



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN
DE BASE COMUNITARIA AL CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD
MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI**

Director:

LUIS ALBERTO TAFUR

Investigadora Principal:

MARIA CONSUELO LÓPEZ MONTOYA

Santiago de Cali, diciembre de 2015

DEDICATORIA

A Dios por darle vida a mi vida y sentido a mí existir.

A mis hijos Juan Diego y Mauricio por su apoyo bondadoso en este proceso.

A mis hermanos porque a su lado, he aprendido a convivir, a valorar la sencillez, la nobleza, a reconocer la fragilidad humana y la tenacidad para persistir.

A Iris y a los integrantes de Asfapem, por permitirme conocer de ellos detalles tan importantes de sus propios procesos, por ser seres humanos espiritualmente completos, en una historia, en un contexto, con una familia, en unas circunstancias, que les han puesto a prueba su capacidad para enfrentar la vida y poner a prueba a la misma sociedad en su capacidad de generar acciones que los puedan acoger y permitir su desarrollo integral.

AGRADECIMIENTOS

A Iris Martínez por su confianza y abrirme las puertas de la Asociación para realizar este trabajo de investigación.

A los integrantes de la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental-ASFAPEM, por haber participado de una manera activa, comprometida e involucrada en este proceso.

Al Doctor Luis Alberto Tafur por sus saberes, acompañamiento y haberme concretado e impulsado a cumplir este sueño.

A la Maestría de Administración en salud, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle por encontrar en este tipo de investigaciones respuestas validas que le aportan a la realidad del país. Por su valioso proceso de formación. Por la oportunidad de permitir que el esfuerzo del tiempo de dedicación de horas presenciales y no presenciales invertidas en el proceso de formación, haya tenido como posibilidad presentar un ejercicio de investigación que permitiera concretar el conocimiento adquirido.

A los profesionales entrevistados en el proceso de la investigación: al Doctor Martin Vergara, al Doctor Iván Osorio y el Doctor Javier Arévalo, por compartir sus conocimientos, por regalarnos su valioso tiempo y apreciaciones desde su experiencia con el programa de salud mental comunitaria del Distrito de Aguablanca. En especial al doctor Martin Vergara por compartir de manera amplia y bondadosa sus profundos conocimientos y experiencia en salud mental comunitaria.

A los jurados de la Tesis, por su valioso tiempo obsequiado para la revisión del documento final y sus valiosos aportes para hacerlo mejor.

A Flor Nayda quien desde la Secretaría Departamental de Salud, me ha permitido aprender mucho, de lo necesario para conocer el tema de salud mental y brindar todo el apoyo posible para que este ejercicio fuera una realidad.

A Carlos Andrés, por su insistencia y el apoyo incondicional en el cumplimiento de esta ardua tarea.

Agradezco a todos aquellos que hicieron aportes desde sus saberes, por los espacios de tiempo concedidos, los que posteriormente debí convertirlas en jornadas extensas de trabajo, sentada dialogando con toda la información recogida, persistiendo para hacer un aporte a la salud mental de nuestro País.

Agradezco a todos los que de una manera visible e invisible hacen parte posible para lograr está afortunada meta. Menciono algunos nombres: Maria Eugenia, Miller, Gilbert, Maritza, Yuby, Diana, Maria Florencia, Paola, Ángela, Angélica.

A todos los que hicieron recomendaciones para que este trabajo se acercara de manera real a las necesidades sentidas no solo de Asfapem, sino por posibilitar que en otros escenarios pueda llegar a impactar.

TESTIMONIOS DE INTEGRANTES DE ASFAPEM

Testimonio 1-Esquizofrenia

“... tenía marcas en mi cuerpo, porque era amarrado por mi familia temerosa frente a mis comportamientos agresivos, fui acompañado por Iris, con otra profesional, empecé a participar de las actividades de la Asociación, y hoy tengo una relación afectiva con una persona del grupo, vivo con ella y hemos tenido dos hijos, trabajo en la venta de Bonais, con estos ingresos sostengo mi familia: hijos, pareja y padres”.

Testimonio 2-Liga de Epilepsia

“Gracias a Dios ya me curé, yo era muy agresivo, golpeaba incluso a sus propios compañeros..., hoy no pienso en la enfermedad, pienso en el trabajo, he establecido relación afectiva (novia), ayuda a su familia de origen y a la familia de su novia (suegros). Hoy aunque mis obligaciones me ha llevado a ha disminuir mi participación de las salidas, mi compañera ayuda a la líder en las salidas”.

Testimonio 3-Bipolar

A mí me daba miedo salir, yo siempre iba acompañada de mi esposo a las citas al hospital, un día después de muchos de estar en el programa, me decidí ir sola a la cita y desde ese día empecé a andar sola, hoy apoyo a la líder con las salidas de los pacientes y sus familiares, no me considero una paciente a pesar de que tomo mi medicación y asisto a las citas, hoy me siento bien, útil, me gusta servir a mis compañeros”

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción.....	7
1. Planteamiento del problema.....	9
2. Estado del arte	14
3. Marco de referencia.....	18
3.1 Marco legal	18
3.1.1 Salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud.....	18
3.2 Marco conceptual	22
3.2.1 Salud mental y trastorno mental	22
3.2.2 Situación de la salud mental.....	26
3.2.3 Salud mental comunitaria y Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC	28
3.2.4 Atención Primaria en Salud	31
3.2.5 El cuidador dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS	33
3.3 Planeación estratégica.....	36
4. Objetivos.....	39
4.1 Objetivo general.....	39
4.2 Objetivos específicos	39
5. Metodología	40
5.1 Tipo de estudio.....	40
5.2 Área de estudio	40
5.3 Población y muestra	41
5.4 Variables	42
5.5 Recolección de información.....	43
5.6 Plan de análisis	44
5.7 Consideraciones éticas.....	47
6. Resultados	48
6.1 Análisis externo e interno de la Asociación.....	48
6.1.1 Historia de la Asociación	48
6.1.2 Participación de la Asociación en el sector salud	53

6.2 Análisis del entorno	57
6.2.1 Análisis del macroambiente	57
6.2.2 Análisis del sector específico.....	61
6.3 Análisis interno	66
6.3.1 Análisis situacional interno.....	66
6.3.2 Análisis DOFA:.....	69
6.4 Propuesta de plan estratégico de la organización cuidadora de la salud mental	75
6.4.1 Plan estratégico	75
6.4.2 Propuesta de evaluación y Seguimiento.....	83
6.5 Identificación de buenas prácticas	84
DISCUSIÓN	89
CONCLUSIONES	92
ANEXOS	100
ANEXO 1. NOMOGRAMA EN SALUD MENTAL EN COLOMBIA.....	100
ANEXO 2. LISTADO DE PROCEDIMIENTO Y ACTIVIDADES DEL POS.....	106
ANEXO 3. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10).	109
ANEXO 4. HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN.....	110
ANEXO 5. PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE:	111
ANEXO 6. TALLER PARA ANALISIS DEL SECTOR.....	112
ANEXO 7. PREGUNTAS GENERALES SOBRE EL ANÁLISIS INTERNO DE LA ORGANIZACIÓN:.....	113
ANEXO 8. TALLER PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO:	118

Introducción

El presente estudio centra su interés en avanzar en la visibilización y potencial articulación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de una serie de servicios de salud mental que prestan, en un contexto comunitario, una Organización de cuidadores de personas con enfermedad mental (familiares de pacientes y pacientes rehabilitados). La Asociación de Familiares y Pacientes con Enfermedad Mental ASFAPEM, Organización No gubernamental (ONG) tiene sede en la Comuna 13, y cobertura de atención en todo el oriente de la ciudad de Santiago de Cali. El estudio propuso realizar un ejercicio de Planeación Estratégica destacando la descripción operativa y administrativa de la prestación de servicios de salud mental que agencian como Asociación, buscando configurar una misión clara de la organización, su cadena de valor, valores agregados, una estructura administrativa y un plan de trabajo que le permita hacer visible las acciones desarrolladas y potenciar su experiencia comunitaria en el cuidado de personas con enfermedad mental, es importante precisar que el proceso de planeación estratégica fue un ejercicio provocador que permitió organizar y visibilizar el “quehacer” de la asociación frente al cuidado de personas con enfermedad mental y su articulación con el Sistema de Salud en Colombia, obedeciendo a las exigencias normativas actuales en salud mental, siendo una experiencia significativa y referente en servicios de salud mental comunitaria.

La investigación se focaliza en la experiencia de una organización social que por muchos años ha venido trabajando de manera empírica y sostenida, con limitaciones para llevar a cabo procesos de análisis estratégico y organización administrativa, buscando mejorar la oferta de servicios a los que acceden los pacientes y sus cuidadores y contar con una estructura funcional eficiente que le permita visibilizar los servicios que realizan con pacientes, familiares y cuidadores dignificando sus vidas.

Es un estudio descriptivo que utiliza diversas técnicas de captación de información como consulta de fuentes primarias – Familiares, pacientes y personal asistencial en salud, consulta de expertos y fuentes secundarias como la revisión de documentos administrativos y técnicos propios de la Asociación. En la propuesta se emplean los principios básicos de la planeación estratégica, después de hacer de manera exhaustiva un diagnóstico inicial y describir el quehacer de la organización comunitaria. Los resultados obtenidos con el análisis se enmarcan en normas, conceptos, métodos y procedimientos acorde con las más recientes

actualizaciones hechas al Sistema General de Salud (SGSSS) en Colombia considerando todo lo que se ha logrado para atender la salud mental.

La investigación está cuidadosamente articulada con uno de los objetivos específicos de la Maestría de Administración en Salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, *“colaborar en la producción de un profesional con capacidad de trabajo en lo territorial, **lo comunitario**, lo institucional; capacitando a los discentes en los procesos académicos para que asuman el compromiso de la administración que las instituciones y organizaciones del Sistema General de Seguridad Social requieren para ser conducidas con calidad, productividad y oportunidad”*, el cual busca que sus graduandos estén en capacidad de considerar el desarrollo de acciones desde lo institucional y comunitario para generar propuestas administrativas que permitan, en este caso, mejorar la planeación y la gestión del SGSSS en todo lo relacionado con la salud mental.

En síntesis, el presente proyecto centra su interés en realizar un ejercicio de descripción del quehacer, con base en el análisis estratégico de una organización con experiencia comunitaria al cuidado de personas con enfermedad mental, con el propósito de contribuir al mejoramiento de una estructura administrativa que permita hacer visible las acciones desarrolladas por los cuidadores y potenciar su experiencia comunitaria en el cuidado de personas con enfermedad mental en la articulación con las exigencias normativas actuales que aplican para el cuidado y la atención del paciente con enfermedad mental, en el marco del modelo de Atención Primaria en Salud y los lineamientos propuestos por la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. Por lo tanto, llevar a cabo esta investigación cobra importancia por el hecho de posibilitar que una intervención de base comunitaria se organice para hacerse parte real entre los diferentes actores y modalidades de servicios que hacen parte del Sistema de Salud colombiano.

1. Planteamiento del problema

En la Comuna 13 de la ciudad de Santiago de Cali, desde hace aproximadamente 20 años, se viene desarrollando una experiencia comunitaria en el cuidado de personas con enfermedad mental, integrada por familiares, cuidadores y pacientes, cuyo interés ha estado centrado en el restablecimiento de derechos de las mismas, representado en el acompañamiento al paciente y su familiar, en el apoyo para resolver problemas relacionados con el acceso a los servicios de salud, con mayor énfasis en salud mental, como son: citas de evaluación y control con médicos especialistas, acceso a la dispensación oportuna de medicamentos psicotropos y gestión para contar con un equipo interdisciplinario que les brinde terapias ocupacionales y físicas, entre otras, que contribuyan en su proceso de recuperación.

Quienes han venido participando de la experiencia comunitaria despliegan una serie de actividades en la vida diaria y aportan recursos: humanos, logísticos, institucionales, comunitarios, recreativos, educativos, para lograr el sostenimiento y adherencia al tratamiento de las personas con enfermedad mental, que en muchos casos no son atendidas por el Sistema de Salud. Los miembros de este grupo humano, mediante el entrenamiento de sus cuidadores, resuelven algunos de los problemas relacionados con la atención y tratamiento de la patología mental de sus pacientes y sus familias.

Entre las acciones que han venido desarrollando para dar respuesta a las necesidades de atenciones en salud mental está la búsqueda activa e identificación de casos de personas con enfermedad mental encontradas en completo estado de aislamiento por sus familias y su vecindad. En algunos casos deben actuar como garantes en el restablecimiento de derechos, para que los pacientes cuenten con un documento que los identifique y gestionar, por ende, una afiliación al Sistema de Salud. Deben luchar contra el estigma y la exclusión social de los pacientes no solo por su propio núcleo familiar, sino también por la comunidad, incluso por los profesionales de la salud frente al desconocimiento y la incomprensión de la enfermedad mental como tal. Otra de sus labores es dar a conocer los derechos que en atención en salud mental tienen los enfermos como ciudadanos colombianos y gestionar citas con especialistas y medicamentos cuando se requiere. También llegan a servir como mecanismo de contención de los pacientes que se descompensan o se encuentran en fase crítica, para evitar

maltrato por parte de la familia, la comunidad y los mismos agentes prestadores de servicios de las instituciones de salud.

A nivel lúdico, han gestionado convenios con las instituciones de recreación del estado para realizar salidas semanales buscando un sano esparcimiento y variar las actividades de las personas que participan de las diferentes reuniones propuestas. Realizan procesos de capacitación y entrenamiento de cuidadores y de pacientes, quienes en algunos casos asumen la labor de cuidar de sus pares con enfermedad mental y asumen sus causas como propias. Los procesos de educación familiar se vuelven muy importantes para enfocar la familia con respecto a la enfermedad o al trastorno mental, porque en la medida en que las familias desconocen y no comprenden la situación de su familiar, acuden a una serie de actos e ideas que pueden atentar contra el enfermo como aislarlo, esconderlo, avergonzarse de su condición, reproducir una serie de mitos y creencias erróneas (interpretaciones mágicas como maleficios) sobre la situación de los pacientes.

El acompañamiento a los pacientes se da, hasta que el cuidador puede hacerse cargo del cuidado de la enfermedad mental de su paciente incluso han logrado que el paciente deje de ser una carga para el cuidador y, por el contrario, sirven de apoyo en el proceso de adherencia para los que recientemente se incorporan a la organización. Sus intervenciones las realizan en el domicilio de los pacientes y ayudan a sus familiares a comprender otra opción de vida para el paciente como para el cuidador mismo.

Aunque el Sistema de Salud en Colombia mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS) ha crecido en la oferta de servicios representados en procedimientos, actividades y medicamentos para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población, las brechas entre lo que impone lo normativo y lo que cumplen las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y, las mismas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), han creado barreras de acceso elevadas para las personas necesitadas de atención. Estas barreras llevan a abandonar la idea de buscar ayuda profesional para, en su lugar, recurrir a estrategias mágicas (curanderos, sesiones de liberación, entre otras) como una forma de contar con un alivio a su situación. Los más afortunados encuentran organizaciones de base comunitaria que intentan suplir estas carencias de cuidado y atención ante la falta de presencia del estado y las fallas del sistema en la regulación del cumplimiento de la prestación de los servicios en salud.

En la práctica real la oferta de servicios de salud mental es limitada, debido a la poca presencia de profesionales especializados y al hecho de que los profesionales de nivel de baja complejidad no están capacitados para atender pacientes con enfermedad mental. Constituyen problemas también la dificultad para lograr la dispensación del tratamiento no farmacológico y las intervenciones psicoterapéuticas oportunas, así como el ingreso de pacientes crónicos a los programas de atención integral. El suministro de medicamentos es discontinuo, los procesos de espera en los servicios se dilatan, la dificultad para acceder a las citas solicitadas telefónicamente por no comunicación con los Call Center es evidente, entre otros factores que hacen perder la continuidad y la adherencia al tratamiento de las personas con trastornos mentales y agravan su situación. En consecuencia, se considera que en esta dimensión cohabita el problema de la investigación, puesto que son las barreras que impone el modelo administrativo y organizacional del Sistema de Salud, sobre todo en lo referente a la atención en salud mental, que hace que este no opere con celeridad, equidad, eficiencia, oportunidad. Tampoco existe el debido reconocimiento al aporte que realizan las personas que están al cuidado del enfermo mental. (Vergara 2010)

Experiencias comunitarias como las ofrecidas por la Asociación, que funciona hace 20 años en la Comuna 13 de la ciudad de Santiago de Cali, a pesar de que han venido dando una respuesta desinstitucionalizada a los pacientes con enfermedad mental mayor, no han podido ser suficientemente visibilizadas, pues se tiende a considerar que es la institucionalidad la única garante de la atención y es hacia donde se dirigen los esfuerzos de la planeación administrativa y financiera, y lo comunitario sigue funcionando con mecanismos de gratuidad sobrellevadas por los esfuerzos de líderes comunitarios, sin costo, para sostener en el tiempo estas iniciativas. A pesar de que las leyes en Colombia indican la creación de servicios comunitarios y de técnicas de rehabilitación basadas en la comunidad, no solo para dar solución a estas barreras de acceso, sino para buscar el empoderamiento de la sociedad en el conocimiento y participación del tratamiento para la rehabilitación de los trastornos mentales, en ningún caso se pretende que estos ejercicios comunitarios se basten a sí mismos, sino que sean fortalecidos con herramientas administrativas y financieras que les permitan ser viables y no depender solo de la caridad de las personas, sino que hagan parte de la red de servicios integrales e integrados que plantea el Sistema de salud en Colombia (Ley 1438 de 2011 y Ley 1616 de 2013).

Las redes socio familiares de apoyo a pacientes con enfermedad mental han mostrado su importancia en el soporte emocional, afectivo, social e incluso económico de las familias implicadas, incluso son un aporte invaluable en materia

económica en lo que se refiere a promoción de la salud y reducción de la Carga de la Enfermedad al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se reconocen dichas organizaciones como un aporte comunitario, como una experiencia todavía no valorada suficientemente, que deben ser respaldadas institucionalmente con la mejoría de sus condiciones.

La falta de recursos técnicos y operativos para poder contar con un Plan acorde a sus posibilidades y potencialidades, vuelve a dichas organizaciones extremadamente vulnerables al entorno económico, político, social y cultural. Más concretamente, la escasez económica, la poca disponibilidad de personal especializado, el poco conocimiento que hay sobre la forma de actuar en situaciones específicas y las formas en las que se puede gestionar apoyos institucionales en un entorno de incertidumbre como es el Sector Salud, son factores determinantes que impiden la consolidación y sostenibilidad de dichas organizaciones.

Estas organizaciones no cuentan con una visión de largo plazo como requisito para realizar una planeación estratégica que vaya determinando sus acciones futuras, primero, por la falta de entendimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el poco reconocimiento de este hacia estas, y segundo, porque no tienen suficientes recursos para poder afrontar todo lo que involucra la planeación y habilitación de servicios.

El sector salud en general viene adquiriendo cada vez mejores condiciones institucionales para estructurar un Sistema de Salud que garantice el derecho a la salud integral de los colombianos, considerando entre su normatividad clave lo dispuesto en la Ley 100, la Ley 1122, la Ley 1438, la Ley 1751 y, específicamente para salud mental, la Ley 1616, marco que plantea una serie de condiciones y propuestas para mejorar la calidad de vida, atención, habilitación y rehabilitación de pacientes con enfermedades mentales crónicas como los que integran esta organización de base comunitaria, potencialidades escasamente difundidas y aprovechadas por la comunidad, generalmente poco informada sobre estas posibilidades. De acuerdo con lo expresado en los párrafos anteriores, el problema objeto de esta investigación queda planteado de la siguiente manera:

¿Cómo identificar, organizar y hacer visible las prácticas como cuidadores de personas con enfermedad mental desde una experiencia de base comunitaria realizada en la comuna 13 de la ciudad de Santiago de Cali, que sirvan y den respuesta local y articulada a las necesidades de atención en salud mental de las personas afectadas y lograr ser tenidos en cuenta dentro del Sistema de Salud vigente en Colombia como prácticas eficaces en salud mental comunitaria?

El ejercicio de planeación estratégica es un ejercicio que permite organizar el quehacer de la Asociación, por lo que se espera que los resultados de esta investigación, en el marco de los derechos humanos, permitan cimentar procesos de atención en salud mental comunitaria, como una forma de garantizar el cuidado y la protección a la vulnerabilidad de personas con enfermedad mental, y al mismo tiempo esta experiencia pueda ser emulada y ajustada por ulteriores investigaciones y sus resultados aprovechados por otras organizaciones, que han sostenido con sus propios recursos acciones de rehabilitación y seguimiento a personas con alteraciones mentales, que puedan organizarse en igualdad de condiciones y ser tenidas en cuenta por el sistema de salud en Colombia.

2. Estado del arte

De acuerdo a la revisión de la literatura en el tema de planeación estratégica en asociaciones de servicios comunitarios en salud mental, hay varios elementos que se deben considerar, relacionados con el tema de investigación: el primero de ellos es la existencia de estas organizaciones y el reconocimiento en los aportes al cuidado de personas con enfermedad mental y segundo los ejercicios de planeación estratégica realizados en este tipo de entidades comunitarias o similares.

Con base al primer punto la Organización Mundial de la Salud, en su estudio sobre *“Recursos humanos informales en el cuidado del paciente con trastorno mental”*, hace referencia a las familias que actúan como cuidadores de los miembros con desórdenes mentales. En este estudio se preguntó a los entrevistados si existían asociaciones de usuarios y asociaciones de familiares en sus países y, en caso afirmativo, cuántos miembros los componían. Adicionalmente, se preguntó en qué medida los usuarios y las asociaciones de familiares participaron en la formulación o implementación de políticas, planes o leyes de salud mental a nivel nacional dos años antes. De acuerdo a los resultados concluyeron que globalmente, las asociaciones de usuarios y las asociaciones de familiares se encuentran entre un 62% a un 64% de los países. Estas asociaciones son más frecuentes en Europa que en cualquier otra región. Las asociaciones de usuarios están presentes en el 83% de países de ingreso alto y el 49% de países de ingreso bajo. De igual forma, las asociaciones de familiares están presentes en el 80% de países de ingreso alto y el 39% de países de ingreso bajo. (OMS 2006).

En internet, se estima que se encuentran inscritos 130.000 miembros de asociaciones de usuarios y 95.000 miembros de asociaciones de familiares. En países donde existen asociaciones de usuarios, 45% tenían asociaciones del usuario en las que frecuentemente participaban en la formulación o aplicación de políticas de salud mental, planes o leyes a nivel nacional dos años antes; en el 33% de los países tenían una participación menos que rutinariamente y en el 22% de los países no tenían ningún nivel de participación. En los países con asociaciones de familia, el 38% las asociaciones participaban frecuentemente en la creación e implementación, las asociaciones de familiares en el 42% de países no participaron rutinariamente y en el 20% no participaron o lo hicieron raramente. La participación no es uniforme por regiones o grupos (OMS 2006). Estos datos

son relevantes en la medida en que los modelos de salud a nivel mundial y nacional vienen considerando fuertemente el tema de la participación y la corresponsabilidad de la familia en el tratamiento de los pacientes en el cuidado de la salud y de la enfermedad.

Por ejemplo, la Organización No Gubernamental *Análisis y Desarrollo Social Consultores*, entidad española privada, aconfesional y sin ánimo de lucro, constituida formalmente en el año 2000, está conformada por 28 organizaciones no gubernamentales y no lucrativas de ámbito estatal. Por el ejercicio de acompañamiento estratégico a estas organizaciones construyó una Guía de Planificación Estratégica en organizaciones no gubernamentales de Acción Social, con la cual pretenden facilitar el camino a las organizaciones de la sociedad civil y a las ONG de acción social para que inicien su acercamiento a los sistemas de dirección estratégica, en especial en las primeras fases de análisis, diagnóstico y planificación. De acuerdo a las recomendaciones sobre planeación consideran, siguiendo a Zerilli (1992), que está relacionada con:

- El análisis de una situación, decidir en qué dirección queremos transformarla y utilizar eficazmente los escasos recursos, seleccionando la más adecuada entre diferentes alternativas.
- Establecer claramente el orden de importancia de los objetivos que se pretenden alcanzar, de acuerdo con los recursos disponibles en ese momento.
- Esforzarse en prever las variables que pueden intervenir de forma que podamos anticipar las condiciones existentes dentro de unos meses o años.
- Escoger las acciones alternativas más convenientes respecto a los objetivos que han de alcanzarse, a los recursos disponibles, a la situación actual y a la prevista para el futuro.
- Decidir la sucesión y la articulación de las distintas acciones y su recíproca coordinación e integración.
- Escoger entre los recursos disponibles cuáles se pueden emplear y en qué medida para conseguir los objetivos deseados.
- Valorar qué otros recursos, además de aquellos de que disponemos, serán necesarios inmediatamente o en momentos sucesivos para alcanzar los objetivos deseados y establecer cómo, dónde y en qué condiciones se pueden adquirir.
- Definir las modalidades de empleo de los recursos elegidos.
- Prever los plazos en que, gracias al tipo de acciones emprendidas, a los recursos empleados y dada la situación existente, se podrán alcanzar efectivamente los objetivos tanto intermedios como finales, teniendo en cuenta un margen justo de tolerancia.

- Fijar, teniendo en cuenta las previsiones del punto anterior, las acciones y las fechas para las que se desea alcanzar determinados resultados.
- Prever los costos necesarios para alcanzar los resultados y establecer dentro de qué límites se deberá mantener la utilización de los recursos.
- Determinar los patrones de rendimiento a los que las personas y los distintos sectores deberán atenerse, y los límites máximos y mínimos de tolerancia aceptables.
- Asignar tareas y responsabilidades precisas para la ejecución.
- Establecer desde el principio la forma de controlar el desarrollo de las acciones programadas, el grado de avance y los progresos realizados respecto a los distintos objetivos, la realización cuantitativa y cualitativa de los resultados.

Otra experiencia en este tema es el Diagnóstico estratégico de la *Asociación Salud al Derecho* realizada por Bejarano (2008), con el objeto de lograr trazar un plan estratégico a mediano plazo y consolidar su liderazgo en la defensa del derecho a la salud. Dentro de los resultados logrados con este ejercicio de diagnóstico estratégico a la *Asociación Salud al derecho* se encuentra que la metodología implementada permitió un trabajo en conjunto para identificar el entorno y hacer un análisis de las fortalezas y debilidades, de las oportunidades y amenazas, para la construcción de la misión y visión de la asociación.

La matriz de Dificultades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA) de esta organización, permitió hacer una radiografía de la institución, definir unas estrategias a seguir y señalar una manera de lograrlas mediante la gestión de proyectos. Esto facilitó un proceso del fortalecimiento de la organización y un plan de trabajo a cuatro años, con un norte más específico para lograr la exigibilidad de derecho a la salud hacia la construcción de un modelo más equitativo. Al mismo tiempo que le permitió a la asociación proponer estrategias de fortalecimiento económico, toma de decisiones, formación interna y formación a comunidades, participación social y actitud comunicacional.

Lara 2007 planteó una *guía para mejorar la gestión de las organizaciones de desarrollo*, en donde inicialmente precisó las organizaciones pertenecientes al tercer sector, u entidades sin ánimo de lucro, que surgen de la sociedad con el objeto de generar un determinado impacto en la misma. Además precisó que cuando se trata de organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD), tendencia que hoy se viene realizando de acuerdo al interés u objeto de la entidad. En esta guía la doctora Lara precisa que si bien es cierto no hay modelos generalizables para la gestión de este tipo de organizaciones, se pueden tomar elementos de cada una y adaptarlos a la organización para que permitan

animar resultados visibles, disminuyendo el rechazo y las resistencias, sin embargo, reconoce en la gestión estratégica una posibilidad de planear hacia una visión de futuro. En esta guía define la gestión estratégica como *“un proceso sistemático de toma de decisiones fundamentado en el pensamiento estratégico, que no es otra cosa que pensar y preguntarnos si estamos haciendo lo que tenemos que hacer. Todo esto de cara a orientar el futuro de la organización en relación con su entorno. Podemos decir que la planificación es adelantarse al futuro, diseñando el mismo, sin olvidar el presente. Se identifica la forma de lograrlo a través de la toma de decisiones adecuadas sobre los resultados propuestos a lograr, aprovechando a su vez las oportunidades que se nos presenten, considerando los riesgos”*. Retoma elementos de la planeación estratégica formal para abordar este tipo de organizaciones.

Otro documento importante de referenciar es el trabajo adelantado en Polecito-Tolima sobre el plan estratégico para el fortalecimiento de organizaciones comunitarias, como una forma diferente de abordar un proceso de planeación de este tipo de organizaciones. La metodología utilizada fue la construcción participativa de los planes de acción y estratégicos. Los resultados de esta experiencia indican la capacidad de respuesta y la necesidad de organización que tienen este tipo de entidades para lograr un futuro deseado, acorde a su razón de ser y del contexto donde prestan sus servicios sociales.

3. Marco de referencia

En el marco de referencia se presentan dos componentes: un marco legal que regula el campo de la salud en Colombia y en especial lo relacionado con la salud mental y un marco conceptual en el que se definen los conceptos que sustentan el estudio, específicamente los relacionados con prácticas en el cuidado de la enfermedad mental y la planeación estratégica.

3.1 Marco legal

En Colombia el marco legal que regula la atención de la salud mental ha tenido un gran despliegue en los últimos años, por lo que podemos reconocer dos tipos de normas, las inherentes o propias del sector salud y otras normas asociadas a éstas dirigidas a abordar y dar soluciones a problemáticas específicas relacionadas con la salud mental como la violencia escolar, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia contra la mujer, la atención psicosocial a víctimas del conflicto armado, entre otras.

3.1.1 Salud mental en el Sistema de Seguridad Social en Salud

Inicialmente la Ley 100 de 1993 consideró para la atención en salud mental la fase de crisis, y disponía de una consulta de evaluación y un seguimiento a 30 días después de ocurrido el suceso. El Acuerdo 008 del año 2009, la actualización del Plan Obligatorio de Salud para ese periodo, amplió y precisó mucho más procedimientos, actividades y medicamentos para atender las necesidades en salud mental de la población afiliada al Sistema de Salud, entre los servicios dispuestos de atención por visita domiciliaria por psicología, trabajo social, por promotor de la salud, por equipo interdisciplinario y otro profesional de la salud. Consulta de primera vez por psicología, interconsulta por psicología, asistencia intrahospitalaria por psicología, administración y aplicación de pruebas de personalidad (cualquier tipo), Evaluación y alteraciones emocionales y/o conducta, determinación del estado mental por psicología y psiquiatría, e intervención en crisis. Psicoterapia individual por psiquiatría, por psicología, Psicoterapia de pareja por psiquiatría y psicología, Psicoterapia familiar por psiquiatría y por psicología, Psicoterapia de grupo por psiquiatría y psicología, **intervención en salud mental comunitaria por psiquiatría y psicología**, educación individual en salud por psicología, enfermería, por trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional, agente

educativo, equipo interdisciplinario, medicina general y medicina especializada, educación grupal en salud por fisioterapia, agente educativo, equipo interdisciplinario y por trabajo social. Consulta integral de control de seguimiento por equipo interdisciplinario: Metas terapéuticas de los diferentes profesionales se pongan de acuerdo. (Equipos de manejo de consumo de sustancias psicoactivas), Consulta de control y seguimiento por trabajo social, Asistencia intrahospitalaria por trabajo social, Internación en unidad de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, Internación parcial en hospital día. (Ver Anexo 1).

Otras actividades como educación en salud por enfermera, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiología, que aunque no son directamente relacionadas con salud mental, desde una perspectiva de atención integral también pueden ser consideradas.

Resolución 5592 de 2015, fueron ratificadas coberturas, frecuencias de las intervenciones a 30 consultas individuales año calendario, más 30 consultas de psicoterapia familiar y grupal al año y en los casos de menores de edad, víctimas de violencia sexual, víctimas del conflicto armado estas coberturas se duplican. La **intervención en salud mental comunitaria por psiquiatría y psicología**, por nunca haberse facturado fue retirada del POS con el Acuerdo 029 de 2011. De acuerdo a la circular 40 de enero del año 2012, se precisan los procedimientos, actividades que aplican para la atención en salud mental (Ver anexo 2).

Por otro lado, la **Ley 1616 de 2013**, La ley de salud mental o la Ley Esperanza, tiene por objeto “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de Vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud”.

Dentro de su articulado, plantea retos en la prestación de servicios en salud mental, como por ejemplo la presencia de equipos interdisciplinarios en las instituciones prestadores de servicios de salud y propone 11 servicios, de los cuales tres, están relacionados con acciones de orden comunitario, así:

1. Atención Ambulatoria.
2. Atención Domiciliaria.
3. Atención Pre hospitalaria.
4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia.

5. Centro de Salud Mental Comunitario.

6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias.

7. Hospital de Día para Adultos.

8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes.

9. Rehabilitación Basada en Comunidad

10. Unidades de Salud Mental.

11. Urgencia de Psiquiatría

Los servicios correspondientes a centros de Salud Mental comunitaria todavía no han sido reglamentados, pero desde el Ministerio y algunas otras entidades territoriales se vienen haciendo propuestas en este sentido.

La Resolución 1841 de 2013, mediante la cual se reglamenta el Plan Decenal de Salud Pública, salud mental, queda como la tercera dimensión, definida Dimensión de Convivencia social y Salud Mental, quedando definida como *“espacio de construcción, participación y acción transectorial y **comunitaria** que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y La intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos”*.

Dentro de los objetivos de la dimensión de salud mental en el Plan decenal de Salud pública, dos consideran acciones de articulación comunitaria, subrayados a continuación:

- Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.
- Contribuir a la gestión integral de los riesgos asociados a la salud mental y la convivencia social, mediante la intervención de los factores de riesgo y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y **comunitaria** en esta temática.
- Disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de **servicios institucionales y comunitarios** en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronificación y el deterioro y mitigar daños evitables

En el Plan Decenal de Salud Pública se contempla la implementación y desarrollo de la Rehabilitación Basada en la Comunidad desde la Dimensión Prioritaria “Convivencia Social y Salud Mental” y desde la Dimensión Transversal “Atención Integral en Salud para las Personas con Discapacidad bajo el Enfoque Diferencial”. En este marco el PDSP define la RBC como un “proceso de desarrollo local inclusivo de carácter intersectorial que aporta en la atención integral en salud para las personas con discapacidad bajo el enfoque diferencial y para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental” (MSPS 2015).

Modelo integral en atención salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombia 2014. El ministerio de Salud y Protección Social con base en la Ley Estatutaria de Salud y el Plan Decenal de Salud Pública, viene planteando un Modelo de atención que dé respuesta a las dificultades del sistema, tales como fragmentación de servicios, baja resolutiveidad con excesos de demanda, fallas de mercado y de agentes y compartimentalización regulatoria (MSPS 2014). El propósito final de crear valor en la atención en salud, mediante el reconocimiento de las diferencias poblacionales, acuerdos institucionales, integrar el sistema de salud con el de la seguridad social y así orientar la respuesta del sistema de salud. Dentro del marco estratégico de este modelo se plantea el componente de salud familiar y comunitaria como uno de los contextos en los que se debe dar el Modelo. El cual plantea la formación en competencias diferentes tipos de profesionales, técnicos y promotoras en un enfoque de salud familiar y comunitaria. El mismo Modelo esta plantea compensaciones con el sistema de incentivos, como una forma de viabilizarlo y realizar las retribuciones económicas respectivas, por resultados, incentivos a usuarios e incentivos para el talento humano.

De acuerdo al documento final de **Lineamientos 2015 para la Prevención, vigilancia y control en salud pública**, realizado por el Instituto Nacional de Salud, hace referencia que para los eventos de interés en salud pública también la comunidad queda involucrada en las *búsquedas activas comunitarias* de casos, para el desarrollo de acciones pertinentes. Esta búsqueda consiste en un rastreo en la comunidad a partir de entrevistas casa a casa a líderes comunitarios, residentes, entre otros. En el caso de Asfapem ellos han participado de jornadas de capacitación con la Secretaría Departamental de Salud en temas de vigilancia comunitaria, como una de sus prácticas es identificar y reconocer cuando uno de ellos se va a descompensar, identificar casos nuevos y hacer las gestiones pertinentes frente a los actores de salud del sistema para recibir la ayuda necesaria.

Esta búsqueda de casos también compete a personas relacionadas con enfermedad mental, como una enfermedad de interés en salud pública, de alto impacto como la violencia, el suicidio, muertes por causa externa y ser analizadas en los comités de vigilancia comunitaria.

3.2 Marco conceptual

Esta sección está centrada en definir el concepto de salud mental y visibilizar las prácticas de la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, con énfasis en el Cuidador, considerando en el registro y proyección elementos desde lo administrativo, que se traduzcan en una propuesta de estructuración estratégica que permita conocer y organizar las prácticas de la Asociación como referente y punto de partida para una concepción de servicio potencialmente viable en el sistema de salud actual en Colombia.

Este ejercicio de conceptualización se buscó tener en cuenta elementos que permitan comprender el quehacer de la organización dedicada al cuidado de personas con enfermedad mental, en un marco de salud mental comunitaria. Los elementos teóricos considerados permiten en primera instancia, abordar la salud mental como dimensión de salud pública, los trastornos mentales y la enfermedad mental. También es necesario hacer una revisión sobre el concepto de Cuidador, en las condiciones en que lo viven las personas que están a cargo de pacientes con trastornos mentales, el concepto de Rehabilitación Basada en Comunidad, como una estrategia planteada por la Organización Mundial de la Salud como la forma de abordar la condición de la discapacidad, en este caso de personas con discapacidad mental y cognitiva, elementos desarrollados por el Sistema de Salud en Colombia, en concordancia con el marco normativo descrito, proponiendo los procedimientos y actividades para atender a las personas con este tipo de afectaciones.

3.2.1 Salud mental y trastorno mental

En su definición de Salud Mental la Ley 1616 de 2013 refiere que *“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.* Y complementa: La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés

público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

Una afirmación esencial en la comprensión de la salud mental es que la salud y la enfermedad mental no son conceptos contrarios, son configuraciones distintas. Se puede carecer de salud mental sin tener una patología mental y, agregaríamos yendo más lejos, se puede tener una patología mental sin carecer por eso de dimensiones propias de la salud mental. Todas las personas que han tratado y atendido personas con trastorno mental, aun con enfermedad mental severa, saben que allí también hay capacidad de relación, de lealtades, de vínculo que son propias de una vida mental sana.

No se trata de un asunto especulativo. De una comprensión de la salud depende una comprensión y una decisión sobre lo que sería “cuidar la salud” o “atender la enfermedad”. Si la salud y la enfermedad expresan modos de estar en el mundo, es imposible alcanzar la salud sin modificar la realidad objetiva. Lo cual significa que las intervenciones en pro de la salud mental, como señala Rombach (2004), no deben centrarse solamente *“en el psiquismo humano. Es preciso, sobre todo, intervenir en la realidad vivida del hombre, es decir en el mundo de la convivencia. Debe buscarse el mundo verdadero, porque el hombre que ha encontrado su mundo es, en el sentido más profundo del término, saludable y armónico. Por el contrario, el hombre que ha de vivir en un mundo desestructurado, y extraño, inevitablemente es infeliz, enfermo y a menudo angustiado”*.

Este concepto de salud mental pone de presente una serie de hechos de consecuencias prácticas a la hora de proponer planes:

- Que la salud mental tiene que ver también con el desarrollo humano, con las políticas sociales, con la calidad de vida.
- Que hay situaciones que afectan la salud mental de las personas sin que eso signifique que padecen una enfermedad mental.
- Que la enfermedad mental no es el único, sino uno de los numerosos obstáculos que impiden a una persona la utilización plena de sus capacidades mentales. Son también obstáculos a la salud mental la enfermedad física, la violencia, la pobreza, la discriminación social, las malas condiciones medioambientales, sociales y económicas.
- Que muchas respuestas en pro de la salud mental no pertenecen al ámbito de la salud y son competencia de otros sectores del desarrollo humano y social (promoción del desarrollo, ejercicio activo de la condición ciudadana, trabajo intersectorial, participación comunitaria e interlocución con otros ámbitos: vivienda, educación, justicia, trabajo, recreación, por ejemplo).

- Que muchas intervenciones en pro de la salud mental o en prevención de la enfermedad mental pueden y deben ser atendidas por las redes sociales locales (acompañamiento, apoyo emocional, inclusión social, participación ciudadana); otras por los equipos de atención primaria o por los hospitales generales bajo la supervisión y el apoyo de profesionales y de instituciones especializadas.

A manera de síntesis de todo lo anterior, se puede afirmar que la salud y la enfermedad mental implican tres ámbitos diferentes e interrelacionados, y que todos ellos son esenciales a la hora de intervenir en la promoción de la salud mental o en la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales: a) el ámbito de las vivencias subjetivas (de bienestar o malestar), b) el ámbito de las relaciones personales y sociales y c) el ámbito de las condiciones físicas y socioeconómicas de existencia.

Para definir los trastornos mentales es importante hacerlo en un marco general de la salud mental. En una perspectiva de salud pública debe entenderse la enfermedad mental como un solo un aspecto dentro de todo el universo que comprende la salud mental. Según la Organización Mundial de la salud (1992), y coincidiendo con la literatura científica, definir los trastornos mentales es difícil, ya que no existe un diagnóstico único, sino un grupo de trastornos con rasgos comunes. El termino trastorno no es exacto, pero se usa para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social y el conflicto, tomados aisladamente, y sin estar ligadas disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de trastorno. Los trastornos mentales están incluidos en el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA)-DSM.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), los trastornos mentales se encuentran dentro de los códigos de la F00 a la F99, designados como *Trastornos mentales y del comportamiento*. (Ver anexo 2).

El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como:

1. Su duración.
2. Coexistencia (mezcla).

3. Intensidad.

4. Afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

Los trastornos mentales ocupan un lugar importante en el grupo de enfermedades crónicas, por su alta prevalencia y alta carga de la enfermedad. Con frecuencia están asociados con el abuso de sustancias psicoactivas y con fenómenos como la violencia y los desastres naturales y antrópicos, además de considerarse su estrecha relación con condiciones de la salud física. Las edades de inicio suelen ser más tempranas que otras enfermedades crónicas orgánicas, además de generar discapacidad y estigmatización. De las personas que padecen alguna alteración mental, solo una minoría puede acceder a una atención temprana. Las experiencias traumáticas en la infancia, como abuso, negligencia, violencia familiar, trastornos psiquiátricos de los padres, consumo de sustancias psicoactivas, pérdida de los padres o condiciones de pobreza prolongada, aumentan el riesgo de inicio temprano de cualquier trastorno mental (Aguilar et al. 2013).

Los trastornos mentales más comunes en el mundo son: depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (WHO 2001).

En Colombia se han realizado estudios y encuestas nacionales en salud mental como el estudio nacional del año 2003 y la última encuesta nacional de salud mental del año 2015, entre otras relacionadas, que dan cuenta de la prevalencia y de la carga de la enfermedad en nuestro país.

De acuerdo a estos estudios se conoce que el porcentaje de personas no tratadas por su patología mental en el mundo desarrollado puede ascender desde el 35% al 61%, y en los países en vía de desarrollo oscilan entre el 76% al 86% (Saxena 2011). Para Colombia estas cifras no son menos preocupantes, solo el 14% de quienes fueron diagnosticados en el curso de un año recibieron algún tratamiento en ese período y solo el 27,8% de los casos severos recibió tratamiento durante ese tiempo (Posada Villa et al. 2008).

Las personas con trastornos mentales desafortunadamente han sido muy mal comprendidas a nivel social por el desconocimiento sobre el tema, lo que exacerba el estigma y la discriminación. A pesar de que en Colombia se ha avanzado sobre la reglamentación respectiva, como lo hemos mencionado

anteriormente, aún falta mucho camino por recorrer para llegar a unos mínimos vitales que realmente permitan al país garantizar el goce de la salud mental.

Las personas con enfermedad mental pertinentes al programa de salud mental del Distrito de Aguablanca, están dentro de un amplio espectro de diagnósticos, su criterio de inclusión de las personas es más comunitario que clínico, parte más de las necesidades de atención, de información, de recibir ayuda, orientación y apoyo, que de una clasificación diagnóstica formal, sin embargo sus beneficiarios más adherentes han sido personas diagnosticadas con esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, epilepsia y retardo mental, de acuerdo a la información verbal suministrada por el hospital Carlos Holmes Trujillo.

3.2.2 Situación de la salud mental

La salud mental es considerada una prioridad de salud en el mundo, dada la carga de enfermedad, discapacidad y muerte que los trastornos mentales generan, pero sobre todo por las dificultades que actualmente existen para entenderlos y atenderlos (OMS 2001; WHO 2005). Los trastornos mentales son las enfermedades crónicas más prevalentes: de acuerdo con la encuesta mundial de salud mental de 2003, 50% de la población mundial ha padecido un trastorno mental por lo menos una vez en la vida y hasta 25% los ha padecido en el curso de un año (World Mental Health Survey Consortium 2004).

El nivel de ingreso de un país no tiene una relación clara con la prevalencia de enfermedad mental, sin embargo, marca una diferencia en cuanto a la atención prestada a estos padecimientos. La mayor prevalencia de los trastornos mentales se encuentra en ambos tipos de países: Estados Unidos (26%), Ucrania (20.4%), Francia (18.4%) y Colombia (17.8%), pero sí hay una mayor atención en los países con mayores ingresos. En Estados Unidos 15.3% y en Francia 12.4% de la población ha tenido contacto con algún proveedor de servicios de salud para consultar por aspectos emocionales; mientras que en Ucrania y en Colombia sólo 4.9 y 5%, respectivamente han usado estos servicios (World Mental Health Survey Consortium 2004). La región del Pacífico colombiano, específicamente, donde Cali es el centro urbano de referencia, tiene una importante prevalencia de vida de trastornos de ansiedad (22%) y del estado de ánimo (15.3%) con una prevalencia de uso de servicios también de 5% (Posada 2004).

Pese a las diferencias entre países, en general se considera que la atención a la salud mental es deficiente en términos de acceso y calidad, tanto en países de bajos como de altos ingresos. Se ha estimado que entre 30 y 40% de las personas que acuden a una consulta de atención primaria en salud, padece un trastorno mental, pero de estas personas aproximadamente 35% son diagnosticadas

adecuadamente y un porcentaje muy inferior son remitidos a un profesional especializado en salud mental (OMS 2001; World Mental Health Survey Consortium 2004; Posada y cols. 2004; Medina-Mora 2005; Wang y cols. 2007; Khon y Levav 2009).

La poca atención a la salud mental implica dos fenómenos complementarios: la demora para iniciar tratamiento y la baja prevalencia de tratamiento adecuado, de acuerdo con estándares internacionales (World Mental Health Survey Consortium 2004; Borges y cols. 2006; Wang y cols. 2007; Fernández y cols. 2007; Khon y Levav 2009). Aquí también se aprecian claras diferencias porque la demora para iniciar tratamiento ante un trastorno mental varía de 1 a 30 años dependiendo del país. En Colombia una persona con trastorno de ansiedad sufre una demora de 26 años en promedio para ser diagnosticada y comenzar tratamiento, mientras que en Israel tarda solo 3 años; un colombiano con un trastorno del afecto puede tardar 9 años en recibir atención, cuando en Holanda, España, China o Japón puede demorar sólo un año (Wang y cols. 2007).

Por otro lado, entre las personas que usan los servicios de salud, pocas reciben un tratamiento adecuado. Cuando se consulta a especialistas en salud mental, donde se supone que el paciente recibe la mejor atención, no siempre el resultado es satisfactorio. Se estima que cerca de la mitad de los usuarios reciben tratamiento adecuado en Europa (57.4%) y en Estados Unidos (52%) (Wang y cols. 2007; Fernández y cols., 2007), mientras que en México la proporción baja a sólo 19.2% (Borges y Cols. 2006) y en Colombia no se tienen datos al respecto.

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contempla mecanismos especiales para que el Estado asuma la atención de lo que no es cubierto por los planes de aseguramiento en salud (cuentas especiales del Fondo Nacional de Salud y Garantía -FOSYGA-, acciones de salud pública, derecho de tutela), sin embargo, dados los problemas estructurales para el financiamiento de la prestación de servicios de salud por parte del Estado, en la práctica, las acciones de promoción de la salud son insuficientes y la atención de los denominados eventos catastróficos o de algunas enfermedades crónicas, entre ellas, los trastornos mentales, es asumida por las familias, o de hecho, tales condiciones no son atendidas (Romero-González y cols. 2003).

La Organización Mundial de la Salud ha denominado como brecha de atención en salud mental al problema que implica la inadecuada e insuficiente atención a una creciente carga de enfermedad, discapacidad y muerte por trastornos mentales. La gravedad del problema radica en que no sólo existe un considerable número de personas con trastornos mentales, sino que son muy pocos los que reciben atención; pasan muchos años para iniciar el tratamiento y entre los que son

atendidos, pocos reciben un tratamiento adecuado (Wang y cols. 2007; WHO 2008).

La reforma para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud considera la Atención Primaria como la estrategia intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, cuya articulación y prestación de servicio de servicios de salud mental en el marco de la APS tiene como condición basarse en las redes comunitarias, sociales e institucionales para incrementar capacidades, competencias y habilidades (individuales y colectivas).

3.2.3 Salud mental comunitaria y Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC

El enfoque comunitario consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación y el proceso vivido durante el conflicto armado interno, todo esto con la comprensión, el acuerdo y la participación activa de la comunidad (San Martín y Pastor 1991).

En este mismo sentido, la Organización Panamericana de la Salud (2006) afirma que los proyectos de asistencia humanitaria en salud mental con un enfoque individual y médico-clínico, no constituyen la respuesta apropiada ni relevante para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento debido al conflicto o la violencia. “Se debe poner el énfasis en las intervenciones sociales” (pág. 159), incluso en la fase aguda. En este orden de ideas, el enfoque psicosocial debe ser transversal a todas las acciones adelantadas en pro de la salud mental.

La problemática de la enfermedad y los trastornos mentales, comprometen el sistema ampliado de relaciones de las personas, pocas veces reconocido y atendido desde el modelo asistencia individual vigente, demandando cada vez más un abordaje comunitario que propenda por apoyar y facilitar procesos de atención, rehabilitación e inclusión integral. La intervención en salud mental comunitaria evidencia así mismo la voluntad y la creatividad como sus principales recursos, para concebir una atención y acompañamiento acordes a cada sujeto y su entorno. Así es como lo entendieron la cooperación italiana, los profesionales de la salud y la comunidad, todos aquellos que hicieron posible la emergencia y consolidación de la Asociación.

En primera medida y como parte de la historia de la Asociación es importante hacer referencia al contexto en el cual nace la propuesta del Programa de salud

mental comunitaria para el Distrito de Aguablanca, el cual está relacionado con la llegada a Colombia de la Cooperación Italiana, hacia el año 1995, quienes traían una propuesta para el país, muy vanguardista y revolucionaria para la época, en el marco del movimiento mundial de la “Antipsiquiatría”, con fuerza en esa época en Europa y Estados Unidos, la cual proponía principalmente la desinstitutionalización de personas con enfermedad mental, bajo un modelo de atención más cercano a las personas, de fortalecimiento de relaciones y acogida a los enfermos mentales, mediante un despliegue de servicios y lugares de intervención como centros comunitarios, el cual ya se venía desarrollando en Italia en esa época, desde hacía 20 años atrás, produciendo el cierre de hospitales psiquiátricos como en la ciudad de Trieste (Italia). Para Italia esto había significado ajustar la generación de políticas y reglamentaciones en salud mental y aprobar una reforma psiquiátrica hacia el año de 1978 (Rotelli 1994).

En los centros comunitarios atendían sobre todo pacientes que no contaban con una red de apoyo, o aquellos que cada cierto tiempo se descompensaban, también aquellos que no tenían hogar o los tenían por algunos días, cuando mejoraban los llevaban para la casa, dando la posibilidad de que un equipo de profesionales les hiciera acompañamiento hasta que el paciente se mejorara y no necesitara más apoyo en su recuperación, y el sostenimiento era ambulatorio, prescripción de medicamentos, algunas consultas, entre otros. Al mismo tiempo se daba un despliegue de acciones institucionales que coayudaran en la recuperación de la vida social, laboral, ciudadana, familiar de las personas afectadas con trastornos mentales. El paciente terminaba siendo considerado como ente autónomo, que no continuaba en contacto con lo institucional más que en algo eventual como ir a reclamar medicamentos.

La presencia de los italianos duró alrededor de cuatro a cinco años, a su partida dejaron una capacidad instalada en el Distrito de Aguablanca, que fue inicialmente aprovechada por la institucionalidad, pero al agotarse los recursos lograron sostenerla por ya casi veinte años solo la voluntad férrea de quienes han creído y apostado al proceso, los familiares y pacientes atendidos por el programa y el liderazgo de una promotora que se empoderó y ha empoderado a esta población.

Las personas beneficiadas del programa de salud mental del Distrito de Aguablanca han avanzado en temas como el acceso a medicamentos, sostener una consulta de psiquiatría y psicología desde el hospital de referencia el Carlos Holmes Trujillo, y lo más importante es que han sostenido el programa y sus acciones dando respuesta a necesidades reales de la población en un contexto real, con apoyo de sus familias, de los mismos pacientes (entre ellos) y de la comunidad, en coordinación con la institucionalidad.

Por su parte, la Rehabilitación Basada en Comunidad-RBC se entiende como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con algún tipo de enfermedad o discapacidad. Supone el esfuerzo conjunto de las propias personas con enfermedad o discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los actores gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, empleabilidad, entre otros.

De acuerdo al documento borrador propuesto por el Ministerio de salud y de la Protección Social sobre lineamientos para la implementación de la estrategia de RBC para salud mental, esta *“implica un trabajo conjunto entre las comunidades y las instituciones involucradas en la prevención, atención y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales, con el fin de generar procesos comunitarios de salud mental que descongestionen y complementen los servicios existentes, generando un proceso integral de salud mental capaz de responder a necesidades territoriales y locales concretas. Esto supone la movilización social mediante el fortalecimiento de redes institucionales y comunitarias a través de las cuales se dinamice la participación corresponsable de todos los actores involucrados”*.

Ley Estatutaria 1618 de 2013 sobre discapacidad ordena de manera explícita la implementación de la estrategia RBC para la inclusión de las personas con discapacidad. Y posteriormente la Resolución 518 de 2015 incluye la RBC como una de las intervenciones a ejecutar a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), y complementa la definición que le había dado el Plan Decenal de Salud Pública al considerarla como “una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad, problemas o trastornos mentales y/o afectaciones psicosociales, sus familias y cuidadores” (MSPS 2015).

De acuerdo al documento citado, los lineamientos para la implementación de la rehabilitación basada en comunidad incluyen los siguientes procesos:

1. Desarrollo de capacidades en actores institucionales y comunitarios para la implementación y desarrollo de los componentes y actividades de la RBC en salud mental.
2. Búsqueda activa: Identificación de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales; así como afectaciones psicosociales, por parte de los equipos extramurales. Incluye el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad.
3. Información en salud con enfoque diferencial.

4. Canalización: Incluye las acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas con discapacidad, población con problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales a los servicios sociales y de salud; así como la gestión del caso para la garantía y restablecimiento del derecho a la prestación de servicios de salud; y el seguimiento a personas canalizadas hacia los servicios sociosanitarios.
5. Visita domiciliaria dirigida a:
 - Geo-referenciar la población con discapacidad, poblaciones en contexto de vulnerabilidad, problemas o trastornos mentales o con afectaciones psicosociales.
 - Orientar a los cuidadores sobre los planes de intervención familiar y comunitaria.
 - Adelantar el seguimiento a las respectivas canalizaciones.
 - Acompañar a las familias y comunidades de referencia.
 - Intervenciones breves: Técnica de intervención que pretende modificar conductas en relación con los riesgos y las afectaciones psicosociales y en salud mental (MSPS 2015).

3.2.4 Atención Primaria en Salud

El Sistema de Salud en Colombia, con la última reforma consignada en la Ley 1438 de 2011, fortalece la relevancia del ejercicio de la Atención Primaria en Salud (APS) en el marco de lo planteado por la Organización Mundial de la Salud-OMS, la cual la define como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la **comunidad** y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Art. VI Declaración de Alma Ata).

La propuesta lleva 35 años y durante este tiempo de implementación se han recogido diferentes avances y dificultades que la OPS identifica y relaciona con situaciones cambiantes que influyen en el proceso y que probablemente se traduzcan en los siguientes problemas:

- Aún predominan los modelos sanitarios con énfasis en lo curativo.
- La coordinación intersectorial no se ha plasmado en el quehacer del nivel local, entre los servicios a las personas y los de salud pública, y entre actividades de promoción y la atención a nivel de los hospitales.

- Problemas de calidad técnica percibida por los usuarios, ineficiencia en el manejo de recursos y baja resolución de problemas en el nivel primario de atención.

La APS identifica tres valores fundamentales para tener en cuenta en la estructuración de los servicios de salud:

- ✓ Derecho a la salud,
- ✓ Equidad y
- ✓ Solidaridad.

Así mismo llama al cumplimiento de los siguientes principios:

1. Dar respuesta a las necesidades de salud de la población
2. Responsabilidad
3. Orientación a la calidad
4. Priorización de las poblaciones
5. Sostenibilidad
6. Intersectorialidad
7. Participación

Esto implica la participación de la comunidad desde el momento en que se planean los servicios, durante la prestación del servicio y cuando estos se evalúan. Los siguientes son los elementos de la APS:

1. Aceptabilidad
2. Accesibilidad
3. Atención integral
4. Atención Integrada
5. Énfasis en promoción de la salud
6. Énfasis en la prevención de la enfermedad
- 7. Orientación familiar y comunitaria**
8. Relevancia
9. Efectividad
10. Eficiencia
11. Prácticas óptimas de gestión
12. Cobertura Universal
13. Financiamiento sostenible
14. Enlace con las funciones esenciales de la salud pública
15. Que haya mecanismos de participación activa.

Hace cuatro años la OMS divulgó las directrices para mejorar los niveles de salud a través de un modelo de APS “renovada”, entendida como una manera de promover el desarrollo humano y la equidad en salud a través de una transformación de los sistemas de salud. La APS también se considera un método esencial para lograr los objetivos del milenio y en este contexto se propusieron unas tareas para aplicar esta visión en la región de las Américas (2003):

- Articular la APS renovada en la reestructuración de los sistemas de salud.
- Consolidar los sistemas de salud basados en la APS (objetivo: defender el derecho a la salud, acerca los servicios al usuario, maximiza la equidad y la solidaridad y garantiza la cobertura universal y la atención es integral, integrada y apropiada, la familia es la base de la planificación).
- Aprovechar la acción internacional para conseguir los objetivos del Milenio especialmente en los aspectos de salud.

Desde hace varias décadas se viene dando suficiente importancia a estrategias de orden comunitario en el cuidado de la salud, sin embargo, los esfuerzos regularmente han estado dirigidos hacia la institucionalidad, dejando a las practicas comunitarios como experiencias demostrativas, desprovistas de mecanismos administrativos de planeación que les permitan su sostenibilidad y permanencia.

3.2.5 El cuidador dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS

Existen diferentes formas de acercarse a una definición que contenga el sentido del rol de cuidar, se reconocen dos grandes grupos: cuidadores profesionales o formales son aquellos que ejercitan su labor de cuidar a partir de un entrenamiento profesional o técnico, en contextos institucionales o servicios de cuidado en casa a través de organismos, instituciones o empresas, y están los cuidadores no profesionales o informales, considerados en esta categoría los familiares, amigos, voluntarios de asociaciones y organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, para fines de este estudio se considerará la construcción conceptual realizada por las profesoras Torres y Pinilla, docentes de la facultad de enfermería de la Universidad Javeriana, quienes realizaron una caracterización del perfil de cuidadores de personas con enfermedad mental en la ciudad de Bogotá, y definen como cuidador a las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria, ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio, podemos diferenciar, dedicados al cuidado de personas que por discapacidades físicas, sensoriales o psíquicas no pueden realizar las actividades de la vida diaria con autonomía propia.

De acuerdo a la normatividad vigente en Colombia en el tema de salud y en lo específico a servicios de salud mental se encuentra en la Ley 1616 de 2013, o Ley Esperanza o Ley de Salud Mental, en el Artículo 10, da cuenta sobre la responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental, precisando que el Ministerio de Salud y Protección Social, adoptará en el marco de la Atención Primaria en Salud el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, **sus familias y cuidadores** y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.

En el Artículo 13, hace referencia a 11 modalidades y servicios de atención integral e integrada para atender la salud mental, dentro de los cuales tres, están relacionados con atenciones comunitarias, como: Centro de Salud Mental Comunitario, Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias y servicios de Rehabilitación Basada en Comunidad.

El Artículo 15, plantea como puerta de entrada al Sistema de Salud, el primer nivel de atención, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental.

Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

En el Artículo 27, con respecto a la Garantía de la participación refiere que en el marco de la Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social del Ministerio de Salud y Protección Social, deberá garantizar la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental.

El Artículo 28, de la misma Ley 1616 hace referencia que los familiares o cuidadores deben hacer parte de Redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el Artículo 13 de esta misma Ley. El artículo 29 de la Ley Esperanza contempla que deben hacer parte del Consejo Nacional y Departamental de Salud

Mental dos representantes de Asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en salud mental.

Otra Ley la 1438 de 2011, por medio de la cual, se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, cuyo objeto el fortalecimiento del Sistema, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Esta Ley en su articulado, refiere sobre el involucrar o tener en cuenta la comunidad en la participación social, en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y en la misma participación activa de la comunidad, como principios rectores del Sistema de Salud. Y contempla la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud como la guía para la organización y funcionamiento de la red.

En el Artículo 63. Sobre los Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud, define en los criterios para la reglamentación en la habilitación de las redes integradas de servicios de salud, tener en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género, de las personas, la familia y la comunidad.

El papel de cuidar es una de las principales características de las prácticas de la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, la cual, desde una mirada antropológica del cuidado hace referencia a que cuidar es parte de la realidad de los seres humanos. Según Vergara M., la labor de cuidar tiene tres dimensiones que están interrelacionadas: la Instrumental, la Relacional y la Antropológica.

La dimensión instrumental define la relación de cuidado como el desempeño de la labor desde un saber hacer, un aprendizaje, un capacitarse para cuidar, las actividades contempladas dentro de esta dimensión instrumental están: tramitar una consulta médica, gestionar los documentos de la EPS, hacerle curación. En la dimensión relacional son consideradas todas las dinámicas de afecto, amor, sentimientos de culpa, rabia, cansancio, de poder, la antropológica que plantea el cuidado como una condición propia del ser humano. Lo que precisa que la labor de cuidar es una condición humana, cuidar no es solo desde una perspectiva medicalizada e instrumental. La tarea de los profesionales de la salud, por ende, es fortalecer esta dimensión antropológica de cuidar y no solo la instrumental, solo ser tratadores. (Vergara 2011).

Esto permite entender como un paciente que se ha rehabilitado, se disponga a cuidar de otros como él, y como los profesionales de la salud calificamos de manera preocupante que lo hagan. El cuidar como hecho antropológico cuidar hace parte de la condición de ser humano, que la realiza independientemente si tiene la capacitación instrumental para hacerlo, cuidador es el que está cuidando, ejerciendo un aspecto de la condición humana, independientemente de su condición. (Vergara 2011)

Lliu Duch Noción de estructuras de acogimiento. La vida humana se hace posible porque hay unas estructuras de acogimiento que nos ayudan a amparar la realidad, la vida está llena de situaciones de incertidumbre, y estas estructuras ayudan a afrontar las contingencias de la vida, el cuidado ayuda a mantener estas estructuras, las cuales denomina que son: la familia, la trascendencia y la coexistencia (ciudadana).

Las prácticas de cuidado de las organizaciones como la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, que movilizan recursos comunitarios para trabajar en pro de la salud mental, son focos en donde se fomentan relaciones de solidaridad, en contra del individualismo.

3.3 Planeación estratégica

El concepto de planeación estratégica ha ido cambiando y ha evolucionado con el tiempo y tiene diferentes connotaciones. Según la definición dada por el diccionario de la Real Academia Española (2006), planificación es la acción y el efecto de planificar, formular y gestionar un plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado, tal como el desarrollo armónico de una ciudad, el desarrollo económico, la investigación científica, el funcionamiento de una industria, entre otros.

En este contexto diversos autores nos indican que la planificación comprende una serie de pasos organizados para llegar a cumplir con el propósito particular de cualquier tipo de organización. Por su parte, Chiavenato (2001) define la administración como el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr objetivos, por lo que la planeación estratégica supone formulaciones que orienten el quehacer de la empresa en el corto, mediano y largo plazo, como señalaron Drucker y Terry en la década del 60 (retomado por Pérez 1990).

La literatura más reciente en el tema contempla metodologías que consideran el desarrollo de instrumentos que facilitan la toma de decisiones estratégicas para que las empresas logren sus objetivos. El proceso precisa realizar un diagnóstico detallado y a profundidad del quehacer de la organización, de sus áreas y divisiones que conducen a un análisis global, una visión en conjunto, en tanto se sostiene que la empresa es más que la suma de sus partes (Sallenave 1985).

Diferentes autores, como lo señala Pérez (1990), refieren que la administración estratégica debe precisar la manera en que las cosas en cualquier organización se hagan bien, o hacer lo que debe hacerse. La planeación estratégica es entonces *“el diseño del futuro deseado y la manera efectiva de alcanzarlo”* (Ackoff 1970).

Por otro lado, la administración estratégica supone el diseño de una estructura orgánica de negocios que permitan segmentar los negocios de la empresa y asociar el producto y el mercado. *La estructura debe seguir la estrategia*, lo cual implica que el diseño estructural debe corresponder a los objetivos estratégicos trazados por la empresa, de acuerdo con su capacidad en recursos y su cultura frente a las exigencias del medio ambiente (Pérez 1990). Un plan estratégico deja pistas sobre las características de familiares, cuidadores y pacientes, procesos de toma de decisiones y otros elementos que, mediante el trabajo solidario, dignifican la vida.

Por lo que un plan estratégico es una propuesta a futuro, en términos claros y entendibles, que responde a la complejidad social y económica. La planeación estratégica exige efectuar un diagnóstico de factores internos y externos, los cuales inciden en el relacionamiento y en la inserción en el mercado. Un plan estratégico define un derrotero para mejorar la gestión y la relación con los proveedores y clientes, así como con los aliados en el mapa competitivo. Este plan determina el tipo de oferta, una estructura funcional eficiente, la relación con otros actores y grupos de interés y la adopción de estándares de desempeño

Entendiendo que existen diversas metodologías para planear y hacer gestión estratégica sobre todo en organizaciones de sociales o de base comunitaria, mediante el empleo de un proceso formal de la planeación estratégica se busca garantizar la posibilidad de acción de una organización para satisfacer su razón de ser y dar respuesta a las necesidades de las personas para las cuales ha sido creada, es de vital importancia que se planteen este tipo de ejercicios con organizaciones de base comunitaria como la organización de la Comuna 13 de la ciudad de Santiago de Cali, para lograr su proyección e incursión en mercados organizados que permitan su sostenibilidad, sin perder su esencia en la experiencia de acciones de rehabilitación basada en la comunidad.

Los siguientes son los pasos considerados desde la literatura revisada para realizar la planeación estratégica con la Asociación:

1. Historia de la organización
2. Análisis del entorno de la organización:
 - a. Análisis del macroambiente
 - b. Análisis del sector específico
3. Análisis situacional interno
4. Formulación del plan estratégico
5. Propuesta de Implementación del plan estratégico o plan operativo
6. Propuesta de Evaluación y control

Los primeros tres puntos suponen un diagnóstico de la organización con base en su historia, que incluye un análisis de su entorno relacionado con el macroambiente entendido como fuerzas externas que influyen en el comportamiento del sector y de la organización, estas fuerzas son consideradas en términos económico, político, cultural, social, jurídico, ecológico, demográfico y tecnológico. También involucra un análisis de variables propias del entorno más cercano y un análisis situacional interno, propio de la organización, que considera elementos relacionados con procesos de trabajo y cultura organizacional. Este análisis, incluyendo el análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas), servirá como insumo para emprender la formulación del plan operativo de la estrategia y proponer mecanismos de evaluación y control.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Realizar un proceso de planeación estratégica a una organización de base comunitaria, con el fin de proponer su articulación en la prestación de servicios de salud mental en el Sistema de Salud de Colombia.

4.2 Objetivos específicos

- Realizar un análisis interno y externo de la situación de la organización de base comunitaria dedicada a pacientes con enfermedad mental.
- Formular un plan estratégico que permita establecer los factores de sostenibilidad y participación de los cuidadores de la organización
- Reconocer las actividades propias de la organización en el cuidado comunitario de pacientes con enfermedad mental que se puedan incorporar en el área de salud mental del Sistema de Salud de Colombia.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Este estudio es de carácter descriptivo y pretende caracterizar en sus rasgos básicos la realidad de una organización y las realidades de personas que se han dedicado al cuidado de pacientes con enfermedad mental (con vínculos familiares en la mayoría de los casos) y han subsistido en el tiempo con sus propios recursos, sin un reconocimiento del Sistema de Salud en Colombia. Así mismo, se describen los pasos en el proceso de planeación estratégica, un proceso administrativo de orden organizacional. El desarrollo de la propuesta de formulación del plan estratégico considera una serie de acciones a futuro o fases que faciliten la recolección y organización de la información y den cuenta del quehacer a profundidad de la organización.

5.2 Área de estudio

El área de estudio está considerada dentro del sector salud, específicamente hacia la salud mental, involucrando de manera particular todo el tema de los trastornos mentales. Centraliza su interés en la práctica del cuidado de personas con enfermedad mental por parte de familiares e incluso por parte de otros pacientes en proceso de recuperación, quienes son adherentes al tratamiento, qué hacen, cómo lo hacen, con quiénes lo hacen, cómo participan otros en el proceso, dónde realizan sus actividades, sus alcances, con quiénes interactúan en este proceso, con el fin de visibilizar sus prácticas más efectivas en un contexto comunitario y cómo pueden ser reconocidas en la oferta de servicios en salud mental comunitaria dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) del sistema de salud en Colombia. El estudio se realizó con la participación de la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, que viene funcionando por más de 20 años en la Comuna 13 de la ciudad de Santiago de Cali.

En la incursión al área de estudio se tendrán en cuenta elementos relacionados con la administración, planeación y gestión comunitaria, como pasos previos al proceso de planeación estratégica, que le permita a la asociación organizarse y

tener la posibilidad de asegurar la sostenibilidad suficiente para actuar como proveedor de servicios y participar en la red de actores del sistema de salud.

5.3 Población y muestra

La investigación se realizó con la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, entidad de origen comunitario que funciona desde hace más de 20 años en el Distrito de Aguablanca (Comuna 13) de la ciudad de Cali, mediante la participación de sus integrantes activos en calidad de cuidadores de personas con enfermedad mental quienes han venido dando respuestas comunitarias a las necesidades de atención y cuidados de esta población. Algunos de estos cuidadores han sido pacientes de la organización, pero para llegar a tener el rol de cuidadores deben estar adherentes a su tratamiento y supervisados por la líder de la Asociación. Para la selección de los cuidadores se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión establecidos.

Cuidadores:

- Que estén activos en la organización y participen de las actividades de la Asociación de manera continua.
- Que tengan disponibilidad de tiempo para participar de las jornadas de trabajo representadas en entrevistas y talleres.
- En el caso de haber sido paciente, estar adherente su tratamiento.
- Estar bajo la supervisión de Iris Martínez, la líder de la Asociación.
- Saber leer y escribir para poder participar activamente en los talleres.
- Firmar el consentimiento informado.

Una vez verificados con la líder de la Asociación se les reunió para leer y firmar el consentimiento informado y establecer los acuerdos de participación y el cronograma de actividades. La participación de los cuidadores osciló entre 10 y 15 personas aproximadamente. Se realizaron cinco sesiones de dos a tres horas cada una, durante una semana, lo que permitió abordar los temas propuestos para recoger la respectiva información.

Además, se revisaron documentos propios de la Asociación, que dan cuenta de la de la gestión realizada en el marco de la cooperación italiana, se encontraron registros de actividades de las promotoras de salud, registros de pacientes, correspondencia enviada y recibida, una Revista publicada en el año 1996,

material plegable con información sobre salud mental, documentos encontrados relacionados con el programa de salud mental comunitaria.

Son dos los criterios que se tuvieron en cuenta para incluir la participación de los profesionales.

Profesionales:

- Haber tenido una relación con la Asociación que le permita conocer su historia y quehacer.
- Firmar el consentimiento informado

Se contó con la participación de tres profesionales que han estado relacionados con el programa de salud mental comunitaria del Distrito de Aguablanca, el primero el doctor Iván Osorio (Psiquiatra), que llegó hacia el año 1999 contratado por el convenio. El doctor Javier Arévalo, gerente del hospital Carlos Holmes Trujillo desde hace 15 años. Y el doctor Martín Vergara Renjifo, quien estuvo en el programa desde el año 1997 y apoyó el nacimiento de la Asociación en el Año 2000.

5.4 Variables

Las siguientes son las variables y categorías del estudio:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones o categorías
Análisis externo	Historia de la organización. Revisión del Macroambiente de la organización.	Establecimiento de línea de tiempo. Análisis de aspectos relacionados con el entorno.	Factores demográficos, económicos, naturales, tecnológicos, políticos-legales, socio-culturales y del mismo sector salud.
	Revisión del microambiente o del sector de la organización.	Análisis de aspectos relacionados con el sector de la organización.	Competidores, Poder de negociación, capacidad de negociación con proveedores
Análisis interno	Análisis sobre los procesos de Planeación, la organización, la dirección y el control. Análisis de la cultura	Recursos y capacidades, identificar fortalezas y debilidades para afrontar estratégicamente el medio externo.	Considerando las funciones o procesos de trabajo: Gestión comercial Gestión operativa Gestión de personal Gestión contable y financiera

	organizacional y de la gestión de la organización		Gestión de suministros Gestión de calidad Gestión de sistemas de información Gestión de investigación y desarrollo
Diagnóstico DOFA	Análisis de las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas de una organización	Análisis de la situación interna (Debilidades y Fortalezas) y respecto del entorno (Oportunidades y Amenazas) de la organización.	Debilidades Oportunidades Fortalezas y Amenazas
Aporte de la organización social en salud	Trabajo que realiza una organización social en salud con otros actores del sistema	Actividades de la organización en el cuidado de pacientes con enfermedad mental crónica que constituyen un aporte al sistema de salud	Capacidad de trabajo Carácter formal-informal de las actividades
Estrategias	Acciones que responden a problemas de la organización desde un punto de vista no lineal, atendiendo a factores internos y externos	Definición de estrategias de una red de actores sociales con el objeto de lograr la sostenibilidad y la participación en el mercado del SGSSS	Estrategias ofensivas Estrategias defensivas Estrategias organizacionales y comerciales Estrategias tecnológicas
Grupos de interés	Individuos y organizaciones que inciden en la estructuración y desarrollo de las organizaciones y su desempeño o en el desarrollo de programas sociales en salud	Identificación de los grupos de interés que acrecientan o disminuyen las barreras de entrada de una red de actores sociales al mercado del SGSSS	Grupos de interés del sector salud Grupos de interés del sector social Grupos económicos Grupos políticos

5.5 Recolección de información

La información fue recolectada de fuentes primarias y secundarias.

Se realizó una revisión documental consistente en los archivos digitales y físicos de la organización, se acopiaron elementos técnicos vigentes en el ámbito nacional e internacional y se consultó la normatividad vigente, especialmente la asociada a la enfermedad mental. Así mismo, se efectuó una serie de entrevistas a actores claves de la historia y el proceso organizativo de la Asociación.

En las fases de Análisis del sector y análisis situacional interno, la información se recogió mediante entrevistas abiertas y revisión de documentos. La información fue recogida en jornadas de trabajo individual y grupal. También se entrevistó a profesionales que han estado de manera directa e indirecta relacionados con la organización.

Se realizaron entrevistas a profundidad y talleres participativos con los integrantes activos de la Asociación, entrevistas a miembros de la Junta Directiva y otros colaboradores y profesionales para profundizar en la experiencia de los sujetos que cuidan a personas con enfermedad mental.

Antes de proceder al análisis, la información recolectada fue objeto de registro y sistematización.

5.6 Plan de análisis

Para el análisis de la información se plantea una estructura que permita recoger la intencionalidad de cada objetivo planteado en este estudio. En este orden el análisis de los resultados queda planteado de la siguiente manera:

PLAN DE ANALISIS			
Objetivo general			
Proponer una estructura administrativa a una organización de base comunitaria, ubicada en la Comuna 13, de la ciudad de Santiago de Cali, que le permita organizar las acciones que desarrolla en el cuidado de pacientes con enfermedad mental, con el fin de lograr reconocimiento dentro del Sistema de Salud en Colombia.			
Objetivo específico 1	Variables consideradas	Categoría de Análisis	Resultados
	Historia de la organización	Análisis documental de fuentes secundarias, testimonios de integrantes de la Asociación.	Línea de tiempo que da cuenta de la conformación principales logros y dificultades.
	Variables Externas del macroambiente:	Análisis documental de fuentes secundarias, en lo	Panorama global del

Realizar un análisis interno y externo de la situación de la organización de base comunitaria dedicada a pacientes con enfermedad mental.	Sociodemográfico, económico, político, cultural, social, jurídico, salud, y otros relacionados.	posible se tendrán en cuenta Informes presentados sobre las comunas de Cali, Cali en cifras y publicaciones pertinentes sobre cada tema.	macroambiente que rodea la comuna.
	Variables del Sector: Competidores existentes, sustitutos, usuarios de los servicios y proveedores	Taller con personal de la Asociación sobre la identificación de otras organizaciones y de información relacionada con el sector (En su proceso de recuperación con quienes han contado y con qué organizaciones).	Reconocimiento de con quienes han contado en el proceso de recuperación, aciertos y desaciertos con los actores, identificar a quienes necesitan para cumplir su labor.
	Variables del ambiente interno: Análisis sobre los procesos de Planeación, la organización, la dirección y el control. Análisis de la cultura organizacional y de la gestión de la organización	Entrevistas personales y grupales sobre la percepción que tienen de los diferentes procesos de gestión de la organización, además de la identificación y reconcomiendo del tipo de liderazgo y de la cultura organizacional.	Identificar aspectos relacionados con su quehacer en el cumplimiento de su tarea cotidiana, como factores claves como prácticas validas en salud mental en un escenario comunitario.

Objetivo específico 2	Variables consideradas	Categoría de Análisis	Resultados
Formular un plan estratégico que permita establecer los factores de sostenibilidad y participación de los cuidadores de la organización.	Análisis estratégico: Macroambiente (entorno y del sector) y del ambiente interno: identificar Amenazas y Oportunidades. Ambiente Interno: identificar Fortalezas y	Aplicar matrices usadas en planeación, que permitan organizar la información recogida y categorizarla como practicas eficaces: DO, FO, DA, FA. Cada una permite hacer cruces con	Análisis externo e interno del quehacer de la Asociación

	Debilidades. Análisis DOFA.	la información obtenida, para plantear un plan estratégico para la organización. Anexo matriz DOFA.	
	Formulación del Plan estratégico: Definir Misión, objetivos generales, estrategias, proponer estructura organizativa, considerar Estrategias.	Redefinir la Misión y la visión de la Asociación, que le permita fortalecer su razón de ser y los sueños hacia el futuro. Proponer una estructura de que le permita cumplir con los objetivos y plan estrategias propuestas. Plantear de acuerdo a la identificación de sus buenas prácticas programas y proyectos. Que pueda viabilizar mediante alianzas y convenios de cooperación, que se pueda establecer.	Sumar esfuerzos para ser visibilizados ante el sistema de salud como buenas prácticas en salud mental comunitaria, que les permitan lograr una sostenibilidad y posible participación en la Red de actores del sistema de salud

Para consolidar la información obtenida y plantear un pan estratégico para la organización se hizo uso de las Matrices utilizadas en planeación estratégica: DOFA (Debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), y las estrategias: DO (Vencer debilidades aprovechando oportunidades), FO (Uso de fortalezas para aprovechar oportunidades), DA (Reducir debilidades y evitar amenazas), y FA (Usar fortalezas para evitar amenazas).

Objetivo específico 3	Variables consideradas	Categoría de Análisis	Resultados
Reconocer las estrategias propias de la organización en el cuidado comunitario de pacientes con enfermedad mental que se puedan incorporar en el área de salud mental del Sistema de Salud de Colombia.	Buenas prácticas en salud mental comunitaria	Atención Primaria en Salud Rehabilitación basada en la Comunidad Plan obligatorio de Salud-POS Reorientación de servicios en salud mental	Prácticas Identificadas en salud mental comunitaria que se puedan proponer ante el Sistema de Salud en Colombia.

5.7 Consideraciones éticas

La investigación no representó ningún riesgo físico, psicológico, social, legal para los participantes. La participación fue de carácter voluntario, la persona se podía retirar en cualquier momento del estudio. La información que se recolecta a través de las entrevistas se almacenará mediante un código para garantizar su confidencialidad.

Se realizó un proceso de consentimiento informado en donde se explicaba en qué consistía la investigación, el carácter voluntario de la misma y se solicitaba la autorización para grabar las entrevistas

Las entrevistas y talleres fueron se realizadas por la Investigadora principal quien es una profesional en Psicología con experiencia en clínica en el área de salud mental, lo que permitió dar manejo a situaciones que pudieran generar algún momento sensible. De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 la investigación se considera con un riesgo mínimo.

En el proceso seguido, inicialmente se contactó a la representante legal de la Organización para obtener la autorización que permitiera la realización del proyecto. Una vez obtenida la autorización se convocó a los cuidadores en las instalaciones de la Cooperativa Vidacoop para explicarles en qué consistía el proyecto y realizar el proceso de consentimiento informado si ellos aceptaban participar en el estudio.

Para asegurar la participación de los profesionales que han tenido relación con la organización, se cursó invitación por vía telefónica y se programó con ellos una cita para hablarles del proyecto, realizar el proceso de consentimiento informado y programar la entrevista en el lugar y horario en que ellos podían.

6. Resultados

6.1 Análisis externo e interno de la Asociación

Luego de llevar a cabo la recolección, organización y análisis de información se procedió a la formulación del plan estratégico, contemplando la redefinición de la misión, los objetivos, las estrategias y la estructura. Se realizaron talleres en jornadas de mañana y tarde con la participación de los cuidadores y otros integrantes de la Asociación para prepararlos en la formulación de plan estratégico.

Los resultados se describen de acuerdo a los objetivos plantados para la investigación. La primera parte da cuenta del análisis externo e interno de la Asociación, teniendo en cuenta el plan de análisis planteado. En segunda estancia se presenta la formulación del plan estratégico para la Asociación y como elemento se realiza un análisis entre lo propuesto en el Plan Obligatorio de Salud como actividades y procedimiento que aplican en salud mental y las prácticas que realiza la Asociación que permiten precisar la incorporación de estas prácticas en el sistema de salud.

En este proceso se hace un análisis del entorno que involucra aspectos relacionados con las condiciones del macroambiente y un análisis de elementos específicos del sector, para finalmente realizar un análisis del funcionamiento interno de la Asociación.

Para conocer su capacidad estratégica se hizo uso del diagnóstico estratégico

6.1.1 Historia de la Asociación

Para la construcción de la historia de la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, se planteó una línea del tiempo, por medio de la cual se consignaron las acciones más importantes y los sucesos de mayor trascendencia para la organización, recogida a través de las entrevistas realizadas a miembros activos de la Asociación, a profesionales que estuvieron vinculados de manera directa e indirecta con el programa de salud mental comunitario en el Distrito de Aguablanca desde sus comienzos.

La Asociación inicia en el marco de una intervención de cooperación italiana que llegó a Colombia hacia el año de 1994, cuando un equipo de profesionales expertos en salud mental comunitaria provenientes Trieste (Italia), llegaron a nuestro país con el interés de implementar un modelo de atención en salud mental con participación de la comunidad para personas con enfermedad mental, como una propuesta desinstitucionalizada que venía funcionando en esa época en Italia desde hacía ya 20 años. La cooperación se contactó inicialmente con Bogotá para plantear la posibilidad de desarrollar este programa en tres ciudades del país: Cartagena, Cali y Bogotá, los profesionales italianos que lideraban la iniciativa eran: Franco Rotelli, Gian Lucca Viñola, Chiara Struti, Pier Paolo Mazui y Prieto Rossi.

En este mismo año a su llegada a la ciudad de Cali, hicieron contacto inicial directamente con la Alcaldía de Cali, en las Secretarías de Bienestar Social y de fomento y la Secretaría de salud se comprometen a fortalecer y difundir la propuesta que traían en otras partes de la ciudad, sobre todo en lugares en donde había población con riesgo social, identificando el Distrito de Aguablanca como un sector desprotegido y necesitado e iniciaron un programa con población joven vulnerable, ante fenómenos relacionados con la violencia, específicamente en el barrio Charco Azul.

Posteriormente hicieron contacto con el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, para exponer la propuesta. Ante la dificultad de convocar a los psiquiatras a través del hospital, se acercaron al Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, desde donde sí se convocó a profesionales de psiquiatría relacionados con el hospital Psiquiátrico Universitario del Valle, todos los psiquiatras del propio Departamento de Psiquiatría, otros especialistas que hacían presencia en otras instituciones de la ciudad y algunos residentes de psiquiatría de la universidad, a quienes se les realizó el planteamiento de la iniciativa, la cual no tuvo acogida.

Posteriormente se acercaron a un programa de salud mental comunitaria adelantado en el barrio Siloé, por el Departamento de Psiquiatría de la universidad del Valle, pero tampoco allí fue recibida la propuesta.

Por esa misma época en el Distrito de Aguablanca, el hospital Carlos Holmes Trujillo, venía adelantando un trabajo comunitario desde los años 90, de los comités de participación comunitaria, en el marco de los primeros desarrollos de la Ley 100 de 1.993, los cuales tenían la posibilidad de convocar personas, entonces iniciaron contacto con promotoras (personas de la comunidad), enfermeras, psicólogos, trabajadoras sociales y otros profesionales de la salud, además de personas de la comunidad en donde conformaron un grupo de 30 a 35 personas con quienes hicieron el *curso de salud mental comunitaria en el marco de la experiencia de Italia*.

Hacia el año 1996, terminada la capacitación, se instó a la conformación de una cooperativa constituida con todo el personal capacitado, la cual se denominó Cooperativa Multiactiva para la Vida y para la Salud Mental Comunitaria para el Distrito de Aguablanca-VidaCoop, quienes eran responsables de representar los derechos de las personas con enfermedad mental, ante el sistema de salud vigente en Colombia.

Sus primeras actividades estuvieron enfocadas hacia la búsqueda activa de pacientes, se desplazaban a las residencias en donde eran referenciados por la misma comunidad que señalaba en donde había pacientes con enfermedad mental. Los pacientes que inicialmente fueron captados para el programa tenían situaciones comprometidas con retardo mental, trastornos epilépticos, esquizofrénicos y bipolares. Su sostenimiento lo hacían a través de aportes mensuales de sus integrantes, y unos contratos que se lograron hacer con el Hospital Carlos Holmes Trujillo a través de la empresa de aseo para prestar los servicios en los Puestos y Centros de salud, e incluso en el mismo hospital, y dos restaurantes uno en la Secretaría de salud municipal y otro en el hospital Carlos Holmes.

Se contaba con un equipo multidisciplinario, donde había psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, agentes comunitarios, terapeutas ocupacionales y personas que se encargaban de la parte lúdica, se captaban pacientes con trastornos mentales, se tenía en cuenta el diagnóstico psiquiátrico y se ofrecían actividades complementarias con psicoterapia, talleres y visitas domiciliarias, incluso los pacientes podían realizar actividades laborales que se desarrollaban dentro del hospital.

A través de convenios con la Secretaria de Salud Municipal de Cali, se logró dar continuidad al equipo de profesionales que apoyaban el programa, y la dispensación de medicamentos a los pacientes. Poco a poco apropiaron un espacio al lado del hospital, que posteriormente con donación por la Cooperación Italiana y los recursos producidos por los contratos se adquirió una casa, que hoy en día sigue siendo la sede de VidaCoop y es usada por la Asociación para realizar algunas actividades.

Dentro de los convenios con el hospital para la ocupación de los pacientes del programa, entonces se les entregó diferentes espacios como el área de servicios generales, los servicios públicos y el manejo del reciclaje. Los pacientes controlaban la entrada a los baños, “por algún tipo de remuneración que pagaran los usuarios”. Se había planeado que un cierto porcentaje de pacientes pudiera trabajar de esta forma, “pero esto se vio afectado debido a que en un tiempo hubo más trabajadores que pacientes”.

A continuación se relacionan algunas actividades desarrolladas por el programa de salud mental del Distrito de Aguablanca en el marco del convenio con la cooperación Italiana: Visitas domiciliarias, atención a Familias, intervención de salud mental, planeación y coordinación de actividades del frente, reunión de equipo, elaboración de informes e historias clínicas, talleres y Capacitaciones, reunión con grupos organizados de la comunidad, reunión con otras instituciones, actualización de datos y actividades programáticas. Otras acciones desarrolladas en el marco del convenio eran actividades educativas a las familias, a la comunidad, los jueves institucionalizaron la salida de los pacientes a cargo de una promotora de salud y los cuidadores disponían de ese tiempo para hacer sus diligencias del hogar.

En el año 1998 los italianos se retiran del proceso dejando una capacidad instalada, representada en una sede (casa), un carro para el transporte de los pacientes, personal capacitado y funcionado en terreno. Con la partida del grupo de cooperación, el grupo inicial de promotoras y profesionales capacitados se dispersan, quedando muy reducido el equipo de trabajo.

En el año 1999, el programa de salud mental comunitaria del Distrito de Aguablanca por algún tiempo se sostuvo en el hospital, lo con los recursos de la secretaria municipal de salud. La alcaldía se lo entregó finalmente al hospital Carlos Holmes, quien asumió el manejo de algunas cosas y el resto se las dejó a la cooperativa, en donde finalmente las promotoras se retiraron, quedaron algunos profesionales y así cada vez más la Cooperativa fue reduciendo su quehacer, perdiendo activos. A raíz de estas dificultades los pacientes empezaron a no ver representados sus necesidades y decidieron abrirse como asociación para retomar lo fundamental de su quehacer, el cuidado de los pacientes con enfermedad mental y sus familias.

Desde sus comienzos el interés de la Asociación ha sido darle continuidad a las actividades que se venían desarrollando dentro de lo sembrado por la cooperación italiana y lo que en sus inicios realizó la Cooperativa VidaCoop. Por medio de un trabajo continuado y sostenido ha logrado la recuperación de pacientes, sus familias, su reintegración social, en algunos casos con el apoyo de los cuidadores y la fortaleza de su líder.

Hacia los años 2001 y 2002 se vieron abocados a asumir un papel protagónico en el proceso de acceso a los medicamentos de los pacientes, se había acabado los recursos tanto de la cooperación italiana, como del patrocinio por el convenio con la secretaria de salud municipal y los cambios normativos del sistema de salud hacía mucho más dispendiosa la labor.

Iniciaron un proceso de afiliación al Sistema de salud, mediante carnetización de los pacientes y de sus familiares con la EPS subsidiada CaliSalud, para mejorar acceso al tratamiento y los medicamentos. Por medio del hospital Carlos Holmes accedían a consulta de psicología, trabajo social, terapia ocupacional, psiquiatría y las actividades alternas como la lúdica, la inclusión escolar y laboral, la resocialización y recuperación de habilidades sociales, que continúa manejando la Asociación con sus cuidadores.

Fue la Asociación la que hizo la gestión para representar la voluntad de los pacientes y ayuda a gestionar el tema de medicamentos frente a la EPS-S.

Entre el año 2003 y 2005 la líder del proceso con la Asociación presenta una enfermedad imprevista, que la obliga a permanecer en cuidados intensivos durante dos años, alejándose de manera obligada del programa de salud mental. Hacia el año 2005, se reintegra, retomando las responsabilidades no solo de la Asociación y aceptando la solicitud de asumir la gerencia de la Cooperativa Vidacoop. Entones volvió a restablecer muchas de las actividades y convenios con la ESE Oriente que se habían perdido.

En este periodo logró su mejor momento la Asociación, por la gestión de los medicamentos, porque todo estaba organizado, existía una consulta especializada, existía unos días de pacientes, se contaba con un equipo de profesionales, mejor referencia de pacientes al HPUV. Es cuando se fortalece la gestión ante las EPS subsidiada Calisalud, como se refería anteriormente.

En el 2007 los pacientes habían logrado empoderarse de la gestión de sus derechos, si se terminaba el contrato de un psiquiatra, se reunían en la oficina del secretario de salud para exigir que fuera contratado otra vez. Se había logrado un espacio asignado dentro del hospital, que era usado como espacio de recepción de toda la información producida por el programa. Entre los años 2006 y 2010, se dio la llegada de profesionales a apoyar el programa, contratados con recursos de la Secretaría Municipal de Salud. Sin embargo, estos apoyos significaron un retroceso en los integrantes de la Asociación y la organización perdió mucha información producida por el programa.

Los últimos cuatro años el Hospital Carlos Holmes Trujillo, cierra su servicio de consulta externa por razones de remodelación y aunque esto fue otra situación difícil vivida por el programa, sus integrantes cuidadores familiares y pacientes de la Asociación han sostenido las acciones con desarrollos en terreno, sostenidos sus encuentros institucionalizados de los días jueves, han realizado gestión para cursar estudios en primaria y bachillerato. Además, participan de la programación de la Secretaría de Bienestar y Cultura de la Alcaldía de Santiago de Cali, y no

descuida su gestión persistente y continuada con la recuperación de las personas con enfermedad mental.

Frente a estas situaciones ocurridas, la sede de operación y reuniones fue la casa de su líder, quien la acondicionó para que los jueves pudiese ser el espacio de encuentro y retroalimentación de los familiares y sus pacientes, hasta hoy en día.

6.1.2 Participación de la Asociación en el sector salud

Misión y Visión anteriores:

Misión: Brindar apoyo y acompañamiento a las personas que presentan alguna clase de enfermedad mental de tipo mayor y a sus cuidadores (Familiares).

Visión: Ser reconocidos como una entidad líder; ofreciendo terapias de rehabilitación, talleres protegidos y charlas para cuidadores y pacientes.

La Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental fue inscrita mediante documento privado ante la Cámara y Comercio de la ciudad de Cali el día cinco (5) de febrero del año 2000, bajo el Número 366 del Libro I. con una vigencia indefinida. La junta directiva la conforma Iris Martínez Promotora de salud mental líder del proceso, Inés Espitia (Familiar cuidadora), el Doctor Martín Vergara (Medico, con experiencia en salud mental comunitaria) y Carolina Estacio (Paciente cuidadora),

Objetivos sociales de acuerdo al registro de su constitución en Camara de Comercio:

1. Analizar la problemática de salud mental a nivel local y nacional en su ámbito social y legal y presentar propuestas de acción a la institución pertinente.
2. Dar a conocer la situación de personas afectadas por problemas de salud mental y combatir la ignorancia, los prejuicios y discriminación de que son objeto.
3. Promover empresas sociales (cooperativas, empresas asociativas de trabajo, etc.) que favorezcan la inserción social y productiva de familiares y pacientes.
4. Sensibilizar a la comunidad a la opinión y a las autoridades, de las dificultades de la enfermedad mental en alguno de sus miembros.
5. Favorecer la comunicación entre la familia y los servicios de salud.
6. Promover el aseguramiento en el sistema de salud y seguridad social de las personas que padecen enfermedad mental.

7. Dar a conocer a las entidades promotoras de salud y a las instituciones prestadoras de servicios las necesidades y las demandas de atención de las personas afectadas por la enfermedad mental y de sus familias.
8. Apoyar a las instituciones de salud, a las entidades promotoras de salud, a la secretaria de salud pública, en la formulación de políticas y programas de promoción, prevención y rehabilitación basada en la comunidad de los enfermos con trastornos mental.
9. Difundir entre familiares y pacientes las normas, resoluciones y todo tipo de información jurídica y de interés para mejorar la calidad de vida y la atención de usuarios y familiares.
10. Facilitar el intercambio de experiencias con otras asociaciones afines mediante visitas, pasantías o redes de información.
11. Promover la vinculación de universidades, en actividades de asistencia, rehabilitación, apoyo, investigación y acompañamiento.
12. Promover la conformación de una farmacia comunitaria para los pacientes de la asociación y venderle los medicamentos a un precio favorable.
13. Sensibilizar a la comunidad para que cree redes de apoyo alrededor del paciente con enfermedad mental, en procura de facilita el manejo integral del mismo.
14. Buscar apoyo económico ante las instituciones públicas y privadas, que posibilite la ejecución de los programas y proyectos objeto de la asociación.

Participación en el sector salud

El programa de salud mental comunitaria del distrito de Aguablanca ha dado cobertura a las comunas 13, 14, 15, 16 y 21 y a las comunas 7 y 8 desde sus comienzos hasta hoy en día. Cuentan con reconocimiento de la comunidad, de las instituciones y sus participantes han sido invitados por organismos nacionales e internacionales a socializar su experiencia, tales como el Ministerio de Salud y Protección social, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Universidades como la Universidad ICESI de Cali, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Universidad del Valle. Estos eventos han tenido divulgación en diferentes medios de comunicación como el periódico El País, diario de Occidente y Telepacífico.

La madurez de su proceso le ha permitido participar de espacios internacionales, nacionales y locales para fortalecer las acciones La experiencia a través de la secretaria departamental de salud ha sido difundida para otros municipios del departamento del Valle del cauca, incidiendo en la conformación de una Red Departamental de cuidadores. El doctor Martín Vergara, como miembro de la junta

directiva y asesor en salud mental para el Departamento, ha realizado aportes conceptuales importantes para la comprensión de la labor.

Hasta la fecha el programa ha persistido por la voluntad de su líder y del grupo de pacientes y cuidadores que se han beneficiado de las acciones del programa de salud mental comunitaria del Distrito de Aguablanca.

Persisten muchas de las acciones planteadas por el programa desde sus comienzos las cuales se considerarán en más detalle cuando se aborde el análisis interno de la Asociación.

La Asociación nunca ha tenido contratos, los que se han dado ha sido por la cooperativa. Antes a cada asociado daba 500 pesos de aporte, pero a la fecha este aporte no se recoge. A las salidas salen porque entre ellos mismos y recogen y hacen sus salidas recreativas.

Entre los factores que favorecieron el origen de la Asociación fueron:

- Buscar el bienestar de los pacientes.
- Dificultad al acceso de los medicamentos
- No entrega de tratamientos a los pacientes
- Muchos pacientes no tenían Afiliación a la seguridad social, se beneficiada el paciente y su familia.

Alianzas con actores:

-  Convenio con los polideportivos para realizar labores recreativas, lúdica y de integración social.
-  Sena: capacitaciones inclusión laboral
-  Profamilia, planificación y manejo de sexualidad de los pacientes.
-  Secretaria de Cultura municipal, participación de cursos de baile, teatro para los pacientes y sus familias.
-  Participa del espacio intersectorial de la mesa de discapacidad del municipio e, representación de la discapacidad mental y cognitiva.
-  Se han articulado Fundes con una fundación para la discapacidad física, en actividades y proyectos.
-  Articulación con profesionales tratantes, empoderar los pacientes y darles voz, conversar con el medico acerca del tratamiento y del medicamento, un ejercicio

Aunque en sus largos 20 años, refieren que han atendido muchas personas afectadas por las enfermedades mentales, no precisan un dato exacto y mucho de la información que tenían la han perdido, por cambios de ubicación de la información y de personas a cargo de esta, quienes de manera arbitraria han dado de baja información perdiendo insumos importantes para sistematizar la experiencia.

6.2 Análisis del entorno

Para la construcción del análisis de la organización se tuvieron en cuenta dos aspectos que permiten hacer un contexto de los factores que rodean la organización y que pueden permitir el análisis de oportunidades y amenazas como fueron el análisis del macroambiente y el análisis del sector.

6.2.1 Análisis del macroambiente

El análisis del macroambiente permitió considerar de manera muy general información sobre algunos aspectos demográficos, sociales, económicos, políticos, culturales, jurídicos, tecnológicos, ecológicos, y del sector salud relacionados con la Asociación, como factores que inciden en la operación de la organización, los cuales son elementos a considerar en el análisis estratégico para visibilizar las oportunidades y amenazas de la organización.

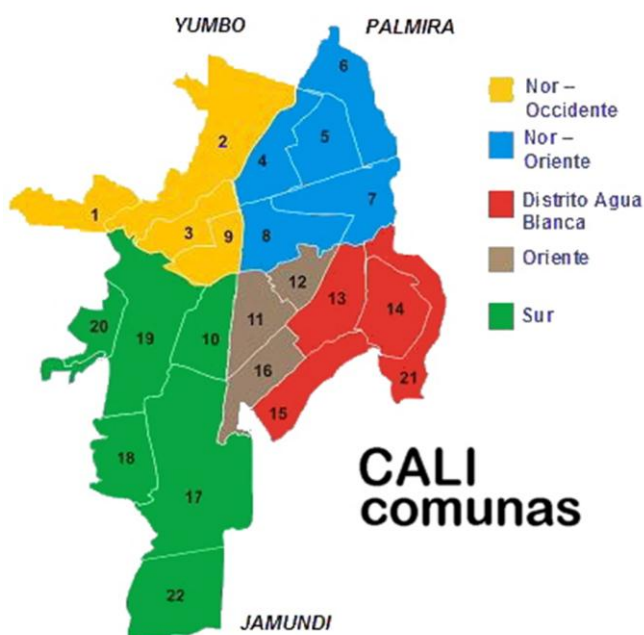
De acuerdo a lo referido anteriormente es importante contextualizar que la Asociación se encuentra ubicada en la Comuna 13 de la ciudad de Cali y ha permitido tener una cobertura más allá de su sector y atender las necesidades de personas afectadas por esta problemática de las comunas 14, 15 y 21, correspondientes al suroriente de la ciudad, conocido como el Distrito de Aguablanca.

La ciudad de Santiago de Cali, es la capital del departamento del Valle del Cauca, está distribuida por 22 comunas que agrupan los diferentes barrios de la ciudad.

El distrito de Aguablanca está ubicado en el oriente de la ciudad de Cali, en el departamento del Valle Del Cauca. Cuenta con alrededor de 1.200.000 habitantes los cuales están distribuidos en 4 comunas, La comuna 13 (la más grande compuesta por 23 barrios), la comuna 14 (compuesta por 10 barrios) la comuna 15 (compuesta por 7 barrios) y la comuna 21, distribuidas en una zona de 5.600 hectáreas que ocupan un 30% de la población caleña.

La Comuna 15 ubicada al suroriente del Municipio de la ciudad, está conformada por los barrios Ulpiano Lloreda, El Vergel, El Poblado I, El Poblado II, Los Comuneros II, Ricardo Balcázar, Omar Torrijos, El Diamante, Villa del Lago, Los Robles, Nuevo Horizonte, Charco Azul, Villa Blanca, La Paz, Calipso, Yira Castro, Lleras-Cinta larga, Marroquín III, Los Lagos I, Los Lagos II y El Pondaje. (Ver mapa).

Figura 1. Comunas de Cali



El Distrito fue poblado por la presencia de invasiones derivadas del desplazamiento forzado de familias, provenientes de departamentos como el Choco, Nariño, Cauca, Huila, por la violencia que se vivía en el año 1960. La mayoría de los habitantes son inmigrantes que fueron urbanizando masivamente el sector, sin contar con un diseño urbanístico.

No todos contaban con la misma suerte, ya que muchos de los pobladores no tenían servicios públicos y esta situación empeoro gracias a la llegada de otros inmigrantes al sector llegando a vivir en espacios no aptos, dado que gracias a la sobrepoblación fue imposible habitar las zonas que el plan de ordenamiento territorial había dispuesto para viviendas. Todo esto hizo que fuera imposible hacer vías para tener una comunicación con el resto de la ciudad de Cali, entonces ellos buscaron sus propios métodos para posibilitar la comunicación, pero aun así se generó mucha falta de oportunidad, desempleo, pobreza, falta de crecimiento económico y la posibilidad de tener una buena educación.

Este sector ha ido creciendo al pasar de los años y Aguablanca se ha convertido no como parte de la Ciudad de Cali, ni en otro barrio más, sino como un distrito gracias a la falta de oportunidades que se le han negado por culpa de la guerra y la violencia que se vive día a día en nuestro país.

La comuna 13 cubre el 4% del área total del municipio de Santiago de Cali está compuesta por 15 barrios, siete urbanizaciones y sectores y una unidad deportiva

los resultados del censo de 2005 muestran que en esta comuna habita el 8,3% de la población total de la ciudad, es decir 169.659 habitantes. En cuanto a la experiencia migratoria se puede afirmar que el 47,2% de la población de la comuna 13 que cambió de residencia en los últimos cinco años lo hizo por razones familiares. El 32,6% por otra razón; el 12,4% por dificultad para conseguir trabajo y el 3,6% por amenaza para su vida. La situación de las demás comunas es similar (Alonso et al. 2007).

En la comuna 13 el estrato más común es el 2 (estrato moda), mientras que el estrato moda para toda la ciudad es el 3. En esta comuna se presenta una de las mayores concentraciones de población encuestada en el SISBEN, el 12,5% del total de la ciudad (146.609 personas) (a junio de 2007). De la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, el 56,5% corresponde al nivel 2, el 31,7% al nivel 1 y el 11,8% al nivel 3. Esto es reflejo del relativo bajo nivel de los indicadores sociales de la comuna.

En la comuna 14, por su parte, de la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, la gran mayoría 72,0% corresponde al nivel 1 y el 27,4% al nivel 2. Este comportamiento difiere del que presenta la ciudad donde el 34% de los encuestados corresponde al nivel 1 y el 42,6% al nivel 2 (Alonso et al. 2007).

Problemas sociales

La aparición del Distrito de Aguablanca se dio a grandes velocidades, tomando control de las zonas que lo comprenden, así como la saturación espacial de los circuitos orientales. Los habitantes se vieron en la necesidad de buscar la manera de generar sus propios espacios, afrontando difíciles condiciones socioeconómicas, donde la marginalidad, las dificultades de desarrollo y la falta de oportunidades de salud, educación, vivienda, empleo, actividades culturales y de recreación se hacen visibles.

La situación de conflicto es protagonizada por milicias populares, grupos de limpieza social, pandillas juveniles, bandas de distribuidores de droga y de sicarios. Prácticas como el dialogo y la conciliación no son muy frecuentes en la cotidianidad de estos sujetos, manteniendo así un ciclo de violencia, el cual encuentra su justificación principalmente en el hecho de que el contexto sociocultural influye en las actitudes.

Se dice que la población juvenil de estas comunas tienen un ciclo de vida más corto, ya que la forma de apreciar la vida es muy diferente pues han tenido grandes responsabilidades desde temprana edad y para cumplir con ellas abandonan la escuela para vincularse a la fuerza laboral, o algunos simplemente abandonan su estudio para no trabajar.

Generalmente los inmigrantes que llegan al distrito están acostumbrados a vivir otros ritmos y bajo otras estructuras de valores y de producción, pero cuando llegan a la ciudad estas estructuras se tienen que remplazar a favor de la supervivencia; las madres de familia en muchos casos solas ya que sus esposos las abandonaron o fueron víctimas de la violencia, deben salir a trabajar para sacar adelante sus hijos, y de esta forma los niños desde temprana edad se crían en la calle junto a pandillas, grupos armados y drogas.

Las políticas gubernamentales cambian con el tiempo y, teniendo en cuenta el tiempo de funcionamiento de la Asociación, diversas variables dinámicas afectan su estabilidad y sus actividades en el campo de la salud.

Por el centralismo existente en el país Santiago de Cali es el eje del desarrollo en el Departamento del Valle. El hecho de que la Asociación tenga su base de operaciones en Cali le da ciertas ventajas, sin embargo, su proyección como organización prestadora de servicios de salud mental puede llevarla al resto de municipios del Valle. La Secretaría de Salud promueve el cuidado de la salud mental en todo el departamento.

Así mismo, grupos de presión, empresas y gremios del sector salud en el territorio donde la organización lleva a cabo sus actividades, influyen en forma positiva o negativa en sus resultados. Los municipios aledaños a Cali en los cuales puede tener participación la Asociación, como mercados de la salud, son Palmira, Yumbo, Jamundí, Candelaria.

El análisis se ocupa de aspectos más generales como identificación de comportamientos relacionados con la cultura y la civilización; valores, normas, referencias, gustos que adoptan frente a los servicios que presta la organización; patrones de comportamiento de los empresarios colombianos en el sector industrial que atiende la organización.

El entorno jurídico puede sopesarse en el marco legal del presente documento, que comprende los temas sobre salud y salud mental abordados en la constitución nacional 1991, el sector solidario (asociaciones, fundaciones, ¿qué los rige tributariamente?), la legislación laboral: marco sustantivo del trabajo, la legislación civil: relacionada con la regulación del comportamiento institucional de la organización, legislación fiscal: impuestos, y legislación especial: que comprende las normas y reglamentaciones especiales que regulan la actividad de la empresa del sector especial, Cámara de Comercio, SENA, Cajas de Compensación Familiar, ICBF, Secretaría de Salud.

El marco conceptual se ha ocupado de la situación de la salud mental en el sector, desde el nacimiento del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo el POS.

En la caracterización del entorno salud se retoma el análisis del contexto de creación del sistema de salud (actual Ley 100 de 1993), evolución, cambios, decretos reglamentarios, Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011, Ley 1751 de 2015, Estatutaria de salud.

En los últimos años se han registrado avances significativos en términos de cobertura en salud, al pasar del 24% en 1996 a 96% en 2013 El gasto de bolsillo pasó de representar el 45% del gasto total en salud en 1994 al 14,4% en 2013 (República de Colombia 2014).

El principal reto que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el de inducir cambios sin sacrificar los logros alcanzados, ante lo cual es preciso mejorar el acceso, la oportunidad, eficiencia y la coordinación entre los diferentes agentes con miras a la obtención de mejores resultados en salud.

La mayoría de las personas de la Comuna 13 de Cali está afiliada al régimen de salud porque el puntaje del SISBEN se los permite (43%), cifra muy similar a la municipal (42,7%). Menos de una cuarta parte están en el régimen contributivo (22%), similar a que presenta la Comuna 14 (19%).

En el mapa que se presenta a continuación puede observarse la forma como se distribuyen los hospitales y clínicas, los centros de salud y los puestos de salud en Cali, con un mayor número de unidades en la zona urbana.

6.2.2 Análisis del sector específico

El sector se hace referencia al ambiente más cercano a la empresa con relación al entorno. Es el segmento de mercado que está particularmente relacionado con los servicios que presta la empresa y la fuerza que determinan cambios en su desempeño. El sector específico tiene que ver con la salud mental, en especial organizaciones e instituciones que presten servicios en el cuidado de pacientes con enfermedad mental identificadas como participantes en el proceso de recuperación.

Con respecto a la salud mental en el territorio, se tiene en cuenta una mirada sistémica rescatando actores involucrados y sus competencias y responsabilidades, aplicado a niveles de gestión: macro gestión, meso gestión, y micro gestión, en el municipio de Santiago de Cali, se caracteriza en el nivel de macro gestión, por una intervención del Estado reducida, donde las políticas dispuestas dejan el recurso de atención en la prestación de servicios de

organizaciones privadas que prestan un servicio público, sujeto a controles financieros antes que cualitativos del recurso.

El 98% de la población de Santiago de Cali, figura como asegurada en el Sistema General de Seguridad social en salud (SGSSS), llevando la intervención del Estado a enfatizar en las fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la modificación de los estilos de vida y la regulación del medio ambiente, tecnología, recursos humanos y servicios sanitarios, las acciones de salud Pública que se concentran en una parte limitada de la población y por ende del territorio, tratando de cumplir institucionalmente la función de custodia de la autoridad sanitaria y el objetivo primordial de ésta es la protección y promoción de la salud de la población.

En este contexto, la oferta de servicios en salud mental se encuentra atada a una serie de aseguradores que buscan cumplir lo estrictamente necesario, focalizados en la prestación de servicios de media y alta complejidad, a pesar que el SGSSS fue reformado para enfatizar en la Atención primaria en salud, asimilando la acción del Estado como rectoría del sistema, dejando experiencias como la Asociación de familiares y pacientes, a su voluntad y capacidad de gestión ante los prestadores que disponen de los recursos para garantizar su derecho a la salud.

A nivel Macro, como actores asociados a la dinámica de ASFAPEM se reconocen la Secretaría de Salud Departamental, La Secretaría de Salud Municipal, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, La ESE Oriente, quienes se identifican como responsables de velar por el bien público en materia de salud, y ante quienes ASFAPEM gestiona el derecho a la salud mental a través de la intermediación ante otros actores del sector, de forma persuasiva.

En este nivel, es claro que una falencia es la poca articulación de los diferentes niveles y actores, en propuestas con concurrencia, complementariedad y subsidiariedad de acciones para garantizar el derecho a la salud mental de los integrantes de ASFAPEM, pues las intervenciones generalmente se dan de forma aislada, coyuntural y desarticulada, entre los diferentes actores.

La conducción sectorial, tanto en la rectoría, regulación, financiamiento, provisión de servicios y medicamentos, son una falencia del macro sistema de salud mental en el territorio, demandando instancias de encuentro y articulación que subsanen dichas situaciones, considerando incluso la complementariedad de los planes (POS – PIC) para la optimización del disfrute del derecho a la salud mental de los integrantes de ASFAPEM.

El escenario de la Macro gestión requiere de procesos robustos en cabeza de los líderes de ASFAPEM, actores institucionales, comunidades, grupos sociales y

ciudadanos en general que fortalezcan la movilización, el compromiso y el cumplimiento de sus responsabilidades, que superen la mirada inicial de la necesidad financiera, buscando transformaciones estructurales en los focos de exclusión y desigualdad evidentes.

En el nivel meso de la gestión, se involucran actores institucionales encargados de la operación de la atención en salud, donde se identifican como prestadores la ESE Oriente y su red de atención, la cual evidencia dificultades, considerando pocos servicios habilitados en salud mental, y cobertura, pues la oferta de atención en psiquiatría, psicología clínica y medicamentos, siempre está en déficit, con altos costos de oportunidad y pertinencia del servicio, demandando siempre de ajustes acordes con el contexto en el que se desempeña, una mejor coordinación de recursos (físicos, financieros, de información, de talento humano) guiada por el objetivo de lograr, de manera eficaz, eficiente y sostenible, los resultados previstos según el rol que le corresponde, mediados por el establecimiento de convenios y supeditada a la voluntad de las empresas promotoras, de acuerdo a lo referido por la gerencia del hospital Carlos Holmes Trujillo.

En lo Meso, que se convierte en una tarea de ASFAPEM, es trabajar con los prestadores en una mejor conciencia del entorno en que se insertan los esfuerzos que proponen apoyar el desarrollo y las condiciones de ese entorno que pueden facilitar o dificultar el ejercicio del derecho a la salud mental, contemplando áreas de acción vigentes y otras nuevas, buscando incidir en el direccionamiento estratégico institucional.

El nivel micro, asociado a la interacción directa de ASFAPEM y sus integrantes evidencia un liderazgo unipersonal, donde los cuidadores no han logrado progresar de forma conjunta a un nivel de cogestores del proceso, tarea que delimita la capacidad operativa de la Asociación, donde se debe fomentar la confianza compartida, racionalidad de las decisiones, métodos para evaluar desempeño y resultados y una calidad motivacional que fomente simultáneamente actitudes cooperativas y competitivas, buscando calidad y estándares de eficiencia en los servicios sanitarios.

La microgestión da cuenta de los procesos de atención y su optimización; ésta prestación de servicios tanto de acciones individuales como de acciones colectivas implica la toma de decisiones clínicas y administrativas que impactan las condiciones de salud y la gestión sanitaria en su conjunto, donde la constante rotación o ausencia de talento humano, obliga a la cualificación y sensibilización permanente de actores, abordando acciones en lo educativo, preventivo, diagnóstico, terapéutico.

En el nivel Micro se hacen vigentes, tanto la Atención primaria en salud, como la salud mental comunitaria, donde se viven las acciones y su orientación programática y organizacional del prestador, donde ASFAPEM y su “oferta” cobra mayor relevancia como soporte social informal que complementa y cubre las falencias de la oferta y del SGSSS en general.

En el nivel Micro, es donde ASFAPEM viene actuando, adelantando acciones y actividades que suplen requerimientos dados a IPS públicas y privadas con el propósito de brindar mayor accesibilidad a los servicios de salud, prestar atención en Salud Mental en el contexto de la Atención primaria en salud y los procesos de reorientación de servicios.

La acción de ASFAPEM se ha dado tanto en los ámbitos intrainstitucional y el comunitario, intrainstitucional ha desarrollado acciones de la mano de profesionales de la salud y otros profesionales dentro de las IPS, gestión, aprendizaje, gestión del conocimiento, transmisión del conocimiento y en el ámbito comunitario, asociada a diferentes actores tales Juntas de Acción Comunal, ONG, líderes comunitarios, Liga de Usuarios con alteraciones o trastornos en Salud Mental, teniendo capacidad para tamizaje básico, canalización de usuarios, intervenciones breves, los procesos de acompañamiento posterior a las intervenciones breves visto como acompañamiento psicosocial, y procesos de rehabilitación basado en comunidad, disminución del estigma y mejora del conocimiento de la enfermedad.

De lo anterior la Asociación identifica como competidores potenciales: El Hospital Carlos Holmes Trujillo, el Hospital Psiquiátrico y el Hospital Universitario del Valle “Evaristo García”, debido a que estas entidades cuentan con diversas condiciones que les permiten atender este tipo de pacientes, por otra parte, también identifica a la Fundación Carvajal como competidor potencial pues esta brinda talleres para población con discapacidad y cinematecas, además la institución educativa Nuevo Latir cuenta con espacios para cultura, recreación y deporte y presta sus instalaciones para realizar diversas integraciones de personas en condición de discapacidad. Otros programas de salud mental que pueden ser competidores potenciales, consideran que puede ser el mismo hospital Carlos Holmes Trujillo y las entidades territoriales destinen recursos y contraten otras personas distintas de la Asociación. Otras organizaciones que tienen acciones en salud mental: Don Bosco, SENA, fundación Carvajal, Colegio Nuevo Latir, Señor de los Milagros con apoyo y donaciones. Universidades de Cali, ICBF, gobernación Valle del Cauca.

Competidores existentes: Los competidores más cercanos a lo que realiza la Asociación son: la Fundación Fullin, que realiza talleres sobre salud mental y trabaja generalmente con niños con diversas discapacidades, Alcohólicos

anónimos con quienes realizan un trabajo más desde alianza, a donde remiten pacientes cuando se requiere.

Competidores sustitutos: Además, es importante analizar que la existencia de entidades sustitutas, esto es, que cumplan la misma función o una similar a la que se está realizando. Se identificaron como sustitutos del programa: las iglesias que hacen parte en el territorio, actores como los curanderos, los brujos, entre otros.

Estos actores sustitutos son tenidos en cuenta por las personas que el tener una creencia -del modo en que esta sea llevada- brinda seguridad, un medio de tener esperanzas y una forma de acercarse a la espiritualidad, además, se identifica a la familia, pues brinda apoyo, afecto y acompañamiento no sólo en los momentos de crisis y se tiene en cuenta a los vecinos, pues como se mencionaba anteriormente, estos colaboran de diversas maneras en el cuidado de los pacientes.

Como clientes se identifican: El programa está dirigido principalmente a personas con enfermedad mental, sin embargo, también pueden hacer uso de este programa familiares, amigos y vecinos de los pacientes con enfermedad mental, líderes comunitarios que requieran de los servicios para ayudar a los demás o que quieran aprender a tratar a esta población.

Por otra parte, los proveedores son una parte fundamental del análisis estructural, se identifican como proveedores a: El Hospital Psiquiátrico, el Hospital Carlos Holmes Trujillo, las EPS, las IPS, el centro recreativo, las instituciones educativas, los laboratorios, los talleres formativos, la alcaldía, las Secretarías de Salud y la administración municipal como entidades que ayudan a suplir las necesidades que presenta el programa, también se resalta el compañerismo y la solidaridad.

Conclusiones sobre el análisis del entorno:

- La población que es participe de la organización son todas las personas que deseen o necesiten apoyo con alguna patología Mental (epilepsia, retardo mental, esquizofrenia, trastorno bipolar, síndrome Down, autismo y discapacidad cognitiva.) o alguna patología que comprometa su desempeño. Se interviene el paciente su familia y el entorno.
- La organización no está condicionada a ninguna variable y aunque que no cuentan con recursos económicos solo con el compromiso y la solidaridad de todos los que hacen parte de la organización porque consideran que “trabajamos para nosotros por nosotros y con nosotros sin limitación de tiempo, ni espacio”.
- Aunque están conformados como organización legal y tributaria, estas normas jurídicas no son muy tenidas en cuenta al momento de hacer lo que

les corresponde, su trabajo es realizado en el día a día, sobre las necesidades que se presenten a quienes atienden.

- Como organización sabemos que deberíamos tener en cuenta una planeación y administrativamente estar mejor organizados, pero sentimos temor que una estructura nos condicione y pensamos que se perdería nuestra esencia.
- Tener capacidad de utilizar y cuidar todo lo que el medio y el entorno nos regala.
- No usamos ninguna, pero reconocemos que es importante escribir nuestra historia ya que ha sido durante estos 20 años que vamos a cumplir. Mostrar nuestros resultados y saber que cuando se trabaja con el corazón y con vocación se evidencian los resultados y en el tiempo estar vigentes sin ningún condicionamiento.

6.3 Análisis interno

El análisis interno comprende dos elementos el análisis como tal del funcionamiento de la Asociación y el análisis de debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas que nos llevarán a la formulación del plan estratégico.

6.3.1 Análisis situacional interno

Para la realización del análisis interno de la organización, se debió hacer un ajuste a los lineamientos de la planeación estrategia general, pues la Asociación, aunque no cuenta con una estructura funcional y habilitada de su quehacer, ha generado unos impactos en la comunidad, que hacen que sea muy valorada.

El análisis interno se centró, por lo tanto, a realizar una descripción del desarrollo de las actividades, las cuales posibiliten visibilizar la organización de los procesos de trabajo, de sus recursos y capacidades y de la cultura organizacional. Se identifican fortalezas y limitaciones (debilidades) aportando el análisis estratégico de la capacidad de la organización entorno.

Las preguntas orientadoras para este propósito fueron:

¿Qué es lo que la organización hace bien? ¿Cuáles considera son sus fortalezas?,
¿En qué está fallando la empresa? ¿Cuáles son sus carencias y limitaciones?
¿Cuáles son sus debilidades? ¿Cuáles son sus valores básicos, aquello que

caracteriza el actuar de la empresa? ¿Hasta qué punto estos valores condicionan lo que debe ser la empresa?

A continuación, se relaciona información obtenida en el trabajo realizado sobre su quehacer, las practicas propias de la Asociación en la actualidad, intentando clasificarlas dentro de unas fases de atención:

Contacto inicial:

Son contactados por un familiar, por un vecino, por alguien del hospital, por alguien que sabe de ellos, o el familiar necesitado llega a las reuniones grupales que realizan los días jueves en la mañana para contactarlos de manera directa, solicitando ayuda.

Visita domiciliaria.

Regularmente lo primero que realizan es una visita domiciliaria, en la cual observan las condiciones de vida de las personas identificadas con la enfermedad mental, pues algunos se encuentran encerrados, en condiciones precarias, de sostenimiento, limpieza, por sus comportamientos agresivos, los familiares los encierran para evitar ser golpeados, maltratados o que deterioren las cosas del hogar. Este encierro trae como consecuencia que no sean aseados de manera adecuada, frecuente y correctamente, en casos más extremos han sido hallados despojados de cualquier tipo de prenda de vestir y con marcas que muestran las medidas de contención que intentan hacer los familiares por sus propios medios.

Regularmente las visitas las realiza la líder de la Asociación, antes acompañada por un profesional de la salud, enfermera, auxiliar, promotora, psiquiatra, psicóloga, trabajadora social y ahora de acompaña por los mismos integrantes de la Asociación que están en capacidad de apoyar en esta labor. Esta medida a su vez le ha permitido, que los integrantes de la Asociación aprendan a realizar esta labor.

Se realiza un proceso de acercamiento a los pacientes, hasta lograr que acepten ser atendidos, asumiendo una actitud amable, generadora de confianza, la cual involucra en muchas ocasiones, hasta hacerles un aseo general: bañarlos, cepillarles los dientes, realizarles un corte de cabello, realizar una asepsia a profundidad y proveerles de vestimenta limpia. Poco a poco se van incorporando a la vida familiar, como sentarse con la familia a compartir los alimentos este proceso puede durar días hasta lograr incorporarlos al sistema de salud en un tema de restablecimiento de derechos, en donde en muchas ocasiones inicialmente debe ser gestionado la documentación básica, como tarjeta de identidad o cedula de ciudadanía, acompañarlos para diligenciar la encuesta de

Sisben, ser clasificados para posteriormente acceder a servicios de salud con una empresa promotora de salud del régimen subsidiado.

Regularmente las personas rehabilitadas son capaces de hablar y de reconocer en qué situación se encontraban e identificar el tipo de comportamientos los afectaban y hoy los afectan.

También han logrado realizar acompañamientos por fuera de las comunas en donde tienen cobertura, la necesidad ampliar la cobertura se define más que en términos geográficos, es más por el manejo de la enfermedad mental como tal, el desconocimiento que hay en la población general conocer, diferenciar, actuar frente a una persona con un trastorno mental.

Que representa la Asociación para los pacientes y los familiares:

- Han aprendido a hacer la tarea.
- Se toman el medicamento sin necesidad de que les estén recordando que los ingieran.
- Proceso de inclusión al programa de salud mental
- Participación de actividades educativas
- Gestión ante las EPS por los servicios de salud
- Gestión ante el hospital de tercer nivel HPUV, para valoración de pacientes y hospitalización
- Participación de actividades con otras organizaciones como la Liga de Epilepsia, FULLIN, FUNDAES, etc.
- Realización de proyectos en huertas caseras.
- Incorporación laboral, trabajo en el hospital en aseo y cafetería.
- Actividades deportivas
- Actividades de sensibilización a otros actores de iglesias para una interpretación técnica de la enfermedad mental.

En los casos particulares han logrado incorporar a la vida social, familiar e incluso laboral y ocupacional a personas que fueron encontradas en estados precarios, consideran que el papel de la Asociación, su acompañamiento, permitido aprender a vivir, a ayudarlos a hacer independientes. Empoderar los pacientes y darles voz, conversar con el medico acerca del tratamiento y del medicamento, ha sido parte de su quehacer. Reconocer los medicamentos psiquiátricos, su efecto en el organismo, resolver inquietudes sobre los medicamentos.

Conclusiones del análisis interno:

“Todo lo que hacemos con solidaridad y por un bien común y trabajamos con nosotros por nosotros y para nosotros a pesar de las adversidades no desfallecemos”.

“No contamos con un sistema de información que nos permita tener una base de datos y poder documentar toda nuestra experiencia y nuestra historia”.

“La solidaridad y la ayuda mutua ya que trabajamos por nosotros para nosotros y con nosotros fortaleciendo el autocuidado el respeto por uno mismo y por los demás. Capacitándonos día a día”.

No se conoce ninguna otra organización que trabaje con la misma identidad de la Asociación, pero han procurado establecer alianzas y articulaciones con organizaciones como FUNDESD que trabaja con personas con discapacidad física que nos ha permitido compartir aprender e intercambiar conocimiento y saberes sobre la diversidad funcional.

“No somos visibles ante el sistema de salud, no nos tienen en cuenta, cuando les conviene convocan una reunión, no tenemos reconocimientos de las diferentes organizaciones”.

Han perdido información y espacio que habían ganado por la intervención de personas que no han comprendido el programa.

Que las acciones que desarrolla la Asociación en el cuidado de los pacientes tenga posibilidad de ser remuneradas por el Sistema de Salud.

La gestión para conseguir medicamentos para los pacientes, es como banco de medicamentos. Recoge medicamentos de pacientes que ya no toman, o donaciones y los distribuye entre quienes los necesitan.

Consideran que se da vulneración de derechos de los pacientes con enfermedad mental por desconocimiento de las leyes.

No contar con un apoyo económico por parte de entidades locales, regionales nacionales e internacionales”.

6.3.2 Análisis DOFA:

Como componentes del plan estratégico y antes de plantar el análisis DOFA, se trabaja sobre el sueño, la misión, la visión y los valores, de acuerdo con el

concurso de los miembros de la Asociación, se redefine la Misión y la Visión de la Asociación, quedando planteada de la siguiente manera:

Sueño

Lograr que los pacientes y sus familias tomen liderazgo y empoderamiento sobre el cuidado de su salud mental de manera integral, aprovechando los recursos comunitarios, los propios del sistema de salud y otros recursos sociales necesarios en el proceso de recuperación.

Divulgar por diferentes medios de comunicación las practicas del programa en el cuidado de personas con enfermedad mental.

Misión

La Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental-ASFAPEM- brinda un programa de rehabilitación e inclusión integral de base comunitaria para personas con enfermedad mental y sus cuidadores, aplicando estrategias desde la promoción de la salud, gestión de riesgo, rehabilitación e inclusión integral en pro de la recuperación de su salud mental, desarrollo de habilidades para la vida, empoderamiento y autocuidado.

Visión

A 2024 ASFAPEM será reconocida en el Valle del Cauca como una entidad líder en procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad para personas con enfermedad mental y sus cuidadores con énfasis en la gestión del goce efectivo, protección y restitución del derecho a la salud mental, articulada con el sistema de salud y otros actores sociales.

Valores corporativos:

Solidaridad: Fortaleciendo las bases sociales y comunitarias que permitan socorrer y apoyar a un compañero en todo sentido cuando sea necesario y lo requiera.

Empoderamiento: Entendido como la capacidad de hacerse cargo de sus vidas, mediante la gestión y autogestión ante las entidades necesarias lo necesario para hacerse cargo de su recuperación de la recuperación de otros y el sostenimiento de la salud mental.

Amor: Desarrollando la capacidad de entrega y afecto por todo lo que hacemos y por quienes se benefician de nuestros servicios.

Servicio: Actitud transversal en todo lo que hacemos por el beneficio de los demás, hacer el bien y estar prestos a ser útiles a quien nos necesite.

Cuadro 2. Comparación Misión y Visión anterior y la actualizada.

MISIÓN ANTERIOR	Brindar apoyo y acompañamiento a las personas que presentan alguna clase de enfermedad mental de tipo mayor y a sus cuidadores (Familiares).
MISIÓN ACTUAL	La Asociación de Familiares y Pacientes con Enfermedad Mental Brinda un programa de rehabilitación e inclusión integral de base comunitaria para personas con enfermedad mental y sus cuidadores, aplicando estrategias desde la promoción de la salud, gestión de riesgo, rehabilitación e inclusión integral en pro de la recuperación de su salud mental, desarrollo de habilidades para la vida, empoderamiento y autocuidado.
VISIÓN ANTERIOR	Visión: Ser reconocidos como una entidad líder; ofreciendo terapias de rehabilitación, talleres protegidos y charlas para cuidadores y pacientes.
VISIÓN ACTUAL	A 2024 ASFAPEM será reconocida en el Valle del Cauca como una entidad líder en procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad para personas con enfermedad mental y sus cuidadores con énfasis en la gestión del goce efectivo, protección y restitución del derecho a la salud mental, articulada con el sistema de salud y otros actores sociales.

De acuerdo al cuadro anterior el ejercicio de visibilizar su quehacer mediante la reflexión de sus prácticas les permitió tener una comprensión más alta de su misión y su visión, lo que se ve reflejada en la actualización de las mismas, en donde se reconoce el detalle de sus prácticas, el impacto que han logrado tener y la proyección de lo que quieren hacia el futuro.

Posteriormente y como parte de la identificación de aspectos externos e internos positivos y negativos de la Asociación, se realiza el análisis DOFA, mediante un ejercicio taller-práctico, se les entrega a los integrantes de la Asociación sobre las definiciones sobre DOFA, se analizan y por grupos se distribuyen para realizar el respectivo resultado:

DEBILIDADES: Hace referencia a las acciones internas de la Organización que limitan o inhiben el éxito de la misma. En términos más concretos se refiere a las áreas problema, a las carencias y limitaciones de la organización; por ello son del ámbito administrativo y de control interno de la misma. Estas carencias y limitaciones se centran en: La dirección, los servicios que desarrolla, las finanzas, la comunicación, el liderazgo, las relaciones con la comunidad, planeación, motivación y control.

OPORTUNIDADES: Hace referencia a las tendencias sociales, económicas, políticas, tecnológicas y competitivas presentes en el entorno de la organización y que podrían garantizar en forma significativa beneficios para la misma. Estas oportunidades pueden ser de carácter: Cultural, Demográfica, Geográfica, Política, Tecnológica, Educativa, Ambiental

FORTALEZAS: Se refiere a las actividades y características propias de una organización, que la distinguen y en la cual se ha especializado esta y las realiza bien en relación con otras organizaciones. Áreas fuertes en las que se destaca una organización y representa la capacidad de la organización de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos. Estas actividades son: Dirección, Servicios, Manejo financiero, Relación con la comunidad, Liderazgo, Mantenimiento de la Organización, Planeación, Motivación, Control.

AMENAZAS: Es todo lo contrario a las oportunidades, se refiere a las tendencias presentes en el entorno, y que se constituye en situaciones potencialmente de riesgo para la estabilidad, permanencia y desarrollo de la Organización. Dimensiones de la realidad: Social, Cultural, Demográfica, Geográfica, Política, Tecnológica, Educativa, Ambiental.

De acuerdo al ejercicio realizado con la Asociación se identifican los siguientes resultados:

	INTERNO	EXTERNO
	DEBILIDADES (D)	AMENAZAS (A)
FACTORES NEGATIVOS	No se realizan ejercicios de planeación y organización de la Asociación, se responde de manera espontánea a lo que se presenta.	Recurrir a prácticas informales y mágicas para manejar los problemas.
	Aunque se ha logrado disminuir el estigma en la comunidad sobre las personas con enfermedad mental, aún falta tener mayor incidencia.	Sectores de alta peligrosidad dentro de la comuna 13 (Distrito de Aguablanca)

	Canales de información informales.	Falta de inclusión educativa desde las instituciones de educación básica, media y técnica.
	Se carece de registros de información y bases de datos que permitan hacer seguimiento y control sobre la Asociación.	Falta de reconocimiento del Sistema de salud frente al quehacer de la Asociación, papel de los cuidadores familiares y pacientes.
	Necesidad de generar una cultura más participativa en la toma de decisiones.	
	Situación legal de la Asociación con pendientes.	
FACTORES POSITIVOS	FORTALEZAS (F)	OPORTUNIDADES (O)
	El compromiso de la líder con la gestión del programa.	Articulación con otro tipo de organizaciones base comunitaria participar de actividades socioculturales y otras más.
	Gestión de servicios en pro de las personas del programa.	Tener un reconocimiento de las personas del sector, tanto de la comuna 13, como de otras comunas de influencia, quienes buscan la Asociación para apoyo.
	La labor de cuidado de los pacientes es de manera ininterrumpida, con recursos económicos o sin ellos.	Capacidad de gestión para aprovechar alianzas y convenios para aprovechar espacios de formación y capacitación.
	Los valores transmitidos por la líder de la Asociación, facilidad para motivar la realización de las actividades.	Aprovechar la tecnología para documentar y organizar los procesos de la Asociación.
	Buena participación de actividades institucionalizadas Reconocimiento de la comunidad, disminución del estigma.	Poder hacer uso de espacios públicos y medioambientales, al mismo tiempo promover autocuidado.
	Aunque no hay una planeación formal, hay respuesta y participación de actividades institucionalizadas de la organización.	
	Gestión ante los actores del sistema de Salud, y el restablecimiento de derechos.	

	Los integrantes de la Asociación se presentan continuamente motivados hacia ella.	
	Funciona más un autocontrol con relación a las actividades de cada paciente, que de la propia organización.	
	Tener la capacidad de proyectar lo que hace la Asociación hacia otros sectores de la ciudad.	

Siguiendo los lineamientos de la Matriz DOFA, los resultados permiten establecer las siguientes cruces entre debilidades y oportunidades (DO), entre fortalezas y oportunidades (FO), entre debilidades y amenazas (DA) y fortalezas y amenazas (FA), para el planteamiento de las siguientes estrategias para la Asociación:

ESTRATEGIAS DO	ESTRATEGIAS FO
Establecer convenios con universidades y otras instituciones educativas para encontrar apoyo que permita documentar, sistematizar y organizar la información que se produce en la Asociación. Además de cualificar procesos al interior de la Asociación.	Fortalecer convenios inter-institucionales que le permitan dar respuesta a la atención integral hacia los integrantes de la Asociación.
Realizar la gestión pertinente para poner al día la Asociación en términos legales, tributarios y todos los que sean pertinentes.	Realizar el respectivo lobby con las Administradoras de Planes de Beneficio, para proyectar los servicios.
ESTRATEGIAS DA	ESTRATEGIAS FA
Generar estrategias de información para divulgar el quehacer de la Asociación y una comprensión sobre la enfermedad mental desde su experiencia comunitaria.	Trabajar en una cultura de la salud mental y la convivencia social, más que de la enfermedad con carácter social, que permita incidir en la comunidad.
Fortalecer la abogacía frente a la institucionalidad que permita ofrecer diferentes alternativas de ocupación y educación a los pacientes, en pro de la inclusión social y laboral.	Lograr el uso efectivo de recursos humanos, técnicos y financieros, gestionados por la Asociación en pro de la recuperación de las personas que hacen parte del programa.

6.4 Propuesta de plan estratégico de la organización cuidadora de la salud mental

El plan estratégico es un instrumento que guiará el actuar de ASFAPEM, que permitan la transformación parcial de su realidad, el proceso en sí fue una experiencia valiosa para todos, ampliando la propia visión individual y colectiva de su organización, siendo la recuperación de la memoria como un proceso de empoderamiento para continuar y consolidarse, a partir de una reflexión sobre la práctica concreta.

6.4.1 Plan estratégico

Un primer punto a considerar, es que el Plan propuesto, debe ampliarse en un ejercicio inter/trans disciplinar, que supere las particularidades, articulando procesos de gestión y rehabilitación en salud mental, buscando la armonización en enfoques y estrategias, así mismo, concebir la familia y el espacio público, como entornos claves de intervención y transformación en función de la inclusión social d las personas con enfermedad mental concibiendo la corresponsabilidad entre profesionales, paciente y familia.

ASFAPEM es una experiencia significativa que responde a vacíos sociales e institucionales en la prestación de servicios para la garantía del derecho a la salud mental que cuestiona las respuestas técnicas rutinarias. Siendo empíricamente un ejercicio de gestión de interdisciplinariedad, con claros límites del saber de cada uno y respetando los campos, el conocimiento de los demás y una relación simétrica. Los objetivos del plan estratégico quedan definidos de la siguiente manera:

Objetivo General

Implementar estrategias que permitan la autogestión del derecho a la salud mental de los pacientes con enfermedad mental, a través del empoderamiento de paciente y cuidador en las prácticas correspondientes al manejo responsable y recuperación de la enfermedad, y el ejercicio de la ciudadanía para la protección, exigibilidad y restitución de sus derechos, en el Valle del Cauca.

Objetivos Específicos

- ✓ Incidir en espacios y actores tomadores de decisiones sobre protección y restitución de derechos en el marco del Sistema de Salud, con énfasis en salud mental.
- ✓ Mejorar el funcionamiento, estructura y capacidad de gestión de la Asociación para lograr los objetivos propuestos.
- ✓ Lograr el uso efectivo de recursos humanos, técnicos y financieros, gestionados por la Asociación en pro de la recuperación de las personas que hacen parte del programa.

Las acciones estratégicas a desarrollar desde ASFAPEM, pueden concebirse contemplando dos líneas, en primer lugar, las estrategias de gestión, y, en segundo lugar, servicios de la Asociación, que comprende una gestión organizacional y otra operativa.

Las estrategias de gestión, buscan reconocer la importancia permanente y sincrónica de espacios de gestión para el logro de resultados, se centra en la necesidad de potencializar la acción, articulando las dinámicas política, técnica y operativa buscando alcanzar los resultados esperados. Se trata de articular la Gestión política, la construcción de un programa que permita potenciar ASFAPEM como oferta de soporte para la atención y gestión del derecho a la salud mental de Pacientes y cuidadores en el marco del Sistema de salud, integrando en su estrategia lo dispuesto en el Plan Obligatorio de Salud, competencias en las Entidades territoriales, IPS y profesionales de la salud asociados y próximos a la dinámica de la Asociación.

Se plantea un plan estratégico que contiene tres líneas o niveles de gestión: política, organizacional y operativa, de acuerdo a los objetivos planteados y estrategias resultado del DOFA.

Estructura del Plan Estratégico ASFAPEM					
Nivel	Estrategias	Meta	Indicadores	Responsable	Instancia/actores
Gestión Político	Gestión para viabilización técnica y financiera de los servicios de la Asociación en el marco del Sistema de salud, mediante el respectivo lobby con las entidades territoriales a nivel nacional, departamental y municipal.	Presentación de propuesta de servicios de la Asociación ante tres entidades una nacional, otra dptal y una municipal	Documento propuesta de servicios/ Tres entes territoriales	Junta directiva, representante legal, Asistente.	Registraduría, Defensoría del pueblo, Personería, otros y actores del Sistema de Salud: Minsalud, entidades territoriales, EAPB, ESE, IPS. ICBF
	Gestión inter-institucional para mejorar la atención integral en salud de los integrantes de la Asociación.	Acuerdos establecidos con EAPB que cubren la población de la Asociación.	No. de EAPBS contactadas con acuerdos operativos/EAPB que cubren los integrantes de la Asociación		
	Abogacía frente a la institucionalidad que permita ofrecer diferentes alternativas para mejorar calidad de vida, en pro de la inclusión social y laboral.	El 30% de los integrantes activos de la Asociación en procesos de inclusión socio-laboral.	Integrantes activos vinculados/Total de integrantes		
Gestión Organizacional	Formalización administrativa básica de la Asociación para facilitar el funcionamiento acorde a la normatividad del sector.	Legalización vigente de la Asociación, cumpliendo con requerimientos normativos.	Documento legal y situación tributarias definida.	Representante legal, convenios con universidades para la sistematización de prácticas. Asistente, Tesorero. Apoyo de miembros de la Asociación por actores	Gestión por actores: Liga de usuarios ESE Carlos Holmes Trujillo. Secretaría departamental y municipal, EPS, HUV, HPUV.
	Definición mínima de procesos, procedimientos y manual de funciones acordes al quehacer de la Asociación.	Estructura mínima de la Asociación cumpliendo con procesos, procedimientos y funciones propios de la Asociación.	Equipo de trabajo mínimo implementando procesos, procedimientos y funciones		

Gestión Operativa	Acompañamiento a pacientes y cuidadores en la construcción de su ruta propia para el manejo y recuperación de la enfermedad, asociada a la práctica de actividades para la vida diaria, el autocuidado, el vínculo socio-afectivo en familia y comunidad.	El 100% de los integrantes activos de la Asociación con rutas propias.	Integrantes activos con ruta propia/Total de integrantes activos (Definir línea de base)	Asistentes por apoyo de acuerdo al tema: Derechos sociales: educación, cultura y deporte Derecho a la salud Derecho a la salud mental.	JAL, JAC, Familias, ligas de usuarios, secretarías sociales. Comités de planeación por comuna. Universidades Actores relacionados Espacios intersectoriales como el Comité municipal de Discapacidad entre otros.
	Generación de estrategias de información para divulgar el quehacer de la Asociación, en su experiencia comunitaria en el cuidado de personas con EM.	Vinculación de la Asociación a tres espacios sociales e institucionales para promover su quehacer.	Espacios de articulación/ Tres espacios.	Representante legal, convenios con universidades para la sistematización de prácticas. Representante legal o un delegado.	
	Formación técnico-jurídica para la protección y exigibilidad del derecho a la salud mental, de personas con enfermedad mental y sus cuidadores, en el marco del Sistema de Salud en Colombia.	80% de los integrantes de la Asociación con formación para la protección y exigibilidad del derecho a la salud mental.	% integrantes capacitados/ 100% de integrantes		

La estrategia de gestión Política, abordará las acciones tendientes a movilizar el apoyo de actores cuya participación y/o autorización es necesaria para lograr los resultados propuestos, se trata entonces de establecer un enlace de comunicación directa con Secretaría Departamental de Salud y Secretaría Municipal, ICBF, estableciendo espacios periódicos para seguimiento y apoyo a la gestión del derecho a la salud mental de familiares y pacientes con trastorno mental articulados a ASFAPEM.

La articulación se concretará a través del diálogo directo con enlaces de las Dimensiones de Salud Pública – Salud Mental y participación social de las dependencias. Apuntando a la constitución de redes sociales, del empoderamiento y el ejercicio ciudadano, acercándose a procesos de diagnóstico, programación, ejecución y evaluación de sus acciones, incidiendo en la realidad local, de negociación, de trabajo en equipo y de asignación de responsabilidades y adopción de compromisos.

En la estrategia de gestión política, el objetivo de ASFAPEM es “fortalecer la capacidad de la organización para el reconocimiento de derechos y el aumento progresivo de capacidades y oportunidades para realizar sus intereses en el SGSSS. Las Acciones estratégicas de ASFAPEM en esta línea son:

1. Constitución de una red de prestación de servicios comunitarios, en la construcción de redes sociales, socio-institucionales y redes de apoyo.
2. Fortalecimiento de la intervención con el enfoque RBC rehabilitación basada en comunidad y primeros auxilios en Salud Mental
3. Estrategia de articulación con secretarías de salud y las otras secretarías, así como planeación del municipio.
4. Abogacía y movilización social para la reorientación de servicios de salud o la reorientación de recursos públicos pertenecientes a Salud Pública o a los recursos propios de la Entidad Territorial para la prestación de servicios en el componente de Salud Mental en el marco de la Atención Primaria en Salud o para la atención de pacientes con alteraciones o trastornos en la Salud Mental.

La estrategia de gestión organizacional, asociado al diseño e implementación de procesos, sistemas y estructuras para desarrollar capacidades organizacionales requeridas para el logro de los resultados deseados, donde se da dirección y orientación a la organización, lo que demanda, orientar el equipo de trabajo de ASFAPEM, establecer procesos y procedimientos en su intervención.

La gestión organizacional propone establecer y manejar el entorno inmediato con el fin de asegurar que se cuente con los recursos, las rutinas y la capacidad

organizacional de llevar adelante una gestión efectiva, eficiente, equitativa, ética y sostenible que cree valor público.

La capacidad organizacional es un aspecto fundamental para la viabilidad de ASFAPEM, y supone la articulación de sus miembros alrededor de procesos y recursos necesarios para tomar decisiones y que implementan los procesos conducentes al desarrollo y entrega de las políticas, programas, proyectos y servicios.

La capacidad organizacional, parte del principio que existe una dialéctica entre el entorno y la organización, afectándose mutuamente en función de unos objetivos definidos, en ese sentido la exigencia constante de un escenario cambiante como el de salud, demanda la cualificación y estructuración constante de ASFAPEM.

ASFAPEM debe desarrollar su propio personal, entrenarlo para la “prestación de servicios” que ejerce, redundando en la accesibilidad, la equidad y la sostenibilidad de la oferta en el marco del SGSSS; creando mecanismos organizacionales que aumenten la efectividad y la eficiencia de su oferta.

El objetivo de la Gestión institucional es generar capacidad instalada local de ASFAPEM, estructural y organizativa para mejorar la eficacia y eficiencia en la atención de soporte a pacientes con trastorno mental y cuidadores.

Las Acciones estratégicas de ASFAPEM en esta línea son:

1. Definición de estructura organizativa horizontal, con capacidad de gestión y atención para el derecho a la salud mental de sus integrantes.
2. Definición de procesos y procedimientos estables con competencia y compromiso definidos para integrantes de la Asociación, que optimicen el talento humano, y recursos físicos y financieros asociados a metas de la Asociación.

Portafolio de servicios de ASFAPEM

Las atenciones que se proponen para la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, están relacionadas con el quehacer y las buenas prácticas que la asociación ha tenido desde su comienzo, que si bien es cierto muchas se han dejado de hacer en la actualidad, sistematizadas y documentadas pueden ser sus fortalezas en el quehacer del cuidado de la salud mental de pacientes y sus cuidadores, las cuales se relacionan a continuación:

Visitas domiciliarias:

- Primer contacto
- Actividades de cuidado personal y habilidades para la vida

- Actividades de incorporación a la vida familiar
- Restablecimiento de derechos (Identificación y afiliación al sistema de salud)

Atención a Familias:

- Atención a familias
- Encuentros con familias
- Grupo terapéutico con familias

Intervención de Salud mental:

- Entrevista de orientación general
- Intervención en salud mental
- Atención en crisis por psicología
- Vigilancia intento suicidio
- Atención en crisis por psiquiatría
- Valoración psicológica intento suicida
- Valoración y atención al maltrato infantil
- Apoyo y supervisión del intento de suicidio
- Captación de pacientes
- Participación de acompañamiento y prácticas con equipo base
- Apoyo a actividades reinserción psicosocial y laboral
- Acompañamiento a pacientes de rehabilitación
- Apoyo al programa APS
- Pasar revista en urgencias
- Acompañamiento equipo replicador
- Consejería VIH
- Planes de acción en salud mental
- Grupo terapéutico con pacientes
- Charlas de sala
- Apoyo programas de atención primaria en salud
- Orientación a programas

Planeación y Coordinación de actividades del frente

- Reunión de planeación de actividades
- Reunión de coordinación Institucional

Reunión de equipo

- ✓ Reunión de equipo
- ✓ Reunión asesoría de proyectos
- ✓ Acompañamiento a equipo

Elaboración de informes e historias clínicas:

- ✓ Elaboración de informes e historias clínicas

Capacitaciones y talleres:

- Capacitación a promotora
- Capacitación de pacientes
- Capacitación en salud mental
- Capacitación en salud mental a profesionales de salud
- Capacitación a profesionales de la salud
- Capacitación a personal de la Asociación
- Apoyo grupos terapéuticos
- Apoyo como asistentes de talleres a la comunidad y salud
- Taller depresión
- Taller de la prevención en violencia
- Talleres a la comunidad en terapia ocupacional
- Taller con maestros
- Taller con padres
- Talleres niños y adolescentes
- Taller habilidades para vivir

Talleres de inclusión laboral:

- Coordinación de talleres artísticos y productivos
- Taller de encuadernación
- Taller de bolsas plásticas

Reuniones:

- Reunión con grupos organizados de la comunidad
- Reunión con otras instituciones
- Reunión con cooperativas
- Reunión de planeación de actividades de pacientes (T. M.M. e Intento suicida, otros)
- Reunión con otras instituciones

Actualización de datos:

- Informes de gestión
- Diagnóstico de recursos

- Gestión administrativa
- Diagnóstico de necesidades en salud mental
- Digitación de registros

Actividades

- Orientación a programas
- Salidas recreativas
- Aplicación de encuestas para diagnóstico
- Elaboración de propuestas para implementación de proyecto 2003
- Elaboración y gestión de proyecto 2004
- Supervisión estudiantes
- Acompañamiento equipo replicador
- Elaboración de proyecto para la implementación
- Participación de prácticas con equipo base
- Aplicación de inyecciones
- Apoyo a programa APS
- Supervisión de casos
- Control de auxiliar de enfermería
- Pre consultas

6.4.2 Propuesta de evaluación y Seguimiento

Es necesario que la Asociación considere formalizar sus prácticas las cuales puedan estar sujetas a control para la verificación y evaluación del Plan, el cual define unas metas e indicadores que permitirán hacerle seguimiento y evaluar el plan estratégico para la Asociación; confrontar, lo realizado y lo planeado, para la retroalimentación del proceso y realizar los ajustes que consideren convenientes. Inicialmente el Plan está dado para darles cumplimiento en un periodo inicial de doce meses, tiempo durante el cual se evaluará los logros de la Asociación de acuerdo a los indicadores planteados y se realizarán los ajustes necesarios mediante la implementación de planes de mejora pertinentes.

La evaluación de ASFAPEM no solo estará enfocada a los objetivos planteados, sino que también valorará todo el funcionamiento de la organización, teniendo en cuenta la misión, la visión, las líneas estratégicas u objetivos estratégicos, los productos o servicios que ofrecen (proyectos, programas, acciones, campañas, cursos, etc.), los procesos operativos y las atenciones recibidas por la población beneficiaria, el entorno en el que actuamos e impacto de las intervenciones de la organización.

6.5 Identificación de buenas prácticas

Para identificar las buenas prácticas que realiza la Asociación de familiares y pacientes con enfermedad mental, se relacionan el listado de servicios vigente para salud mental en el Plan Obligatorio de Salud en Colombia, algunos elementos expuestos en el marco legal y conceptual de este documento confrontó revisándose a la luz de las prácticas que realiza ASFAPEM en el marco del sostenimiento de la salud de los usuarios del programa de salud mental del distrito de Aguablanca.

ACUERDO 029 DE DICIEMBRE DE 2011- SERVICIOS DEL POS QUE PUEDEN SER USADOS EN SALUD MENTAL					
#	CUPS	DESCRIPCIÓN	NIVEL	Buenas prácticas ASFAPEM	Proyección a través de un programa de SMC como ASFAPEM
1	890101	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	1	El programa de ASFAPEM ha contado con el apoyo de profesionales que acompañan las visitas domiciliarias y participan de manera activa.	
2	890102	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2		
3	890108	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA	2		
4	890109	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	2		
5	890115	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2		
6	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	1		La consulta de medicina general ha sido articulada a través del hospital Carlos Holmes T., sin embargo, esta consulta podría tener un énfasis en salud mental y ser además usada para la prescripción de medicamentos.
7	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2	Se ha realizado a través de convenios con el Hospital Carlos Holmes T. con recursos para el programa, pero también como prestación de servicios en la contratación del hospital con las EPS. Dificultad con el nivel de atención, pues el departamento del Valle por Decreto avala que un hospital de primer nivel, no tenga servicios de segundo	Considerar la propuesta en reorientación de servicios y APS en salud mental.
8	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	2		
9	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	2		
10	890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2		

				nivel.	
11	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	1		Por medio de esta consulta se puede crear un programa o una actividad dentro del de programa de SMC, de seguimiento a pacientes compensados y de entrega de formulación de medicamentos psicótopos.
12	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2	Se gestiona ante las entidades cuando es necesario. De acuerdo al criterio del estado del paciente.	Importante un plan terapéutico para el paciente, que la familia lo comprenda y lo pueda llevar a cabo.
13	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	2	Se ha realizado a través de convenios con el Hospital Carlos Holmes T. con recursos para el programa, pero también como prestación de servicios en la contratación del hospital con las EPS. Dificultad con el nivel de atención, pues el departamento del Valle por Decreto avala que un hospital de primer nivel, no tenga servicios de segundo nivel.	
14	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2		
15	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2		
16	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MÉDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	2		
17	890503	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE).	2	Aunque la discusión sobre el plan a seguir con el paciente no se hace en el marco de una Junta Médica, los integrantes de la Asociación si discuten los casos y redefinen acciones a seguir.	
18	941100	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA SOD	2		
19	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	2		Actividades del POS, que pueden hacer articulación con el programa de salud mental comunitaria
20	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	2		
21	943500	943500 INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD	1		
22	944001	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRÍA	2		
23	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	2		
24	944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA	2		
25	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	2		

26	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRÍA	2		
27	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	2		
28	944902	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRÍA	2		
29	944904	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGÍA	2	Es importante conocer que está planteado el sistema por estos dos servicios y como se procede a facturar y beneficiar a los actores.	Si bien es cierto contempla las acciones en salud mental comunitaria por profesionales, como aprovechar el recurso comunitario, promotoras de salud, líderes comunitarias para contratar estos servicios.
30	S12701	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	2		Si bien es cierto los servicios de hospitalización no son comunitarios, valdría la pena considerar ejercicios como e de ASFAPEM, en el manejo y sostenimiento del cuadro agudo y crónico en salud mental
31	S12710	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	2		
32	S12720	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	3		
33	S12800	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA) SOD	2		
34	S20000	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	1		
35	990201	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	1	El programa de Salud mental comunitaria de ASFAPEM realiza constantemente acciones educativas en salud a nivel individual y grupal las cuales pueden ser prestadas a traves e estos códigos en alianza con el hospital Carlos Holmes y de este a su vez contratarlo con las EPS.	
36	990202	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1		
37	990206	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	1		
38	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	1		
39	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL	1		
40	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	1		
41	990213	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1		
42	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRÍA +	1		
43	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+	1		
44	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	1		
45	990102	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1		
46	990106	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	1		
47	990107	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	1		

48	990109	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL	1		
49	990111	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	1		
50	990113	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1		

Para viabilizar este tipo de experiencias en el sistema de salud se requiere además de lo normado, se cuente con la voluntad política y mecanismos para registro y reconocimiento de este tipo de experiencias en el cuidado de personas con enfermedad mental.

Las prácticas de la Asociación además de ser descritas pueden ser sistematizadas para insumo de protocolos o guías de atención, en el contexto comunitario en el que la Asociación presta los servicios, considerando en detalle las actividades realizadas, como parte del proceso de acompañamiento y recuperación en el cuidado de la persona con enfermedad mental.

El enfoque de atención integral en salud que plantea el Ministerio de Salud, basado en APS, con acciones en salud familiar y comunitaria es el marco amplio de lo realizado por la Asociación, en donde se plantean profesionales capacitados en competencias para el trabajo con la familia y la comunidad.

Desde ASFAPEM se trabaja en la concientización de la familia como coparticipe en tratamiento y mejoría de los pacientes, que el cuidado, no es solo del sector salud, sino que la familia sostiene un papel protagónico en el proceso de cuidado de la salud, tanto de manera preventiva, como curativa de la persona.

ASFAPEM empíricamente identifica, notifica y gestiona eventos de interés en salud pública – Salud Mental, ejerciendo como “Equipos de Búsqueda Activa Comunitaria”, otro punto de articulación al Sistema de salud. En el caso de Asfapem ellos han participado de jornadas de capacitación con la Secretaría Departamental de Salud en temas de vigilancia comunitaria, búsqueda activa de pacientes, pero además en el reconocimiento de la sintomatología que presentan los pacientes cuando se va a descompensar, identificar casos nuevos y hacer las gestiones pertinentes frente a los actores de salud del sistema para recibir la ayuda necesaria.

Los tamizajes en salud mental, la búsqueda activa de casos, las actividades educativas, hacen parte de la experiencia que desarrolla ASFAPEM, e incorporarlos en el modelo de atención integral propuesto por el Ministerio de Salud.

Para lograr la articulación de la experiencia de ASFAPEM con los actores del Sistema de salud, de alguna manera se debe abandonar la idea de la atención netamente institucional para dar respuesta a las necesidades de atención en salud, sino encontrar en estas experiencias comunitarias unos aliados importantes tanto en la prevención, como en el tratamiento de este tipo de enfermedades. Desde 1999 la OMS, intenta abandonar paradigmas biomédicos y una visión clínica de la atención, para promover una salud mental comunitaria, y los derechos de los usuarios. (Saraceno 2011).

La ESE Local, (Centros y puestos de salud en los diferentes lugares), puede ser el ente articulador entre las administradoras de Planes de beneficio y el programa de salud mental comunitaria que podría contener las acciones de ASFAPEM, Siendo la ESE el integrador que potencie técnicamente en las experiencias comunitarias con las que se articule.

Se requiere para que las EAPB, puedan comprender las bondades económicas que puede significar hacer uso de recursos comunitarios para la prevención y el tratamiento de afectaciones mentales, que abandonen visiones tan lineales y cuadriculadas sobre lo que autorizan para atender a una persona que padece un trastorno mental, que en muchos casos no es ni lo que lo reglamentado en el POS determina.

ASFAPEM realiza una labor de articulación interinstitucional, que en muchos casos trasciende lo sectorial, como parte de sus prácticas comunitarias en salud mental. De acuerdo al proceso de rehabilitación de la persona identificada con una enfermedad mental, inicia en muchos casos con procesos de restablecimiento de derechos, documentación (Registraduría), gestión para la afiliación a sistema de salud (Sisben y afiliación a una EPS Subsidiada), hasta la remisión a un hospital de tercer nivel como el HPUV, cuando se requiere o de acuerdo a la red de prestadores de la administradora. En el proceso de recuperación realiza actividades intrainstitucionales: educativas, de capacitación, formación, lúdicas, recreativas,

Necesariamente la articulación de ASFAPEM con el sistema no es volverse una institución prestadora de servicios de salud formal, más bien es pensarse como el Sistema reconoce este tipo de actividades a través de sus actores formales como, las EAPBS, las ESE, las IPS, en donde a través de códigos cups, sus actividades puedan tener un reconocimiento económico, a través de los servicios locales, en donde el programa de salud mental incluya este tipo de acciones comunitarias.

DISCUSIÓN

La discusión sobre la investigación enfatiza dos líneas, la primera sobre aprendizajes relacionados con la administración, y la segunda sobre el quehacer y las prácticas de la Asociación relacionadas con elementos de la salud pública.

Es importante tener en cuenta que, aunque la planeación estratégica está dada para que pueda ser aplicada a cualquier organización para mejorar su desempeño y conseguir mejores resultados, se debe tener en cuenta el tipo de organización, pues se trata de acercar este proceso a la empresa u organización, y no introducir rígidamente una empresa a la planeación estratégica.

Los ejercicios de planeación estratégica de organizaciones de base comunitaria son poco comunes, ya que regularmente son procesos que pueden significar costos onerosos. Además, las organizaciones se conforman con su situación después de haber aprendido a subsistir por sus propios medios, mediante el concurso de fuentes informales de ingreso, patrocinio de personas y empresas solidarias con este tipo de problemáticas o contratos temporales para el desarrollo de proyectos de cooperación. La experiencia de estudio con la Asociación permite señalar que la planeación estratégica, aunque es un método administrativo adecuado para organizar cualquier tipo de empresas, para este tipo de organizaciones de base comunitaria, se requiere de ajustes en el proceso de aplicación, de acuerdo al funcionamiento de la organización.

En el proceso de planeación estratégica realizado con ASFAPEM, evidencia la historia de una organización influenciada por el modelo propuesto por el proyecto de cooperación italiana el marco de la desinstitucionalización de pacientes con enfermedad mental que ya tenía una historia de 20 años en dicho país, un liderazgo transformador, más allá de políticas municipales o departamentales, con el doctor Martin Vergara, el aporte de líderes de la comunidad formados y de profesionales y entidades que han estado involucrados en la creación y sostenimiento del programa, la voluntad política de un gerente, el doctor Javier Arévalo y el liderazgo, convencimiento y persistencia de una líder como Iris Martínez, generando un proceso de cogestión, de empatía con población en situación de dificultad, minusvalía y sus familiares. Un proceso que se gesta por una necesidad sentida en la localidad, la desatención de pacientes con enfermedad mental del Distrito de Aguablanca, que encontró el apoyo de una ONG internacional para realizar un proceso de atención alternativa en salud.

Una iniciativa que se ha sostenido en el tiempo no solo por los efectos y logros bondadosos en quienes han sido beneficiarios del programa, sino también porque ha habido personas con un gran sentido de altruismo, empatía y de asumir retos, para apostarle en salud a prácticas no tradicionales.

Aplicar planeación estratégica a este tipo de organizaciones comunitarias, fue complejo, dado que su funcionamiento ha estado caracterizado más por la informalidad de sus procesos, su hacer es más intuitivo, lo fundamenta el sentir, con alta sensibilidad con las familias y con las personas con enfermedad mental; demandando mucha creatividad para lograr involucrar a los participantes, ajustes pedagógicos permanentes al diligenciamiento de los instrumentos para alcanzar los resultados esperados, superando dificultades presentadas en la comprensión de los cuestionarios utilizados.

Se logró construir un plan estratégico a la medida de la organización, dando un salto cualitativo y organizativo a la Asociación, profundizando en el valor de sus prácticas, su historia y en su proyección a un futuro deseado, considerando una estructura mínima para funcionar y formalizar un poco más su funcionamiento como organización de base comunitaria y así poder concretar alianzas con otros actores del sistema de salud que den reconocimiento y viabilidad a sus prácticas.

Es necesario aventurarse a llegar a este tipo de organizaciones a través de diferentes formas de hacer planeación, que faciliten encontrar administrativamente lo que se requiere y lo que necesitan como organización para dar a conocer su saber comunitario, por lo que el saber de la administración en estos casos, debe ser el poder reconocer saberes comunitarios y potencializarlo a través de políticas públicas y procesos administrativos.

Se podría decir que seguramente la Asociación con planeación estratégica o no, tiene la posibilidad de seguir existiendo y seguir siendo vigente, sin incorporar sus prácticas al sistema, sin contar con el aval de políticas en salud mental, pero la pregunta es ¿cómo?, Lo cierto es que el proceso de planeación estratégica le permitió revisar su entorno, su sector y descubrir qué lo integra, que amenazas y potencialidades pueden impactar a la Asociación, al mismo tiempo, realizar una mirada hacia su interior y reconocer las debilidades y fortalezas de su quehacer, ajustar el sueño de ASFAPEM, en el cual precisamente se resalta la labor que vienen realizando de manera sostenida, movida por sus logros en el cuidado y la recuperación de personas con enfermedad mental y con la esperanza de que en algún momento el Sistema de salud reconozca la importancia de su labor.

Hay procesos de planeación más acordes al sector social – desarrollo comunitario, los cuales pueden acceder estas organizaciones, existiendo metodologías y manuales que orientan estos procesos, pero también, hay experiencias que muestran la planeación estratégica como una opción válida en este tipo de organizaciones como lo hace la *Guía para mejorar la gestión de las organizaciones de desarrollo*.

Desde el punto de vista administrativo se espera que la Asociación pueda tener una estructura mínima, conformada por lo menos por quien haga las veces de una tesorería, una contabilidad, información y manejo de suministros, que le permita

hacer frente y lograr mejores resultados, sin que esto necesariamente afecte el trabajo comunitario.

No se trata en ningún momento que la Asociación se deba habilitar como una institución prestadora de servicios, para recibir compensación a sus prácticas, sino que a través de la alianza de hospitales e IPS de baja complejidad, como parte de los actores del sistema de salud integren estas actividades, las habiliten a través de la resolución 2003 de 2013, las hagan parte del portafolio de servicios, las puedan contratar con las aseguradoras y así mismo, capacitar y vincular a alguna práctica remunerada asociada al quehacer de la asociación en el cuidado de la salud. Estas actividades incluso pueden ser sostenidas con recursos no solo del POS, sino del PIC también, como lo plantea el gerente del hospital Carlos Holmes Trujillo, quien ha tenido avances en el tema.

Frente a los actores del Sistema de salud en Colombia, se plantea la discusión sobre el rol de los cuidadores, pues es necesario que el Sistema de salud incorpore una estrategia para el apoyo y fortalecimiento de los cuidadores de personas con enfermedad mental, y de otro tipo de enfermedades crónicas, legitimarlos, reconocerlos, brindar apoyos sociales requeridos.

El sistema plantea que las familias, los cuidadores y la comunidad deben ser parte activa en la cadena de atención, ¿Cómo se debe pensar la operativización de esta inclusión? ¿Quién asume esto? Se requiere fortalecer los cuidadores, que como mencionábamos en la introducción a la investigación y en el planteamiento del problema terminan siendo invisibilizados. Lo comunitario, el cuidado informal está relacionado entonces con prácticas gratuitas por parte del sistema?, hasta donde la corresponsabilidad del cuidado de la salud en un sistema centrado en gestión del riesgo y de incentivos, debe considerar compensaciones para los cuidadores que se dedican tiempo completo a su labor de cuidar y su propio proyecto de vida queda de lado, evidenciando una sobrecarga?

Otro tema importante es el de la habilitación de los servicios comunitarios en salud mental, el código cups que más se aproxima a esta actividad, es el de educación en salud individual y grupal, que en el Acuerdo 008 de 2009 de la CRES, era considerado un servicio de salud mental comunitaria por psicología y psiquiatra, el cual por no haberse usado en procesos de facturación, fue sacado del POS.

Por otro lado está el tema de la participación de profesionales que deben hacer parte de estos programas comunitarios, dado el tema de la baja y mediana complejidad, cualquier tipo de especialidad, incluso psicología hace parte del nivel II, por lo tanto un hospital nivel I o de baja complejidad, no podría habilitar la prestación de servicios profesionales como psicología o psiquiatría por no ser nivel II.

La Habilitación debe tener en cuenta este tipo de condiciones, de barreras, para dar respuesta oportuna y real cabida a las actividades comunitarias consideradas en lo normado para el sistema de salud en Colombia. También es relevante

considerar qué tipo de profesionales debería integrar los equipos psicosociales dedicados al cuidado de pacientes con enfermedad mental y como sería su participación desde un contexto comunitario, para incluirlos en procesos de habilitación de servicios.

Organizaciones como ASFAPEM, ha persistido en el tiempo por unos antecedentes importantes, se han sostenido por el convencimiento y motivación de los beneficios que producen en las personas que atiende, sin embargo, y como resultado de todo este ejercicio ¿contará ella sola con los recursos económicos, humanos, logísticos, administrativos para ser sostenible en un funcionamiento más organizado? ¿A qué le puede apostar una política de salud mental del país en prácticas en salud mental comunitaria, RBC o APS en salud mental? ¿Cómo se relacionan estos elementos? ¿Cómo la experiencia de la Asociación con lo que hace aporta a estos elementos o visibiliza la práctica real de estas propuestas en salud mental? ¿Cómo presenta usted las cifras en salud mental para que podemos dimensionar lo alarmante de la situación?, ¿Quién consolida todas esas cosas? ¿Quién ha mostrado la oportunidad en la atención? ¿Quién ha mostrado lo que se genera, en salud por no tener una adecuada medicación oportunidades de intervención? Es necesario que la respuesta a estos interrogantes sea un ejercicio integrador entre los tomadores de decisión, teniendo en cuenta a voz de los ejercicios de base comunitaria que desde hace muchos años han surgido supliendo las necesidades que deja la operativización real del sistema de salud,

CONCLUSIONES

Como investigadora me acerco a la realidad de la Asociación, conozco el estado actual, el riesgo de desaparición y las fortalezas que aporta esta entidad desde su quehacer en prácticas comunitarias en salud mental y que le podría aportar un proceso de planeación estratégica formal a una organización de este tipo, para permitir que sus prácticas puedan tener reconocimiento en un sistema de salud, altamente normado, pero precariamente operativizado en temas relacionados con el aprovechamiento del recurso comunitario en el cuidado de personas con enfermedad mental, del proceso de planeación en donde se puede concluir varios aspectos:

Encontramos una comunidad que frente a estos procesos formales de planeación no tiene la sensibilidad, ni la capacidad, ni lo desea incorporar dado que su proceso dialógico social, tiene más importancia que un proceso administrativo formal. (El aprendizaje dialógico es el resultado del diálogo igualitario; en otras palabras, es la consecuencia de un diálogo en el que diferentes personas dan argumentos basados en pretensiones de validez y no de poder. El aprendizaje dialógico se puede dar en cualquier situación del ámbito educativo y conlleva un importante potencial de transformación social).

Los procesos de planeación deben tener más un sentido comunitario y debe partir de procesos dialógicos y no de la formalidad del proceso que en administración se utiliza, se requieren prácticas sociales distintas frente al abordaje de esta comunidad.

Las entidades aseguradoras deben de tener una mirada más allá de la formalización contractual para prestar servicios de salud, si quieren tener impacto en la salud y esta es un tipo de esas entidades que hay que fortalecer, tal vez no desde el punto de vista administrativo, sino de acercamiento para la intervención.

En el análisis se observa la disposición de la Asociación de abandonar la informalidad de sus prácticas con los pacientes de enfermedad mental y efectuar procesos más formales de funcionamiento que le permitan no solo sostener y fortalecer su valioso quehacer en el sector salud, sino cumplir con los propósitos corporativos más allá de sus capacidades. Es evidente que se requiere de voluntad política, de leyes que no solo consideren los abordajes comunitarios como escenarios ideales, sino que posibiliten concretar la articulación y los valores que organizaciones como Asfapem aportan al Sistema de salud.

En la formulación del plan pudo observarse que muchas de las practicas que realiza la Asociación desde su comienzo, son actividades que en su mayoría están consideradas en al Plan Obligatorio de Salud, lo que puede contribuir a hacer

sostenible en el tiempo la Asociación y ser tomada en cuenta frente al sistema de salud en Colombia.

Considero que esta investigación sobre el quehacer de la Asociación de Familiares y Pacientes con enfermedad mental, termina siendo un ejercicio más provocador que concluyente, pues son muchas las expectativas que desde el, se generan para permitir que acciones comunitarias, sean visibilizadas en consideras realmente el Sistema de Salud en Colombia. La planeación no frente a la necesidad de los productos que ellos venden, sino más desde las capacidades administrativas de la entidad para enfrentar el reto futuro. Que es lo que ellos hacen.

El escenario comunitario tiene la ventaja que trasciende las barreras de lo sectorial, es por eso que ASFAPEM, a la hora de brindar acciones integrales e integradas a los pacientes, cuidadores y familiares, establece alianzas con otras organizaciones e institucionales en torno a la recuperación de los pacientes. Valdría la pena que estos ejemplos de intersectorialidad que tanto se han demandado en el país, se puedan concretar en escenarios comunitarios, pero también en políticas que integren los diferentes sectores, que no se planteen solo estrategias sectoriales para el manejo de los problemas de salud, sino intervenciones intersectoriales que den respuestas reales a las condiciones de salud de la población colombiana, y en nuestro caso caleña y vallecaucana.

Por lo tanto, la estrategia de trabajo con la comunidad realizada por ASFAPEM, considero que debe ser documentada y publicada, resaltando su esencia solidaria, comunitaria, el momento actual la oportunidad de que en el mismo Modelo de atención integral en salud, que esta implementado el Ministerio posibilita que este tipo de intervenciones sean consideradas de una manera más real y tangibles.

Lo comunitario como muestra el marco conceptual de esta investigación está escrito, está contenido en diferentes leyes y normas, pero estos no están reglamentados Teniendo en cuenta elementos conceptuales relacionado con salud mental comunitaria, Rehabilitación Basada en Comunidad y Atención Primaria en salud, hay elementos claros desde la experiencia de Asfapem que la hacen una organización con un gran potencial frente al Sistema de salud.

Es necesario fortalecer la comprensión de la problemática y de las intervenciones relacionadas con la salud mental, pues aunque el gobierno ha venido en los últimos años normando sobre el tema de una manera especial, falta mucha comprensión sobre el tema por parte de los diferentes actores del sistema, que le den la seriedad, la relevancia y el beneficio que tiene para la gestión administrativa de las entidades ocuparse de la salud mental de los usuarios de los servicios, que se le dé la trascendencia que hasta hoy hay logrado otras enfermedades de interés en salud pública. Considerar contextos macroambientales como el de la comuna 13, en donde la violencia cobra muertes casi todos los días debe ocuparnos tanto, como un brote o cualquier otro tipo de epidemia. En Colombia hay muchos elementos que permiten integrar alrededor del trabajo en salud mental desde lo

normativo, conceptual y operativo, que si el sistema potenciara más se podrían conseguir mejores resultados.

Y por último, es importante considerar algunos elementos expresados por el doctor Saraceno en la entrevista concedida hacia el año 2011, en donde refirió la necesidad de cambiar paradigma con relación al manejo de las enfermedades crónicas entre ellas las mentales, cuando expresa que la mayor parte del tiempo, estas enfermedades se viven en la comunidad, menos en los hospitales y es desde la comunidad que se debe orientar el manejo de estas. Por lo que el desafío tiene que ver con la capacidad de documentar con formas más rigurosas los procesos de desinstitucionalización y las prácticas innovadoras de salud mental comunitaria.

Otro aspecto importante como resultado de la investigación, es la necesidad de sistematizar y documentar a profundidad las prácticas de la Asociación, así mismo profundizar su conexión con elementos conceptuales y normativos para la articulación entre lo vigente y lo potencial en el marco del sistema de salud.

Se puede profundizar aún más en este tipo de organizaciones, incluso acogiendo otros diseños de investigación como el estudio de casos, para realizar una caracterización con mayor profundidad de la Asociación y de sus integrantes, en lo que tiene que ver con el perfil de desempeño o sus competencias: competencias del ser, el hacer y el saber hacer. También considerar la posibilidad de realizar caracterizaciones de las personas que integran este tipo de asociaciones conocer su procedencia, información familiar, ocupación, historia de la enfermedad y de su tratamiento, que permita hacer cruces entre variables cuantitativas y cualitativas para precisar el tipo de atenciones que son más efectivas para responder a sus necesidades.

Bibliografía

- Ackoff, Russell (1970). *A concept of Corporative Planning*. New York Willey Intercience.
- Aguilar, Sergio (2013). "Comorbilidades Físicas y Mentales: La justificación para la integración de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud". Simposio Internacional de Actualización en Psiquiatría Salud Mental y Calidad de Vida Bogotá: Universidad del Bosque.
- Alonso, Julio César et al. (2007). *Una mirada descriptiva a las comunas de Cali*. Cienfi Centro de investigación en economía y finanzas, Universidad Icesi-Departamento Administrativo de Planeación, Municipio de Santiago de Cali.
- Bejarano, Martha (2008). *Diagnostico Estratégico de la Asociación Salud al Derecho*. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios, Facultad de Ciencias Empresariales, Especialización en Gerencia Social.
- Camisaza, Elena, Guerrero, Miguel y De Dios, Ruben (1997). "Planificación Estratégica. Metodología y plan estratégico de las organizaciones comunitarias". CENOC, Secretaria Desarrollo Social de la Nación (capacitación a distancia en gestión de organizaciones comunitarias) Vol. 2, Buenos Aires.
- Declaración de Alma Ata (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Art. VI). Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Diccionario Real Academia Española (2006).
- Drucker, Peter (1959). "Long Range Planing Management Science". *Science*, Vol. 5, No. 3. (Apr), pp. 238-249.
- Edupar (1998). *Proyecto Escuela de Dirigencia Comunitaria. Módulo de Planeación Estratégica*. Alcaldía de Santiago de Cali.
- González G. Lara, *Guía para mejorar las organizaciones de desarrollo*, Facultad de ciencias económicas, Universidad de Antioquia, Medellín 2007.
- La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007.
- Macinko J, Montenegro H, y grupo de trabajo de APS de la OPS. *La renovación de APS en las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública. 2007; 21 (2/3): 73-84.

- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Actualización del Plan Obligatorio en salud 2009, 2011, 2013 y 2015. Bogotá: MSPS Comisión Reguladora en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2013), Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Pacto social y mandato ciudadano Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2014), Modelo Integral de Atención en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2015). Lineamientos Nacionales para la implementación de RBC en salud mental (Documento borrador). Bogotá: MSPS, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental.
- Instituto Nacional de Salud (INS), Lineamientos 2015, para la Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública.
- Patton, Michael (2002). *Qualitative Research & Evaluating Methods (Investigación Cualitativa y Métodos de Evaluación)*. 3e. Londres: Sage Publications.
- Perea, Óscar (Coordinación) (2011). *Plan Estratégico del Tercer Sector de Acción Social: Guía de Planificación Estratégica en ONG de Acción Social*. Madrid: Plataforma de ONG de Acción Social.
- Pérez, Marta (1990). *Guía práctica de planeación estratégica*. Cali: Editorial Universidad del Valle.
- Presidencia de la República Oriental de Uruguay (PROU) (2005). *Guía Metodológica de Planificación Estratégica*. Montevideo: PROU, Oficina de Planeación y Presupuesto.
- República de Colombia (2014). *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país*. Bogotá.
- Rey, Fabiola (2009). *Modelo de Gestión Operativa para la Salud Mental en APS*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Rombach, Heinrich (2004). *El hombre humanizado. Antropología estructural*. Barcelona Herder
- Rotelli Franco (2012). "Salud Mental Comunitaria y desinstitucionalización". *Sin Barreras, Revista del Programa PTREV, programa de Desarrollo Local Integrado*, No. 9, p. 4-11.

- Sallenave, Jean Paul (1985). Gerencia y Planeación Estratégica. Bogotá: Editorial Norma.
- Sandoval, Carlos (1996). Investigación Cualitativa. Módulos de Investigación Social. Bogotá: ICFES.
- Saraceno B., Entrevista con Benedetto Saraceno, Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2011, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300018>.
- Saxena, Shekhar (2011). WHO World Mental Health Consortium, JAMA, June and 2004.
- Seniors Españoles para la Cooperación Técnica (SECOT) (2007). Manual para la creación, supervivencia y desarrollo de Organizaciones no Lucrativas. <https://www.secot.org/prensa/manualenls.pdf>
- Secretaría Departamental de Salud (2015). Actualización del Plan Departamental de Salud Mental del Valle del Cauca 2012-2021 (Documento Gris). Cali: Gobernación del Valle, Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental.
- Suárez, Niria y Villalobos, José (2010). Tesis de Grado e investigación cualitativa. Archivo Arquidiocesano de Mérida.
- Unión Temporal Zurumba, Plan estratégico para el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, en el núcleo productivo Polecito, municipio de Ataco-Tolima, 2009-2011.
- Vergara, Martín et al. (2010). Informe final proyecto “Valle del Cauca: Una Aldea Mentalmente Saludable”. Cali: Secretaría Departamental de Salud, Salud Mental, Asohosval.
- Vergara, Martín et al. (2013). Informe de actividades Proyecto “Valle del Cauca: Una Aldea Mentalmente Saludable”. Cali: Secretaría Departamental de Salud, Salud Mental Comunitaria.
- Von Korff, Michael; Scott, Kate and Oye Gureje (Editors) (2009). Global Perspective on Mental-Physical Comorbidity. In the Who World Mental Health Survey. Cambridge University Press
- World Health Organization (WHO) (2006). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Ginebra: WHO.
- Zabala. Hernando (2005). Planeación Estratégica aplicada a Cooperativas y otras formas asociativas y solidarias. Colección Economía Solidaria. Primera Edición.

Zerilli, Andrea (1992). Fundamentos de organización y dirección general. Bilbao: Deusto.

Webgrafía:

- <https://books.google.com.co/books?id=XW1kXEr1jIwC&pg=PA21&lpg=PA21&dq=planeacion+estrategica+marta+perez&source=bl&ots=WSA8oWk2Ax&sig=FQxQ3H58Zaz5LbH8a3ggJ5x485w&hl=es&sa=X&ei=cutRVa6CE8uZgwTAzoDYDw&ved=0CCIQ6AEwAQ#v=onepage&q=planeacion%20estrategica%20marta%20perez&f=false>.
- http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- https://prezi.com/5wuuntv_0g3h/contexto-del-cuidador-informal-en-el-paciente-con-enfermedad/#
- <http://www.gestiopolis.com/disenio-de-un-modelo-de-planificacion-estrategica/>.
- <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=que+significa+DSM>
- http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/PHC_brochure_spa.pdf
- <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/General/Plan%20Decenal-Descripcion.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1. NORMOGRAMA EN SALUD MENTAL EN COLOMBIA

El siguiente nomograma ha sido tenido en cuenta desde la Secretaría departamental de salud, en el ejercicio de la formulación de planes de salud mental para los territorios, el cual ha sido actualizado para los fines permitentes de este estudio.

Ley 100 de 1993. Reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por ende, los servicios de salud mental, como punto de partida de diferentes reformas del sistema y la promulgación de decretos reglamentarios inicialmente la atención en salud. La atención en salud mental era definida como una atención en crisis e intervenciones en el mes siguiente seguido del episodio de crisis, dada por profesionales en psicología y psiquiatría.

Resolución 02358 de 1998 Política nacional de salud mental. Tiene como objetivos fomentar la cultura de la salud mental, prevenir la aparición de trastornos mentales, reorientar y mejorar la calidad de prestación de servicios, impulsar la rehabilitación psicosocial, fomentar procesos de investigación básica y aplicada y fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios. Después de esta resolución se han formulado dos propuestas de política pública en salud mental, en los años 2005 y 2007, como documentos técnicos de consulta sin trámite legislativo.

Resolución 412 de 2000. Reglamenta las intervenciones de interés en salud pública, no específicamente para problemas de salud mental, aunque incluye guías para el caso del menor maltratado.

Política campo de la salud mental: Las condiciones de salud mental de los colombianos influyen en el desarrollo económico, social, de convivencia, de seguridad y de bienestar del País.

Ley 1122 de 2007. Primera reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios serán responsables de cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud y de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y que éstos sean evaluados por resultados. Define la salud pública, determina sus prioridades, campo de acción, donde se incluye Salud Mental como un tema prioritario en Salud Pública.

Decreto 3039 Plan Nacional de salud Publica 2007-2010. Meta Nacional: Adaptar los Planes Territoriales a la política Nacional de salud mental y de reducción de sustancias psicoactivas en la totalidad de las entidades territoriales. Prioriza la salud mental como enfermedad de interés en salud publica en un plan nacional y la comprende en tres temas: Violencias, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos mentales.

Resolución 425 de 2008. Reglamenta la formulación e implementación del Plan Territorial de Salud Pública, allí se presentan las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas divididas en Ejes Programáticos y áreas sub programáticas y se definen las competencias en salud mental de los actores del Sistema General de Seguridad Social. Las intervenciones colectivas en materia de salud mental serán presentadas en este mismo documento, clasificadas por actores y fuentes de financiación. En esta resolución la promoción de la salud mental es base primordial para el desarrollo de la política y eje en torno al cual giran todos sus demás elementos; incluye el desarrollo de actividades como el programa de habilidades para vivir, el fortalecimiento de las redes de apoyo y de la participación social en el manejo y solución de problemas de salud mental, el impulso al autocuidado y mantenimiento de la salud, incluyendo actividades de información, educación y comunicación sobre derechos y deberes del usuario con trastornos mentales.

Ley 1438 de 2011. Especifica que los modelos de atención en salud en toda la nación deben operarse con **el modelo de Atención Primaria en Salud** cuya herramienta principal es la conformación de equipos básicos de salud, que de acuerdo con los recursos existentes en cada localidad requerirán financiación y cargos adicionales. Es necesario estructurar en esta estrategia las **redes integradas de salud**, “conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población de finida, compuesta de acuerdo a la demanda”. La prestación de servicios de salud dentro del SGSSS se “hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado”. El modelo de APS será la guía para la organización y funcionamiento de la red. “Las redes articuladas por los municipios y la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud, serán habilitadas por las entidades departamentales o distritales competentes, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social”.

La Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, tiene por objeto el fortalecimiento del Sistema a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los pacientes.

En su articulado esta Ley destaca el involucrar o tener en cuenta la comunidad en la participación social, en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y en la misma participación activa de la comunidad, como principios rectores del Sistema de Salud y contempla la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud como la guía para la organización y funcionamiento de la red.

En el Artículo 63 sobre los criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud y los criterios para la reglamentación en la habilitación de las redes integradas de servicios de salud, recomienda tener en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género, de las personas, la familia y la comunidad.

La Ley 1566 de 2012 dicta las normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas -SPA-, definiendo el consumo, abuso y adicción a SPA, lícitas o ilícitas como un asunto de salud pública y bienestar de las familias, de la comunidad y de los individuos. En este sentido la Ley define que el abuso y adicción a SPA deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, según normatividad vigente.

Esto quiere decir que el Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá integrar la atención de las personas con uso, abuso y adicción a las Sustancias psicoactivas mediante los servicios brindados por las instituciones de salud especializadas en abuso y adicción de spa, como es el caso de los Centros de Atención a la drogadicción y otros actores que buscan ayudar a las personas a la deshabituación y superación del consumo de SPA. Por la misma vía la Comisión de Regulación en Salud CRES- deberá incorporar dentro del Plan Obligatorio de Salud POS- terapias, medicamentos y actividades para superar SPA y el Gobierno Nacional y los entes territoriales deberán garantizar un presupuesto de incremento progresivo para el acceso de las personas a esta clase de servicios especializados de superación de SPA.

Así, el propósito de la Ley 1566 es que en el año 2016 esté garantizado el acceso a servicios de superación de SPA a toda la población, priorizando desde ahora la población de los menores de edad. El Fondo de Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado FRISCO financiará programas de reducción del consumo de SPA y las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP implementarán programas de salud ocupacional de prevención del uso de SPA en ámbito laboral.

El consumo, abuso y adicción a SPA según su nivel de complejidad tendrá atención de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, y el tratamiento deberá contar previamente con un consentimiento informado, revocable por el paciente en cualquier momento

Finalmente la ley define a los Actores de atención al consumo de SPA:

- ✓ Los servicios amigables para jóvenes,
- ✓ Las unidades de Salud Mental de baja, mediana y alta complejidad
- ✓ Los Centros de Atención Comunitaria,
- ✓ Los Equipos básicos de atención primaria en salud,
- ✓ Los Centros de Atención a la Drogadicción habilitados.

La ley 1616 de 2013 *“por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”* busca garantizar el derecho de la población colombiana a la salud mental, priorizando el servicio a los niños y adolescentes mediante su atención integral en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Propone la creación de un sistema de atención con énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, y busca la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Busca establecer, además, la obligación de diversas entidades del estado de articular sus acciones en este tema y la inclusión en los planes de beneficios de todos los regímenes de la cobertura de salud mental en forma integral en las diversas actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y dispositivos médicos, entre otros.

De igual forma establece los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. Este proyecto responde a las necesidades sentidas de la población ya vislumbradas en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003 y en los ejercicios

regionales de diagnóstico de situación para la formulación de planes departamentales y municipales.

De acuerdo a la normatividad vigente en Colombia en el tema de salud y, en lo específico, a servicios de salud mental, el Artículo 10 de la Ley 1616 de 2013 o Ley Esperanza o Ley de Salud Mental da cuenta sobre la responsabilidad en la atención integral e integrada en salud mental, precisando que el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará, en el marco de la Atención Primaria en Salud, el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental con la participación ciudadana de los pacientes, sus familias y cuidadores y demás actores relevantes de conformidad con la política nacional de participación social vigente.

El Artículo 13 de la citada ley hace referencia a 11 modalidades y servicios de atención integral e integrada para atender la salud mental, dentro de los cuales tres están relacionados con atenciones comunitarias: Centro de Salud Mental Comunitario, Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias y servicios de Rehabilitación Basada en Comunidad.

El Artículo 15 plantea como puerta de entrada al Sistema de Salud, el primer nivel de atención, el cual debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral, buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental. Las acciones en este nivel tienen entradas desde múltiples ámbitos e instancias a nivel local tales como los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo, la comunidad.

Con respecto a la Garantía de la participación, el Artículo 27, refiere que deberá garantizarse la participación real, efectiva y vinculante de las personas, familias, cuidadores, comunidades y sectores sociales para el ejercicio de la ciudadanía activa en la formulación, implementación evaluación y ajuste construcción del modelo de atención, guías, protocolos, planes de beneficios, planes de salud pública, la política pública nacional de Salud Mental y demás en el ámbito de la salud mental, en el marco de la Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Artículo 28 de la Ley 1616 hace referencia a que los familiares o cuidadores deben hacer parte de Redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental de conformidad con lo previsto en el Artículo 13 de esta misma Ley. El artículo 29 de la Ley Esperanza contempla que deben hacer parte del Consejo Nacional y Departamental de Salud Mental dos

representantes de Asociaciones de pacientes, sus familiares o cuidadores de patologías en salud mental.

Resolución 1841 de 2013 sobre el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Propuesto por el artículo 6, establece que “el Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública”. El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 es definido como “una expresión concreta de una política pública de Estado, que reconoce la salud como un derecho humano interdependiente con otros [derechos] y como dimensión central del desarrollo humano”.

Las dimensiones prioritarias definidas hasta el momento para el Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021i son:

1. Salud ambiental, **2. Salud mental y convivencia ciudadana y social**, 3. Vida saludable libre de condiciones crónicas y discapacitantes, 4. Seguridad alimentaria y nutricional, 5. Salud sexual y reproductiva, 6. Salud libre de enfermedades transmisibles, 7. Emergencias en salud pública, 8. Gestión de la salud y sus determinantes.

La dimensión Salud Mental y Convivencia Ciudadana y Social se define como “un espacio de acción trans-sectorial que busca garantizar el derecho a la salud mental y convivencia ciudadana mediante la transformación positiva de las situaciones y condiciones prevalentes en salud mental y convivencia en las diferentes etapas del ciclo de vida de la población, con equidad y enfoque diferencial en los territorios cotidianos para contribuir al bienestar y al desarrollo humano y social”.

Resolución 5592 de 2015 de la CRES. La Comisión de Regulación en Salud CRES emitió en 2011 el acuerdo 029 que tiene como objeto la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, que deberá ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud a los afiliados, ampliando en salud mental la atención ambulatoria, reglamentando la atención psicológica y/o psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia; la atención de urgencias en salud mental; la internación para manejo de enfermedad en salud mental, entre otros temas.

ANEXO 2. LISTADO DE PROCEDIMIENTOS Y ACTIVIDADES DEL POS.

Actividades que pueden ser usados para atender necesidades en salud mental, de acuerdo a la circular 40 de 2012, refrendadas por la Resolución 5592 de 2015.

RESOLUCIÓN 5592 DE DICIEMBRE DE 2015- SERVICIOS DEL POS QUE PUEDEN SER USADOS EN SALUD MENTAL

No.	CUPS	DESCRIPCIÓN	NIVEL
1	890101	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA GENERAL	1
2	890102	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2
3	890108	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR PSICOLOGIA	2
4	890109	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR TRABAJO SOCIAL	2
5	890115	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2
6	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	1
7	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2
8	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	2
9	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	2
10	890215	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2
11	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	1
12	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2
13	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA	2
14	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	2
15	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2
16	890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2
17	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	2
18	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	2
19	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MÉDICA, POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	2
20	890503	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE).	2
21	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	1
22	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA.	2
23	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA	2
24	890615	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	2
25	890701	890701 CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA GENERAL	1

26	890702	CONSULTA DE URGENCIAS, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	2
27	940200	ADMINISTRACIÓN [APLICACIÓN] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD: APLICACIÓN DE PRUEBA PSICOMÉTRICA O PSICOLÓGICA DESTINADA A IDENTIFICAR ATRIBUTOS, RASGOS, FACTORES ESENCIALES, PERFILES Y DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN SALUD MENTAL: LA DURACIÓN DE LA APLICACIÓN ES DETERMINADA POR EL MANUAL ESPECÍFICO DE CADA UNA DE ELLAS. INCLUYE DIFERENTES TIPOS DE PRUEBAS: 1.- RORSCHACH, 2.- WARTHEGG 3.- TEST DE PERCEPCIÓN, TEMÁTICA (TAT) 4.- MINNESOTA MULTIPHASIC, PERSONALITY INVENTORY, (MMPI) 5.- 16 PERSONALITY FACTORS, (16 PF Y 16PF-5) 6.- ESPQ CUESTIONARIO, FACTORIAL DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS 7.- CPQ CUESTIONARIO DE FACTORES DE PERSONALIDAD DE PORTER, Y CATTELL 8.- DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA Y DE ESCRITURA DE MACHOVER O MC COVER PARA NIÑOS ENTRE 7 Y 12 AÑOS 9.- HSPQ CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 18 AÑOS. 10.- MCMI II PARA ADULTOS. 11.- MACI PARA ADOLESCENTES. 12.- NEO-PI-R	2
28	940301	EVALUACIÓN EN ALTERACIONES EMOCIONALES Y/O DE CONDUCTA	2
29	940900	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGÍA SOD	2
30	941100	DETERMINACIÓN DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRÍA SOD	2
31	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRÍA	2
32	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA	2
33	943500	943500 INTERVENCIÓN EN CRISIS SOD	1
34	944001	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRÍA	2
35	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA	2
36	944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRÍA	2
37	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA	2
38	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRÍA	2
39	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA	2
40	944902	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSIQUIATRÍA	2
41	944904	INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA, POR PSICOLOGÍA	2
42	S12701	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA	2
43	S12710	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	2
44	S12720	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA	3
45	S12800	INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL (HOSPITAL DIA) SOD	2
46	S20000	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	1
47	S20100	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD MEDIANA SOD	2
48	S20200	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	3

49	990201	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	1
50	990202	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1
51	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR ENFERMERIA	1
52	990205	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICION Y DIETETICA	1
53	990206	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	1
54	990207	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	1
55	990208	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA	1
56	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL	1
57	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	1
58	990213	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1
59	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA +	1
60	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+	1
61	990101	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA GENERAL	1
62	990102	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1
63	990106	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGIA	1
64	990107	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TRABAJO SOCIAL	1
65	990109	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR TERAPIA OCUPACIONAL	1
66	990111	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR AGENTE EDUCATIVO	1
67	990113	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	1

ANEXO 3. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10).

Listado de las categorías de los trastornos mentales que se encuentran referenciados dentro de los códigos de la F00 a la F99, designados como *Trastornos mentales y del comportamiento*.

No.	Código	Clasificación del trastorno
1	(F00-F09)	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.
2	(F10-F19)	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos.
3	(F20-29)	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
4	(F30-39)	Trastornos del humor (afectivos).
5	(F40-49)	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el stress y trastornos somatomorfos.
6	(F50-59)	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
7	(F60-69)	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
8	(F70-79)	Retraso mental.
9	(F80-89)	Trastornos del desarrollo psicológico.
10	(F90-F98)	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez u en la adolescencia.
11	(F99)	Trastornos mentales sin especificar.

Fuente: CIE-10

Instrumentos de recolección de la información.

Los instrumentos que se utilizarán han sido elaborados por la investigadora principal con base en el libro de Martha Pérez que está en la bibliografía. Las preguntas en los instrumentos son orientadores y se adaptarán de acuerdo a la realidad de la organización. Y los instrumentos escogidos para la formulación del Plan estratégico fueron elegidos de la Escuela de Dirigencia Comunitaria, realizado por Edupar, referenciado en la bibliografía.



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría de Administración en salud



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

ANEXO 4. HISTORIA DE LA ORGANIZACIÓN

1. ¿QUE FACTORES MOTIVARON LA CREACION DE LA ORGANIZACIÓN?
2. OBJETIVOS DE LA ORGANIZACIÓN:
3. SERVICIOS QUE OFRECE:
4. ¿CUANTAS PERSONAS LA FORMAN Y CUAL ES SU ESTRUCTURA ORGANICA?
5. SECTOR GEOGRAFICO DE INFLUENCIA:
6. ¿CON QUE RECURSOS ECONOMICOS CUENTA LA ORGANIZACIÓN?
7. SEÑALE UN FACTOR INTERNO QUE HAYA MOTIVADO CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN:
8. SEÑALE UN FACTOR EXTERNO QUE MOTIVO CAMBIOS EN LA ORGANIZACIÓN:
9. PRINCIPALES LOGROS Y DIFICULTADES DE SU HISTORIA:



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública

Maestría de Administración en salud



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

ANEXO 5. PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA EL ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE:

Su objetivo es tener un conocimiento del comportamiento variable, factores que determinan como opera la organización. Como inciden estos factores sobre la organización e identificar centros de poder o decisión.

A nivel descriptivo se trata de revisar las variables o situaciones que sobre la categoría que se estén estudiando e identificar aquellas que puedan tener influencia en la empresa, respondiendo en forma general a las siguientes preguntas:

- Cuál y cómo es la población actual a la que la organización dirige sus servicios?
- Cuáles son las variables, situaciones o condiciones de carácter económico y social que inciden determinantemente en el desarrollo de las actividades de la organización?
- Cuáles son las características y normas jurídicas generales que enmarcan la ejecución de las actividades de la organización?
- Qué medidas y situaciones del ambiente político circundan las actividades de la organización en el contexto del desarrollo regional, nacional e internacional si es del Caso?
- Cuáles son los patrones culturales que la organización debe tener en cuenta para la planeación en general, la organización de las actividades que realiza, gestión de personal y mercadeo de sus servicios y la gestión administrativa en general?
- Cuáles son los elementos básico del medio ambiente ecológico general de la organización?
- Cuál es la tecnología disponible actualmente y en el mediano plazo para que cada uno de los procesos de trabajo de la organización?

Algunos de los entornos a considerar son: sociodemográfico, económico, social, político, cultural, Jurídico, tecnológico, ecológico, y del sector salud. De la comuna y el municipio en donde funciona el programa.



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría de Administración en salud



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

ANEXO 6. TALLER PARA ANALISIS DEL SECTOR

Análisis estructural del sector

Preguntas generales:

Cuáles son las barreras de entrada al sector de la organización? (Barreras en salud)

Qué tan intensa es la rivalidad entre competidores?

Qué tan intensa es la amenaza de productos sustitutos?

Cuál es el poder de negociación de los compradores?

Cuál es el poder de negociación de los vendedores?

Cuáles son los factores claves de éxito de esta empresa?

Son cinco aspectos a ser considerados:

1. Competidores potenciales
2. Competidores existentes
3. Sustitutos del bien o del servicio
4. Compradores del bien o servicio
5. Proveedores de materias primas o materiales para la producción del bien o servicio.



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública



Maestría de Administración en salud

PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

ANEXO 7. PREGUNTAS GENERALES SOBRE EL ANÁLISIS INTERNO DE LA ORGANIZACIÓN:

Análisis de recursos y capacidades, identificar fortalezas y debilidades para afrontar estratégicamente el medio externo.

1. Qué es lo que la empresa hace bien? Qué es lo que está bien en la empresa? Cuáles considera son sus fortalezas?
2. En qué está fallando la empresa? Cuáles son sus carencias y limitaciones? Cuáles son sus debilidades?
3. Cuáles son sus valores básicos, aquello que caracteriza el actuar de la empresa? Hasta qué punto estos valores condicionan lo que debe ser la empresa?
4. Conocen alguna otra asociación u organización que haga lo que ellos hacen o trabaje con la población que ellos trabajan? Qué distingue esta empresa de las que constituyen su competencia?

Para el análisis:

Diagnóstico del proceso administrativo	Análisis de la cultura organizacional	Análisis de la situación de la Asociación
Considerando la Planeación, la organización, la dirección y el control.		Considerando las funciones o procesos de trabajo: Gestión comercial Gestión operativa o de producción Gestión de personal Gestión contable y financiera Gestión de suministros Gestión de calidad Gestión de sistemas de información Gestión de investigación y desarrollo
Tener en cuenta como se administra y por la otra parte los resultados de su desempeño		

A. Diagnóstico del proceso administrativo:

PLANEACIÓN

Está definida la Misión de la Asociación, los objetivos y metas que se propone lograr?

Se han establecido estrategias?

Si estas directrices han sido trazadas por los directivos de la Asociación, han sido difundidas al personal de la organización? Al medio ambiente?

Cuáles son las funciones, procesos de trabajo o actividades consideradas como vitales o claves en el desempeño de la Asociación? Corresponden a factores claves de éxito en el sector?

Se elaboran planes periódicamente en la asociación? Qué horizonte de tiempo tiene la planeación?

Cómo se elaboran los planes? Cuál es el proceso? Cuál es la unidad de la Asociación que responde por la planeación, o que cargas o instancias elaboran los planes?

En qué niveles y cargos se toman las decisiones formuladas con la formulación de planes? Quiénes participan en la elaboración de estos Planes?

La planeación es global o existen particularidades en las diferentes áreas de la organización en relación con la planeación de su trabajo?

ORGANIZACIÓN:

Cómo está organizada la Asociación para el desarrollo de las diferentes actividades que realiza? Existe organigrama?

Qué áreas están definidas y cuales existen realmente en la estructura organizativa? Cuáles cargos la conforman? Qué tipo de relaciones existen entre ellos?

Cuáles son los principios sobre los cuales se funda la organización?, esta concepción toma en cuenta los objetivos, las estrategias y las prioridades de la empresa? La concepción ha integrado los criterios de:

Claridad

Economía

Visión en conjunto

Facilidad de las comunicaciones

Definición de los procesos decisorios

Estabilidad y adaptabilidad

Cuáles son los objetivos y funciones básicas de cada unidad de la organización?

Las unidades ha sido definidas en función de las actividades que debe realizar la Asociación?

Cuál es la contribución de cada una de las unidades al logro que se propone la Asociación?

La estructura y el tamaño de estas unidades corresponden a ésta contribución?

Cuáles son las relaciones mínimas indispensables sobre estas unidades? Cuáles son las exigencias correspondientes para lograr esa eficacia en el desempeño?

La estructura de autoridad está claramente definida?

Están descritos los objetivos, las responsabilidades y el perfil de cada cargo? Las relaciones con otros cargos?

La descripción de los cargos es conocida por el personal?

Existen asesores externos en la estructura organizativa? En qué campos? Cómo se da la asesoría?

Existen comités, comisiones, grupos o juntas en la organización? Quiénes los conforman? Para qué se reúnen?

Está claramente establecido el flujo de la información y comunicación?

La estructura de la organización es adecuada para la ejecución de los planes de la Asociación? Corresponde al cumplimiento de los objetivos que se propone la empresa y a los requerimientos para la implementación de las estrategias adoptadas?

DIRECCIÓN

Como se puede caracterizar el estilo de dirección de la empresa?

La gerencia delega?

La gerencia propicia un buen clima de trabajo?

La gerencia motiva al personal?

Se podría calificar como una gerencia participativa?

Cuál es la actitud de la gerencia frente a situaciones complejas y de toma de decisiones programadas?

Cuál es la relación del equipo directivo y de los propietarios de la Asociación?

Si la Asociación es dirigida por su propietaria o familiares? Se podría afirmar que están a la altura de sus responsabilidades y funciones?

Como se dan las relaciones de poder en la Asociación?

Existen trabas internas o externas para el ejercicio del poder?

Cuál es el perfil de la gerencia y de los directivos? Corresponde a los requerimientos de lo que se quiere lograr?

La dirección es eficaz?

Cómo se da el proceso para tomar decisiones importantes en la Asociación? Quienes participan en este proceso?

Se ha establecido alguna política o se sigue algún procedimiento para la toma de decisiones, en especial las de mayor importancia para el desarrollo empresarial?

EVALUACIÓN Y CONTROL

Se ha establecido un sistema de control y de gestión de la empresa?

Se han establecido indicadores que permitan medir los resultados de la gestión de la organización?

Para que utiliza la información que se obtiene de la medición?

Se analizan los resultados? Se identifican las causas de desviación de los resultados?

Qué tipo de informes alimentan el sistema de control y cuál es su periodicidad?

Que otras modalidades de control se llevan a cabo en la empresa? Control Interno? Revisor fiscal? Auditoria externa o interna? Se da alguna relación en el ejercicio de algunas de estas modalidades con el proceso establecido de control de gestión?

B. Análisis de la cultura organizacional

Cuáles son los valores, creencias, valores, tradiciones o patrones de comportamiento que caracterizan el desempeño y el modo de operar de la empresa?

En qué forma estimulan o condicionan el accionar de la organización frente a sus competidores y las demandas del medio ambiente?

Cuáles son las expectativas e intereses de los socios y directivos de la empresa?
Hasta qué punto el quehacer de la organización está condicionado por estos factores personales?

Como es el clima de trabajo y por qué es así?

C. Análisis de la gestión de las funciones de la empresa

Propone analizar las funciones que constituyen la gestión de una organización.

El análisis de un área de la empresa se evalúa de acuerdo al funcionamiento de otras áreas relacionadas, del comportamiento de la organización en su conjunto.

Los aspectos a evaluar son:

Gestión contable y financiera: comportamiento financiero, formal, informal, con que cuentan.

Gestión comercial: da cuenta de mercados y productos, ventas, que es lo que más le solicitan.

Gestión operativa o de producción: proceso de producción y productividad, programación de la producción, organización de espacios productivos, mantenimiento de equipos y locales, control de la producción y de la calidad

Gestión de recursos humanos: Calidad y cantidad del personal, clima de trabajo y salud ocupacional y administración de personal

Gestión de suministros:

Gestión de calidad:

Gestión de sistemas de información: procesos de comunicación, como hacen posible el flujo de comunicación, se sistematiza la información, minimizar la pérdida de tiempo

Gestión de investigación y desarrollo: investigación de mercados o experimentación para modernizar y actualizar lo que ofrece.



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría de Administración en salud



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

ANEXO 8. TALLER PARA LA REALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO:

Las debilidades de mi organización.

Con relación a la organización que usted representa haga un listado de las principales debilidades o situaciones que representen fallas en su organización, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. La Dirección:

2. Los servicios que desarrolla:

3. Las finanzas:

4. La Comunicación:

5. El liderazgo:

6. Las relaciones con la comunidad:

7. Planeación:

8. Motivación:

9. Control:



Las fortalezas de mi organización.

Haga un listado de las principales fortalezas o actividades que su organización hace bien, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. La Dirección:

2. Los servicios que desarrolla:

3. Las finanzas:

4. La Comunicación:

5. El liderazgo:

6. Las relaciones con la comunidad:

7. Planeación:

8. Motivación:

9. Control:



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública

Maestría de Administración en salud



Las oportunidades de mi organización.

Haga un listado de las principales oportunidades que tiene su organización en el medio exterior, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Aspectos Culturales:

2. Aspectos Demográficos:

3. Aspectos Geográficos:

4. Aspectos Políticos:

5. Aspectos Tecnológicos:

6. Aspectos Educativos:

7. Aspectos Ambientales:



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría de Administración en salud



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

Las Amenazas de mi organización.

Haga un listado de las principales amenazas que tiene su organización en el medio exterior, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Aspectos Culturales:

2. Aspectos Demográficos:

3. Aspectos Geográficos:

4. Aspectos Políticos:

5. Aspectos Tecnológicos:

6. Aspectos Educativos:

7. Aspectos Ambientales:



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública
Maestría de Administración en salud



PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

La Misión de la organización

1. ¿CUÁL ES LA RAZON DE SER DE LA ORGANIZACIÓN?
2. ¿QUÉ PROYECTOS DESARROLLA LA ORGANIZACIÓN?
3. ¿A QUÉ TIPO DE PERSONAS BENEFICIA LA ORGANIZACIÓN?
4. ¿CUÁLES SON LAS ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES CON QUE MAS SE RELACIONA SU ORGANIZACION?
5. ¿CUÁL ES LA FILOSOFIA Y LOS VALORES QUE ORIENTAN LA ORGANIZACION:



Universidad del Valle
Escuela de Salud Pública



Maestría de Administración en salud

PROPUESTA DE ESTRUCTURACIÓN ESTRATÉGICA A UNA ORGANIZACIÓN DE BASE COMUNITARIA AL
CUIDADO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL- COMUNA 13 SANTIAGO DE CALI

La Visión de la organización

Partiendo de lo que es y hace su organización en la actualidad, trate de visualizar que pasará dentro de cinco años:

1. ¿Cuáles serán los objetivos de su organización en el futuro?
2. ¿A qué proyectos se dedicará su organización en cinco años?
3. ¿Qué tipo de población se beneficiará con su organización?
4. ¿Con que tipo de organizaciones e instituciones se relacionará en el futuro?
5. ¿En qué aspectos habrá crecido su organización?

De acuerdo a las respuestas anteriores, trate de formular una visión de su organización:
--
