

**LINEAMIENTO NACIONAL PARA LA GESTIÓN A NIVEL TERRITORIAL DEL
PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL
mhGAP**

Elaboró

LAURA INES PLATA CASAS
RAFAEL JOSÉ MIRANDA JIMENEZ
Ministerio de Salud y Protección Social
Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental

ANDRÉS FELIPE AGUDELO HERNÁNDEZ
Contratista Organización Panamericana de la Salud - OPS

Revisó

BIBIAN YISETH MORENO MAYORGA
Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

LUZ MARIA SALAZAR
Consultora Nacional Salud Mental - Organización Panamericana de la Salud OPS

Aprobó

YULIANA ANDREA VALBUENA BEDOYA
Subdirectora de Enfermedades no Transmisibles

Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá, octubre de 2023

Tabla de Contenido

Lista de tablas	2
Siglas	3
Introducción	4
SECCIÓN I: GENERALIDADES	7
SECCIÓN II: COMPETENCIAS	14
SECCIÓN III: LINEAS DE ACCIÓN.....	17
SECCION IV: GESTION DEL CONOCIMIENTO	37
SECCION V: ANEXOS	37
Referencias bibliográficas	40

Lista de tablas

Tabla 1 Recursos mínimos para la réplica de la formación.....	23
Tabla 2 Indicadores del sistema de monitoreo y evaluación	35
Tabla 3 Medicamentos incorporados en la actualización del Plan de Beneficios en Salud (Resolución 2808 de 2022).....	38

Siglas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

APD: Años Perdidos por Discapacidad

COVID-19: Enfermedad por Coronavirus

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

SIVELCE: Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa

INMLCF: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

ENSM: Encuesta Nacional de Salud Mental

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

mhGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental

MNS: Trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

DUBDH: Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos

APS: Atención Primaria de Salud

PSA: Sustancias Psicoactivas

IPS: Institución Prestadora de Servicios

EAPB: Empresa Administradora de Planes de Beneficios

USAID: United States Agency for International Development

Introducción

La salud está definida por la Organización Mundial de la Salud OMS como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (1). La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, en la cual intervienen varios determinante sociales, psicológicos y biológicos. La salud mental es “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (2).

De acuerdo con el informe mundial sobre la salud mental de la OMS (3) “aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres”. Según este mismo informe, el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes, pudiendo haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento. Adicionalmente, los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), representando uno de cada seis casos de APD en el mundo.

Las consecuencias económicas de esta situación son enormes, dado que ocasiona pérdidas de productividad y otros costos indirectos que superan los costos de la atención de salud. Aunado a lo anterior, hay desatención, se adolece de información e investigación, gobernanza, recursos y servicios, hay baja dedicación de presupuestos para la salud mental, con el gasto destinado especialmente a hospital psiquiátricos y limitada disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales asequibles.

Revisado el metaanálisis sobre salud mental durante la pandemia por COVID-19 (4), se encontró que la prevalencia de respuesta psicológica adversa fue de 26%, la de ansiedad y depresión fue del 28% y 22% respectivamente. Dentro de los trastornos primarios, el trastorno de estrés postraumático tuvo la prevalencia más alta fue (33%). Es decir, la pandemia de COVID-19 tuvo un gran impacto en la salud mental de las poblaciones de las Américas.

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (5), los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades. La depresión es el principal trastorno mental, siendo esta dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre

20-40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. Hay una contribución significativa a la carga de los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores (enfermedad de Alzheimer, otras demencias y depresión).

Según este mismo informe, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46% y 8,48%. La mediana de la brecha de tratamiento para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, es de 73,5% en la Región de las Américas, y 77,9% en América Latina y el Caribe. El gasto público mediano en salud mental en toda la Región es del 2,0% del presupuesto de salud, siendo alrededor del 60% destinado a hospitales psiquiátricos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental - ENSM (6) realizada en 2015 en Colombia, la percepción sobre la salud mental de los colombianos está en relación con tener una adecuada salud física, comer, dormir y descansar bien, así como también disfrutar de tranquilidad, paz y poder ser capaces de superar las dificultades de la vida diaria. La encuesta exploró el apoyo social frente a dificultades o problemas y encontró que entre el 39% y el 55%, lo tienen siempre o casi siempre.

Respecto a los niños de 7 a 11 años, el 11,7% mostró por lo menos un evento traumático; el trauma psicológico secundario estuvo presente en el 38,6 % y el riesgo de Trastorno de Estrés Postraumático - TEPT fue del 9,2 %. En este grupo, respecto a trastornos mentales, los problemas del aprendizaje estuvieron en el 21,6%, solicitando atención en los últimos 12 meses el 48.1%. En el grupo de edad de 12 a 17 años la violencia y movilización por conflicto armado fue 18,3%, los eventos traumáticos fueron del 29,3 %, el trauma psicológico secundario del 88,6 % y el riesgo TEPT del 3,3%. La prevalencia de cualquier trastorno mental en adolescentes con alguna condición crónica fue del 4,7%. La prevalencia de intento de suicidio fue de 2,5% (2.1 en hombres y 2.9 en mujeres), solicitando atención en los últimos 12 meses el 35.2%.

En adultos, la disfunción familiar fue del 34%, la violencia y movilización por conflicto armado fue entre 15,8 - 18,7%; la conducta de riesgo alimentario fue del 9,1%, el consumo alcohol fue en exceso (12,3% - 21,8 %), abuso (6 - 12 %), los eventos traumáticos se presentaron entre 40,2 – 41,4 % y el riesgo de TEPT fue entre 3,1-3,3%, solicitando atención en los últimos 12 meses el 65%.

En la ENSM se estableció que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos, siendo su prevalencia en adolescentes de 12 a 17 años de 6,6 %. La prevalencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5 %, y el 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado. Esta misma

encuesta concluye que alrededor de un tercio de los adultos que piensan suicidarse, han tenido planes suicidas y lo han intentado, teniendo los intentos de suicidio mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) (7), reportó para Colombia en el periodo 2006 – 2015, 18618 suicidios, siendo la tasa promedio de ese periodo de 4,20 casos por cada 100.000 habitantes mayores de cinco años. En el año 2017, Colombia tuvo una tasa de incidencia del 52,3 por 100000 habitantes (9), especialmente en el sexo femenino (63,3%), en cabeceras municipales (79,9%), utilizando principalmente el mecanismo de intoxicación (68,7%); el principal factor de riesgo notificado fue el trastorno depresivo (38%), y el principal factor desencadenante el conflicto con la pareja/expareja (41%).

En cuanto a sustancias psicoactivas el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2019 (8) revela que existen variaciones de acuerdo al tipo de sustancia; el alcohol es la sustancia más usada con una prevalencia de último año de 54,5% y empieza a mostrar disminución en contraste con el 2013 (58,7%), en segundo lugar, se encuentra el tabaco, con una prevalencia de consumo de 12,1 en el último año y su tendencia tiende a disminuir (16,2% en el 2013) y con prevalencias mucho más bajas las sustancias psicoactiva ilícitas (3,4%). Se evidencia una disminución estadísticamente significativa en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis o heroína) entre los estudios 2013 y 2019.

Con la encuesta sobre los riesgos en salud mental y el nivel de resiliencia realizada en 2020 desde el Ministerio de Salud y Protección Social en población colombiana mayor de edad, durante la pandemia por COVID-19, se pudo concluir que el 30,1% de las personas evidenciaron riesgos en salud mental (ansiedad o depresión), el 6,3% de los participantes reportaron que habían tenido alguna vez la idea de acabar con su vida, el 51,01% de las personas consumieron alcohol y 8,2% tabaco en los últimos tres meses, en promedio, el 1,18% de las personas consumieron alguna sustancia psicoactiva ilícita en los últimos tres meses (sedantes, cannabis y cocaína). También se evidenció una relación inversa entre el nivel de resiliencia y síntomas de ansiedad, depresión, consumo de tabaco, alcohol, cannabis y sedantes y una correlación directa entre los riesgos de ansiedad y depresión y el consumo de cualquier sustancia psicoactiva.

Colombia ha estado inmerso en un conflicto armado interno prolongado, ocasionando desplazamiento sustancial dentro del país, lo cual agudiza los problemas y trastornos mentales arriba descritos. Aunque el país cuenta con un Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS que contempla la atención primaria, se presenta una brecha considerable de atención para quienes buscan servicios de salud mental. En este contexto, se evidencia una necesidad

insatisfecha sustancial respecto a servicios de salud mental en el nivel de atención primaria en el país. La evidencia científica revela que el tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria puede ser efectivo y, contiguo a una intervención temprana, puede contribuir a la reducción de la carga global de la enfermedad (9).

Lo anterior, implica: i) el mantenimiento de la salud mental desde la visión positiva, esto es, la generación de condiciones para el desarrollo personal y social, y el fortalecimiento de las potencialidades de las personas, familias y comunidades para el cuidado y para afrontar los sucesos vitales donde transcurre la vida cotidiana de las personas (entornos: hogar, educativo, laboral, institucional y comunitario); ii) así mismo, implica las acciones de detección, prevención y reducción de riesgos y daños de personas con problemas mentales, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas; y, iii) el tratamiento integral y la recuperación (rehabilitación basada en comunidad) de las personas con problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

El país ha realizado esfuerzos políticos, técnicos y normativos para la toma decisiones y la planeación basada en la evidencia, y ha iniciado la implementación del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) de la OMS en entornos de atención primaria de la salud, buscando implementar la Guía de Intervención de Salud Mental 2.0.

En este contexto, el presente documento técnico se estructura en cuatro secciones. La primera de ellas plantea las generalidades del programa, el objetivo y alcance del documento. Allí se incluyen los elementos transversales de atención primaria, salud comunitaria, derechos humanos, desinstitutionalización y cómo evitar el estigma y la discriminación. La segunda sección describe las competencias de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud involucrados en la implementación del programa MHGAP. La tercera sección desarrolla cada una de las cinco líneas de acción del programa y la cuarta sesión presenta el sistema de monitoreo y evaluación.

SECCIÓN I: GENERALIDADES

El Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP por sus siglas en inglés) de la OMS, *“presenta argumentos a favor del mejoramiento del compromiso político de los gobiernos, las organizaciones internacionales y otras partes interesadas e identifica estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias en entornos con recursos limitados”* (10).

Siendo los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias psicoactivas (MNS) muy frecuentes, representan una alta carga de enfermedad y las personas que los padecen tienen una importante reducción en la expectativa de vida asociada a riesgos de muerte prematura y de comorbilidad con otras enfermedades crónicas como síndromes metabólicos, hipertensión, entre otros.

Los sistemas de salud de países de bajos y medianos ingresos, como Colombia, muy frecuentemente presentan limitaciones en el cubrimiento de la atención en salud mental para su población, considerándose que cerca del 75% de las personas con trastornos MNS no reciben atención por parte del sistema de salud. Es esto lo que se ha llamado brecha de atención en salud mental. Con el ánimo de abordar esta situación, la OMS lanza en el 2008 su Programa para la Reducción de la Brecha de Atención en Salud Mental, o mhGAP.

El programa mhGAP es un conjunto de actividades y metodologías para mejorar la atención de las condiciones prioritarias de trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias (MNS). Los componentes claves del programa son: (a) desarrollo de políticas, planes y estrategias para la atención de las personas con trastornos MNS; (b) desarrollo de capacidades de los proveedores de atención de la salud; (c) mejor atención de los trastornos MNS en entornos de salud no especializados; y (d) generar conciencia y entendimiento de los trastornos MNS en la comunidad.

Con la implementación del programa se busca, con un enfoque centrado en las personas, mejorar la oportunidad en el acceso a servicios de salud mental y la atención integral, fomentar la continuidad del cuidado y fortalecer el nivel primario de atención, lo que además promueve los derechos humanos y la dignidad de las personas que sufren esos trastornos, avanzando hacia la equidad.

Este programa contribuye al cumplimiento de los objetivos propuestos por el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020, mediante el escalamiento e implementación de servicios de salud mental –de alta calidad y basados en evidencia– situados en los servicios de baja complejidad, integrando así la atención en salud mental en servicios no especializados en el área. Igualmente refiere los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS especialmente en lo relacionado con la cobertura universal de salud, en donde salud significa bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (11) y sus metas 3.4 y 3.5.

En el marco de las necesidades de atención en salud en Colombia, el Gobierno Nacional emitió la Ley Estatutaria de Salud (12); y, reconociendo igualmente las exigencias que en materia de atención en salud mental se presentan en nuestro territorio, el Ministerio de Salud y la Protección Social MSPS emitió la Política Nacional de Salud Mental en el 2018 (13) y la Política Integral para la Prevención y

Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en el 2019 (14). Aunado a lo anterior, mediante Resolución 2808 de 2022 (15), la psicología es puerta de entrada al sistema. Para el Estado y el Gobierno de Colombia, la salud mental es una prioridad de política nacional que se configura como un reto estratégico en cuando a su fomento y garantía desde la política pública en los próximos años. El Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida reconoce la prioridad del bienestar mental, físico y social de las personas, las familias y las comunidades (16).

Estos esfuerzos buscan posicionar la salud mental como prioridad en la agenda de gestión para la salud pública, procurando condiciones óptimas de equilibrio y bienestar en materia de salud mental para todas las personas residentes en el territorio nacional. Lo anterior incluye el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales encargados de la atención integral respecto de la prevención, manejo y rehabilitación de las personas afectadas por problemas, trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas, por lo que herramientas como la GI-mhGAP 2.0 se develan como instrumentos idóneos para este ejercicio.

El programa mhGAP tiene como principios la cobertura universal, los derechos humanos, la práctica basada en la evidencia, el enfoque de curso de vida, el enfoque multisectorial y el empoderamiento de las personas con MNS.

En este sentido, es importante tener en cuenta los elementos transversales que se describen a continuación:

Atención primaria: La declaración de Alma-Ata en 1978, sentó las bases de la Atención Primaria de Salud APS como puerta de entrada al sistema. Esta estrategia incluye la prestación de servicios de salud colaborativa entre la comunidad y los trabajadores de salud (17), el empoderamiento de la salud comunitaria e individual como motor para prosperar la atención médica y el esfuerzo de instituciones nacionales e internacionales, para lograr la equidad en salud.

Siendo la APS “más necesaria que nunca”, la OMS en 2008 declaró los principios de promoción de la equidad y solidaridad, la necesidad de respuesta a las necesidades poblacionales en salud, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad (18).

En este marco, Colombia en el 2011 retoma la APS como estrategia de coordinación intersectorial para la atención integral desde la promoción hasta la rehabilitación en los diferentes niveles de complejidad, con el objetivo de permitir la coordinación de sus actores en el mejoramiento de la salud y la creación de ambientes saludables con servicios de calidad, incluyentes y equitativos (19).

Para el programa mhGAP es fundamental la existencia y funcionamiento de redes integrales e integradas, que garanticen la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud mental. Por lo anterior, las EAPB deben promover el trabajo colaborativo y articulado entre el nivel primario y complementario, a través de los sistemas de referencia y contrarreferencia y la telesalud. Para alcanzar la implementación real y efectiva del programa mhGAP las EAPB deben garantizar que la contratación que media la relación entre ellas y su red de prestadores, contemple las necesidades administrativas, financieras y técnicas para la implementación del programa, lo cual incluye la capacitación y apertura de agendas de los profesionales en el nivel primario de atención, dedicadas exclusivamente a la atención de la salud mental.

Es fundamental mencionar que el seguimiento del programa mhGAP, requiere de encuentros presenciales o virtuales para realizar los análisis de casos y resolver las dudas que se presentan en los profesionales del nivel primario respecto a los casos que atienden en la consulta ambulatoria o de urgencias en salud mental y que los especialistas puedan resolver dichas dudas. Adicionalmente, las EAPB y su red de prestadores, deben garantizar la disponibilidad y el suministro de medicamentos esenciales en el primer nivel de atención para el buen funcionamiento del programa.

Salud comunitaria: Es entendida como el diseño y la aplicación de proyectos dirigidos a la promoción de la salud desde los centros de salud primarios, así como la participación de personas de las comunidades. Sus pilares y enfoques son (20): i) enfocada a la comunidad, ii) abordaje multisectorial, iii) participación comunitaria, iv) modelos integrados y v) equipos multidisciplinarios. Está influida por los enfoques de determinantes de salud, el enfoque de competencia y el enfoque conductual (estilo de vida).

Derechos humanos: De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (21), los Estados tienen el deber de adoptar medidas para lograr la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. Una de estas medidas es la definición y puesta en marcha de políticas públicas coherentes con el respeto de los derechos humanos. La OMS operacionalizó en su constitución (22) la relación de la salud como derecho, complementándolo con los datos y cifras de la Nota Descriptiva N° 323 (23).

Es importante referir que algunos autores como Evans (24) manifiestan que es un desafío haber definido en sus estatutos la salud como un derecho humano. Lo anterior genera implicaciones en el escenario internacional debido a que los Estados deben aceptar su obligación de proveer la salud bajo el derecho internacional. Haber definido a la salud como un derecho humano se traduce en la posibilidad que las poblaciones exijan salud a través de organismos nacionales e internacionales.

En este mismo sentido autores (25) analizan la meta planteada por la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud DSS y relacionan estos últimos (26) con el derecho humano a la salud. Esto podría obligar a los estados y a la comunidad internacional a financiar sistemas públicos de salud y hacer que los estados reestructuren las instituciones internacionales y los programas de cooperación internacional. Este tema se ha enmarcado en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos DUBDH (27) que asocia el tema de la salud con el de los derechos humanos y, con el deber de los estados de promover el grado máximo de salud para sus ciudadanos sin importar su condición económica.

La afectación a la salud como derecho relaciona el proceso salud enfermedad, el cual expresa la unión entre lo natural y lo social en el hombre (28), reflejándose en este proceso los DSS. El proceso salud enfermedad ayuda a entender las diferencias entre grupos poblacionales y clases sociales y su vinculación a los procesos estructurales y de superestructura (29).

Teniendo en cuenta que las personas que viven con afecciones de salud mental son muy vulnerables, víctimas de grandes prejuicios, discriminación y violaciones de sus derechos fundamentales y que no siempre tienen la posibilidad de tomar decisiones y ejercer el control de su vida en las diferentes esferas de una manera personal e individual, es muy importante promover y proteger efectivamente sus derechos humanos y libertades.

Desinstitucionalización: Teniendo en cuenta el énfasis en la promoción, la prevención, la participación social, la organización de servicios de salud, el enlace con otros servicios y la recuperación de las personas en su entorno, es fundamental la transición de la institucionalización, es decir, la reclusión de las personas con problemas mentales en hospitales psiquiátricos, hacia una atención digna y de calidad en la comunidad. Hacer énfasis en la recuperación insiste en el empoderamiento para que las personas tengan control de sus propias vidas, desarrollen autoestima y resiliencia, establezcan relaciones saludables, recuperen la independencia y vivan una vida que tenga significado para ellas.

Estigma y la discriminación: Las actitudes o creencias negativas que conllevan a desvalorizar (30), desacreditar y desfavorecer a las personas con enfermedades mentales, tienen una gran influencia negativa en la forma en que las personas tratan y perciben las afecciones de salud mental. Estas actitudes y creencias también pueden estar orientadas hacia sí mismo (auto estigma o estigma internalizado).

Estas actitudes o creencias provocan repercusiones emocionales en quien estigmatiza (31) (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza) (32). Los servicios tradicionales de salud mental que incluyen los hospitales psiquiátricos con lógicas de exclusión y separados del resto de los servicios, así como algunas conductas profesionales

incluso de los propios servicios de salud mental, no escapan al estigma y discriminación.

Telesalud aplicada al concepto de salud mental: Es una forma de utilizar el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos a distancia, con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones, como una apuesta incluyente del talento humano en salud, el personal técnico y administrativo involucrado en el cuidado y el mantenimiento de la salud mental.

En todo este contexto, el programa cuenta con la Guía de Intervención que se usa como herramienta clínica para el diagnóstico, manejo y seguimiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en el componente primario de atención en salud, brinda recomendaciones basadas en la evidencia para manejar trastornos prioritarios (depresión, psicosis, trastornos mentales y conductuales de niños, niñas y adolescentes, epilepsia, demencias, trastornos relacionados con uso de Sustancias Psicoactivas, autolesión/suicidio y quejas somáticas asociadas a malestar emocional). Desde el 2017 se cuenta con la versión 2.0 de la GI-mhGAP, la cual tienen una versión digital (aplicación para dispositivos digitales como teléfonos inteligentes o tablets) facilitando su disponibilidad y uso.

Si bien para el programa mhGAP se han descrito limitaciones como la necesidad de inclusión de factores culturales y sociales dentro de los contextos locales (33) y adaptarse a la epidemiología del entorno (34), es fundamental el cambio de tareas como estrategia delineada para optimizar la eficiencia de los recursos humanos disponibles para la salud, a través de la redistribución de roles seleccionados de personal altamente calificado a personal menos capacitado, liberando el primero para desempeñar roles más especializados (35) y potencializando el aporte de los profesionales locales de atención primaria.

En Colombia se iniciaron en el 2018 las réplicas formativas en la estrategia mhGAP, con el fin de actualizar las competencias en salud mental de los profesionales, destacando el hecho de que la iniciativa cuenta con recursos propios del MSPS y el apoyo técnico de la OPS/OMS. Estas replicas formativas han apoyado el posicionamiento del programa, sin embargo, se requiere su implementación territorial conforme a las diferencias contextuales en cuanto a prevalencia y disponibilidad de recursos, dado que no se debe depender exclusivamente de especialistas para prestar servicios a las personas afectadas por trastornos MNS, pues de hacerlo, se impediría a el acceso a los servicios que necesitan millones de personas. El mhGAP requiere la integración de la salud mental en los entornos de atención de salud no especializada y además de proporcionar las herramientas y recursos necesarios, reduce la estigmatización y discriminación, y controla el riesgo

de violación de los derechos humanos, frecuentemente descritos para las personas con trastornos MSN.

Para abordar los requisitos y prioridades en los diferentes aspectos de la implementación se requieren tres etapas fundamentales:

- **Planificar:** mediante la evaluación de los sistemas de salud y la organización de la implementación del mhGAP a nivel territorial. Esta etapa incluye integrar un equipo operativo que supervise la implementación, realizar un análisis de la situación basado en datos cuantitativos y cualitativos, formular un plan operativo y el presupuesto del mhGAP y abogar por la salud mental con el fin de promover los derechos humanos de las personas con trastornos MNS, reducir la estigmatización y la discriminación y respetar su autonomía y lograr la prestación de atención accesible, asequible, aceptable y de buena calidad para los trastornos MNS.
- **Preparar la implementación del mhGAP:** mediante el fortalecimiento de la capacidad del personal y la confirmación de que el sistema de salud está preparado para la integración de la salud mental en los servicios. Esta etapa incluye capacitar al personal, preparar la supervisión, coordinar las vías de atención, mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos y las intervenciones psicológicas. Es fundamental involucrar la academia en la realización de investigaciones sobre la implementación en el contexto local, talleres de intercambio de conocimientos y los recursos de capacitación nacionales o locales.
- **Proveer servicios para integrar el mhGAP en todos los niveles del sistema de salud,** en los establecimientos y las comunidades. Incluye prestar servicios a nivel de los establecimientos, ofrecer tratamiento y cuidados en la comunidad, concientizar acerca de la salud mental y apoyar la prevención de las enfermedades mentales en las personas en riesgo y la promoción del bienestar mental de todas las personas con trastornos MNS.

Con base en lo descrito, el objetivo de este documento es emitir directrices para la implementación territorial de la implementación del programa mhGAP. Su alcances, es dar lineamientos técnicos y propositivos para orientar a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la implementación del programa mhGAP a nivel territorial para que se realicen intervenciones factibles dirigidas mejorar la oportunidad en el acceso a servicios de salud mental y la atención integral, fomentar la continuidad del cuidado y fortalecer el nivel primario de atención y que contribuyan al disfrute del derecho a la salud y al beneficio de las personas, sus familias y cuidadores.

SECCIÓN II: COMPETENCIAS

Como se mencionó en la sección anterior, el programa tiene cinco líneas de acción, para cuya implementación se requiere que cada actor en el marco de la normatividad vigente y la descentralización en salud tenga claridad sobre las competencias que se deben cumplir.

Teniendo en cuenta que es responsabilidad de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adelantar la gestión para la atención integral de la salud mental favoreciendo la calidad y continuidad de la atención integral, desde lo promocional hasta lo resolutivo para el logro de los resultados, a continuación, se describen las competencias por actor.

Ministerio de Salud y Protección Social

Realizar la rectoría del programa mhGAP en el país.

Generar las directrices para la implementación del programa mhGAP a través de la adaptación la GI-mhGAP al contexto nacional.

Garantizar el talento humano y los recursos necesarios que permitan la formación permanente de Gestor de Gestores.

Usar los manuales de capacitación del mhGAP de la OMS para formar un equipo nacional de gestores principales, que luego puedan brindar capacitación a nivel subnacional a gestores.

Aportar al análisis de situación de salud ASIS nacional en el apartado de salud mental, la información recopilada en la implementación del programa mhGAP.

Motivar la utilización de la telesalud como una herramienta fundamental para la implementación del programa mhGAP, la cual incluye: telemedicina, teleexpertise, teleeducación y telemonitoreo.

Entidades Territoriales Departamentales y Distritales

Realizar el seguimiento del programa mhGAP garantizando el envío de la información consolidada de acuerdo con las directrices emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Aportar al análisis de situación de salud ASIS territorial en el apartado de salud mental, la información recopilada en la implementación del programa mhGAP.

Garantizar los recursos necesarios desde la planeación integral en salud para la implementación y sostenibilidad del programa mhGAP.

Concurrir y complementar a los territorios de su jurisdicción en la implementación y sostenibilidad del programa mhGAP.

Realizar el mapeo de los servicios existentes y su utilización; expertos locales, asociaciones profesionales y organizaciones que prestan apoyo psicosocial en su jurisdicción, para articular el tratamiento integral con la oferta de servicios que obedecen a los ejes de la Política Nacional de Salud Mental.

Incentivar los procesos de contratación entre las EAPB y los prestadores de servicios de salud, facilitando la implementación y sostenibilidad del programa mhGAP.

Motivar a la academia en el acompañamiento permanente del programa mhGAP.

Elaborar un plan para ampliar los servicios de salud mental en las zonas rurales y sub atendidas de su jurisdicción, utilizando el programa mhGAP.

Definir vías claras de referencia y contrarreferencia de pacientes, vinculadas con las funciones y las responsabilidades previstas de los especialistas y los no especialistas, y también entre prestadores del nivel primario y complementario que faciliten la implementación del programa.

Garantizar la disponibilidad permanente del talento humano competente para brindar acompañamiento técnico a los municipios, y actores de su jurisdicción, que intervienen en la implementación del programa mhGAP.

Promover el funcionamiento de la telesalud como una herramienta fundamental para la implementación del programa mhGAP, la cual incluye: telemedicina, teleexpertise, teleeducación y telemonitoreo.

Adaptar las intervenciones del programa al contexto local.

Generar de forma conjunta con los aseguradores, prestadores y grupos étnicos presentes en su territorio, procesos participativos para concertar las adaptaciones técnicas e interculturales requeridas para la implementación del programa.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

Dentro de este grupo se encuentran las Empresas Promotoras de Salud – EPS, los regímenes exceptuados y especiales, las empresas de medicina prepagada, las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL, Unidad Especial de Servicios Penitenciarios y Carcelarios - USPEC, y demás entidades que administran planes

de beneficios o que tengan a su cargo acciones en salud. Los cuáles deben cumplir con las siguientes responsabilidades:

Garantizar que en el marco de los acuerdos de voluntades suscritos con su red de prestadores de servicios de salud se garanticen las acciones integrales y servicios que permitan la implementación del programa.

Incorporar a los modelos de atención, el programa mhGAP como parte de las estrategias de tratamiento integral en trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia. garantizando en la red de prestación de servicios de salud, el acceso a los procedimientos, medicamentos, consultas y demás tecnologías en salud contempladas en la Guía mhGAP y de acuerdo al plan de beneficios vigente, las guías de práctica clínica.

Incluir en las redes integrales de prestadores de servicios de salud, proveedores con formación en mhGAP para la atención integral de personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, sus familiares o cuidadores.

Contratar los servicios de salud mental teniendo en cuenta la modalidad de telesalud como una herramienta fundamental para la implementación del programa mhGAP, la cual incluye: telemedicina, teleexpertise, teleeducación y telemonitoreo.

Garantizar la disponibilidad, suficiencia y pertinencia del talento humano con competencias necesarias para la implementación del programa mhGAP.

Realizar el reporte oportuno de la información necesaria para monitorear y evaluar la atención integral en salud en el marco del programa mhGAP.

Prestadores de Servicios de Salud

Participar en los espacios de coordinación para la implementación del programa mhGAP convocados por las entidades territoriales y la EAPB.

Garantizar la prestación de los servicios contratados que contribuyen a la implementación del programa mhGAP, cumpliendo con los atributos de calidad (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario) y las directrices propuestas en la guía del programa.

Contar con los servicios de telesalud habilitados favoreciendo la implementación y supervisión del programa mhGAP.

Desarrollar y fortalecer las capacidades en el programa mhGAP, en el talento humano que cumple con el perfil establecido en la guía mhGAP.

Fortalecer la capacidad organizacional y disposición de los recursos físicos o tecnológicos requeridos para la atención integral de personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, sus familias y cuidadores, en el marco del programa mhGAP.

Suministrar la información requerida, en el marco de sus competencias, que permitan el desarrollo del sistema de monitoreo y seguimiento del programa mhGAP.

Garantizar la entrega oportuna de los medicamentos requeridos para el manejo de las personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, atendidas en el marco del programa, cuando los acuerdos de voluntades suscritos con el asegurador así lo contemplen.

Promover la atención integral de personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, a través de la Telesalud la cual incluye: telemedicina, teleexperticia, teleeducación y telemonitoreo.

SECCIÓN III: LINEAS DE ACCIÓN

Para desplegar y operativizar las cinco líneas estratégicas del programa mhGAP es necesario vincular el aseguramiento y los prestadores de servicios de salud bajo la coordinación del proceso desde la entidad territorial. Igualmente es fundamental la integración de la salud mental en los entornos de atención de salud no especializada para reducir la estigmatización, la discriminación y el riesgo de violaciones de los derechos humanos. El despliegue y la operativización del programa puede realizarse por entidades territoriales de orden municipal, siempre y cuando sea en coordinación con la entidad territorial de orden departamental.

A continuación, se presentan las especificaciones de las cinco líneas de acción para la implementación de la estrategia mhGAP en el país, a saber:

Línea uno: Gestión sectorial y articulada para la implementación del Programa mhGAP

Es un proceso transversal y continuo de planeación, implementación y seguimiento de la estrategia en los territorios del país, para agenciar la atención integral de las personas con trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia y sus familias, en condiciones de continuidad, calidad y pertinencia cultural.

Dado lo amplio del proceso, es necesario definir el equipo operativo que asumirá la responsabilidad de supervisar la implementación. Teniendo en cuenta que a nivel

territorial están conformados los Consejos Departamentales/Distritales de Salud Mental, se propone que este sea el espacio de participación donde se coordine la implementación y el seguimiento de la estrategia mhGAP en los territorios.

De considerarlo necesario, la Entidad Territorial podrá conformar un espacio o generar una mesa de trabajo como parte integral de estos Consejos, buscando avanzar de la mejor manera posible en la coordinación de acciones. Este equipo debe incluir interesados directos de diversos sectores, para facilitar la colaboración y la coordinación de las actividades que se requieren llevar a cabo. En cualquiera de los casos, deberá ser un espacio liderado por la personas referentes o coordinadoras de salud mental de la Secretaría de Salud Departamental/Distrital; deberá contar con la participación, como mínimo, de personas representantes de:

- Un director de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
- Un director de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
- Un representante del personal encargado de registros médicos o del sistema de información de salud
- Un dirigente de la comunidad
- Un líder de grupos étnicos y culturas tradicionales
- Un gestor de gestores
- Un representante de las asociaciones de psiquiatría, enfermería, medicina y psicología.

Los criterios para escoger los integrantes del equipo son, entre otros:

- Tener conocimiento del sistema local de salud y los principios de salud pública
- Ser líderes que han estado en sus puestos durante algún tiempo
- Comprender los retos actuales dentro del sistema y propongan estrategias innovadoras para resolver los problemas
- Tener competencias como capacidad de organización, cumplimiento de plazos, comunicación asertiva.
- Las demás que se consideren pertinentes

Algunas de las responsabilidades del equipo son:

- Dirigir la implementación del mhGAP en todas sus etapas.
- Abogar por la salud mental.
- Coordinar y hacer seguimiento al plan para la implementación y el seguimiento de la estrategia mhGAP, a partir del análisis de situación de salud mental.
- Designar grupos de trabajo o puntos focales para dirigir ciertas actividades conforme a sus aptitudes y redes.

- Supervisar (y a veces participar directamente) en el seguimiento y la evaluación de las actividades.
- Proponer y desarrollar el plan de trabajo (incluye calendarios para las reuniones, resultados esperados, cronogramas y los mecanismos de presentación de informes).
- Realizar análisis a los indicadores de implementación del mhGAP.
- Extender gradualmente las actividades a zonas geográficas más grandes, según la capacidad y los recursos.
- Promover los derechos humanos de las personas con trastornos MNS, reducir la estigmatización y la discriminación y respetar la autonomía de las personas para abogar por sí mismos y por los demás.
- Priorización territorial para la implementación de la estrategia mhGAP. Teniendo en cuenta que la estrategia busca reducir las brechas de la atención en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, el proceso de implementación deberá priorizar el talento humano en salud de las zonas rurales y de alta dispersión.
- La gestión de proyectos y recursos para la implementación de la estrategia.
- La elaboración de planes de implementación territoriales de la estrategia mhGAP 2.0.
- La gestión o el desarrollo de procesos de formación y certificación en los recursos del Programa mhGAP tanto de entrenamiento de gestores, como de proveedores de servicios de salud, en el marco de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) de las Empresas Promotoras de Salud (EPS).
- La creación de un plan de supervisión clínica
- La creación/ actualización de un sistema de referencia y contrarreferencia para los problemas MNS.
- La socialización del programa mhGAP a los actores clave y la realización de acciones de sensibilización en SM.
- La gestión y el seguimiento sostenido a la operativización de la estrategia en los territorios, una vez tenga el personal de salud formado. Esto deberá hacerse en el marco de las RIPSS en coordinación con las EPS y los prestadores de servicios de salud.

Este espacio, podrá coordinar acciones para la gestión de la implementación de mhGAP, a través del correo mhGAP@minsalud.gov.co. Dentro de las acciones a coordinar, están: i) las asistencias técnicas que se requieran para la elaboración, implementación y seguimiento de la estrategia; ii) los apoyos técnicos en los procesos de formación en mhGAP 2.0; y iii) el uso y el reporte de información a través de los instrumentos definidos por el comité nacional para la implementación, operativización y seguimiento a la estrategia.

Toma de decisiones informadas para la implementación de mhGAP: Las decisiones para el despliegue de la estrategia en mhGAP en los territorios, debe partir del análisis de situación del sistema de salud mental nacional y territorial. Importante tener en cuenta la información consolidada y actualizada en salud mental, a la hora de definir los territorios priorizados, los recursos y módulos de mhGAP 2.0 a profundizar en el desarrollo de capacidades, así como, en el momento de operativizar la estrategia a través de las RIPSS. Para lo anterior, se debe consultar o recopilar información (en casos en los cuales no se cuente con la información) sobre:

- Contexto socio-cultural
- Datos relevantes sobre condiciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias, incluyendo prevalencia, carga de enfermedad y brecha de tratamiento.
- Capacidad instalada para la respuesta en salud mental y para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas que incluya la Telesalud, en sus diferentes categorías: telemedicina, teleexpertise, teleeducación y telemonitoreo.
- Barreras de acceso geográficas, culturales, de disponibilidad y calidad en los servicios de salud mental.
- Capacidad del talento humano en salud.
- Recursos comunitarios disponibles para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia.
- Políticas actuales relevantes en salud mental, implementación, financiamiento y gastos actuales, etc.
- Recomendaciones.

Metas: Anualmente, a nivel territorial, la Autoridad Sanitaria correspondiente habrá incluido en la agenda de los espacios de participación las acciones para la planeación y el seguimiento a la implementación de la estrategia en los territorios.

Financiación: Las acciones de gestión se desarrollan en el marco de las competencias de los actores que implementan la línea de acción.

Línea dos: Preparación para la implementación del programa mhGAP

El fortalecimiento de las capacidades de los responsables de la formulación de políticas, los planificadores y los proveedores de servicios es primordial. Como base, es necesaria la realización o actualización de un análisis de situación sobre salud mental que ayude a informar el plan de implementación: condiciones priorizadas, establecimientos de salud, personal a capacitar, servicios disponibles,

rutas de referencia y contrarreferencia, acceso a medicación psicotrópica y atención psicológica (consultar anexo 3 del manual operativo mhGAP <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>).

También se requiere la identificación de posibles barreras y facilitadores para la implementación del mhGAP, lo cual puede realizarse a través de grupos de discusión focal en las mesas técnicas mhGAP a nivel territorial, así como la planificación del plan de capacitación de gestores y capacitación de proveedores.

Es importante tener en cuenta que en la actualidad la formulación de medicamentos en salud mental, solo pueden realizarse a través del profesional en medicina. Sin embargo, esta formulación se puede dar desde el primer nivel de atención y no sólo desde el prestador complementario, lo que hace que la formulación no genere un cuello de botella.

De igual forma, el prestador de servicios de salud y el asegurador de salud, deben garantizar la ruta más expedita para evitar las dificultades de acceso a la atención integral, sea a través de una oferta oportuna de servicios especializados, de un fortalecimiento del prestador primario y de una entrega adecuada de las tecnologías requeridas para la recuperación.

Línea tres: El entrenamiento (formación) en GI-mhGAP

Esta línea de acción implica, el entrenamiento a gestores, la formación a prestadores de servicios de salud y el desarrollo de competencias en mhGAP en los programas de educación superior en el pregrado de medicina, enfermería y psicología. Para que la formación logre tener impacto en el quehacer del Sistema de Salud, y por ende de la salud de las personas, es indispensable la implementación de la siguiente línea de acción (supervisión), de lo contrario no resultará de utilidad.

El entrenamiento en GI-mhGAP busca fortalecer las competencias (conocimientos, habilidades y actitudes), mediante el desarrollo de juegos de roles, entrenamiento en el manejo de la guía, sesiones prácticas y observación y retroalimentación de los entrenadores, para asegurar la atención resolutoria, integral e integrada en salud mental en el componente primario de atención.

Para garantizar lo anterior, es fundamental que al profesional gestor formado le sean abiertas agendas con finalidad específica de atención en salud mental, lo cual aportará en el cierre de la brecha de atención y en la ampliación de la oferta de servicios.

El proceso deberá cursar dos fases fundamentales para su desarrollo: Alistamiento y desarrollo del entrenamiento.

Primera fase - Alistamiento: En esta fase es importante realizar la preparación metodológica, técnica y logística para el desarrollo de las sesiones de entrenamiento en la GI-mhGAP.

La guía mhGAP puede ser usada por proveedores de servicios de salud que sean profesionales en enfermería, medicina (general o especialistas en áreas diferentes a la psiquiatría), psicología y otros profesionales del área psicosocial que intervienen en el cuidado de la salud mental. Es decir, los trabajadores de salud que prestan atención no especializada en establecimientos de atención del nivel primario y del nivel complementario. Son estos profesionales los encargados de implementar en su actividad clínica cotidiana (consulta externa, atención en servicios de urgencias, hospitalización, entre otros), los conocimientos y actitudes por los que propende la GI-mhGAP 2.0. Esta guía también puede ser usada por los especialistas en atención de salud mental dado que puede ser útil para su trabajo.

Las réplicas formativas en GI-mhGAP serán guiadas por los manuales y demás materiales pedagógicos diseñados por la OPS/OMS para tal fin, y definidos en el marco de los ejercicios de implementación y supervisión requeridos por el modelo de entrenamiento original, vistos en la sección sexta de este documento.

La capacitación en el uso de la GI-mhGAP se realiza bajo el modelo de entrenamiento en cascada; es decir, los Gestores Principales entrenarán a los gestores de proveedores para que estos –los proveedores– implementen la GI-mhGAP en el marco de sus competencias profesionales en sus lugares de trabajo. Los proveedores de servicios de salud que no hayan sido entrenados con el rol de gestor de proveedores no podrán realizar entrenamientos en mhGAP. Los gestores de proveedores deberán recibir su entrenamiento por parte de los Gestores Principales en un proceso debidamente certificado.

El entrenamiento es realizado por un Gestor Principal cuyo perfil deberá ser: Profesionales en medicina con especialización en psiquiatría, neuropsiquiatría, neurología o medicina familiar, profesionales en psicología con posgrado en psicología clínica o psicoterapia, y profesionales en enfermería con posgrado en salud mental. Deberán contar con experiencia en la aplicación y en el entrenamiento a proveedores de servicios de salud en la GI-mhGAP en su versión 2.0.

El MSPS será la única instancia autorizada para el desarrollo de entrenamiento a gestor de gestores en el territorio nacional, hasta tanto se certifiquen nuevos profesionales que realicen esta labor en los diferentes territorios. El Gestor Principal

deberá estar en condiciones de ofrecer entrenamiento en todos los módulos de la GI-mhGAP 2.0, con adecuados estándares de calidad y competencia tanto técnica como pedagógica. En este sentido, su propio entrenamiento deberá estar basado en los protocolos definidos para tal fin por parte de la OPS/OMS.

El perfil del gestor de Proveedores es: Profesionales en medicina con especialización en psiquiatría, neurología o medicina familiar, profesionales en psicología (se priorizarán profesionales en psicología con posgrado en psicología clínica o psicoterapia) y profesionales en enfermería con posgrado en salud mental; entrenados, supervisados y certificados por un Gestor Principal. Sin embargo, los estudios posgraduales pueden homologarse con cinco (5) años de experiencia certificada en el área clínica. Para que el gestor de proveedores pueda llegar a ser gestor principal debe realizar mínimo 10 réplicas en todos los módulos.

El perfil de los profesionales encargados del entrenamiento a los proveedores de servicios de salud es similar al de un Gestor Principal; no obstante, para este nivel no será necesario contar con experiencia previa en la aplicación de la GI-mhGAP 2.0. La experiencia docente será un factor de preferencia al momento de elegir potenciales candidatos. Los Gestores de Proveedores entrenarán a proveedores de servicios de salud del componente primario de atención (participantes del proceso de implementación), particularmente a los profesionales en medicina, psicología, enfermería y otras profesiones del componente psicosocial.

Se sugiere desarrollar las acciones que se listan a continuación:

1. Definir el tipo de entrenamiento que requiere desarrollar en el territorio (entrenamiento a gestores o capacitación a proveedores de servicios de salud). El reentrenamiento a gestores debe realizarse a través de la participación en la convocatoria nacional y realización de la educación continua que se oferta a través de entidades educativas.
2. Disponer de los recursos¹ necesarios para garantizar insumos mínimos para el desarrollo del taller, dependiendo de la modalidad en la cual se realizará, tratando de privilegiar siempre la presencialidad, como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 1 Recursos mínimos para la réplica de la formación

RECURSOS MINIMOS PARA LA REPLICA DE LA FORMACION	
MODALIDAD PRESENCIAL	MODALIDAD VIRTUAL O MIXTA

¹ Nota: La disposición de recursos para la implementación del taller, se podrá hacer a través de fuentes propias que se tenga disponibles en el territorio para el desarrollo de capacidades de equipos técnicos tales como recursos de gestión de salud pública o recursos de desarrollo del talento humano de la entidad territorial en salud, o a través de alianzas con instituciones de salud o de educación que se encuentren en el territorio y quienes se encuentren interesadas en el tema

Salón amplio con buena ventilación e iluminación con capacidad suficiente para la conformación de subgrupos en promedio de 3 personas, sin que tengan que cambiar de salón.	Plataforma con capacidad suficiente para la conexión de los participantes al taller, en la cual se garantice que todas las personas tengan acceso continuo a lo largo de la formación sincrónica, entendiendo que los talleres de formación deben realizarse de esta manera.
Equipo de cómputo, acceso a internet, video beam y sonido.	Disponer de aplicaciones que permitan la utilización de cámaras y micrófonos para facilitar la interacción.
Reproducción de la guía mhGAP ya sea en fotocopia o en papel de alta calidad acorde con el número de participantes en el taller.	Contar con la guía mhGAP en medio digital o garantizar el acceso a la aplicación descargable en dispositivos móviles para ser enviada a los participantes del taller.
Materiales de soporte para las actividades de formación tales como fotocopias de los casos.	Actividades prácticas para los análisis de los casos, que pueden ser virtuales o presenciales.
Marcadores, lápices, esferos, papel Kraft o papel periódico, fichas bibliográficas, 'post-it', cinta de enmascarar y demás material necesario para el adecuado flujo del taller de entrenamiento.	Garantizar diversidad de recursos pedagógicos que permitan el desarrollo de competencias, tales como: videos, presentaciones, foros, entre otros.
Refrigerios y estación de aromática/café todos los días durante el entrenamiento.	Dependiendo de la duración prevista para cada sesión se deben considerar tiempos para realizar pausas activas, hidratación o descanso.
Contar con los instrumentos de evaluación que comprenden la aplicación de la evaluación pre y post (conocimientos, actitudes y prácticas) y las propias de cada módulo.	Contar con los instrumentos de evaluación que comprenden la aplicación de la evaluación pre y post (conocimientos, actitudes y prácticas) y las propias de cada módulo.

Fuente: Construcción propia Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental

3. Informar a la Secretaría o Instituto de Salud del Departamento donde se va a realizar la réplica, a través del referente de salud mental y al MSPS, a través del correo electrónico: mhGAP@minsalud.gov.co diligenciando el formato que se muestra a continuación:

Formato de solicitud de réplica mhGAP

ÍTEM	RESPUESTA	
Versión de la Guía mhGAP sobre la cual se hará el entrenamiento (marque con una X)	2.0	Comunitario
Nombres del o los responsables de la formación.		
Nombre de los entrenadores		
Perfil profesional de los entrenadores		
Número de personas que serán formadas		
Perfil de las personas que serán formadas		
Lugar donde se realizará la formación		
Fechas previstas para la formación		
Fechas previstas para el periodo de supervisión		
Fuente de financiación de la formación.		

Fuente: Construcción propia Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental

4. Hacer un inventario del talento humano con el que cuenta el territorio y que ya ha recibido entrenamiento en la GI-mhGAP. A partir de lo anterior, es importante seleccionar el talento humano que va a recibir el entrenamiento. Para el entrenamiento de gestores, no pueden ser más de dieciséis (16) especialistas. Para la capacitación de gestores de proveedores de servicios de salud el grupo no puede incluir más de treinta (30) personas y no menos de doce (12). En este último caso, inicialmente incluya en el grupo a

profesionales en medicina, enfermería y psicología que proveen servicios de salud en zonas dispersas o rurales. En todos los escenarios, los entrenamientos deberán ser implementados con dos (2) gestores para garantizar la calidad del proceso.

Los proveedores de servicios de salud de los Prestadores de Servicios de Salud son el objetivo final de la cadena de entrenamiento. Para los entrenamientos en la GI-mhGAP 2.0, se deberá contar con grupos conformados por un 50% de profesionales en medicina pues, en el marco de la normatividad colombiana, del grupo de profesionales a entrenar son los profesionales que tienen la competencia para realizar intervenciones terapéuticas en salud mental de tipo farmacológico. En este sentido, será el único perfil con la competencia para implementar todos los aspectos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento establecidos en la GI-mhGAP 2.0, incluyendo aquellos propios de los contextos de emergencia incluidos en la guía. En los contextos donde se requiera entrenar profesionales de diversas áreas psicosociales y de la salud, diferentes a medicina y enfermería, se deberá hacer énfasis en los aspectos de intervención psicosocial definidos para cada uno de los módulos priorizados. En ningún caso se formará personal administrativo o gerencial.

5. Elaborar un listado de las personas, con los datos básicos de contacto. Una vez se cuente con las personas candidatas al entrenamiento, es necesario hacerles llegar la invitación a participar, tanto a las personas como a las instituciones donde prestan los servicios de salud, y adjunto a la invitación solicitarles el diligenciamiento y la firma de la aceptación de participación durante todo el tiempo estipulado por el entrenamiento.
6. Identificar la dupla de gestores que van a realizar la formación. De acuerdo con la definición del tipo de formación que se va a realizar, es importante definir la dupla que realizará el entrenamiento. Para el entrenamiento de gestores, la dupla deberá estar conformada por un (1) especialista en medicina (psiquiatría, neurología o medicina familiar), un profesional en psicología con posgrado en psicología clínica o psicoterapia o un profesional en enfermería con posgrado en salud mental. Sin embargo, los estudios posgraduales pueden homologarse con cinco (5) años de experiencia certificada en el área clínica. De no ser posible la anterior conformación, el entrenamiento deberá realizarse por 2 (dos) médicos especialistas (dos en psiquiatría o uno en psiquiatría y uno en neurología, neuropsiquiatría o medicina familiar). En el caso de definir entrenamiento a gestores de proveedores, se deberá gestionar la participación de las duplas de gestores con el MSPS - Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (GGISM). En el caso del entrenamiento a proveedores de servicios de salud (participantes del proceso de implementación), la dupla deberá estar

constituida por especialista en medicina (psiquiatra, neurólogo o familiarista) y un profesional en psicología con posgrado en psicología clínica o un profesional en enfermería con posgrado en salud mental (Sin embargo, los estudios posgraduales pueden homologarse con cinco (5) años de experiencia certificada en el área clínica. De no ser posible la anterior distribución, el entrenamiento deberá realizarse por 2 (dos) médicos especialistas (dos en psiquiatría o uno en psiquiatría y uno en cualquier otra especialidad participante –familiarista o neurólogo–).

7. Organización de la agenda (coordinación entre la institución o entidad territorial y las personas que realizarán el entrenamiento). Para el entrenamiento de gestores deberán agendarse cinco sesiones, cada sesión de 8 horas, con opción de reducción de tiempos según algunas características del grupo a capacitar (definidas en manual del gestor principal). Para la capacitación de proveedores de servicios de salud, deberán agendarse como mínimo cinco sesiones, cada sesión de 8 horas.
8. El manual de entrenamiento a proveedores incluye algunas modalidades de entrenamiento sugeridas así: Despliegue del entrenamiento durante 5-6 días para la capacitación en los 10 módulos de manera continua; entrenamiento segmentado durante 3 semanas (3 módulos por semana) de acuerdo con las disponibilidades de tiempo de los gestores y los proveedores de salud.
9. Como entrenador es importante revisar nuevamente los manuales, la ruta pedagógica y preparar y tener disponible los materiales requeridos, según el tipo de entrenamiento a realizar; y, enviar los materiales que se requieran de acuerdo con el tipo de entrenamiento, a las personas que participarán en la formación.
10. Alistar los formatos para la toma de asistencia a las sesiones, así como los formatos para los procesos de evaluación que son el insumo indispensable para realizar el seguimiento y monitoreo de las réplicas y fundamentar la toma de decisiones respecto de la certificación, pues se debe garantizar que las personas que se certifiquen cumplan con la asistencia y el desempeño esperado en sus evaluaciones. Estos formatos deben ser los establecidos para tal fin, y serán enviados por el MSPS como respuesta al correo de solicitud de la réplica.

Segunda fase – Desarrollo del Entrenamiento:

Con el entrenamiento se espera lograr:

Que los Gestores:	Que los proveedores de servicios de salud:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprendan la GI-mhGAP 2.0 y su integración con el cuidado general de la salud. ➤ Comprendan y utilicen los principios de aprendizaje basados en competencias en que se basa el entrenamiento de la GI. ➤ Comprendan los principios de implementación necesarios para el despliegue de la herramienta en el territorio. ➤ Desarrollen capacidades para preparar procesos de capacitación en la GI-mhGAP 2.0 y evaluar el impacto de los mismos. ➤ Generen adecuadas habilidades de evaluación y retroalimentación en el marco del entrenamiento y supervisión de la estrategia. ➤ Organicen y desarrollen sesiones de supervisión con base en necesidades y recursos propios del territorio en que se encuentran. ➤ Promuevan el uso y capacitación en la GI-mhGAP 2.0. ➤ Reporten la información de los procesos formativos requerida para realizar el seguimiento y monitoreo del proceso de implementación de la GI-mhGAP 2.0 en el territorio nacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollen una actitud de respeto y trato digno a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (MNS), aportando a la reducción del estigma y autoestigma asociado con este tipo de padecimientos. ➤ Reconozcan las manifestaciones comunes de los trastornos MNS priorizados. ➤ Desarrollen y usen adecuadas estrategias de comunicación en la interacción con personas con condiciones MNS. ➤ Desarrollen adecuadas habilidades para la evaluación, diagnóstico, tratamiento (incluido manejo psicofarmacológico por profesionales de la medicina) y seguimiento de los principales trastornos MNS. ➤ Desarrollen habilidades en la evaluación y manejo de condiciones físicas en personas con trastornos MNS. ➤ Desarrollen habilidades en la evaluación y en el manejo de urgencias relacionadas con los principales trastornos MNS. ➤ Desarrollen habilidades para definir la necesidad de evaluaciones por especialistas en salud mental o neurología del componente complementario de atención. ➤ Aperturen de agendas específicas para el abordaje de la salud mental.

Fuente: Construcción propia Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental

Los entrenamientos a prestadores de servicios de salud, siguiendo los manuales, deberán incluir los 10 módulos preestablecidos: un módulo de introducción de la estrategia para la reducción de brechas en salud mental y su Guía de intervención (GI-mhGAP), el módulo de prácticas esenciales en salud (ECP) y los ocho (8) módulos correspondientes a los trastornos MNS priorizados por la OPS/OMS: depresión, psicosis (incluye episodios psicóticos asociados a esquizofrenia, delirium y trastorno afectivo bipolar), epilepsia, trastornos mentales y conductuales de infantes y adolescentes (incluye trastornos del desarrollo –déficit cognitivo y trastornos del espectro autista–, conductuales –trastorno disocial y THDA– y emocionales en población infantil y adolescente), demencias, trastornos por uso de sustancias psicoactivas (legales –incluido alcohol– e ilegales), autolesión/suicidio y Otras quejas o padecimientos importantes en salud mental.

No obstante, se aceptará cierta flexibilidad en la manera en que se llevará a cabo el entrenamiento, dependiendo de las necesidades territoriales y disposiciones presupuestales. En este sentido, desde el nivel central se han priorizado los módulos de depresión, epilepsia, trastornos por uso de sustancias, autolesión/suicidio y trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes, además del módulo de prácticas esenciales en salud.

Los gestores – en conjunto con la autoridad sanitaria local– podrán definir entrenamientos más cortos mediante la priorización de módulos específicos en la modalidad presencial, teniendo en cuenta que el módulo de prácticas esenciales siempre debe hacer parte de los módulos priorizados, con el compromiso de generar mecanismos para que los proveedores continúen con el entrenamiento “mediante estrategias de autoaprendizaje o educación virtual”. Siempre

respetando las recomendaciones del tiempo del entrenamiento establecidos en el manual de capacitación para cada uno de los módulos.

En el desarrollo de las sesiones de entrenamiento en la GI-mhGAP, es importante:

1. Seguir los manuales y la ruta pedagógica, según el tipo de entrenamiento.
2. El primer día, definir un punto de inscripción y realizar el registro de las personas participantes de acuerdo con los formatos virtuales definidos por el MSPS.
3. Realizar la aplicación pretest de la prueba de conocimiento actitudes y prácticas antes de iniciar el entrenamiento utilizando el formato virtual definido por el MSPS.
4. Llevar listados de asistencia a cada una de las jornadas de entrenamiento.
5. Seguir la agenda propuesta y respetar los horarios de descanso y alimentación.
6. Realizar la evaluación de cada uno de los módulos de acuerdo con el formato virtual definido por el MSPS.
7. Realizar la aplicación postest de la prueba de conocimiento actitudes y prácticas al finalizar el entrenamiento utilizando el formato virtual definido por el MSPS.
8. Realizar cierre y concertar las acciones para la supervisión y el seguimiento del entrenamiento.

Línea cuatro: La Supervisión u operativización de mhGAP en el contexto del Sistema de Salud en los territorios, por parte de Proveedores de Servicios de Salud (PSS).

La supervisión –al menos para el ámbito que aquí nos atañe– es una estrategia pedagógica orientada al fortalecimiento de competencias (Saber, Ser, saber hacer en contexto) de un profesional capacitado en la GI-mhGAP en la implementación de Guía en su desempeño clínico cotidiano. Es un espacio en el que un profesional en entrenamiento para la implementación de la Guía tiene la oportunidad de exponer dificultades presentadas en su desempeño (e incluso personal) durante la implementación de la GI-mhGAP ante un profesional especialista en la materia (gestor de gestores). Así mismo, es el espacio donde los proveedores de servicios de salud tendrán la oportunidad de continuar recibiendo apoyo especializado, administrativo y programático para implementación de la GI-mhGAP.

Los objetivos de la supervisión vienen definidos por el mismo programa de entrenamiento así:

- Clínicos: Garantizar la fidelidad con la GI-mhGAP y mejorar las habilidades de los supervisados.
- Administrativos: Garantizar que la documentación, los registros y los procesos sean adecuados.
- Identificar futuros entrenadores para asegurar la sostenibilidad del programa en el territorio.
- Desarrollo personal y apoyo: Garantizar que se mantengan estrategias de autocuidado, así como la motivación en la atención, facilitando la reducción del estrés y el agotamiento (Burnout).

Esta línea busca fortalecer las competencias (saber, ser, saber hacer en contexto) de un profesional gestor entrenado en la GI-mhGAP para la implementación de la Guía en su desempeño clínico cotidiano. Esta línea de acción está vinculada al entrenamiento en mhGAP. Busca fortalecer las competencias (saber, ser, saber hacer en contexto) de un profesional entrenado (formado) en los recursos del programa mhGAP, pero ya en su desempeño clínico cotidiano, es decir que, esta línea de acción se desarrolla en el marco de la prestación de los servicios de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud.

Se trata de un elemento indispensable para la adecuada implementación de la GI-mhGAP. Los procesos de capacitación aislados no son suficientes para transformar la práctica profesional en el diagnóstico, manejo y seguimiento de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada, la supervisión posterior es indispensable. La supervisión idónea es un componente imprescindible y esencial del entrenamiento e implementación de la GI-mhGAP en los territorios.

Para lograrlo, es fundamental que cada asegurador y prestador de servicios de salud cuente con por lo menos una dupla de gestores, la cual debe estar compuesta por un profesional en psicología clínica o psicoterapia, o un profesional en enfermería con posgrado en salud mental y un psiquiatra, con el fin de tener capacidad instalada y dar respuesta asertiva al seguimiento a la implementación del programa mhGAP.

Las acciones pedagógicas para el fortalecimiento de competencias (Saber, Ser, saber hacer) de los profesionales capacitados en la GI-mhGAP pueden ser realizadas mediante la Telesalud, y sus diferentes categorías.

El programa estandariza algunas modalidades de supervisión mediante estrategias de observación directa (el PSS es observado por un capacitador experimentado mientras despliega las estrategias aprendidas en el entrenamiento) e indirecta (i.e. mediante grabaciones de las sesiones de atención del PSS) y presentación de

casos y discusiones (el supervisado trae a la sesión elementos clave de casos en los que considera necesita particular apoyo o sobre aspectos de índole personal que el trabajo psicosocial ha generado en su persona).

Existen múltiples estrategias de supervisión (revisadas a profundidad en los entrenamientos a capacitadores de PSS), sin embargo, donde se disponga de recursos, se debe fomentar modelos de supervisión que permitan la observación directa. En entornos con escasos recursos, se pueden brindar supervisión de casos en reuniones por medios virtuales o supervisión de pares, por ejemplo, a través de las teleclínicas.

Con base en otros manuales para el desarrollo de capacidades en estrategias de atención psicosocial del programa mhGAP de la OMS, los gestores principales del MSPS ha definido un mínimo de doce (12) horas de supervisión por cada PSS durante los primeros tres (3) meses tras la capacitación en la GI- mhGAP. Esta supervisión podrá ser implementada en modalidades grupales o individuales según la pertinencia, necesidad y disponibilidad de recursos. Cuando sea necesario implementarla en grupos, estos no deberán superar las seis (6) personas participantes (7 contando a la persona que realiza la supervisión).

Posterior al desarrollo del entrenamiento, es importante:

1. Enviar al MSPS los soportes del proceso de entrenamiento, a través del diligenciamiento del cuestionario virtual de formadores mhGAP.
2. Gestionar y entregar la certificación a las personas participantes en el proceso de implementación, de acuerdo con los resultados obtenidos en los procesos de evaluación, la cual debe evidenciar un aumento en la medida de conocimientos, actitudes y prácticas al contrastar el pretest con el postest, y asistencia. En ambos casos los resultados no deben ser inferiores al 80%.
3. Programar con el grupo de entrenados la modalidad, cantidad de horas y fechas de supervisión por parte de experto temático encargado de este ejercicio.
4. Aperturar a los entrenados, agendas que tengan el objetivo específico de abordaje para salud mental. Los casos que allí se aborden, serán insumo para las sesiones periódicas de seguimiento.
5. Una vez a la semana por lo menos durante tres meses y por espacio de mínimo una hora, con algunos de los casos captados en las consultas de los formados, se realizará una presentación del caso y el abordaje realizado a este. Las duplas de formadores revisarán el caso y darán su concepto técnico sobre el cual el formado podrá direccionar o seguir el abordaje del caso.

Utilizar los formatos de seguimiento al entrenamiento en la GI-mhGAP, y consolidar esta información en el formulario virtual definido por el MSPS, el cual será enviado a través de correo electrónico. Estos instrumentos de seguimiento deben ser diligenciados por el prestador y el asegurador con supervisión de la entidad territorial. El asegurador debe garantizar que en el marco de la atención primaria en salud su personal en el primer nivel de atención esté capacitado y se le dispongan agendas específicas para atenciones en salud mental. El prestador de segundo nivel de atención debe contar con por lo menos una dupla de gestor de gestores con disponibilidad de agenda para el seguimiento del programa mhGAP. Este seguimiento puede realizarse a través de las tecnologías de la información y comunicación, por ejemplo, teles clínicas. La entidad territorial de orden departamental debe garantizar el seguimiento a la implementación del programa mhGAP en los municipios de su jurisdicción.

En este contexto, se espera que se pueda definir que pacientes pueden ser manejados por los formados en mhGAP, lo cual podría aportar positivamente a la reducción de tiempos de espera y abordaje oportuno. El MSPS realizará acompañamiento indirecto al proceso, dado que su misionalidad no contempla competencia clínica ni de atención.

De todo el proceso de implementación del programa mhGAP, el prestador, asegurador y entidad territorial, deberán realizar un informe que incluya todos los soportes que den cuenta de la implementación del programa. Este informe debe ser enviado al MSPS al correo mhGAP@minsalud.gov.co, para su revisión.

Una vez recibido por el MSPS el informe del proceso de implementación del programa mhGAP (incluye el informe de seguimiento, pre test y pos test, listados de asistencia, entre otros), este es revisado por el MSPS quien enviará la decisión si se certifica o no. El MSPS expedirá una constancia de participación en el proceso. La certificación debe ir firmada, después de este aval, por la institución que gestionó inicialmente la formación, por ejemplo, secretarías de salud, EAPB, instituciones educativas y obligatoriamente por la dupla de formadores que deben hacer parte de los listados con los que cuenta el Ministerio. El certificado se emitirá de acuerdo a los módulos y número de horas de la formación.

Línea cinco: Operativización del programa mhGAP: para ello es necesario establecer:

- Establecimientos, comunidades o zonas geográficas identificados para la implementación del mhGAP.
- Mecanismo para apoyar a los establecimientos con la infraestructura, el equipo o el apoyo necesarios para prestar los servicios del mhGAP.

- Recursos humanos en quienes se requiere fortalecer la capacidad y descripciones claras de sus funciones en la implementación del mhGAP en el distrito (por ejemplo, para el suministro de medicamentos psicotrópicos, farmacéuticos y proveedores de atención de salud capacitados en prescribir).
- Mecanismo para la recopilación, al análisis y la difusión de información sobre los servicios prestados.
- Actividades para concientizar acerca de los servicios disponibles en la comunidad.
- Actividades colaborativas con todos los agentes comunitarios pertinentes en la planificación, la preparación y la prestación de servicios dentro del mhGAP.

Para el seguimiento y evaluación de la implementación de la estrategia es necesario ver en el anexo 1 la definición de indicadores de monitoreo y mecanismos para su recogida (qué, quién, cuándo y dónde).

Formación continua:

El asegurador, prestador y la entidad territorial deben propender por que el talento humano en salud que esté relacionado el abordaje de la salud mental, esté entrenado en primeros auxilios psicológicos o emocionales, enfrentando problemas plus, terapia interpersonal, protección y promoción de los derechos humanos en la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, entendiendo y actuando contra el estigma en salud mental en contextos de salud, supervisión clínica en intervenciones de salud mental, mejorando la salud mental de niños, niñas y adolescentes en atención primaria, entre otros cursos.

Este Ministerio ha identificado ofertas de educación continuada, la cual es gratuita, de autoaprendizaje y contiene los elementos técnicos que permiten el fortalecimiento de capacidades en el talento humano para el abordaje integral que se requiere en salud mental.

Estas acciones de formación continua pueden ser realizadas en el marco del proceso de desarrollo de la Telesalud en Colombia contemplada en la Ley 1419 de 2010 (36).

Esta oferta puede ser consultada en:

1. El campus virtual de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, así:
 - ✓ Mejorando la salud mental de niños, niñas y adolescentes en atención primaria, en el enlace <https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/mejorando-salud-mentel-ninos>

- ✓ Protección y promoción de los derechos humanos en la respuesta en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/proteccion-y-promocion-de-los-derechos-humanos-en-la-respuesta-en-salud-mental-y-apoyo>
 - ✓ Supervisión Clínica en Intervenciones de Salud Mental en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-de-autoaprendizaje-supervision-clinica-en-intervenciones-de-salud-mental>
 - ✓ Entendiendo y actuando contra el estigma en salud mental en contextos de salud en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/entendiendo-y-actuando-contr-el-estigma-en-salud-mental-en-contextos-de-salud-2022>
 - ✓ iSupport: Capacitación sobre aptitudes y conocimientos para quienes cuidan de personas con demencia en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/isupport-capacitacion-sobre-aptitudes-y-conocimientos-para-quienes-cuidan-de-personas-con>
 - ✓ Autocuidado para personal en primera línea de respuesta en emergencias en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/autocuidado-para-personal-en-primera-linea-de-respuesta-en-situaciones-de-emergencia-en>
 - ✓ Curso Virtual - mhGAP Humanitario - COVID-19 en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-mhGAP-humanitario-2020>
 - ✓ Primera ayuda psicológica (PAP) en el manejo de emergencias (COVID-19) en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/primera-ayuda-psicologica-pap-en-el-manejo-de-emergencias-2020>
 - ✓ Prevención de la autolesión y el suicidio: empoderamiento de los profesionales de atención primaria de salud en el enlace <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/prevencion-de-la-autolesion-y-el-suicidio-empoderamiento-de-los-profesionales-de-atencion>
 - ✓ Integración de la telesalud en el primer nivel de atención con la aplicación de modelos de simulación. <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-para-la-integracion-de-la-telesalud-en-el-primer-nivel-de-atencion-con-la>
2. La Organización Mundial de la Salud, así:
- ✓ Capacitación electrónica sobre salud mental sobre QualityRights de la OMS. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training>
3. La plataforma educativa del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA (enlace <https://www.sena-virtual.co/curso-sobre-salud-mental-sena/>).

Desde el grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles, se tiene la oferta a través de las tecnologías de información y comunicación en Primeros Auxilios Psicológicos, intervención en crisis

y teleorientación. Para coordinar lo respectivo a la oferta de estos cursos ofertados desde esta entidad, debe comunicarse al correo electrónico correo@minsalud.gov.co.

Así mismo, en el marco de las competencias del sector educativo, las diferentes universidades en sus campus virtuales disponen de cursos y material didáctico al respecto. Adicionalmente, las entidades territoriales de orden municipal y departamental como autoridades sanitarias también ofertan cursos de formación a los que puede acceder a través de las páginas web de estas entidades.

SECCIÓN IV: SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo es un proceso continuo de revisión de la implementación del programa mhGAP a través de indicadores estratégicos priorizados. Su objetivo fundamental es constituir una fuente crítica de información sobre el desempeño de cada uno de los actores que desarrollan actividades para la implementación del programa.

Evaluar representa una forma objetiva de aprendizaje y mejora de la eficiencia y efectividad de un programa (37). La evaluación aporta al mejoramiento del proceso, puesto que eliminan sesgos de apreciaciones subjetivas, dando cuenta así de la efectividad de las intervenciones en función de sus objetivos (38). La evaluación permite determinar el grado de avance en los objetivos propuestos por el programa y la capacidad para optimizar los recursos financieros disponibles.

El monitoreo y la evaluación del programa mhGAP, pueden suministrar información acerca de las áreas que es preciso ajustar, los puntos específicos para mejorar la prestación de los servicios, planificar, asignar recursos y brindar insumos para la actualización del ASIS, entre otros.

Los responsables del reporte de la información enviarán un informe consolidado por cada acción estratégica priorizada, el avance en el cumplimiento de las actividades de gestión y su resultado, la discriminación de los indicadores de cumplimiento y los soportes de los medios de verificación, con periodicidad semestral.

El esquema de medición del desempeño de la gestión integral se realizará a través del análisis de tres componentes:

Gestión institucional: mide el cumplimiento en la participación en el proceso de planeación y disponibilidad del plan operativo de acción.

Eficacia técnica y operativa: mide el cumplimiento de los indicadores y resulta de calcular el promedio simple del porcentaje de cumplimiento de las metas

programadas en cada una de acciones estratégicas priorizadas. Los resultados del cumplimiento oscilarán de 0% a 100%, y se valorarán de acuerdo con los siguientes rangos de interpretación y semaforización que facilitarán la visualización de los resultados alcanzados: i) alto $\geq 80\% \leq 100\%$, ii) medio: $\geq 60\% < 80\%$ y iii) bajo $\geq 0\% < 60\%$.

Eficacia financiera: mide el cumplimiento en la programación de los recursos financieros frente a la ejecución. La medición de la eficacia financiera resulta del promedio simple del cumplimiento en la programación de los recursos financieros frente a la ejecución presupuestal asignada. Los resultados del cumplimiento oscilarán de 0% a 100%, y se valorarán de acuerdo con los siguientes rangos de interpretación y semaforización que facilitarán la visualización de los resultados alcanzados: i) alto $\geq 80\% \leq 100\%$, ii) medio: $\geq 60\% < 80\%$ y iii) bajo $\geq 0\% < 60\%$.

Momentos de la medición: el esquema para realizar el monitoreo de la gestión integral en salud define dos momentos para su medición:

1. Monitoreo semestral a los tres componentes.
2. Evaluación anual del avance de los indicadores.

El monitoreo semestral proporciona información clave y oportuna para orientar decisiones de forma temprana, facilitar la incidencia política y técnica (abogacía) y movilizar esfuerzos en el cumplimiento de los objetivos. La evaluación anual establece la eficacia técnica y financiera, así como los efectos que las intervenciones tienen sobre la población y calidad de vida sobre los objetivos alcanzados. Finalmente, se establecerá un índice de desempeño de la gestión, que corresponderá al promedio de los tres componentes (gestión institucional, eficacia operativa y técnica y eficacia financiera). Los resultados del cumplimiento oscilarán de 0% a 100%, y se valorarán de acuerdo con los siguientes rangos de interpretación y semaforización que facilitarán la visualización de los resultados alcanzados: i) alto $\geq 80\% \leq 100\%$, ii) medio: $\geq 60\% < 80\%$ y iii) bajo $\geq 0\% < 60\%$.

Las EAPB y Prestadores de Servicios de Salud, deben reportar la información de su competencia a las entidades territoriales, las cuáles consolidan el reporte y suman los indicadores de su competencia y remiten la información al MSPS. Los indicadores de reporte obligatorio respecto al monitoreo y evaluación del programa mhGAP se relacionan en la tabla 2.

Tabla 2 Indicadores del sistema de monitoreo y evaluación

Indicador	Descripción del indicador	Medios de verificación	Frecuencia	Componente del SME
Porcentaje de centros de atención primaria con personal capacitado en mhGAP en la entidad territorial.	Numerador: número de centros de salud de atención primaria que reportan contar con al menos 1 profesional contratado capacitado en mhGAP.	Reporte de los prestadores de servicios de salud a la entidad territorial departamental y la entidad territorial reporta al MSPS.	Semestral	Eficacia técnica y operativa

	Denominador: número de centros de salud de atención primaria en el departamento X por 100.			
Porcentaje de profesionales capacitados en mhGAP	Numerador: Número de profesionales de APS capacitados en MHGAP Denominador: Total de profesionales de APS en el departamento X (por 100).	Reporte de los prestadores de servicios de salud a la entidad territorial departamental y la entidad territorial reporta al MSPS.	Semestral	Eficacia técnica y operativa
Porcentaje de profesionales formados en mhGAP que contaron con supervisión clínica	Numerador: Número de profesionales de APS capacitados en mhGAP que contaron con supervisión clínica Denominador: Total de profesionales de APS formados en mhGAP en el departamento X (por 100).	Reporte de los prestadores de servicios de salud a la entidad territorial departamental y la entidad territorial reporta al MSPS.	Semestral	Eficacia técnica y operativa
Porcentaje de consultas cuya finalidad sea salud mental, realizadas por profesionales de la APS formados en mhGAP	Numerador: Número de consultas cuya finalidad sea salud mental realizadas por profesionales de APS capacitados en mhGAP. Denominador: Total de consultas realizadas en el prestador de servicios por profesionales de la APS (por 100).	Reporte de los prestadores de servicios de salud a la entidad territorial departamental y la entidad territorial reporta al MSPS.	Semestral	Eficacia técnica y operativa
Porcentaje de EAPB que participan en la implementación y seguimiento del programa mhGAP.	Numerador: Número de EAPB que participan en la implementación y seguimiento del programa mhGAP. Denominador: Total de EAPB presentes en el territorio (por 100).	Reporta la entidad territorial al MSPS	Semestral	Gestión Institucional
Porcentaje de prestadores de APS que participan en la implementación y seguimiento del programa mhGAP.	Numerador: Número de prestadores de APS que participan en la implementación y seguimiento del programa mhGAP. Denominador: Total de prestadores de APS presentes en el territorio (por 100).	Reporta la entidad territorial al MSPS	Semestral	Gestión Institucional
Porcentaje recursos asignados para la implementación y seguimiento del programa mhGAP	Numerador: Recursos asignados para la implementación y seguimiento del programa mhGAP en la entidad territorial. Denominador: Total de recursos asignados para salud en la entidad territorial (por 100).	Reporta la entidad territorial al MSPS	Semestral	Eficacia financiera
Porcentaje recursos ejecutados para la implementación y seguimiento del programa mhGAP	Numerador: Recursos ejecutados para la implementación y seguimiento del programa mhGAP en la entidad territorial. Denominador: Total de recursos asignados para la implementación y seguimiento del programa mhGAP (por 100).	Reporte la entidad territorial al MSPS	Semestral	Eficacia financiera

Fuente: adaptación de los autores según SME mhGAP

Adicionalmente, se debe enviar en formato excel, la base de datos de formados, con los siguientes datos:

- Dirección de correo electrónico
- Puntuación PRE TEST
- Puntuación POST TEST
- Número de cédula

- Primer Nombre
- Segundo Nombre
- Primer Apellido
- Segundo Apellido
- Profesión

Nota: Los profesionales en psicología o enfermería con posgrado en salud mental deben adjuntar el acta de grado y diploma. Los profesionales en psicología o enfermería sin formación posgradual en salud mental deben adjuntar certificación de experiencia relacionada con el abordaje clínico en salud mental, la cual debe ser de mínimo cinco (5) años. Esta certificación debe cumplir con los requisitos de las certificaciones laborales exigidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil.

SECCION IV: GESTION DEL CONOCIMIENTO

Dentro de las actividades y procesos para fortalecer el intercambio de información y experticia, se han definido los siguientes componentes:

- Boletines: Se publicarán boletines informativos.
- Artículos científicos de interés: Se publican artículos científicos del orden nacional e internacional relacionados.
- Resúmenes
- Infografías
- Seminarios y conferencias (sesiones de educación continua, organizadas por las instituciones involucradas)
- Cursos y presentaciones en común acuerdo con la academia y a través de los cuales se promuevan estudios relevantes para las áreas de interés.
- Noticias publicadas relacionadas con la temática.
- Enlaces de interés
- Redes de conocimiento

SECCION V: ANEXOS

- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>.

- Manual Operativo de mgGAP:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52328/9789275322550_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Manuales de entrenamiento para el despliegue en campo de la GI-mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Estos manuales están disponibles únicamente para entrenadores en GI-mhGAP versión 2.0.
- Material didáctico y presentación para el entrenamiento. Estos materiales están disponibles únicamente para entrenadores en GI-mhGAP versión 2.0.
- Sistema de evaluación y seguimiento de la implementación de la GI-mhGAP en territorios. Disponible por solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social MSPS y la Organización Panamericana de la Salud en Colombia.
- Formatos de asistencia, pre test, pos test, seguimiento, análisis de implementación, entre otros. Los formatos serán enviados desde el MSPS una vez se realice la concertación entre MSPS y prestador, asegurador y entidad territorial, para la implementación del programa mhGAP.

Lista de psicofármacos esenciales disponibles para implementación mhGAP en Colombia

Al realizar la comparación y alineamiento entre el listado de medicamentos del país, la guía de intervención GI-mhGAP y el documento de Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en atención primaria de salud de OMS. En la tabla 3 se listan los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud.

Tabla 3 Medicamentos incorporados en la actualización del Plan de Beneficios en Salud (Resolución 2808 de 2022)

Categoría	Medicamento	Posible uso
Antidepresivo	AGOMELATINA	Depresión
Ansiolítico	Alprazolam	Ansiedad
Antipsicótico	Aripiprazol	Esquizofrenia y trastorno bipolar (tabletas de 15 mg). Para trastornos comportamentales en autismo y déficit cognitivo en niños y adolescentes
Antipsicótico	Amisulpirida	Distimia y esquizofrenia
Antipsicótico	Amitriptilina + trifluoperazina	Depresión
Antidepresivo	Bupropión	Depresión, TDAH (tercera línea), cesación de tabaco. Tabletas de 150 y 300 mg
Ansiolítico	Buspirona	Ansiedad, depresión
Modulador	Carbamazepina	Epilepsia, trastorno bipolar
Categoría	Medicamento	Posible uso
Neuroprotector	Citicolina	Trastorno neurocognitivo leve
Ansiolítico	Clobazam	Sedante, hipnótico, eplipsia
Antidepresivo	Clomipramina	Depresión
Ansiolítico	Clonazepam	Ansiedad

Antihipertensivo	Clonidina clorhidrato	Trastorno de conducta, síntomas comportamentales en autismo
Antipsicótico	Clozapina	Trastorno Bipolar, esquizofrenia
Ansiolítico	Diazepam	Epilepsia, emergencia comportamental
Antidepresivo	Desvenlafaxina	Depresión (tableta de 50 mg)
Ansiolítico	Doxepina	Depresión, ansiedad
Antidepresivo	Duloxetina	Ansiedad, depresión, dolor crónico. Ansiedad en adolescentes por FDA pero no por el INVIMA
Hipnótico	Eszopiclona	Inductor de sueño
Antidepresivo	Escitalopram	Depresión (tabletas de 10 y 20 mg)
Ansiolítico	Etifoxina	Ansiolítico
Antidepresivo	Fluvoxamina	Depresión (tabletas de 100 mg)
Anticonvulsivante	Fenobarbital	Epilepsia
Antipsicótico	Haloperidol	Psicosis, emergencia comportamental.
Anticonvulsivante	Lamotrigina	Epilepsia, Trastorno Bipolar II
Anticonvulsivante	Levetiracetam	Epilepsia
Antipsicótico	Levomepromazina	Esquizofrenia
Modulador	Carbonato de Litio	Trastorno Bipolar
Ansiolítico	Lorazepam	Ansiedad, emergencia comportamental
Hipnótico	Melatonina	Insomnio
Sustitución	Metadona clorhidrato	Sustitución opioides
Antidemencial	Memantina	Demencia GDS 4, 5 y 6
Estimulante	Metilfenidato	TDAH, depresión refractaria (tabletas 10 mg)
Ansiolítico	Midazolam	Emergencia comportamental (ampolla 5 mg/ml y 15 mg/ml)
Antidepresivo	Mirtazapina	Depresión (tabletas de 15 y 30 mg)
	Nicotina	Cesación de tabaquismo
Antipsicótico	Olanzapina	Esquizofrenia (tabletas de 10 y 5 mg), Trastorno Bipolar (tabletas de 10 y 5 mg), emergencia comportamental (intramuscular en ampollas de 10 mg)
Antipsicótico	Risperidona	Esquizofrenia y trastorno bipolar (tabletas de 1, 2,3 mg y solución 1 mg/ml, de depósito ampolla 25 y 37,5 mg). Para trastornos comportamentales en autismo y déficit cognitivo en niños y adolescentes (Con excepción de la risperidona de depósito)
Antipsicótico	Paliperidona	Esquizofrenia y trastorno bipolar (tabletas de 6 mg) y de depósito ampolla 75, 100 y 150 mg
Anticonvulsivante	Oxcarbazepina	Epilepsia
Ansiolítico	Pregabalina	Ansiedad, dolor crónico
Antipsicótico	Quetiapina	Ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia
Antidepresivo	Sertralina	Depresión (Tabletas de 25 y 50 mg)
Antipsicótico	Sulpirida	Esquizofrenia
Antidepresivo	Trazodona clorhidrato	Insomnio, depresión
Antidepresivo	Venlafaxina	Depresión, ansiedad (tabletas de 37,5, 75 y 150 mg)
Antidepresivo	Vortioxetina	Depresión
Hipnótico	Zolpidem	Inductor de sueño
Hipnótico	Zopiclona	Inductor de sueño

Fuente: Elaboración de los autores

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013 Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>).
3. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre salud Mental. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>.
4. Arora T, Grey I, Östlundh L, Lam KBH, Omar OM, Arnone D. The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. J Health Psychol. 2022 Mar;27(4):805-824. doi: 10.1177/1359105320966639. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33118376. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33118376/>
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
6. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental 2015, tomo I. Bogotá 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GC/FI/guia-ross-salud-mental.pdf>
7. Instituto Nacional de Medicina Legal. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015 Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. 2015. Disponible en <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>
8. Ministerio de Justicia. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2019. Disponible en <https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Documents/Publicaciones/Consumo/Estudios/estudio%20Nacional%20de%20consumo%202019v2.pdf?csf=1&e=iV5lh3>
9. Patel V, GS belga, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Unutzer J. Grandes desafíos: integración de los servicios de salud mental en plataformas prioritarias de atención médica. PLoS Med. 2013; 10 (5): e1001448. doi: 10.1371/journal.pmed.1001448. Disponible en <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001448>
10. Organización Panamericana de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Disponible en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=326:2008-mhGAP-programa-accion-superar-brechas-salud-mental&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>

12. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2808 de 2022. Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202808%20de%202022.pdf
16. Congreso de la República de Colombia. Ley 2294 de 2023. Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=209510>
17. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. Am J Public Health. 2004; 94(11):1864-74. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>
18. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Washington: OPS-OMS; 2005. Disponible en: [https://www.cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion de la APS_1-16 .pdf](https://www.cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/14021/mod_resource/content/0/CPS/modulo1/m1lecturasprincipales/Renovacion_de_la_APS_1-16.pdf)
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 del 2011. Disponible en: https://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
20. Cotonieta-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. JONNPR. 2021;6(2):393-410. DOI: 10.19230/jonnpr.3816. Disponible en <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3816>
21. Organización de las Naciones Unidas. (1996). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/Sp/Professionalinterest/Pages/Ceschr.aspx>.
22. Organização Mundial da Saúde. (1946). Constitución de la OMS; 1946. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
23. Organização Mundial da Saúde. Nota Descriptiva no 323 de la OMS 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
24. Evans T. (2002). A human right to health? Hird World Quarterly, 23(2), 197-215. Disponible en <https://www.jstor.org/stable/3993496>

25. Schrecker T, Chapman AR & Labonté R. (2010). Advancing health equity in the global marketplace: How human rights can help. *Soc Sci Med*, 71(8), 1520-1526. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20822839/>
26. Fox AM. (2009). Health As Freedom: Addressing Social Determinants Of Global Health Inequities Through The Human Right To Development. *Bioethics*, 23(2), 112-122. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19531164/>
27. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Disponible en <https://es.unesco.org/about-us/legal-affairs/declaracion-universal-bioetica-y-derechos-humanos>
28. Araújo R. (2007). La determinación del proceso salud enfermedad en el pensamiento médico social. Vertientes, tendencias fundamentales y perspectivas de desarrollo. Colectivo de Autores. *Lecturas de Filosofía Salud y Sociedad*. Disponible en https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0,5&cluster=18182923100222875003
29. De Infante N, Alvarez L. (1987). Los procesos de trabajo y de salud-enfermedad: una relación dialéctica. *Educ Med Salud.*, 21, 92-105. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-42702>
30. Goffman, E. *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970. Disponible en <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
31. Heatherton, T. F., Kleck, R. E., Hebl, M. R., & Hull, J. G. *The Social Psychology of Stigma*, Nueva York, Guilford Press, 2000. Disponible en <https://psycnet.apa.org/record/2000-05051-000>
32. Link, B, Yang, L, Phelan, J, Collins, P. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 511-541. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15631243/>
33. White, R., & Sashidharan, S. (2014). Towards a more nuanced global mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 204(6), 415-417. doi:10.1192/bjp.bp.113.139204. Disponible en <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/towards-a-more-nuanced-global-mental-health/F68DF9A66AEBA1DAF984A5FF3E525592>
34. Spagnolo J, Champagne F, Leduc N, Melki W, Guesmi I, Bram N, Guisset AL, Piat M, Laporta M, Charfi F. Tailoring a training based on the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide (IG) to Tunisia: process and relevant adaptations. *Glob Ment Health (Camb)*. 2018 May 9;5:e17. doi: 10.1017/gmh.2018.8. PMID: 29868237; PMCID: PMC5981654. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29868237/>
35. Organización Mundial de la Salud (2007). *Cambio de tareas: Redistribución racional de tareas entre los equipos del personal sanitario: recomendaciones y directrices mundiales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; Disponible en línea: <http://www.who.int/iris/handle/10665/43821>.

36. Congreso de la República de Colombia. Ley 1419 del 2010. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40937#:~:text=Objeto.,contemplados%20en%20la%20presente%20ley.>
37. Niremberg, O.; Braverman, J. & Ruiz, V. (2003). Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Buenos Aires: Paidós. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/269166675 Evaluar para la transformación Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales](https://www.researchgate.net/publication/269166675_Evaluar_para_la_transformacion_Innovaciones_en_la_evaluacion_de_programas_y_proyectos_sociales)
38. Lipsey, M. W. & Cordray, D. S. (2000). Evaluation Methods for Social Intervention. Annual Review of Psychology, 51(1):345-75. DOI: 10.1146/annurev.psych.51.1.345. Disponible en <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.51.1.345>