad territorial
<p>Desarrollo de capacidades, con enfoque intercultural, a la institucionalidad gubernamental en estrategias en salud pública y en salud mental (armonías espirituales y del pensamiento) (protocolo de vigilancia epidemiológica de intentos de suicidio, violencia intrafamiliar y de género, y de consumo de SPA, Estrategia de vigilancia epidemiológica comunitaria, tamizajes en salud mental (armonías espirituales y del pensamiento), intervenciones breves en salud mental (Desarmonías espirituales y del pensamiento), guías de práctica clínica o protocolos y guías de manejo en salud mental (Desarmonías espirituales y del pensamiento), Rehabilitación Basada en Comunidad).</p>	Dirección Territorial de Salud	SGP- gestión de salud pública (gestión desarrollo de capacidades)
<p>Socialización de las orientaciones técnicas y metodología de trabajo (Investigación Acción Participación con enfoque etnográfico). Se llevarán a los espacios comunitarios con las autoridades tradicionales pertinentes, acompañados de las instituciones gubernamentales y propias involucradas en el favorecimiento de las armonías espirituales y del pensamiento (salud mental), para la adaptación y adecuación del lineamiento acorde con cada territorio/pueblo o comunidad indígena.</p>	Dirección Territorial de Salud	SGP- Salud pública (Gestión del conocimiento)
<p>Revisión y adaptación de herramientas metodológicas propuestas para la recolección de información. Implica reconocer las formas de transmisión propias del conocimiento de los pueblos y comunidades indígenas. Acordar con las comunidades y pueblos indígenas los mecanismos para que ellos</p>	Dirección Territorial de Salud Autoridades indígenas	SGP- Salud pública (Gestión del conocimiento)



ALISTAMIENTO Y CONCERTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ORIENTADORAS	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
salvaguarden la información producto del proceso de intervención y acción de cuidados.		

ESTRATEGIA RELACIONADA CON EL FOMENTO DE LA CONVIVENCIA Y LA ARMONÍA ESPIRITUAL Y DEL PENSAMIENTO	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
<p>A través de la IAP:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del contexto histórico del ejercicio de la actividad ritual. - Identificación de actividades rituales individuales y grupales en la comunidad (jornadas de canto, jornadas de rezo, rituales armonización, rituales de sanación, entre otras). - Reconocimiento de las prácticas ancestrales, sitios y lugares sagrados. 	<p>Dirección Territorial de Salud</p> <p>Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- Salud pública (Gestión del Conocimiento)</p>
<p>Favorecimiento de espacios colectivos o grupales, según lo defina el sabedor y sabedora ancestral, la transmisión de saberes.</p> <p>Apoyo por parte de las entidades territoriales de las apuestas locales y regionales para el fortalecimiento de la medicina ancestral a través de las huertas o según concertación con los pueblos y comunidades indígenas.</p>	<p>Dirección Territorial de Salud</p> <p>Sector Interior; cultura; ambiente y desarrollo sostenible.</p> <p>Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- Salud pública (Gestión del conocimiento)</p> <p>SGP- PIC (educación y comunicación para la salud)</p> <p>Sistema General de Regalías.</p> <p>SGP- Coordinación intersectorial</p> <p>Asignación especial - SGP indígena.</p> <p>Concurrencia de recursos de otros sectores (cultura; interior; ambiente y desarrollo sostenible)</p>
<p>Actividades colectivas para la recuperación de prácticas culturales propias artísticas, lúdicas y deportivas de los pueblos indígenas como factor protector de la salud mental colectiva o armonías espirituales y del pensamiento.</p> <p>Esta intervención debe ejecutarse en articulación con entidades cuya función misional sea la promoción de la actividad deportiva, artística y lúdica, siempre con enfoque étnico diferencial y de manera conjunta con las autoridades indígenas territoriales</p>	<p>Dirección Territorial de Salud</p> <p>Sector cultura; deporte y educación.</p> <p>Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- PIC (educación y comunicación para la salud)</p> <p>Sistema General de Regalías</p> <p>SGP- Gestión de la Coordinación intersectorial</p> <p>Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Caracterizar, a través de la IAP, las prácticas de crianza, cuidado y educación familiar apropiadas, así como las principales dificultades en torno a ellas, promoviendo la toma de conciencia por parte de las comunidades y pueblos indígenas; Identificar las formas empleadas por la misma población para resolver dichas problemáticas.</p>	<p>Dirección Territorial de Salud</p> <p>Sector Interior; educación; cultura.</p> <p>Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- PIC (Caracterización social y ambiental)</p> <p>Sistema General de Regalías</p> <p>SGP- Coordinación intersectorial</p> <p>Asignación especial - SGP indígena.</p> <p>Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Actividades de educación y comunicación para la armonía espiritual y del pensamiento orientadas a la recuperación y fortalecimiento de las prácticas de</p>	<p>Dirección Territorial de Salud</p>	<p>SGP- PIC (educación y comunicación para la salud)</p> <p>Sistema General de Regalías</p>



ESTRATEGIA RELACIONADA CON EL FOMENTO DE LA CONVIVENCIA Y LA ARMONÍA ESPIRITUAL Y DEL PENSAMIENTO	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
<p>crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la armonía espiritual y del pensamiento (Salud Mental) de grupos, comunidades y pueblos indígenas. Realizar encuentros de diálogo de saberes entre padres, madres y otros adultos, abuelos cuidadores primarios de los grupos, comunidades y pueblos indígenas, favoreciendo el compartir las experiencias de crianza, las percepciones, las emociones, las dificultades y logros, con el propósito de mejorar y optimizar las formas de actuar en la cotidianidad, igualmente favoreciendo el refuerzo de estas prácticas de crianza desde la escuela y fomentando la reflexión colectiva sobre su función protectora y guiadora del camino hacia el buen vivir.</p>	<p>Sector Interior; educación; cultura. Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- Gestión de la Coordinación intersectorial Asignación especial - SGP indígena. Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Caracterizar, a través de la IAP, las formas de comunicación actualmente empleadas por parte de la comunidad indígena; identificar aquellas que familiar y colectivamente se consideran apropiadas e inapropiadas desde lo individual, familiar y comunitario. Identificar en las diferentes narraciones derivadas de la cosmovisión, las maneras como se dan dichas expresiones, los lugares donde se emplean y transmiten, las enseñanzas que de ella se derivan, y el diseño de acciones orientadas a la promoción de estas enseñanzas. Este trabajo deberá permitir la generación de material didáctico para las familias y los colectivos en general, siendo importante para el fortalecimiento de la educación propia.</p>	<p>Dirección Territorial de Salud Sector Interior; educación; cultura y protección (ICBF). Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- PIC (Caracterización social y ambiental) Sistema General de Regalías SGP- Coordinación intersectorial Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Generar las acciones pertinentes para promover la recuperación de las habilidades para la comunicación adecuada e intervenir las inapropiadas. A través de espacios colectivos y familiares fortalecer las habilidades para la comunicación y el diálogo colectivo en los pueblos y comunidades indígenas, de manera articulada con los procesos de recuperación de las habilidades para la comunicación personal y familiar, lo cual repercute en la resolución adecuada de los problemas internos, familiares y comunitarios (conflictos) minimizando los riesgos que generen desarmonías espirituales y del pensamiento.</p>	<p>Dirección Territorial de Salud Sector Interior; educación; cultura, protección (ICBF) Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- PIC (educación y comunicación para la salud) Sistema General de Regalías SGP- Gestión de la Coordinación intersectorial Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Fortalecimiento de la jurisdicción de gobierno propio que permita coordinar con celeridad las actuaciones que sean necesarias.</p>	<p>Autoridades indígenas en coordinación con Consejo Superior de la Judicatura y demás instancias del sector justicia y del derecho, así como del sector interior.</p>	<p>sector justicia y del derecho sector interior y de gobierno</p>
<p>Fortalecimiento político y de liderazgo a las personas y familias de las comunidades y pueblos indígenas,</p>	<p>Autoridades indígenas en coordinación con las</p>	<p>SGP- salud pública (participación social)</p>



ESTRATEGIA RELACIONADA CON EL FOMENTO DE LA CONVIVENCIA Y LA ARMONÍA ESPIRITUAL Y DEL PENSAMIENTO	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
acorde con las leyes de origen y su cosmovisión, que les permita fortalecer la gobernabilidad propia en salud e incidencia sobre las decisiones o acciones externas que afectan su buen vivir	Direcciones Territoriales de Salud.	

ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DESALUD MENTAL O DESARMONÍAS ESPIRITUALES Y DEL PENSAMIENTO	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
<p>A través de la IAP, realizar actividades colectivas para identificar las causas de pérdida de mecanismos propios de resolución de problemas internos y externos (personales, familiares, comunitarios e interpueblos).</p> <p>Requiere un análisis comunitario sobre la efectividad de mecanismos propios para la resolución de problemas empleando el recuento histórico del pasado al presente, apoyados con conversatorios, círculos de la palabra, relatorías, (escribir textos sobre la discusión grupal).</p>	<p>Dirección Territorial de Salud Sector Interior; cultura; justicia y del derecho. Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- Salud pública (Gestión del conocimiento)</p> <p>Sistema General de Regalías SGP- Coordinación intersectorial</p> <p>Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Actividades colectivas para la recuperación y fortalecimiento de los mecanismos propios de resolución de conflictos o problemas personales, familiares, comunitarios e interpueblos; retoma de actividades cotidianas propias que favorezcan la buena comunicación.</p> <p>Facilitar espacios de intercambio de saberes mutuos sobre aspectos para resolver problemas internos y externos (resolutivos de conflictos), prácticas de crianza y actividades favorecedoras de las armonías espirituales y del pensamiento (salud mental) atendiendo a las prácticas y normas culturales.</p>	<p>Dirección Territorial de Salud Sector Interior; cultura; justicia y del derecho, educación y protección (ICBF) Autoridades indígenas</p>	<p>SGP- PIC (Educación y comunicación para la salud) SGP- Coordinación intersectorial</p> <p>Concurrencia de recursos de otros sectores.</p>
<p>Desarrollo de capacidades⁴³ a las autoridades indígenas territoriales y estructuras propias de dirección política organizativas y en salud en procesos y estrategias para el análisis y respuesta intercultural a la violencia de género, violencia intrafamiliar y consumo de SPA (Implica además, realizar acciones que permitan que las personas, familias, comunidades y pueblos indígenas, reconozcan los</p>	<p>Autoridades indígenas en coordinación con las Direcciones Territoriales de Salud, sector educación, sector interior</p>	<p>sector justicia y del derecho</p> <p>sector interior</p> <p>SGP- Gestión de la salud pública (desarrollo de capacidades) y PIC (Educación y comunicación para la salud)</p>

⁴³ Según la Resolución 518 de 2015, el **desarrollo de capacidades** se refiere al proceso de transformaciones, mediante el cual las personas, las organizaciones a través de sus miembros y la sociedad obtiene, fortalecen y mantienen aptitudes, actitudes, habilidades y condiciones necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo, a partir del reconocimiento de sus necesidades, capacidades, oportunidades y en respeto a la autonomía y función descentralizada local.



recursos propios e interculturales para crear entornos protectores e incluyentes que impidan que se instale la desarmonía relacionada con las violencias y conformen redes de apoyo comunitario para las personas y las familias que han vivido situaciones de violencia).		Recursos propios de la entidad territorial
Identificar las prácticas tradicionales para la intervención de los síntomas y factores de riesgo instaurados, y los mecanismos para su resolución por parte de líderes espirituales, médicos tradicionales u otro miembro de la comunidad.	Dirección Territorial de Salud	SGP- Salud pública (Gestión del conocimiento)
Reconocer los síntomas indicativos de afectaciones de la desarmonías espiritual y de pensamiento (salud mental) a nivel individual tales como aislamiento social, el mutismo, la no participación en actividades comunitarias o rituales, llanto, alteración del estado de consciencia, alteración del sueño y otras alteraciones del comportamiento habitual y a nivel colectivo como crisis compartidas por varios miembros, sensación de miedo, tristeza o preocupación generalizada al interior de las comunidades y pueblos indígenas.	Dirección Territorial de Salud	SGP- Salud pública (Vigilancia en salud pública- comunitaria)
Implementar los caminos interculturales a través de la Articulación interinstitucional e intersectorial para la gestión sobre riesgos instaurados y modificar los determinantes sociales que influyen en las desarmonías espirituales y del pensamiento (salud mental), con la participación en espacios como el Consejo Municipal de Política Social entre otros -	Dirección Territorial de Salud	SGP- Salud pública (Coordinación intersectorial)
Capacitación a los pueblos y comunidades indígenas, en cómo evitar las desarmonías espirituales y del pensamiento con las actividades en salud mental convencional e intervención en crisis, si así lo deciden en el marco de su autonomía.	Dirección Territorial de Salud	SGP- PIC (Educación para la salud)

ESTRATEGIA PARA LA ATENCIÓN DE LAS DESARMONÍAS ESPIRITUALES Y DEL PENSAMIENTO	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
Construir el camino intercultural o ruta de atención propia e intercultural y los alcances de la misma, para favorecer y apoyar la gestión de este programa, teniendo en cuenta los avances propios de cada territorio. Proceder a la identificación de mecanismos que permitan la remisión desde las acciones propias hacia los servicios de salud alopáticos occidentales.	Dirección Territorial de Salud	SGP- Salud pública (Planeación integral en salud) SGP- PIC (canalización)
Implementación y monitoreo del camino propio e intercultural para los cuidados de las armonías espirituales y del pensamiento (la atención en salud mental)	EAPB Sabedores ancestrales	UPC (En relación con la atención desde el sector salud alopático) DTS (GSP- Planeación integral en salud)



ESTRATEGIA PARA REHABILITACIÓN INTEGRAL E INCLUSIÓN SOCIAL	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
Espacios de construcción de saberes y generación de respuestas que promuevan prácticas propias de apoyo comunitario y familiar para la inclusión social, a personas pertenecientes a los pueblos y comunidades indígenas, que presentan problemas de desequilibrios del pensamiento, con énfasis en suicidio.	Dirección Territorial de Salud Autoridades indígenas	SGP- Salud pública
ESTRATEGIA PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	RESPONSABLE	FUENTES DE FINANCIACIÓN
Análisis epidemiológico comunitario, a través de la triangulación de la información (resultados obtenidos a partir de la aplicación de los métodos cuantitativos y cualitativos) para soportar las decisiones del programa con perspectiva intercultural.	Dirección Territorial de Salud Autoridades indígenas	SGP- Salud pública (Gestión del conocimiento; participación social y/o Vigilancia epidemiológica)

ANEXO 3 HITOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL LINEAMIENTO, EN EL MARCO DE LA GOBERNANZA MULTINIVEL

Hito 1.	Caracterización situación territorial en armonías espirituales y del pensamiento (salud mental) y consumo de Sustancias Psicoactivas en los pueblos y comunidades indígenas, acorde con fuentes primarias y secundarias. Incluye análisis en espacios como salas situacionales y comités de vigilancia epidemiológica
Hito 2.	Garantía de los espacios de concertación y diálogo para la adecuación y adaptación sociocultural y territorial de las acciones de armonías espirituales y del pensamiento y (salud mental) y consumo de SPA, en el marco de la planeación territorial en salud
Hito 3.	En las políticas adaptadas según el contexto territorial, se incluyen los acuerdos establecidos en los espacios de concertación y diálogo con las estructuras propias organizativas de los pueblos y comunidades indígenas para el abordaje de las armonías espirituales y del pensamiento (salud mental) y consumo de SPA con adaptación sociocultural
Hito 4.	Estrategias priorizadas con las estructuras propias organizativas de los pueblos y comunidades indígenas, en el espacio de concertación, para el periodo 2019- 2020 por estrategias del lineamiento y acorde con los ejes de las políticas publica en salud. Esta priorización de las estrategias será acorde con la situación encontrada y el análisis construido interculturalmente, por cada comunidad y pueblo indígena.
Hito 5.	La armonía espiritual y del pensamiento y el consumo de Sustancias Psicoactivas que se presenta en los pueblos y comunidades indígenas, están incluidos en los programas de Salud Mental del gobierno departamental y municipal
Hito 6	Instrumentos de planeación territorial (PTD, POT, PTS, PAS, PISC) incorporan las prioridades establecidos en los espacios de concertación y diálogo con las estructuras propias de los pueblos y organizaciones indígenas para el abordaje de las armonías espirituales y del pensamiento (salud mental) y consumo de SPA con adaptación sociocultural
Hito 7.	En el Plan de acción para la implementación de las políticas públicas en salud, que viabiliza las alianzas sectoriales, intersectoriales, académicas y comunitarias, se incluyen las estrategias priorizadas de manera conjunta, entre institucionalidad gubernamental y estructuras propias organizativas indígenas, para desarrollo operativo de las mismas.
Hito 9.	Seguimiento trimestral, a través de indicadores, al cumplimiento del plan de acción concertado.
Hito 10.	Las autoridades de los pueblos indígenas están vinculadas a las diferentes fases de implementación de las políticas publica y sus correspondientes estrategias adaptadas sociocultural y territorialmente, según cada pueblo y comunidad indígena presente en el territorio.

ANEXO 4: LISTA DE CHEQUEO FRENTE A PROCESO DE ADECUACIÓN INTERCULTURAL PARA LA ATENCIÓN DE LAS ARMONIAS ESPIRITUALES Y DEL PENSAMIENTO (EN SALUD MENTAL)

Es fundamental que se realice acciones de monitoreo y evaluación a la implementación de los caminos interculturales, y a la atención en salud mental con enfoque intercultural brindada por las IPS y EAPB, presentes en el territorio, en el marco de las competencias de la Dirección Territorial de Salud. Este proceso permitirá identificar los avances y los obstáculos que se han presentado para garantizar este tipo de atención, tal como se contempla en la RIA. Adicionalmente, a partir de esta identificación, se podrá establecer cómo desde las intervenciones colectivas se fortalecen los procesos de atención individual de los pueblos y comunidades indígenas.

Por lo anterior, se sugiere la siguiente lista de chequeo que contiene las diferentes acciones para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento, que garantice la atención con enfoque intercultural.

ACCIONES	SI	NO	PLAN DE MEJORA (ACCIONES CORRECTIVAS)	OBSERVACIONES
Se cuenta con equipos interculturales –móviles- con capacidad resolutoria (incluye sabedores ancestrales o gestores comunitarios indígenas)				
Se desarrollan actividades en modalidad extramural (con apoyo de estrategias como mhGAP)				
Se disminuyeron las barreras de atención (dificultades logísticas y de acomodación para la prestación del servicio)				
El talento humano en salud ha sido sensibilizado, capacitado y formado en interculturalidad y no discriminación.				
El talento humano en salud reconoce las estructuras propias organizativas de los pueblos y comunidades indígenas presentes en el territorio, así como los espacios y tiempos que los pueblos y comunidades indígenas y la institucionalidad gubernamental acuerdan respetar y las dinámicas internas de las comunidades y pueblos indígenas.				
Cuentan con casas de paso para población y comunidades indígenas en territorios de zonas dispersa (diseñadas de acuerdo con su cultura)				
Ha realizado articulación y coordinación con servicios socio sanitarios para disponibilidad de sitios de acogida para los acompañantes de los consultantes				



Se cuenta con caminos interculturales para el cuidado de la salud propia e intercultural, según cada pueblo y comunidad indígena presente en el territorio.				
Se cuenta con servicios para el cuidado de la salud adecuados interculturalmente.				
Se cuenta con procesos de traducción cultural y lingüística y cultural de los servicios del cuidado de la salud propia e intercultural.				
Se cuentan con recursos comunicacionales (videos, afiches, spots de radio, cartillas) fácilmente comprensibles y traducidos al idioma de los pueblos y comunidades indígenas que así lo requieran.				
Se cuentan con mecanismos de seguimiento frente a la garantía de la atención para el cuidado de las armonías espirituales y del pensamiento (salud mental) con enfoque intercultural				
COMPETENCIAS DEL TALENTO HUMANO				
comunica claramente los objetivos de la interculturalidad; sabe relacionarse con las comunidades objetivo o con los profesionales de los sistemas médicos ancestrales				
Reconoce y respeta los derechos de los grupos y comunidades indígenas				
No reproduce relaciones de poder al interior de las comunidades y fuera de ellas reconoce la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad y pueblos indígenas.				
Comprende y adapta las palabras, conceptos técnicos y frases que más utiliza a los contextos de intervención, a un lenguaje sencillo, claro, y que tome en cuenta la vida cotidiana de la población indígena, así como sus expresiones y dichos más frecuentes				
Se muestra sensible y receptivo con respecto a los interlocutores de los sistemas propios de salud que intenta poner en relación				
Reconoce y valora los diferentes modos de ver y comprender la vida y la salud, la enfermedad, desde la cosmovisión de los pueblos indígenas, sin pretender imponer la propia visión.				
Genera nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías				
Cuida de los gestos y expresión (señas y movimientos) corporal en la atención que brinda a la población de grupos y comunidades indígenas.				



Es sensible frente a las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. No para juzgar, sino para aprender de ellas y lograr la confiabilidad necesaria.				
Escucha a la persona indígena consultante (Su motivo de consulta; indague por la atención que haya recibido por parte del sabedor tradicional; el tratamiento que recibió o está recibiendo desde la medicina tradicional) que facilite su armonización intercultural de ser necesaria.				
Solicita autorización para llevar a cabo la evaluación física general, explicando el procedimiento que se va a realizar y la razón por la cual se requiere hacerlo				
Indaga y articula con redes de apoyo comunitarias para acompañar el tratamiento y monitoreo de su estado de armonía y equilibrio (salud).				
Establece canales de comunicación y articulación con el sabedor y/o sabedora ancestral de la comunidad (si la persona consultante lo reconoce y ha sido remitido por él), para comprender y dialogar con el saber del otro.				