

Informe final del proceso de sistematización y el análisis de la implementación de las redes de salud mental en Viterbo, Aranzazu y Pácora, Caldas.

Presentación y análisis de resultados

Ricardo Andrés Camargo Amezquita



El informe corresponde al análisis de la información obtenida a partir del trabajo de campo realizado en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2017.

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
INTRODUCCIÓN	4
1. CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC	6
2. METODOLOGIA	8
3. RESULTADOS	11
3.1 Resumen del ejercicio GRUPOS FOCALES	11
3.1.1 Aranzazu.....	11
3.1.2 Viterbo:	13
3.2 Diseño. El proceso de planificación	15
3.3 La implementación: el proceso de convocatoria	22
4. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES	25
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO 1 RESULTADOS MATRIZ DE IMPORTANCIA Y GOVERNABILIDAD	31

PRESENTACIÓN

Este informe corresponde a la sistematización y análisis del proceso de implementación de las redes de salud mental en los municipios de Viterbo, Aranzazu y Pácora, Caldas.

Es el resultado de la aplicación de la Metodología para la sistematización y análisis de la estrategia “conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del plan de salud pública de intervenciones colectivas – PIC.

Toma como base el documento Ayuda de memoria: Proceso de sistematización y análisis de la estrategia de fortalecimiento de Redes Sociales y Comunitarias en el marco del PIC (RSCPIC). Redes de Salud Mental, Viterbo, Aranzazu y Pácora, Caldas.

Asimismo, el documento Informe de trabajo de campo y análisis preliminares.

Como informe final, engloba e integra los resultados expuestos en los documentos anteriores y presenta recomendaciones para el fortalecimiento de la estrategia de Redes Sociales y Comunitarias en el marco del PIC.

OBJETIVO GENERAL

Realizar la sistematización y el análisis del proceso de conformación de redes de salud mental en los municipios de Viterbo, Aranzazu y Pácora, departamento de Caldas, que permita identificar lecciones aprendidas y oportunidades de mejora en su implementación, en pro de su fortalecimiento y expansión a otros municipios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el proceso de conformación de redes de salud mental en tres municipios del departamento de Caldas, en el contexto de la estrategia de fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (RSCPIC).
2. Identificar y describir los hitos significativos del proceso de implementación de las redes de salud mental en Viterbo, Aranzazu y Pácora.
3. Analizar la manera como la comunidad beneficiaria se ha apropiado de la estrategia RSCPIC, y particularmente de los contenidos desarrollados según los recursos metodológicos y pedagógicos empleados en cada fase del proceso.

4. Determinar el tipo de capacidades aprendidas por los integrantes de las redes de salud mental.
5. Identificar y describir el proceso de aprendizaje y de mejoramiento de la capacidad institucional en torno a la estrategia RSCPIC.
6. Elaborar sugerencias y recomendaciones específicas que se requieren implementar para asegurar la sostenibilidad de la estrategia RSCPIC y en particular, de las redes de salud mental en el departamento de Caldas. Y en general, que se cumplan los objetivos de esta estrategia de manera más eficaz y eficiente.

INTRODUCCIÓN

La estrategia de fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) -RSCPIC- es una apuesta por generar desarrollo social y capital humano de manera concertada y cooperativa. La razón es que la salud afecta tanto la calidad de vida de la comunidad como el desarrollo social y humano la salud.

Lo anterior implica, además, reconocer la responsabilidad que tiene la comunidad frente a su bienestar; cualquier apuesta por mejorar sus condiciones de vida supone su participación activa en aquello que pueda afectar su bienestar y en este caso en particular, su propia salud. En tanto que la comunidad se hace responsable de su bienestar, tanto individual como colectivo, también lo es de su salud.

En el ámbito de la salud pública esto significa que la salud es vista como parte de los procesos de desarrollo de la comunidad; más allá de un enfoque biomédico, institucionalizado y de difícil acceso (Rodríguez, M. 2009, p2) se propone un enfoque integral que desde el primer nivel de atención, reconoce el papel de la comunidad como responsable de su propia salud.

En este contexto, la estrategia de redes se posiciona como una alternativa para que la oferta de los servicios de salud no sea segmentada o fragmentada. Y la razón es que la gestión de la salud a través del modelo de redes, facilita que la atención primaria en salud este orientada hacia las personas como a sus familias y comunidades. El manejo de la salud mediante la estrategia de atención primaria y su gestión a través de redes, responde incluso a las funciones esenciales en materia de salud pública.

Como lo señala Rodríguez, M., Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud – EPS, las administradoras de riesgos profesionales – ARP, los prestadores de servicios de salud – IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros

sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional. (Rodríguez, M. 2009, p4)

A la hora de pensar en procesos como la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública; es indispensable hacerlo sobre la premisa que la gestión en red es un mecanismo apropiado para orientar la acción de los actores del sector salud hacia la generación conjunta de recursos y metas compartidas.

En la medida en que la salud no es responsabilidad única de diversos actores institucionales, sino que lo es esencialmente de la comunidad, lo que se asume con ello es que los recursos que requiere el sistema no están concentrados únicamente en los agentes institucionales. La comunidad y sus organizaciones también son portadoras de recursos necesarios para la gestión integral de las prioridades nacionales en salud:

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

De hecho, tal y como lo señala Rodríguez

Para la línea de política No.1: Promoción de la salud y la calidad de vida, en el literal (d) contempla la formación de redes de salud mental conformadas por actores institucionales, comunitarios y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria. (Rodríguez, M. 2009, p5)

Asimismo, para la prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, se plantea promover la conformación de redes comunitarias en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezcan el tratamiento integral en salud mental, la participación de la familia y los grupos de autoayuda (Rodríguez, M. 2009, p5).

Con respecto a esto último cabe subrayar incluso que la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en Atención Primaria en Salud (APS), en las entidades territoriales; implica la activación de redes socio-institucionales y comunitarias en tanto que el intercambio de conocimientos, experiencias y recursos, constituye la vía para definir y alcanzar objetivos comunes frente a situaciones que afectan al conjunto de actores involucrados en este tipo de procesos.

La integración entre redes socio-institucionales y las redes comunitarias, por ejemplo, representa así una oportunidad para potencializar los recursos existentes racionalizando su uso mediante el diseño y la prestación de los servicios en salud mental, sobre la base de la complementariedad y no sobre la yuxtaposición de funciones y competencias entre los actores del sistema.

El trabajo en red en el contexto de los procesos de salud mental, facilita de esta manera tanto la complementariedad como la no duplicidad de las funciones y los recursos necesarios para generar nuevos procesos comunitarios teniendo en cuenta que “hasta el 80% de las necesidades en salud mental podría cubrirse dentro de una comunidad donde se concrete un proceso integral de salud” (Rodríguez, M. 2009, p9).

1. CONTEXTO DE LA ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PIC

Según la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Algunos de los mecanismos dispuestos para ello son el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y los Planes Territoriales de Salud.

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) es un instrumento que sirve como complemento de las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. En términos generales está orientado a garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. En línea con el Plan Decenal de Salud y los Planes Territoriales de Salud, permite definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública.

La formulación y ejecución de los PIC es responsabilidad de las entidades territoriales. Y para ello se tienen en cuenta los lineamientos que para el efecto expide el Ministerio de Salud y Protección Social.

En este contexto, la Estrategia de fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del PIC (RSCPIC), constituye una de las iniciativas para el desarrollo de mecanismos de intervención colectiva en ámbitos como la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública.

Es precisamente en este último ámbito en el que lo comunitario cobra especial interés ya que sumado a respuestas de carácter sectorial e intersectorial, se afirma como uno de los tres pilares básicos de la gobernanza en salud.

La estrategia es transversal y como se dijo antes, aplica para la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública. Por ejemplo, si se trata de implementar procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud, el trabajo en red es fundamental para promocionar las respuestas de carácter sectorial e intersectorial que conjuntamente, garantizan la gobernanza en salud.

Incluso, la mejor organización de la red de prestadores de servicios de salud, requiere tanto de las capacidades de las organizaciones como las de las comunidades para la gestión de la salud pública.

Mediante la RSCPIC, y particularmente, a través de las redes de salud mental, se busca entonces que las comunidades adquieran dichas capacidades con el fin, a su vez, que las organizaciones -articulada e integralmente- propendan por una red de servicios de salud eficiente.

Ahora bien, de acuerdo a lo establecido en la misma Resolución 518 de 2015, es indispensable evaluar el proceso y el impacto de este tipo de estrategias tanto como el conocimiento sistemático de la situación de salud de la población, el contexto territorial y las expectativas de los sujetos en relación a su propia salud.

En Caldas hay varios municipios con redes de salud mental, tal el caso de Viterbo, Aranzazu y Pácora. Dado que han sido promovidas a través del PIC, responden a los principios mismos de la gestión de la salud pública, la gobernanza en salud y el reconocimiento que las personas y las comunidades deben estar empoderadas de su propia gestión.

En Viterbo la suscripción del PIC se realizó el 15 de mayo de 2017 con fecha de ejecución final el 15 de diciembre de 2017. En el caso de Aranzazu, la suscripción del mismo se hizo el mes de mayo de 2017 y se terminó de ejecutar el 30 de noviembre de 2017. En Pácora, el período de ejecución es a partir del mes de junio de 2017 y se extiende hasta el 30 de noviembre de 2017.

En los tres casos, se efectuó un contrato interadministrativo de concurrencia entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas y las ESE Hospital San José del municipio de Viterbo Caldas, Hospital Departamental San Vicente de Paul de Aranzazu y el Hospital Santa Teresita del municipio de Pácora.

Respecto a las redes de salud mental, lo que se contrató con cada municipio fue lo siguiente:

- Viterbo: Fortalecer la red comunitarias salud mental existente para ello deberá elaborar un plan de acción para la red comunitaria de salud mental,

realizar seguimiento mensual al plan de acción y elaboración y ejecución de un Plan de entrenamiento para la formación de la red comunitaria, un encuentro bimensual, con dos horas de duración cada encuentro.

- Aranzazu: Fortalecimiento de una red comunitaria.
- Pácora: Conformar una red comunitaria formada y articulada a las instituciones.

Finalizado el período de ejecución, se hace indispensable entonces conocer en qué medida la implementación de la estrategia habría contribuido a generar gobernanza en salud y por supuesto si el nivel de empoderamiento de la comunidad sobre la estrategia es tal que haría sostenible el conjunto de resultados que en materia de salud pública se esperan de este tipo de estrategias.

Esto implica pues identificar qué tipo de resultados se habrían obtenido, mediante la sistematización y el análisis de los distintos momentos y las diferentes acciones que habrían conducido o no al conjunto de los resultados previstos desde la perspectiva del diseño y la implementación de la estrategia RSCPIC.

Cabe recalcar que si bien es prematuro evaluar el impacto e incluso los resultados, la sistematización del proceso de implementación permitirá avanzar con posterioridad en esta dirección. De aquí que el trabajo que se presenta a continuación esté orientado precisamente a generar insumos para determinar si en el mediano plazo, las acciones emprendidas en el 2017 contribuirán a que en un futuro la estrategia RSCPIC se consolide como un modelo de gestión apropiado para potenciar la gobernanza en salud y el fortalecimiento de la participación comunitaria como un mecanismo de acción integral en salud.

Tal y como quedo planteado en la METODOLOGÍA PARA LA SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA “CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC, este trabajo de sistematización busca reconstruir la experiencia de las personas que han participado en la implementación de las redes en estos municipios,

2. METODOLOGIA

El objetivo de este proceso de sistematización y de análisis, es realizar la sistematización y el análisis del proceso de conformación de redes de salud mental en los municipios de Viterbo, Aranzazu y Pácora, departamento de Caldas, que permita identificar lecciones aprendidas y oportunidades de mejora en su implementación, en pro de su fortalecimiento y expansión a otros municipios.

Se adoptó una metodología que incluye revisión documental y levantamiento de información primaria, así como metodologías cuantitativas y cualitativas, lo cual

permitió recolectar, analizar y vincular datos de diversas características para dar respuesta a las preguntas planteadas en la METODOLOGÍA PARA LA SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA “CONFORMACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE REDES SOCIALES Y COMUNITARIAS EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC.

En un primer momento la revisión documental aportó una orientación estratégica para la construcción del objeto del proceso de sistematización; contribuyó a fijar el esquema operacional sobre el cual se desarrolla la estrategia RSCPIC y a determinar sus objetivos de mediano y largo plazo. Asimismo, su relación con los PIC y por esta vía, con el Plan Territorial de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Una vez identificadas las líneas estrategias que marcan el horizonte estratégico de la estrategia, esto es, que la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública; constituyen objetivos de largo plazo, y que en el mediano plazo la gobernanza en salud es un modelo de gestión integral para la realización de tales objetivos, se procedió al diseño de los instrumentos metodológicos para dar inicio al proceso de sistematización.

Para estructurar el proceso de sistematización, se realizó una segunda revisión bibliográfica relativa a las estrategias conceptuales y metodológicas aplicables a este proceso. En tanto que de lo que se trata es sobre todo de identificar el tipo de aprendizajes que se han generado a partir de la estrategia RSCPIC, particularmente con la implementación de las Redes de Salud Mental en los municipios de Viterbo, Aranzazu y Pácora, departamento de Caldas; se planteó así que el trabajo de campo se realizaría en dos fases.

En la primera fase (etapa de inmersión) se planteo la realización de tres grupos focales con preguntas abiertas a los integrantes de las redes de salud mental en cada municipio. Y junto con esto, la construcción de una Matriz de Importancia y Gobernabilidad (IGO).

Respecto al componente de grupos focales, no se desarrollo esta parte del ejercicio al inicio del proceso pues era prematuro ya que las redes estaban en proceso de convocatoria y su constitución era muy reciente. Se estimo que aún la apropiación de la estrategia RSCPIC por parte de la comunidad era incipiente y que por lo tanto, no era oportuno indagar de manera explicita acerca de la pertinencia de la estrategia frente a la situación de salud mental en el municipio.

No obstante, al finalizar el proceso de sistematización, es decir, una vez construida la Matriz IGO y aplicadas las encuestas tipo 1 y 2, si se realizaron dos grupos focales en los municipios de Viterbo y Aranzazu respectivamente. En este punto, la red de salud de Viterbo ya había realizado siete sesiones dentro de las

ocho pactadas en el contrato interadministrativo con la DTSC y en Aranzazu ya se habían realizado cuatro de las ocho sesiones convenidas en el contrato.

El componente Matriz IGO si se realizo en cada municipio. Los resultados del ejercicio están expuestos en el documento “Ayuda de memoria: Proceso de sistematización y análisis de la estrategia de fortalecimiento de Redes Sociales y Comunitarias en el marco del PIC (RSCPIC). Redes de Salud Mental, Viterbo, Aranzazu y Pácora, Caldas.”

Se subraya que este ejercicio se realizó con el fin de identificar la respuesta de los integrantes de cada red (en total, cuatro redes, dos en Viterbo) frente al siguiente conjunto de acciones:

1. Autocuidado
2. Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas
3. Ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada
4. Soporte emocional u otro tipo de apoyo concreto, frente a crisis en los diferentes momentos del curso de vida
5. Encuentros formativos sobre distintos temas
6. Actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud
7. Actividades de convivencia social
8. Conversatorios acerca de la promoción de la salud y la calidad de vida
9. Actividades conjuntas con el núcleo familiar
10. Acciones institucionales con diversos actores del sector salud

Cada una de estas acciones fue tomada del conjunto de documentos incluidos en la etapa de revisión bibliográfica y guardan correspondencia con las líneas de política o con las funciones esenciales que en materia de salud pública, quedaron establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Tal y como se indico con anterioridad, la totalidad de los resultados obtenidos en cada municipio están expuestos en el documento Ayuda de memoria: Proceso de sistematización y análisis de la estrategia de fortalecimiento de Redes Sociales y Comunitarias en el marco del PIC (RSCPIC). Redes de Salud Mental, Viterbo, Aranzazu y Pácora, Caldas.

Para la segunda fase del trabajo de campo, se aplico una encuesta semiestructurada a los profesionales de apoyo del PIC en cada ESE municipal. Y, adicionalmente, otra encuesta de carácter semiestructurado a los coordinadores del PIC. La finalidad de esta parte del proceso, fue la de identificar la manera como la estrategia RSCPIC, ha sido apropiada a nivel institucional.

La idea de determinar el nivel de apropiación de la estrategia tanto a nivel comunitario (integrantes de la red) como a nivel institucional (profesionales de apoyo y coordinadores PIC), responde a la necesidad de determinar en que medida en cada municipio, la estrategia ha contribuido al desarrollo de un modelo de gestión que estimule la gobernanza en salud y la articulación efectiva entre los diferentes actores sociales, comunitarios e institucionales involucrados en la implementación de la estrategia. Siendo este uno de los factores clave para determinar la sostenibilidad de la misma en cada municipio y así poder generar el conjunto de recomendaciones en pro de su fortalecimiento y expansión a otros municipios.

La primera de las dos encuestas se aplicó a cada uno de los profesionales (tres) que son responsables de las tres redes de salud mental sobre las cuales se centró el proceso de sistematización. Y la segunda de las encuestas, fue aplicada a cada uno de los coordinadores del PIC (tres en total) en los tres municipios donde la suscripción de cada convenio interadministrativo incluyó la creación o fortalecimiento de una red comunitaria.

Los resultados de los dos tipos de encuesta se hallan expuestos en el documento de trabajo “Informe de trabajo de campo y análisis preliminares”.

Finalmente, concluida la segunda fase del trabajo de campo, se optó por realizar dos grupos focales con los integrantes de las redes de salud mental de los municipios de Viterbo y Aranzazu bajo el criterio que finalizando el mes de noviembre de 2017, el nivel de apropiación de la estrategia por parte de la comunidad habría avanzado tanto como la ejecución misma de cada uno de los contratos interadministrativos celebrados entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas DTSC y las ESEs de estos dos municipios.

3. RESULTADOS

3.1 Resumen del ejercicio GRUPOS FOCALES

3.1.1 Aranzazu

El grupo focal en este municipio se realizó en una sesión previa a la actividad “movilización social”, es decir, durante la fase de cierre del proceso de conformación de la red de salud mental.

Se logró establecer que era la quinta sesión de las ocho que se tenían previstas en el marco del convenio interadministrativo con la DTSC. Cabe advertir que la actividad desarrollada durante la primera reunión fue la construcción de la Matriz IGO - concerniente al proceso de sistematización- y que la segunda consistió en la presentación de los resultados obtenidos en el ejercicio anterior.

Mientras que a la primera de las dos reuniones asistió un número aproximado de treinta mujeres, todas ellas beneficiarias del programa Madres Familias en Acción, a la siguiente reunión tan solo asistió un total de cinco personas.

En esta última, se estableció que en adelante (octubre) las reuniones se realizarían los martes cada ocho días y que se harían en el conjunto residencial Renacer, conjunto residencial de vivienda de interés prioritario. En promedio, a estas últimas reuniones ha acudido un total de diez personas, en su mayoría mujeres. La misma asistencia se registró en este grupo focal.

Se pudo establecer que no todas las participantes hicieron parte del ejercicio Matriz IGO, alrededor de cuatro personas.

De acuerdo con la información suministrada por las mismas participantes, en octubre los temas que se desarrollaron fueron los siguientes:

- Actividades contra el consumo de sustancias psicoactivas.
- Planificación sexual.
- Drogadicción; como enseñarle a los hijos como no consumir droga
- Embarazo a temprana edad.
- Enfermedades mentales.

Características generales de las participantes:

Edad: Se infiere que son mujeres adultas entre los 29 y 59 años de edad. Predominantemente, menores de cincuenta años.

Género: Solo se identificó la participación de un hombre adulto entre 29 y 59 años de edad.

Nivel socioeconómico: Todas son beneficiarias del Programa Madres Familias en Acción; se infiere que es población vulnerable.

Relaciones entre sí: predomina el carácter de “vecindad” como factor de asociación e identidad comunitaria.

Durante la primera parte del ejercicio se efectuó la contextualización del grupo focal; se explicó la naturaleza y finalidad del ejercicio llamando la atención acerca de la importancia de la participación comunitaria y la estrategia de redes en el ámbito de la salud pública y el impacto de esta iniciativa en relación al enfoque de trabajo desarrollado entre la DTSC y la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul de Aranzazu.

Uno de los aspectos centrales en esta primera parte del ejercicio, consistió en identificar el concepto de red de salud mental. Básicamente fue definida como un espacio para la comunicación y el compañerismo. Junto a esto, una de las participantes señala que es una iniciativa para identificar si es necesario ir al hospital para la remisión al área de psiquiatría y para obtener orientación y ayuda profesional.

Conviene subrayar que entre las participantes, existe la idea que ante una enfermedad mental, es mejor hablar con otras personas, por ejemplo, con la comunidad. Es decir, que este es un recurso apropiado para ayudar a las personas que padecen este tipo de enfermedades. De hecho, cuatro de las diez participantes narran experiencias diversas e incluso personales derivadas de su exposición o contacto con personas en esta situación.

En este punto, se hizo mención de la iniciativa de la ESE a la estrategia RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad) y de las acciones que la entidad está adelantado en el municipio relacionadas con el manejo de la “bipolaridad” en el municipio.

Asimismo, se menciona que la red sirve para la prevención del embarazo a mediana edad tanto como para socializar información relacionada con la prevención del consumo de drogas, por ejemplo.

Durante el grupo focal también se trato lo relacionado con la “movilización social”. Se logró identificar que el cierre de las actividades de la red en 2017, se haría mediante una acción colectiva de propaganda en el parque a partir de todo lo que las profesionales responsables de la red de salud sexual y reproductiva y la gestora de la red de salud mental les han enseñado.

Al indagar sobre las características específicas de la actividad, se explico que en la sesión anterior (al grupo focal) se elaboraron unas carteleras relativas a los siguientes temas: consumo de drogas y prevención del consumo, enfermedades de transmisión sexual, enfermedad mental, prevención.

Con posterioridad, se indago acerca de cómo veían la red en el año 2018; predomina la idea que las personas que participaron en 2017 seguirán comprometidas y que la red debe crecer. Se menciona que se deben tratar temas como la bipolaridad.

Frente a la pregunta acerca de lo que tenemos que mejorar, las integrantes de la red consideran que todo hasta el momento ha estado muy bien. No obstante que su recomendación es incluir temas como crianza para los hijos, alimentación saludable, el diálogo familiar, y que ojalá estuviesen presentes los niños. Así como hacer deporte con ellos y muchas actividades recreativas -especialmente con los jóvenes consumidores, manteniéndolos integrados en estos programas.

Finalmente, que también se traten temas como mejores relaciones con los vecinos, con la familia, y que la red ayude a que se tenga más a la mano recursos como el psicólogo porque a veces se demoran las citas, e incluso que el psicólogo llegue hasta la casa.

3.1.2 Viterbo:

Características generales de los participantes:

Edad: Se infiere que son personas adultas entre los 29 y 59 años de edad. Predominantemente, mayores de cincuenta años.

Género: Se identificó la participación de dos hombres adultos mayores de cincuenta años de edad.

Nivel socioeconómico: En el caso de las mujeres, amas de casa. Los hombres, pensionados. Todos viven en vivienda propia. Se infiere que no son personas “vulnerables”.

Relaciones entre sí: Predomina el carácter de “vecindad” como factor de asociación e identidad comunitaria. A diferencia del grupo focal en Aranzazu, el barrio en el que habitan no es de interés social o de interés prioritario.

Este grupo focal se realizó en la sesión número siete de las ocho sesiones previstas en el convenio interadministrativo entre la DTSC y la ESE Hospital San José de Viterbo.

A este grupo focal asistió un total de ocho (8) personas. A la primera de las ocho sesiones, asistió un total de cinco (5) personas. En la segunda sesión, en la cual se realizó el ejercicio de cartografía social, asistieron diez personas. En la tercera sesión se construyó la Matriz IGO -como parte del proceso de sistematización- y el número de asistentes fue de alrededor de quince (15) personas. En la cuarta se socializaron los resultados de la MIGO y participaron alrededor de diez personas.

En la quinta sesión, la gestora de la red introdujo el tema de los distintos tipos de violencia y en la sexta sesión, se realizó una actividad acerca de los imaginarios culturales sobre la violencia haciendo énfasis en la violencia verbal y como está operando a través de la cultura.

Aquí es oportuno resaltar que los integrantes de la red se mostraron especialmente satisfechos en cuanto a la forma como se desarrolló dicha sesión dado que en el municipio existe mucha violencia de género. Además, porque fue un diálogo sumamente participativo y en el cual hubo oportunidad de tratar experiencias a nivel personal. Observan los participantes, que el tema de violencia sexual salió a flote de manera natural.

En vista a que el tema suscitó tanto interés, en esta fase del grupo focal se facilitó que la conversación derivara hacia el análisis de las causas de la violencia y sus diferentes formas. Cabe recalcar que es un tema en el cual se vieron involucrados activamente todas las personas y que su contribución resultó muy significativa a la comprensión misma de esta problemática. Se observó pues una muy buena apropiación del tema entre los asistentes, incluso exponiendo situaciones de carácter personal y familiar.

Se llegó a la conclusión que es muy difícil intervenir en este tipo de situaciones, pues las personas afectadas no lo permiten. En un caso específico, una de las integrantes de la red habló con esta persona. El caso es que el señor tiene varias

parejas, pero es el proveedor económico, la mujer adopta una posición de sumisión total.

A manera de síntesis, advierten que en este tema la red les ha permitido adquirir herramientas para la defensa de ellas mismas y acerca de la prevención de la violencia.

Frente al tema “salud mental”, se advierte que no hubo la misma fluidez que en el caso anterior. Esencialmente, se relaciono el deterioro de la salud mental con el efecto de la violencia -particularmente la de género- y el consumo de sustancias psicoactivas. Ningún otro tipo de referencia.

De hecho, la gestora de la red considera precisamente que hacia el año 2018, es uno de los temas con que se debe empezar a trabajar. Además, al preguntarle sobre lo que viene para la red después del proceso 2017, señala que las personas puedan hacer réplicas. Además que se integren otros funcionarios y que se integren otros agentes sociales, como los adolescentes y el núcleo familiar.

Ya en la fase final del grupo focal, se pidió a uno de los integrantes de la red que evaluara la experiencia de este proceso; en su opinión la red debe continuar porque e mucho lo que se ha logrado calificándolo como muy exitoso. En lo cual está totalmente de acuerdo el resto de los integrantes de la red. Realmente se mostraron bastante satisfechos con la red y la gestora, a quien reconocen su liderazgo e interés y entrega desde el inicio del proceso.

Algunas de las recomendaciones hechas esta que la DTSC no se enfoque hacia el número de personas que deben integran la red, sino tan solo en quienes quieren asistir. Y otras recomendaciones es que haya un funcionario de la Alcaldía municipal que apoye e integre a las actividades de la red. Asimismo, que envíen otras personas, otros funcionarios, más gente que a nivel institucional apoye el proceso, sobre todo para que los contenidos sean más diversos o mejor, para adquirir conocimientos en otras áreas.

Y en todo caso que la experiencia continué.

3.2 Diseño. El proceso de planificación

Una de las rutas metodológicas para la implementación de las redes comunitarias consiste en el análisis acerca de la situación de salud en el municipio (situación, riesgo, evento), el mapeo de actores, el análisis de redes, la elaboración de un plan de acción y la evaluación de resultados.

Entre los documentos técnicos de apoyo para la realización de esta ruta, se encuentran los elaborados por el Programa de Salud Mental de la Subdirección de Salud Pública de la DTSC¹:

- Guía metodológica para construir la cartografía social. PROGRAMA SALUD MENTAL. SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
- Formato Guía metodológica REDES2. Recopilación y elaboración: PATRICIA URBINA RIVERA. Junio 2016
- Sistematización implementación de estrategia redes comunitarias. DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS

Ahora bien, tal y como quedo establecido en el Informe de trabajo de campo y análisis preliminares, para los profesionales de apoyo y responsables directos de la gestión de las redes, las necesidades de la comunidad respecto a la estrategia RSCPIC giran en torno al consumo de sustancias psicoactivas y al mejoramiento de la convivencia familiar y comunal, así como al manejo de estrategias en materia de salud mental y de situaciones de emergencia.

Si bien es posible que sus respuestas en alguna medida deriven de la aplicación del instrumento de cartografía social, no hay una referencia específica o directa a los resultados obtenidos a través de este.

Frente a lo que podría ser un bajo nivel de asimilación de esta herramienta, cabe mencionar que solo la tercera parte de los coordinadores PIC (encuesta tipo 2) conoce cuáles son los instrumentos metodológicos que se deben utilizar para el desarrollo de los componentes de la(s) red(es) de salud mental en su municipio. Esto significa que hay una tercera parte que no los conoce y que hay otra tercera parte que no dispone de información relacionada. Cabe recalcar que quien sí conoce de tales herramientas, menciona que se trata de la cartografía, el plan de acción y acciones de prevención y promoción².

De acuerdo con esto, no es posible afirmar que hoy el proceso de redes en estos municipios haya agotado los recursos técnicos y operativos dispuestos para el desarrollo de la fase inicial. Es decir, aún no se ha logrado avanzar significativamente en el análisis acerca de la situación de salud en cada uno de estos municipios.

¹ Esta serie de documentos constituyen la serie de insumos entregados por la DTSC a las ESE municipales para implementar el proceso.

² En este caso, es necesario hacer la salvedad que si bien esta variable permite establecer el tipo de interacción entre las gestoras de la red y las Coordinadoras del PIC, no es un factor indispensable para evaluar si el nivel de compromiso y responsabilidad de las segundas frente a la estrategia y al proceso mismo de implementación de las redes de salud mental en estos municipios. La responsabilidad en el uso y aplicación del conjunto de las herramientas señaladas es del o la gestora de la red.

Si a esto se suma el hecho que en los grupos focales no se obtuvo registro alguno sobre el ejercicio de análisis de redes y sobre un plan de acción formalmente elaborado, resta decir que aún en lo técnico y operativo, se debe fortalecer el proceso de redes, lo cual supone, a su vez, un ejercicio de alineación entre la comunidad y los profesionales y coordinadores PIC.

No obstante, más allá del uso de la ruta metodológica prevista para el desarrollo de las redes, se debe tener en cuenta que al contrastar estos resultados con los obtenidos a través del ejercicio Matriz IGO (Anexo 1), se observa que entre los integrantes de las distintas redes existe consenso acerca de la necesidad de implementar acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.

Sin embargo, frente a la variable "mejoramiento de la convivencia familiar y comunal", la comunidad difiere significativamente de la opinión de los profesionales de apoyo y responsables directos de la gestión de las redes, pues si bien para ellos esta es una de las necesidades de la comunidad respecto a la estrategia RSCPIC, la comunidad considera que las actividades de convivencia social son acciones de bajo impacto y por lo tanto no hacen parte de las prioridades que se deben incluir al momento de elaborar su plan de acción.

A esto hay que sumar el hecho que si bien los profesionales de apoyo (en adelante, los gestores de la red) consideran que otra de las necesidades de la comunidad respecto a la estrategia RSCPIC es el manejo de situaciones de emergencia, en la comunidad no existe un consenso tal sobre esto; casi la mitad de la comunidad considera que la "Ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada", por ejemplo, también es una acción de bajo impacto.

Es posible que las diferencias de opinión entre uno y otro actor, incluso, más allá de lo técnico y lo operativo, se originen en una falta de alineación estratégica explicable por visiones diferentes acerca de la naturaleza y la finalidad de la estrategia RSCPIC y sobre el alcance de las redes de salud mental en cada municipio.

Por ello, en la encuesta tipo 1 (aplicada a los gestores de la red) se indagó acerca de la definición de lo qué es una Red Social y Comunitaria en el marco del PIC.

Las respuestas fueron las siguientes:

- *Es una estrategia de participación de la comunidad de promoción y prevención*
- *Es la conformación de un grupo de personas que participan de unas actividades en beneficio para ellos*
- *Una red comunitaria es un grupo de actores sociales o entidades de un mismo territorio que comparten información y conocimientos para potenciar y alcanzar un objetivo en común*

- Un entramado de instituciones, procesos y personas que trabajan en pro del bienestar de la comunidad atendiendo las diferentes problemáticas que surjan de la voz de la propia comunidad

Es positivo que la referencia a un "grupo de personas" aparezca en cada una de las respuestas. Es singular que en dos de ellas, además, se mencionen instituciones y/o actores institucionales como parte integrante de la red.

Lo que aún resulta poco específico es el ámbito o la finalidad misma de las redes, pues no permite distinguir frente a cualquier otro tipo de redes diferentes a las de salud mental.

Asimismo, cabe subrayar que si bien la obligación de carácter contractual entre la DTSC y las ESE municipales se refiere específicamente a "redes comunitarias", en el territorio lo que se evidencia es una noción de red que es tanto comunitaria como institucional.

Para la mayoría de la comunidad lo que se puso en evidencia es que las acciones institucionales con diversos actores del sector salud, se consideran acciones de bajo impacto, por lo que no necesariamente son una prioridad a la hora de establecer su plan de acción.

Así, a la hora de caracterizar la noción que prevalece sobre lo que es una red de salud mental, prima el contenido comunitario sobre el institucional. Lo que resulta muy positivo si se tiene en cuenta el hecho que lo "comunitario" y lo "participativo" son determinantes para el logro de los objetivos en materia de salud pública y la consolidación de un modelo de gestión orientado hacia la gobernanza en salud.

A través de la MIGO también se evidencio que para la mayoría de la comunidad, las actividades conjuntas con el núcleo familiar son consideradas de bajo impacto. Si se contrasta con lo anterior, cabe afirmar que lo "comunitario" es tan diferente de lo institucional como de lo familiar. En este contexto, lo comunitario es extrainstitucional como extrafamiliar.

Todas las redes de salud mental incluidas en este proceso de sistematización, tienen un carácter barrial o vecinal. En Aranzazu y Pácora, están constituidas por beneficiarias del programa de vivienda de interés gratuita del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio de la República de Colombia. En Viterbo, son vecinos del conjunto residencial Villa Mónaco. Este factor de asociación realmente potencia el proceso de conformación y organización de la red.

Lo anterior debe ser limitado en el sentido que entre los integrantes de la comunidad, hay consenso en cuanto al lugar de las acciones de autocuidado en el marco de la estrategia RSCPIC, dado que la mayoría está de acuerdo en que este tipo de acciones si deberían ser incluidas en el plan de acción de la red.

Sin embargo, también es necesario recordar que la mayoría de la comunidad considera que las Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, si deben incluirse en el plan de acción de la red. Hecho con el cual están totalmente de acuerdo los gestores de la red.

En la encuesta tipo 1, se pidió a los gestores de la red que determinaran si la información suministrada a la comunidad sobre la estrategia RSCPIC era suficiente o insuficiente. Solo uno de ellos considero que era insuficiente.

Y esto tiene correlación frente a la respuesta que proporcionaron las personas responsables de la coordinación del PIC en cada municipio a la pregunta sobre si la entidad dispone de la información suficiente para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la estrategia RSCPIC en su municipio. Las tres coordinadores contestaron que si.

Al volver sobre el acuerdo existente entre la comunidad, los gestores de la red, y las coordinadoras del PIC, en que las Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, si deben ser incluidas en el plan de acción de cada red; se deduce que la información que ha circulado entre los actores de la red gira en torno a la participación de la comunidad y la gestión de las entidades involucradas frente a este tipo de acciones.

Y si lo anterior es sumamente positivo y además, constructivo en relación a lo que significa lo "comunitario" en el marco de la estrategia RSCPIC, lo que resulta negativo es que aún a nivel institucional no se halla canalizado suficientemente bien los intereses de la comunidad en cuanto al lugar del AUTOCUIDADO en el horizonte fundacional de la red.

En este punto es de gran interés situar la posición de la comunidad frente a los encuentros formativos sobre distintos temas: la mayoría considera que realmente no se deberían incluir dentro del plan de acción. Esta situación es la misma a la hora de pedirle a la comunidad que determine la importancia frente a la inclusión en el plan de acción de los conversatorios acerca de la promoción de la salud y la calidad de vida.

Esto no quiere decir que por parte de la comunidad haya un rechazo frente a la oferta institucional disponible; de hecho, lo que reafirma es que el peso de lo comunitario es aún mayor que el de lo institucional siempre y cuando este sea entendido como "suministro" de información. Es decir, la comunidad espera que el papel de lo "institucional" esté más allá de la simple entrega de información en materia de salud. Lo cual significa que además de la entrega de información a la comunidad, se deben realizar ejercicios de retroalimentación y de puesta en práctica de la información y los contenidos impartidos.

No obstante no se debe descartar que aún es mucho lo que se debe realizar a nivel institucional para posicionar mejor el conjunto de las diez acciones incluidas en la Matriz IGO. Y esto porque cada una de estas acciones tiene una relación estrecha con los objetivos de la estrategia RSCPIC y con las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Es decir, si la oferta institucional si limitara solamente al conjunto de las acciones que la comunidad considera que efectivamente deben integrarse al plan de acción, y no incluir en este plan acciones como: ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada, soporte emocional u otro tipo de apoyo concreto, frente a crisis en los diferentes momentos del curso de vida; actividades de convivencia social; actividades conjuntas con el núcleo familiar; y acciones institucionales con diversos actores del sector salud.

Se estaría desaprovechando la oportunidad de maximizar uno de los principales logros obtenidos hasta el momento y es precisamente el que lo "comunitario" está lo suficientemente bien posicionado tanto a nivel los integrantes de la red, como de los gestores y las coordinadoras del PIC en estos municipios. Tal y como quedo evidenciado en la sección anterior de este informe "Grupos focales".

De allí que sea necesario replantar la estrategia empleada para dialogar con la comunidad; más allá de los encuentros formativos sobre distintos temas y los conversatorios acerca de la promoción de la salud y la calidad de vida, se plantea el reto de construir canales de comunicación a través de los cuales la información fluya desde la comunidad hacia las instituciones como de estas hacia la comunidad.

Construir una visión conjunta a partir del interés que la comunidad efectivamente ha mostrado acerca de la estrategia RSCPIC y en particular, en el acuerdo que existe sobre la necesidad de incluir en el plan de acción acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas.

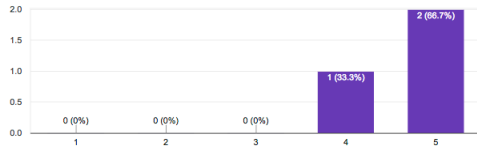
Implica entonces replantear incluso el concepto mismo de lo "comunitario" de forma tal que nociones como autocuidado, lazos de cooperación, soporte emocional, curso de vida, convivencia social, núcleo familiar e interinstitucionalidad, puedan ser incluidos en un concepto e imaginario de lo comunitario capaz de responder a los desafíos que en materia de salud pública enfrenta la estrategia RSCPIC.

Y de esto último son conscientes las coordinadoras del PIC. En la encuesta tipo 2 se pidió que valoraran de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones (MIGO) para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

5.1 Autocuidado

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

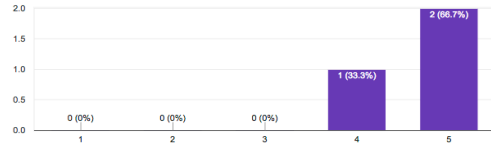
3 respuestas



5.2. Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

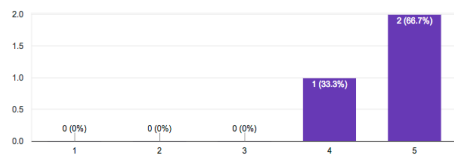
3 respuestas



5.3 Ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

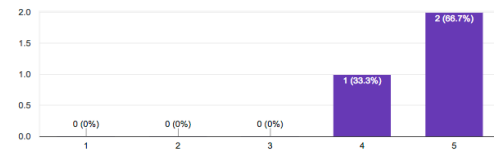
3 respuestas



5.4 Soporte emocional u otro tipo de apoyo concreto, frente a crisis en los diferentes momentos del curso de vida

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

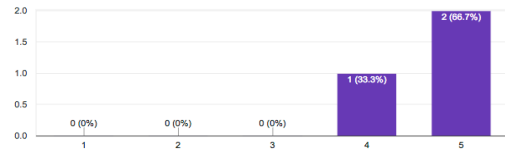
3 respuestas



5.5 Encuentros formativos sobre distintos temas

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

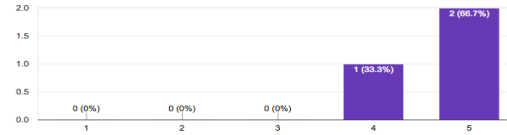
3 respuestas



5.6 Actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

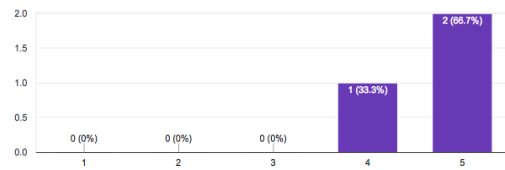
3 respuestas



5.7 Actividades de convivencia social

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

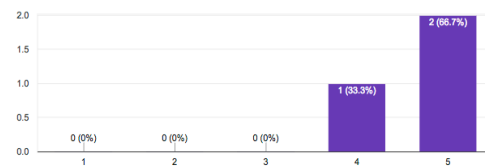
3 respuestas



5.8 Conversatorios acerca de la promoción de la salud y la calidad de vida

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

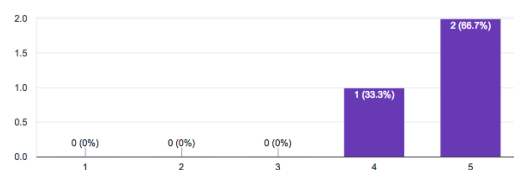
3 respuestas



5.9 Actividades conjuntas con el núcleo familiar

5. Valore de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, la importancia de cada una de las siguientes acciones para el desarrollo de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

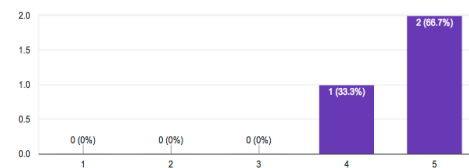
3 respuestas



5.10 Acciones institucionales con diversos actores del sector salud

6. En una escala de 1 a 5, siendo uno(1) el valor mínimo y cinco (5) el valor máximo, califique el proceso de convocatoria para la conformación de la(s) red(es) de salud mental en su municipio:

3 respuestas



3.3 La implementación: el proceso de convocatoria³

Dos de los gestores de la red consideran que en su municipio, entre la comunidad, el nivel de apropiación de la estrategia RSCPIC es satisfactorio. Los otros consideran que es muy satisfactoria.

Lo anterior coincide con el interés que mostró la comunidad durante los grupos focales realizados en los municipios de Viterbo y Aranzazu. En ambos casos, la respuesta a la pregunta acerca de si están dispuestos a darle continuidad a la red durante el año 2018, es afirmativa.

Como se evidenció en el grupo focal en Viterbo, la motivación para continuar el proceso tiene que ver con la aceptación que ha tenido la gestora de la red entre los vecinos del barrio Villa Mónaco. Además, el hecho que la red viene funcionando desde el 2016 y un factor especialmente significativo es que en la red participan personas que han liderado procesos comunitarios a nivel de juntas de acción comunal, lo cual es una de las razones que ha potencializado la continuidad del proceso.

Igualmente, gracias al grupo focal, se logró evidenciar que el diálogo entre los integrantes es fluido y que los temas tratados (por ejemplo, a través de la cartografía social) son pertinentes con relación a experiencias personales de los miembros de la red.

Respecto a esto último hay que subrayar el hecho que buena parte del tiempo empleado durante la realización del grupo focal giró en torno a la manera como las integrantes de la red perciben la violencia contra la mujer o de género en su municipio. Y por eso el buen resultado de la cartografía social pues a través de este tipo de representación espacial, se logró la identificación plena de las instituciones responsables de canalizar eventos de esta naturaleza.

Al final de esta sección, los integrantes de la red terminaron por asociar este tipo de violencia al deterioro de la situación emocional y mental de las mujeres víctimas. Tanto como referir el problema del consumo de sustancias psicoactivas al deterioro de las condiciones mentales de las personas expuestas a ello.

El grupo focal en Aranzazu puso en evidencia que en este caso en particular la

³ Para el desarrollo de esta sección, es importante subrayar que el proceso de contratación de los profesionales responsables de la implementación de las redes de salud mental, no fue homogéneo. Mientras algunos comenzaron en junio, otros lo hicieron en julio. En Pácora, incluso, la contratación inició en el mes de octubre.

Asimismo, el hecho que la capacitación a los equipos técnicos de los municipios no se realizó en un solo momento sino en varios. Lo que afectó la continuidad y la homogeneidad del proceso de inducción y la transferencia de las herramientas metodológicas que sirvieron de apoyo.

Algunos de los profesionales contratados al inicio, fueron reemplazados con posterioridad.

convocatoria ha sido uno de los obstáculos para lograr la continuidad en el proceso, pues si bien a la primera reunión asistió un número mayor de treinta (30) personas, a la segunda y tercera tan solo llegaron cinco o seis. Al grupo focal asistieron alrededor de diez personas.

Es oportuno anotar que a diferencia de lo que sucedió respecto a la primera de las cuatro reuniones convocadas, reunión para la cual el mecanismo de convocatoria fue el programa Madres Familias en Acción de la Alcaldía de Aranzazu, para las siguientes reuniones la gestora de la red se encargó personalmente de ello. Y de acuerdo a lo que se pudo observar durante el grupo focal, la mayor afluencia a esta última reunión (frente a la segunda y la tercera) se debe al apoyo recibido de otras dos funcionarias de la ESE municipal.

Junto con lo anterior, hay que mencionar el hecho que el haber dirigido la convocatoria a personas del mismo conjunto residencial, resulto más efectiva que el hacerlo a la comunidad en general, tal el caso de lo que sucede en el programa Madres Familias en Acción cuya apertura está dada para todas las personas del municipio que reúnen los requisitos de acceso al programa.

Esto tiene relación con lo evidenciado en el grupo focal pues uno de los factores motivacionales y de interés común entre las personas de la red, es el mejoramiento de las condiciones de bienestar y de convivencia en el conjunto residencial en el que habitan todas las personas que asistieron a la red y que en su mayoría participaron en las reuniones anteriores.

Durante el grupo focal, varias de las asistentes manifestaron tener casos cercanos de personas con algún tipo de enfermedad mental.

Ahora bien, a la hora de identificar las dificultades -desde el punto de vista de las coordinadoras del PIC- experimentadas durante la implementación de la estrategia y el desarrollo mismo de las redes de salud mental en estos municipios, se obtuvo lo siguiente: falta de tiempo y de personal capacitado en el proceso de tamizaje y de redes y además de falta de experiencia frente al PIC; también la convocatoria a la población.

Lo anterior contrasta con la percepción que tienen los gestores de las redes acerca del nivel de posicionamiento de la estrategia RSCPIC al interior de su entidad: según se evidenció a través de la encuesta tipo 1, salvo uno (1) de los gestores de la red, quien señala que el nivel de posicionamiento de la estrategia es muy alto, todos los demás estiman que es alto.

De todas maneras, de acuerdo a lo que es posible deducir de las metas que los gestores se han trazado respecto a la gestión de los objetivos o de la estrategia misma, aún es necesario lograr una mayor motivación por parte de la comunidad a fin de lograr la continuidad que el proceso requiere:

- Que los integrantes se empoderen del papel que cumplen en la red

- Realizar excelentes actividades con el fin de que la comunidad se adhiera a los programas y los temas tratados sean de gran importancia
- Las metas son: capacitar a las personas para hacerle frente o saber como actuar en caso de enfermedad mental, en caso de violencia intrafamiliar o consumo de sustancias Psicoactivas entre otras...
- Que las personas con las que se inició trabajando este año puedan continuar con la estrategia a largo plazo y que el grupo de Salud Mental que se está conformando sea un referente positivo para su comunidad

Y los gestores, efectivamente, son conscientes que el fortalecimiento de la estrategia al interior de la entidad pasa por involucrar a otros funcionarios al proceso, así como de ofrecer temas que interesen a la comunidad y como lo expresa uno de ellos, potencializar la experiencia de la entidad en lo relacionado a la gestión en red:

pienso, que la entidad en la que laboro siempre está al servicio de la comunidad y trabaja como una especie de red en todos los temas de salud, ya que si hay personas con problemas en salud mental, consumo o violencia se activan las respectivas rutas, ayudando a la canalización y actuación de las demás entidades como protección (policía, comisaria, personería).

Para garantizar la continuidad de la estrategia RSCPIC, los gestores recomiendan:

- Más capacitación para el personal
- Seguir realizando demanda inducida y tener contacto con todas las personas con el fin de que exista más adherencia a los programas realizados
- Las recomendaciones para que estas estrategias puedan continuar es mostrarle a cada miembro o integrante el papel o el rol que desempeñan
- Que se involucren más actores

Incluso, si se analiza con detenimiento las sugerencias hechas por los gestores al final de la encuesta, se concluye que la capacitación y el tiempo son los dos factores que no solo contribuirán al fortalecimiento de la estrategia, sino además los dos factores determinantes a la hora de analizar los resultados obtenidos hasta el momento.

Incluso, si se analiza con detenimiento las sugerencias hechas por los gestores al final de la encuesta, se concluye que la capacitación y el tiempo son los dos factores que no solo contribuirán al fortalecimiento de la estrategia, sino además los dos factores determinantes a la hora de analizar los resultados obtenidos hasta el momento.

Y es algo que se logró evidenciar, por ejemplo, en el grupo focal con la red en Viterbo. Allí la comunidad expreso la necesidad de que en un futuro se valore la posibilidad de que las reuniones se realicen con mayor frecuencia y en todo caso, que la experiencia continúe. Eso sí, sobre la base que los contenidos sean

diversos o mejor, que se desarrollen temas y conocimientos en otras áreas, e igualmente, que otros funcionarios y otros actores sociales, tal el caso de grupos de adolescentes, se involucren en el proceso.

La recomendación es del todo oportuna porque incluso a la hora de analizar la problemática “salud mental”, se transita constantemente hacia la problemática de violencias de género, consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, convivencia social y familiar, embarazo adolescente. En el grupo focal en Aranzazu sucedió lo mismo ya que al introducir el tema de salud mental inmediatamente se transita hacia los mismos temas.

De allí que la recomendación de las integrantes de la red de salud mental en Aranzazu sea precisamente la de diversificar los contenidos incluyendo por ejemplo pautas de crianza, alimentación saludable, diálogo familiar. E igual que la comunidad de Viterbo, se hace énfasis en que es necesario incluir a los niños y adolescentes pretendiendo con esto que se realicen actividades recreativas con jóvenes consumidores de consumo de sustancias psicoactivas.

Finalmente, durante el grupo focal en Viterbo, al preguntar a la gestora de la red sobre la perspectiva de esta red hacia un futuro, señala que dado que ya se han agotado el conjunto de las sesiones previstas se esperaría que las personas estuviesen en capacidad de realizar actividades de movilización social con el fin que se visibilice todo el trabajo que se viene realizando con la comunidad. Además que sería oportuno que la Alcaldía municipal se vinculara activamente en el proceso.

4. ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES

El proceso de redes de salud mental en el 2017 ofrece resultados importantes respecto a la apropiación del componente comunitario de la estrategia RSCPIC entre la comunidad. Esto es, la comunidad participe se ha hecho consciente del interés y el esfuerzo de las ESES municipales y la DTSC en potencializar lo “comunitario” como núcleo central de su estrategia en materia de salud pública.

Esto se evidencia en los grupos focales con cada una de las dos redes de salud mental, la de Aranzazu y Viterbo. En ambos municipios no se encontró integrante alguno que no estuviese de acuerdo con el resto en que la experiencia en el año 2017 realmente debería tener continuidad en el 2018. Se observó siempre muy buena disposición (entre los asistentes) a la invitación hecha por las ESE municipales en el sentido de trabajar desde lo comunitario en el mejoramiento de las condiciones de salud de la comunidad.

Desde el punto de vista formativo, el ejercicio grupos focales puso en evidencia que en el transcurso de la implementación de la estrategia RSCPIC se han tratado

temas como el consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva y violencias de género, predominantemente.

Y acerca de la forma o la metodología como se han desarrollado estos temas, se pudo identificar que la herramienta utilizada inicialmente fue la cartografía social; y posteriormente, charlas y/o talleres en los cuales las personas o profesionales responsables de la gestión de la red ofrecieron contenidos relacionados con los tópicos ya mencionados⁴.

Ahora bien, el tema “salud mental” fue el que menos participación generó. Es decir, al abordar tópicos como *¿Qué es una red de salud mental?*, *¿Qué se entiende por salud mental?*, hubo menos personas que aportaron con sus respuestas, que en el caso de temas como el consumo de SPA. De hecho, sobre la base de la información disponible, aún no es posible formular una idea de carácter sistemático sobre lo que la comunidad entiende o el imaginario que tiene acerca de lo que es “salud mental”.

No obstante en Aranzazu la participación en relación a este tópico fue mayor que en Viterbo por dos condiciones particulares; la primera es que se tiene la idea que en este municipio hay un número alto de personas que sufren bipolaridad, y la segunda, el proyecto liderado por la ESE municipal entre la comunidad y varias instituciones educativas del municipio: “Estrategia de Recuperación Basado en la Comunidad –RBC-”.

Ahora bien, si bien es necesario incorporar contenidos con énfasis en salud mental a fin de lograr una mejor especialización o diferenciación frente a programas y estrategias orientadas al consumo de sustancias psicoactivas y a salud sexual y reproductiva, no se puede perder de vista que el tránsito que la comunidad hace entre uno y otro tema, está asociado a la manera como ella misma experimenta y asimila aquellas situaciones que afectan su salud.

Por ejemplo, en Viterbo, a la hora de tocar el tópico “salud mental”, la conversación derivó hacia el hecho que una mujer víctima de violencia de género sufre un deterioro de su salud mental debido al dominio que ejerce su pareja o

⁴ En cada grupo focal se hizo la pregunta explícita a las profesionales gestoras de la red sobre la manera como se venían realizando las sesiones previstas para la implementación de la red. En ambos casos la respuesta común es que además de la cartografía social, se realizaron charlas y talleres en los cuales se trataron temas como el consumo de sustancias psicoactivas, planificación sexual o salud sexual y reproductiva y violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y contra los niños.

Cabe anotar en este punto que al preguntar a las personas de la comunidad que participaron en el ejercicio acerca de dichas charlas y talleres, siempre se encontró dificultad en que las personas recordaran con facilidad el contenido y las actividades mismas; así que fue necesario recurrir precisamente a las profesionales de las ESE para lograr la información que diese cuenta sobre la manera como se habían desarrollado las sesiones –tanto la de cartografía social, como las relacionadas con charlas y talleres.

conyugue; al igual que el adolescente o la persona que consume sustancias psicoactivas o la joven adolescente que riñe con sus padres por el manejo de su sexualidad.

Además, es importante tener en cuenta que esta tendencia ha sido reforzada por los contenidos que se han desarrollado en el transcurso de las sesiones que los gestores han realizado durante la implementación de las redes. En Viterbo, el instrumento de cartografía social condujo a la identificación de las instituciones a las cuales pueden recurrir en caso de violencia familiar y sexual. En Aranzazu, algunas de las sesiones fueron orientadas hacia el embarazo adolescente y el consumo de SPA.

Definitivamente, si aún no es posible afirmar que los integrantes de las redes hayan adquirido o desarrollado competencias y habilidades específicas asociadas a la dimensión “salud mental”. Lo que si se puede afirmar es que las sesiones y las actividades realizadas han servido para afianzar el imaginario de lo comunitario como una fuente potencial para el mejoramiento de la salud a nivel comunitario, barrial y vecinal.

Lo cual es indispensable porque el fortalecimiento de los factores protectores en salud -desde la perspectiva de la salud pública- pasa por el desarrollo social y el capital humano. Es decir, por la apropiación de lo comunitario como escenario ideal para el fortalecimiento de tales factores a través de procesos y dinámicas de desarrollo social y generación de capital humano.

Y de hecho es esto lo que está ocurriendo en torno a la estrategia RSCPIC; las personas que hoy hacen parte de estas redes, manifiestan que se ha logrado un espacio valioso para tratar temas que, tal y como se dijo antes, están presentes en su propia cotidianidad. Y en ambos grupos focales, los integrantes de las redes se muestran conscientes de la necesidad que lo que está sucediendo al interior de la red, llegue a muchas otras personas.

En la red de Viterbo, por ejemplo, en cuyo caso la continuidad de las personas a lo largo del proceso despertó el interés por generar acciones de réplica a través de dinámicas de movilización social, hace pensar que el reto es aún mayor de lo que puede suceder con la red de salud mental en Aranzazu y mucho más que la de Pácora en cuyo caso no se pudo establecer la realización de las ocho sesiones previstas en el convenio interadministrativo con la DTSC.

Visto de otra manera, lo que se afirma es que hacia el futuro el potencial de la red en Viterbo está, más allá de la disposición de sus integrantes para recibir nuevos contenidos (y específicamente en el ámbito de la salud mental), en la realización de acciones que generen mayor impacto social. Distinto a lo que ocurre en Aranzazu porque allí la prioridad es reforzar la organización interna de la red a fin de asegurar la continuidad de sus integrantes.

De la experiencia en Viterbo hay un hecho singular y que ayuda a comprender la consolidación que ha tenido esta red desde el punto de vista de su organización interna y es que en las últimas sesiones realizadas, la comunidad misma es quien ha mantenido el diálogo o la conversación sobre los diferentes tópicos de manera autónoma. Es decir, el hecho que la gestora de la red haya asumido el rol de facilitadora -simplemente dinamizando la conversación- contribuyó a que los integrantes de la red asumieran un rol activo y participativo.

De aquí precisamente el llamado de atención acerca del poco interés que en un principio suscita entre los integrantes de la red, la realización de talleres formativos. No obstante, como se dijo en un principio y como se vio al final en cada uno de los dos grupos focales, si existe la expectativa entre la comunidad de recibir nuevos y diversos contenidos, sobre todo por el interés en aprender a manejar situaciones que afectan la salud propia y de los integrantes de la “comunidad”.

Lo que enseña la experiencia en Viterbo es que el recurso de los conversatorios es bastante exitoso y especialmente que el rol de facilitador del gestor de la red, aumenta el nivel de participación y de empoderamiento de los integrantes de la red de los temas que se van desarrollando en cada sesión.

Más allá de los talleres formativos, está el reto indiscutible de generar capital humano (competencias básicas en salud) a través de procesos y dinámicas de participación, movilización y desarrollo social que permitan hacer visible el trabajo iniciado en 2017, tanto como posicionar la estrategia de RSCPIC como una alternativa efectiva para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Tampoco se debe perder de vista que la participación de la Alcaldía municipal y de diversos agentes institucionales, así como de otros funcionarios de su propia entidad, puede facilitar el esfuerzo personal que deben realizar los gestores para lograr que el aprendizaje constante sea suficiente para que la comunidad permanezca motivada.

No obstante, no se debe perder de vista tampoco que existen retos significativos en cuanto a los contenidos que pueden facilitar la generación de competencias básicas en salud entre la comunidad. Tanto como reconocer la correlación entre consumo de SPA, violencias de género y salud mental, debe procurarse que la construcción de imaginarios sociales y comunitarios sobre “salud mental”, se realice sobre la base de los aportes que los profesionales especializados en esta área del conocimiento científico y técnico, pueden hacer al proceso.

Así como es fundamental identificar los imaginarios que poseen los mismos profesionales del sector salud acerca de los que es la “salud mental” y su relación con áreas como la de salud sexual y reproductiva y prevención del consumo de SPA; resulta conveniente generar sinergias con sectores tales como la academia de manera tal que se construyan acuerdos básicos tanto desde el punto de vista teórico y formativo como práctico. Esto es, sobre la responsabilidad que tiene la

comunidad respecto al “bienestar”, y acerca del papel que deben cumplir los otros agentes del sector salud.

En este punto, es oportuno hacer uso de los resultados obtenidos a través de la Matriz IGO; es decir, respecto al fortalecimiento de la estrategia RSCPIC, se recomienda utilizar como herramienta de focalización o de priorización de las acciones a convenir con las ESE municipales, aquellas que fueron identificadas principalmente como ACCIONES INMEDIATAS y RETOS⁵.

Para el caso de Viterbo, se recomienda avanzar hacia la construcción de un plan de acción centrado en acciones formativas que potencialicen procesos de movilización social en torno a los siguientes ejes:

- Ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada
- Actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud
- Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas SPA
- Conversatorios acerca de la promoción de la salud y la calidad de vida

En cuanto a la construcción de un plan de acción para la red de salud mental en Aranzazu, la recomendación es trabajar sobre los siguientes ejes:

- Autocuidado
- Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas
- Encuentros formativos sobre distintos temas
- Actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud
- Actividades de convivencia social

Finalmente, para el caso de Pácora, se recomienda que la construcción del plan de acción se focalice sobre los siguientes:

- Actividades conjuntas con el núcleo familiar
- Autocuidado

⁵ Se debe tener en cuenta que esta herramienta se aplicó en el mes de septiembre de 2017. Dado que se realizó al inicio del proceso de implementación de las redes, su réplica podría y debería generar resultados distintos a los obtenidos inicialmente. Sin embargo, en la etapa en que se encuentran las redes al cierre de la vigencia 2017, y de acuerdo a lo que se evidenció a través de los grupos focales, los resultados siguen estando vigentes.

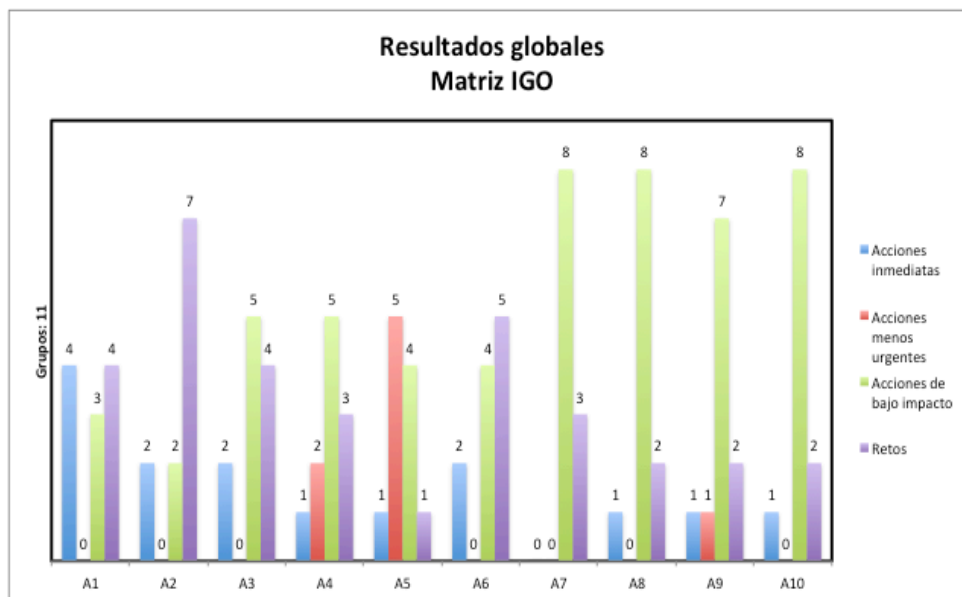
- Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas
- Ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada
- Actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Rodríguez, D. (2009). El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS). Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, República de Colombia.

ANEXO 1 RESULTADOS MATRIZ DE IMPORTANCIA Y GOBERNABILIDAD

En conjunto, los resultados del ejercicio son los siguientes:



1. Autocuidado: Entre los once grupos que participaron en el ejercicio, se observa un comportamiento que es poco homogéneo; mientras que para cuatro de los grupos ésta se constituye en una Acción Inmediata, para otros cuatro, se trata principalmente de un Reto. Para los tres de los grupos restantes, se trata de una acción de Bajo Impacto.

2. Acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas: Siete de los once grupos, valoraron esta acción como un Reto. Para dos de ellos, se trata de una Acción de bajo impacto, mientras que para los dos restantes se trata de una Acción inmediata.

A diferencia de lo que sucede con la acción N°1, en esta acción el comportamiento presenta mayor homogeneidad entre las opiniones de los integrantes de los grupos. El hecho que siete de los once grupos hayan coincidido en que se trata de un Reto, es representativo del 64% del total de quienes hicieron parte del ejercicio.

3. Ayuda en caso de emergencias, lazos de cooperación en respuesta a una situación determinada: En este caso, el comportamiento observado es menos homogéneo que en el anterior. Para el 18% de los grupos, esta acción pertenece a la categoría de las Acciones inmediatas. Sin embargo, para el 45% de los grupos (cinco), se trata de una Acción de Bajo impacto. Entre los grupos restantes, cuatro (36%), esta acción es un Reto.

4. Soporte emocional u otro tipo de apoyo concreto, frente a crisis en los diferentes momentos del curso de vida: En esta acción, el comportamiento observado es aún menos homogéneo que todos los casos anteriores. De hecho, aquí si aparece la categoría Acciones menos urgentes ya que para uno de los grupos, está acción pertenece a esta categoría. Ahora bien, para cinco de los once grupos, se trata de una Acción de bajo impacto. Para tres de los grupos constituye un Reto mientras que para dos de ellos, se trata de una Acción menos urgente.

5. Encuentros formativos sobre distintos temas: Cinco de los once grupos, consideran que esta acción corresponde a la categoría Acciones menos urgentes. Cuatro de ellos consideran que es una Acción de bajo impacto mientras que tan solo uno estima que se trata de una Acción inmediata; finalmente, uno de los grupos considera que se trata de un Reto.

6. Actividades relacionadas con la prevención de los riesgos y a la recuperación de los daños en la salud: En este caso, ningún grupo considero que se tratase de una Acción menos urgente. Cinco de los grupos estiman que se trata de un Reto; cuatro consideran que es una Acción de bajo impacto, y dos, estiman que esta acción entra a la categoría de Acciones inmediatas.

7. Actividades de convivencia social: En cuanto a esta acción, se observa la mayor homogeneidad entre todos los casos anteriores pero igual a la homogeneidad observada en el caso de las acciones N°8 y 10. La razón es que ocho de los once grupos, consideran que se trata de una Acción de bajo impacto. Para tres de los grupos, se trata de un Reto y por lo tanto, ninguno considera que se trata de una Acción inmediata o una Acción menos urgente.

8. Conversatorios acerca de la promoción de la salud y la calidad de vida: El 45% de los grupos (ocho) considera que se trata de una Acción de bajo impacto. Dos de ellos consideran que se trata de un Reto y solo uno de ellos estima que se trata de una Acción inmediata. Ninguno considera que se trate de una Acción menos urgente.

9. Actividades conjuntas con el núcleo familiar: La mayoría de los grupos (siete) considera que este tipo de acción está en la categoría de las Acciones de Bajo Impacto. Dos de los grupos, estimo que se trata de un Reto mientras que para uno de ellos de trata de una Acción inmediata y para el ultimo de los grupos, una Acción menos urgente.

10. Acciones institucionales con diversos actores del sector salud: En este último caso, lo que se observa es que la mayoría de los grupos (ocho), estiman que esta acción es del tipo Acciones de bajo impacto. Para dos de los once grupos, se trata de un Reto; para uno de ellos es una Acción inmediata y para ninguno d los grupos, se trata una Acción menos urgente.

