

MODELO CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE ETNIA E INTERCULTURAL PARA LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL CON ÉNFASIS EN CONDUCTA SUICIDA PARA GRUPOS Y PUEBLOS ÉTNICOS INDÍGENAS

PROPUESTA DE MODELO

Convenio cooperación técnica No. 310/13

Organización Panamericana de la Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

2014



PROSPERIDAD PARA TODOS

Directivos

Dra. Gina Elizabeth Watson Lewis
Representante OPS/OMS Colombia

Lic. Hernán Vásquez
Administrador OPS/OMS

Dr. Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Dr. Luis Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dra. Martha Lucia Ospina
Directora Epidemiología y Demografía – MSPS

Dr. Elkin De Jesús Osorio
Director Promoción y Prevención – MSPS

Dr. Luis Fernando Correa
Jefe de Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Delegados Comité Técnico del Convenio

**Por el Ministerio de Salud
y Protección Social**

Por la OPS/OMS

Dra. Adriana Estrada
Subdirectora Salud Ambiental
Dr. Luis Fernando Correa
Jefe Oficina Emergencias y Desastres
Dr. Fernando Ramirez
Subdirector Enf. No Transmisibles
Dr. Jose Fernando Valderrama
Subdirector Enf. Transmisibles
Dra. Ma. Mercedes Muñoz
Coordinadora del Grupo de VSP

Dr. Teofilo Monteiro
Asesor Salud Ambiental y Entornos
Dr. Alejandro Santander
Asesor Subregional Emergencias y Desastres
Dr. Guillermo Guibovich
Asesor Evidencias en Salud
Dr. Dilberth Cordero
Asesor Familia Género y Curso Vida
Dr. Armando Guemes
Asesor Sistemas de Salud

Ing. Henry Hernández
Asesor Regional Agua y Saneamiento en Emergencias

Dra. Bertha Gómez
Asesora Regional en VIH/SIDA

Dr. Elkin Osorio
Supervisor del Convenio MSPS

Dr. Cesar Jaramillo
Supervisor Delegado MSPS

Dra. Lucy Arciniegas Millán
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos OPS/OMS

Dra. Patricia Vega Moreno
Administradora del Convenio OPS/OMS

Referentes técnicos de Salud Mental

Armando Güemes
Asesor en Sistemas de Salud –OPS/OMS

Carolina Pineda
Consultor Nacional

Fernando Ramírez Campos
Subdirector Enfermedades No Transmisibles - MSPS

Consultor(es)

Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social

Pablo José Montoya Chica
Representante legal

Pablo Andrés Martínez Silva
Coordinador Atención Primaria en Salud

Marta Isabel Dallos Arenales
Nicolás Darío Cañón Salazar
Samuel Asdrúbal Ávila Garzón
Jessica Jiménez
Deccsy Jackeline Cuspoca Martínez
Investigadores / Asesores Técnicos

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 310 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

Tabla de contenido

Acrónimos	4
Introducción.....	5
Objetivo.....	6
Contexto.....	6
Salud Mental en el contexto colombiano	6
Normatividad en salud para grupos y pueblos étnicos indígenas	7
Salud Mental de los grupos y pueblos étnicos indígenas	8
Enfoques conceptuales	9
Derechos humanos	9
Salud Mental	9
Atención Primaria en Salud.....	10
Integralidad	10
Interculturalidad en salud.....	11
Participación social, ciudadana y comunitaria en salud	12
Estrategias, intervenciones y herramientas.....	12
Estrategia 1. Favorecer los procesos de autonomía de las organizaciones de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel organizativo/territorial.....	12
Intervención 1. Garantía de Consulta Previa, Concertación y Adecuación Sociocultural de las acciones en Salud Mental.	13
Intervención 2. Generación de datos, información y conocimiento pertinente para procesos de planeación y ejercicio de autonomía.	13
Intervención 3. Apoyo a la función de Gestión en Salud Pública de los grupos y pueblos étnicos indígenas e instituciones sectoriales.....	14
Estrategia 2. Fortalecer los procesos de construcción de sentido y significado en las comunidades de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel comunitario.	14
Intervención 4. Resolución adecuada de conflictos en un marco ético e intercultural apropiado a grupos y pueblos étnicos indígenas.....	15

Intervención 5. Favorecimiento de la actividad ritual protectora de la Salud Mental en grupos y pueblos étnicos indígenas.....	16
Intervención 6. Fortalecimiento de la actividad deportiva y lúdica por parte de los grupos y pueblos étnicos indígenas.....	16
Estrategia 3. Generación de recursos protectores a nivel familiar entre las comunidades de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel familiar.....	17
Intervención 7. Fortalecer pautas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la Salud Mental de grupos y pueblos étnicos indígenas.....	17
Intervención 8. Fortalecer habilidades para la comunicación personal, familiar y colectiva de grupos y pueblos étnicos indígenas.....	18
Estrategia 4. Brindar cuidado oportuno en Salud Mental en miembros de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel individual.....	18
Intervención 9. Acción efectiva sobre factores de riesgo instaurados en individuos de grupos y pueblos étnicos indígenas.....	19
Intervención 10. Intervención en crisis y primeros auxilios mentales para individuos de grupos y pueblos étnicos indígenas.....	19
Intervención 11. Seguimiento y Rehabilitación Basada en la Comunidad a sobrevivientes de grupos y pueblos étnicos indígenas.....	20
Operatividad de las estrategias	20
Competencias	20
Ministerio de Salud y Protección Social.....	20
Secretarías de Salud Departamentales y Municipales.....	21
Instituto Nacional de Salud.....	21
Superintendencia Nacional de Salud	21
Empresas Administradoras de Planes de Beneficio.....	22
Instituciones Prestadoras de Planes de Beneficio	22
Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas.....	23
Población de grupos y pueblos étnicos indígenas	23
Rutas	23
Bibliografía	25
Anexos.....	27
Anexo 1	28

Consulta Previa y Adecuación Sociocultural	28
Anexo 2	35
Propuesta de Talleres sugeridos para Resolución de Conflictos familiares, de pareja y relaciones con miembros de las Fuerzas Armadas	35
Anexo 3	38
Identificación de vulnerabilidad en individuos pertenecientes a grupos y pueblos étnicos indígenas.....	38
Anexo 4	39
Pautas para construir herramientas para el tamizaje narrativo en Salud Mental para grupos y pueblo étnicos indígenas.	39

Acrónimos

AATI: Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas.

ETI: Entidad Territorial Indígena.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OMS: Organización Mundial de Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

SISPI: Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

Introducción

El presente documento constituye el producto correspondiente al Contrato de Servicios CO/CNT/14000149.001 suscrito entre la Organización Panamericana de la Salud y Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social cuyo objeto es la “Construcción de un modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas para grupos o pueblos indígenas, en el marco del Componente de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación Técnica 310/13 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)”.

La presentación de este modelo se ciñe a los parámetros dados por los referentes técnicos de Salud Mental para el presente Contrato de Servicios. Dichos parámetros indican la presentación de un objetivo, un contexto, unos enfoques conceptuales, las estrategias e intervenciones, las competencias de los actores, las rutas posibles y los anexos necesarios al mismo modelo, lo cual puede incluir instrumentos, herramientas y recomendaciones.

Ceñidos a lo anterior, se presenta el producto referido.

Modelo con enfoque diferencial de etnia e intercultural para las intervenciones de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas para grupos o pueblos indígenas

Objetivo

Proveer herramientas conceptuales y operativas integradas e integrales para la atención de la Salud Mental con énfasis en suicidio para pueblos y grupos étnicos indígenas.

Contexto

Salud Mental en el contexto colombiano

En la última década, Colombia ha hecho esfuerzos por posicionar la Salud Mental como una prioridad en la agenda pública. Esto se corrobora con la ejecución del **Estudio Nacional de Salud Mental** en el año 2003, el diseño de unos **Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia** en 2005, el posicionamiento de la Salud Mental, específicamente del tema de suicidio, en la **Ley 1122 de 2007** de la cual se derivó el **Plan Nacional de Salud Pública 2007-2011**, la relevancia al tema dada por la **Ley 1438 de 2011**, la incorporación de tecnologías en Salud Mental en el Plan Obligatorio de Salud mediante el **Acuerdo 029 de 2011** y posteriormente en la **Resolución 5512 de 2013**, la inclusión de la Dimensión Convivencia Social Y Salud Mental en el **Plan Decenal de Salud Pública (Resolución 1841/2013)**, el desarrollo de una propuesta de **Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida**, y la expedición de la **Ley 1616 de 2013** o Ley de Salud Mental y la Resolución 2003 de 204 sobre estándares de habilitación de servicios de salud, así mismo las Resoluciones 518 de 2015 por la cual se establecen disposiciones sobre la gestión de la salud pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y la Resolución 1536 de 2015 sobre planeación integral para la salud. Estos esfuerzos han permitido aclarar las responsabilidades y competencias de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los contenidos tanto del Plan Obligatorio de Salud como del Plan de Intervenciones Colectivas, así como el papel de otros sectores.

Paralelo a estas claridades de orden normativo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha brindado su apoyo a las iniciativas académicas, sociales y comunitarias orientadas a la acción en Salud Mental, así como a aquellas con énfasis en la prevención e intervención de la Conducta Suicida. Además de una “Mesa Nacional Institucional para la prevención, investigación y atención de la conducta suicida” como espacio de discusión, orientación, evaluación y seguimiento a distintas iniciativas y la Sala Situacional de prevención, atención y vigilancia de la conducta suicida en el Observatorio Nacional de Salud Mental,

se reconocen experiencias como Centros de Escucha y Zonas de Orientación Escolar — ZOE—, las cuales actúan como primer contacto en individuos, colectivos y comunidades en riesgo. Así mismo, se deben mencionar los esfuerzos hacia la generación de conocimiento que permita mejores prácticas en torno a la Salud Mental. En asocio con organizaciones académicas y profesionales, acompañadas por el Departamento Administrativo de Ciencia, Investigación y Tecnología, se han desarrollado Guías de Atención Integral para algunos trastornos mentales, donde destacan aquellas dirigidas a la depresión, la ansiedad y el consumo de alcohol, así como la adopción de la Guía de Epilepsia desarrollada por la NICE de Inglaterra.

Además de iniciativas sectoriales, se deben destacar las del Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF–, quienes a través de programas específicos desarrollan acciones de promoción de la salud, generación de habilidades para la resolución de conflictos y acción sobre la violencia escolar entre pares o “bullying” en niños, niñas y jóvenes. Desde instituciones académicas, grupos de investigación independientes y organizaciones no gubernamentales, se viene generando conocimiento en torno a la Salud Mental y la Conducta Suicida, sus factores de riesgo y de protección, la validación de instrumentos para el tamizaje e identificación temprana del riesgo que apoyen la labor de personas de primer contacto.

Para el caso específico de la Salud Mental y la Conducta Suicida en grupos y pueblos étnicos indígenas, es posible encontrar iniciativas por parte de los diferentes actores, sin la visibilidad esperada, lo que indica la relevancia de la temática en la actualidad para dicha población (1-5).

Estos elementos permiten afirmar que en la actualidad existe un contexto favorable, el cual puede ser aprovechado en la construcción del presente Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para Grupos y Pueblos Étnicos Indígenas, lo cual constituye un reto y una oportunidad para dar respuesta de manera concreta a las necesidades de esta población.

Normatividad en salud para grupos y pueblos étnicos indígenas

El **Decreto 1811 de 1990** estableció el derecho a las comunidades de los grupos y pueblos étnicos indígenas a participar en los procesos de diagnóstico, formulación y elaboración de planes, programas y proyectos, toma de decisiones, administración y gestión relacionada con los servicios de salud, así como la necesidad que estos procesos fueran previamente acordados con ellos. Todo esto fue corroborado por la **Constitución Política de 1991**, y la **Ley 21 de 1991**, que ratifica el **Convenio 169 de 1989** de la Organización Internacional del Trabajo, donde se establece que los gobiernos deberán velar por la existencia de servicios de salud adecuados a dicha población o proporcionar los medios para que dichos grupos y pueblos puedan organizar y prestar tales servicios bajo su responsabilidad y control, así como la necesidad de su planeación y

administración en cooperación conjunta entre el Estado y las organizaciones, lo cual deberá estar coordinado con otras acciones de desarrollo realizadas a nivel nacional. Igualmente, esta Ley establece el derecho a la Consulta Previa por parte de los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Con la **Ley 100 de 1993** se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pero será hasta la **Ley 691 de 2001** cuando adquiera claridad la vinculación de los grupos y pueblos étnicos en este. La población indígena fue asimilada, con sus excepciones, al Régimen Subsidiado, y con ello como beneficiaria de los distintos Planes de Beneficio establecidos, siempre teniendo presente que estos se someterían a los principios de diversidad étnica y cultural, así como a la concertación. Además de la participación social, ciudadana y comunitaria, esta misma norma da la posibilidad que las organizaciones indígenas con personería jurídica puedan establecer Administradoras del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Salud de carácter indígena, con lo cual se abre la posibilidad de un mayor grado de autonomía. Uno de los temas más importantes que abrió esta normativa fue el del principio de concertación del diseño e implantación de los Planes de Beneficio, Programas y toda la acción en salud, así como la posibilidad de establecer modelos operativos en áreas rurales dispersas donde habita la mayor parte de esta población.

Las fallas y demoras en la reglamentación de esta normativa, ha llevado a que las organizaciones de estas poblaciones inicien su trabajo en la construcción de un **Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI** -, el cual propone como eje el saber tradicional/ancestral y los Planes Integrales de Vida, de los que se desprenden cuatro componentes: el político organizativo, la gestión y administración, la atención intercultural, y la educación, formación e investigación propia (6).

Salud Mental de los grupos y pueblos étnicos indígenas

Si bien desde muy temprano en el siglo XX, los fenómenos que podemos denominar de Salud Mental en grupos y pueblos étnicos indígenas fueron objeto de interés por parte de investigadores, solo en las últimas décadas, mediante la emergencia de sub-especialidades como la Antropología Médica, la Etnopsiquiatría, la Psiquiatría Cultural y Transcultural, la temática ha adquirido un carácter de aproximación sistemático.

Distintos documentos a nivel mundial, señalan la situación de Salud Mental de los grupos y pueblos étnicos indígenas como crítica, lo cual es asociado a determinantes estructurales e intermediarios, así como a exposiciones específicas (7, 8). Esto se replica a nivel regional, donde además se ha corroborado la carencia de servicios de salud competentes para el trabajo en interculturalidad, al igual que las falencias en el conocimiento (1). En el caso específico de la Conducta Suicida, si bien hay referencias a nivel mundial, predominan las de carácter regional, donde se replican las asociaciones expresadas para la Salud Mental en general (2). A nivel nacional, comienza a aparecer

literatura, principalmente “gris”, y es necesario destacar el posicionamiento de esta temática por parte de muchas organizaciones indígenas, así como de organizaciones no gubernamentales (3-5, 9-12).

Es igualmente importante, la relevancia que le han dado a la temática algunas de las organizaciones indígenas, bien sea a través de sus Planes Integrales de Vida, o a través de los Diagnósticos Participativos elaborados de forma independiente o apoyados por el Ministerio de Salud y Protección Social (13-18). En estos documentos se enuncia la existencia de dicha problemática, aunque, desafortunadamente, son escasos los datos que permitan corroborar el impacto sobre la población.

Enfoques conceptuales

Derechos humanos

Este modelo de atención apropia el modelo de derechos humanos, acorde con los lineamientos establecidos por la Organización de Naciones Unidas en el año 2003 (19). En este sentido, el modelo se afirma como una opción para la realización de los derechos humanos, en este caso, el derecho a la salud, y específicamente el derecho a la Salud Mental, tal como es concebido en Ley 1438 de 2011 y la Ley 1616 de 2013, artículo 16.

Un segundo elemento del cual se apropia este modelo, es de la orientación hacia el fortalecimiento de las capacidades de los titulares, en este caso los miembros de los grupos y pueblos étnicos indígenas, para cumplir con los deberes y reclamar los derechos establecidos por la Constitución Política de 1991, por el bloque de constitucionalidad ratificado por Colombia a la fecha, y demás jurisprudencia exequible referida a esta población.

Finalmente, el presente modelo de atención se halla inscrito en los esfuerzos de normas, procedimientos e instrumentos internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos orientados a un logro superior de las capacidades, y por ende del desarrollo humano, por parte de los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Salud Mental

La Ley 1616 de 2013 la define como “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”.

En el caso particular de los pueblos y grupos étnicos indígenas el escenario del despliegue de sus recursos emocionales, cognitivos y colectivos, corresponde a su cosmovisión o “visión del mundo”, la cual se expresa en un conjunto de saberes conocidos como ancestrales y/o tradicionales. De tal manera, la Salud Mental de estos grupos y pueblos corresponde a una expresión acorde con dicha cosmovisión, y existirán tantas definiciones posibles como grupos y pueblos que modularan la operación del presente modelo de atención.

Es importante recalcar que en la actualidad estas cosmovisiones se encuentran permeadas por elementos de la cultura occidental, por lo cual se pueden presentar hibridación, mestizaje o sincretismos, los cuales deben ser entendidos como una posibilidad para la interculturalidad y el diálogo de saberes, y no como un obstáculo para el desarrollo de las acciones.

Atención Primaria en Salud

La Ley 1438 de 2011 la define como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la Salud Pública, la Promoción de la Salud, la Prevención de la Enfermedad, el Diagnóstico, el Tratamiento, la Rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Para efectos del presente modelo, la coordinación intersectorial aquí enunciada implica la vinculación al desarrollo de la estrategia de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas u otras formas de organización semejantes, las cuales, previa Concertación y Consulta Previa con los otros sectores, liderarán los procesos de adecuación sociocultural de las intervenciones propuestas para la atención integral e integrada en los distintos niveles de complejidad.

Esta misma Ley establece que esta estrategia “hace uso de conceptos, metodologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo-efectividad de los servicios de salud”. Para el caso específico de este modelo, los saberes tradicionales y/o ancestrales como conceptos, metodologías y prácticas socialmente aceptadas, deberán hacer parte del modelo acorde con los límites trazados en el proceso de adecuación sociocultural.

Integralidad

La Atención Integral en Salud Mental es definida en la Ley 1616 de 2013 como “la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción,

prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social”.

En el caso particular de los grupos y pueblos étnicos indígenas, la integralidad implica la concurrencia de talento humano y recursos autóctonos, acorde con los procesos de adecuación sociocultural establecidos por cada uno de estos. Su participación en la Atención será acorde con los criterios establecidos en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

De este atributo, se desprende la Atención Integrada, la cual corresponde a “la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades”. La integridad, al igual que la integralidad, será acorde con los procesos establecidos con el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

Interculturalidad en salud

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece que la nación “reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”. Con ello, se establece que en el territorio nacional coexisten múltiples grupos y pueblos étnicos con igual número de manifestaciones culturales, lo cual hace del país un territorio multicultural.

El reconocimiento de esta realidad, lleva necesariamente a conceptualizar la posibilidad de relaciones entre dicha diversidad, lo cual se expresa a través de la noción de interculturalidad. De tal manera, podemos definir la interculturalidad como las diferentes formas de relacionarse que tienen los grupos humanos con identidades étnicas o culturales, las cuales promueven el mutuo reconocimiento y respeto.

La interculturalidad en la Salud Mental se expresa en las relaciones existentes entre las cosmovisiones de los grupos y pueblos étnicos indígenas, así como con otros grupos y pueblos étnicos, incluso aquellos que podemos considerar como occidentalizados. De estos distintos modos de vida, escenario de despliegue de capacidades como se ha señalado previamente, se desprenden de igual manera distintos sistemas de cuidado de la salud.

El modelo reconoce la existencia de dichos sistemas de cuidado de la salud, la necesidad de su reconocimiento mutuo, y la posibilidad de trabajar conjuntamente estableciendo unos mínimos de ese reconocimiento mediante la Consulta Previa, la Concertación y la Adecuación Sociocultural.

Participación social, ciudadana y comunitaria en salud

Este modelo reconoce las diferentes instancias de participación en salud establecidas normativamente. Esta podrá ser ejercida por parte de individuos y colectivos de los grupos y pueblos étnicos indígenas a través de los mecanismos de:

1. Participación social en salud: es el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social.
2. Participación ciudadana en salud: es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.
3. Participación comunitaria en salud: es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

Es importante resaltar que este ejercicio de participación en salud de los grupos étnicos indígenas se halla enmarcado en el derecho de Consulta Previa.

Estrategias, intervenciones y herramientas

La literatura revisada establece que la Salud Mental y Conducta Suicida de los grupos y pueblos étnicos indígenas, son el resultado de acumulación de elementos en los niveles organizativos/territoriales, comunitarios/colectivos, familiares e individuales. De tal manera, el Modelo de Atención aquí propuesto establece estrategias e intervenciones en cada uno de estos.

Estrategia 1. Favorecer los procesos de autonomía de las organizaciones de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel organizativo/territorial.

La evidencia a nivel mundial, regional y nacional recomienda la realización de intervenciones en una dimensión territorial, dado que la cosmovisión como referente para el despliegue de los recursos emocionales, cognitivos y mentales, se encuentra estrechamente ligado a una noción territorial – cosmogonía -, la cual se puede expresar en las prácticas de la vida cotidiana y rituales manejadas desde un saber ancestral y/o tradicional. La pérdida de este referente en parte de los grupos y pueblos étnicos indígenas del país, implica una vulnerabilidad en su Salud Mental por la pérdida de un

escenario para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad como cuerpo social.

En la normatividad nacional se reconoce la existencia de las Entidades Territoriales Indígenas, las cuales corresponden a un ordenamiento territorial autónomo, acorde con los usos y costumbres de los grupos y pueblos étnicos indígenas. Por lo anterior, las intervenciones en esta estrategia constituyen un aporte a la construcción de los insumos pertinentes para la creación, fortalecimiento y sostenibilidad de estas formas organizativas, mediante la incidencia sobre Planes Integrales de Vida, Planes de Salvaguarda y Planes de Acción Territorial.

Intervención 1. Garantía de Consulta Previa, Concertación y Adecuación Sociocultural de las acciones en Salud Mental.

Las acciones en Salud Mental, incluidas las expresadas en este documento, deberán pasar por el proceso de Consulta Previa, Concertación y/o Adecuación Sociocultural (Anexo 1). Además de dar respuesta a un ordenamiento jurídico-normativo del bloque de constitucionalidad, estos procesos permiten la apropiación de la problemática, el análisis territorial, la identificación de necesidades de atención, entre otros, lo cual favorece los ejercicios de autonomía de los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Este proceso no podrá ser independiente de la discusión referida a otras dimensiones o transversalidades establecidas tanto en el marco del Plan Decenal de Salud Pública, así como de aquellas establecidas en los SISPIs. La materialización de esta intervención tendrá su evidencia en los respectivos Planes Territoriales de Salud, en el caso de la inexistencia de ETIs en el territorio, o en los componentes de salud de los Planes Integrales de Vida donde estas existan.

En aquellos territorios donde no existan experiencias de procesos de Consulta Previa, Concertación y/o Adecuación Sociocultural, estos deberán estar antecedidos por espacios de diálogo intercultural entre la institucionalidad, los líderes y la comunidad de grupos y pueblos étnicos indígenas. Dichos escenarios deberán tener como objetivo el reconocimiento de los referentes de los actores vinculados al modelo, y serán acordes con las características contextuales del territorio.

Intervención 2. Generación de datos, información y conocimiento pertinente para procesos de planeación y ejercicio de autonomía.

Las acciones en Salud Mental desarrolladas en/con grupos y pueblos étnicos indígenas deberán estar enmarcadas en un proceso de Gestión de Conocimiento, el cual será acordado durante la Consulta Previa, Concertación y/o Adecuación Sociocultural.

Dicho proceso establecerá unas definiciones comunes que permitan la generación de instrumentos apropiados para la recolección de datos, el procesamiento de estos, y la conversión de este en conocimiento para la población y el sector salud. En esta intervención, un elemento central será la Adecuación Sociocultural del Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA –, al contexto de los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Este conocimiento favorecerá, de una parte, la construcción de insumos tanto para los grupos y pueblos étnicos indígenas como para la institucionalidad – Análisis de Situación de Salud ASIS -, que optimizará los procesos de planeación evidenciados en Planes Territoriales de Salud o componentes de salud de los Planes Integrales de Vida. Pero de otra, facilitará los ejercicios de priorización de acciones para la Información, Educación, Comunicación y Movilización Social en Salud Mental.

Intervención 3. Apoyo a la función de Gestión en Salud Pública de los grupos y pueblos étnicos indígenas e instituciones sectoriales.

Las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas – AATIs -, o quienes hagan a su vez, cumplen con una función de Gestión en Salud Pública para su respectiva ETI. Corresponde a los vinculados a las acciones en Salud Mental apoyar el desarrollo de esta, mediante el posicionamiento de la temática y la difusión de las problemáticas y necesidades.

Este proceso es de carácter progresivo, y va de la mano con el fortalecimiento de estas organizaciones, así como de las capacidades del talento humano vinculado a Salud Mental. En aquellos lugares donde las formas organizativas se encuentren en estado incipiente, el talento humano sectorial deberá servir de dinamizador y motivador de este ejercicio.

Para lograr este objetivo será necesario establecer un programa de asistencia y apoyo técnico por parte del nivel territorial superior – municipal en el caso de las ETIs, departamental en el caso de los municipios, y nacional en el caso de los departamentos -, que permita brindar los insumos adecuados, generar las competencias apropiadas, el desarrollo del conocimiento y la habilidades por parte del talento humano de las instituciones y de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas – AATIs.

Estrategia 2. Fortalecer los procesos de construcción de sentido y significado en las comunidades de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel comunitario.

Los estudios de Salud Mental y Conducta Suicida en grupos y pueblos étnicos indígenas, afirman de manera recurrente que las manifestaciones de estas cobran sentido y significado acorde con el ámbito sociocultural de la población, los cuales suelen estructurarse alrededor de las cosmovisiones. De tal manera, se sugiere la necesidad de procesos de mediación que permitan la comprensión de los fenómenos de manera contextualizada.

Una de las grandes dificultades a la cual se ha visto sometida esta población es una desestructuración del ámbito sociocultural debido a gran cantidad de fenómenos – conflicto armado, desplazamiento forzado, programas del Estado, etc. -, lo cual dificulta la generación de alternativas apropiadas a los problemas de la vida cotidiana.

Se propone el desarrollo de capacidades en las comunidades y asentamientos de grupos y pueblos étnicos indígenas para la investigación propia, la cual permitirá establecer las particularidades de cada uno de ellos. Sobre dichos resultados, de manera concertada y adecuada, la institucionalidad y las comunidades generarán las formas más adecuadas para el desarrollo de las intervenciones.

Intervención 4. Resolución adecuada de conflictos en un marco ético e intercultural apropiado a grupos y pueblos étnicos indígenas.

Diferentes cosmovisiones resaltan el conflicto y la ruptura de las normas ancestrales/tradicionales como generadoras de cambios en individuos y colectivos, susceptibles de interpretar como problemas de Salud Mental. Así mismo, las consecuencias del contacto con la sociedad occidentalizada, han constituido un generador de diferentes grados de vulnerabilidad en los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Por esta razón, se hace necesario el trabajo con las AATIs, así como con los respectivos líderes de las comunidades y asentamientos colectivos, en el desarrollo de espacios de diálogo de saberes que permitan la formulación de alternativas para la resolución de los mismos, en un marco ético e intercultural apropiado. Estos espacios harán parte de los procesos de Adecuación Sociocultural, definidos en la estrategia anterior, así como favorecerán la autonomía de esta población.

Los conflictos y la ruptura de normas puede tener distintas causas, por lo cual es esencial que en el marco de la generación de datos, información y conocimiento, se establezca por las AATIs, los líderes locales y la población en general aquellos a trabajar. La revisión de la literatura ha permitido identificar algunos de ellos, los cuales sugerimos (Anexo 2), sin embargo las temáticas deberán contextualizarse a las necesidades de cada grupo y pueblo étnico indígena.

Intervención 5. Favorecimiento de la actividad ritual protectora de la Salud Mental en grupos y pueblos étnicos indígenas.

La experiencia a nivel mundial, regional y nacional en diferentes procesos de Consulta Previa, Concertación y Adecuación Sociocultural han dejado en evidencia la importancia de que las diferentes acciones en salud sean acordes a la cosmovisión de los diferentes grupos y pueblos étnicos indígenas. En dichas cosmovisiones los saberes ancestrales/tradicionales cumplen un papel esencial, el cual encuentra su manifestación principal en el ejercicio de la ritualidad.

Corresponde a las AATIs, los líderes locales y la población en general definir, establecer responsabilidades y planear acorde con sus usos y costumbres, el ejercicio de los rituales acorde a su cosmovisión, los cuales favorecen un entorno propicio para la Salud Mental.

Las instituciones sectoriales deberán propender por favorecer el ejercicio de dicha ritualidad, lo cual implica hacer los cambios en la planeación, implementación, evaluación y modificación en las acciones de salud que no controvertan con el libre ejercicio de esta.

Intervención 6. Fortalecimiento de la actividad deportiva y lúdica por parte de los grupos y pueblos étnicos indígenas.

El juego, los deportes y la participación en actividades lúdicas permite, además del entretenimiento y el uso del tiempo libre, aprender valores y normas de la comunidad, así como el desarrollo de capacidades para explorar, comparar, abstraer, reflexionar, analizar, crear y solucionar problemas.

Las AATIs, apoyadas por las instituciones sectoriales e intersectoriales, deberán favorecer las iniciativas orientadas a la actividad deportiva. Esto implica la gestión de una serie de recursos para la formación de escuelas deportivas por asentamiento, con continuos intercambios entre estas, las cuales deberán conceptualizarse como acción que favorece la Salud Mental de grupos y pueblos étnicos indígenas.

Las actividades lúdicas y artísticas deberán estar acordes con los usos y costumbres de los diferentes grupos y pueblos. Estas serán definidas en el marco de los procesos de fortalecimiento de la autonomía de las AATIs o las organizaciones con funciones semejantes, y pueden estar asociados a los ejercicios de ritualidad establecidos por los saberes ancestrales/tradicionales. Los recursos y dinámicas de estos, deberán ser definidos de forma independiente a la institucionalidad, y esta última deberá adoptar los mecanismos para necesarios para no generar conflicto con estas actividades.

Corresponde al sector salud, en especial al talento humano responsable de las acciones en Salud Mental, favorecer y apoyar los procesos de gestión de las AATIs u organizaciones semejantes, así como de los líderes locales, que permitan el desarrollo de estas actividades deportivas y lúdicas. Estas actividades son esenciales para el desarrollo de acciones de Información, Educación y Comunicación en Salud Mental.

Algunas actividades lúdicas podrán constituir fuentes importantes de recursos, por lo cual será la gestión intersectorial para lograr su consolidación, una actividad importante para la institucionalidad.

Estrategia 3. Generación de recursos protectores a nivel familiar entre las comunidades de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel familiar.

Las familias, y la red social que de ella parte, constituyen un factor protector para todos los problemas de Salud Mental y Conductas Suicidas. Esto se ha corroborado, de la misma manera, en los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Sin embargo, las diferencias socioculturales que se desprenden desde las cosmovisiones particulares de esta población, exigen un trabajo de contextualización de recursos, lo cual exige un compromiso muy fuerte en la investigación propia, el diálogo de saberes y la generación de alternativas de forma intercultural, el cual deberá ir de la mano al desarrollado en la estrategia anterior.

Intervención 7. Fortalecer pautas de crianza, cuidado y educación familiar protectoras de la Salud Mental de grupos y pueblos étnicos indígenas.

Las pautas de crianza, cuidado y educación familiar han mostrado a nivel mundial, regional y nacional, ser un factor crucial en la construcción de individuos, colectivos y poblaciones con Salud Mental. Por ello, se hace necesario que los grupos y pueblos étnicos indígenas cualifiquen estas actividades. Esto implica que las AATIs u organizaciones semejantes, los líderes locales y la población en general, apoyada por la institucionalidad del sector salud, desarrollen procesos de investigación propia e intercultural orientados a dicha cualificación.

Esta intervención, que debe estar articulada a aquellas orientadas a la Salud Infantil, deberá orientarse a: 1. Caracterizar las pautas de crianza, cuidado y educación familiar apropiadas, así como las principales dificultades y problemáticas para el desarrollo de las mismas; 2. Identificar las intervenciones empleadas por la misma población para resolver dichas problemáticas, y favorecer la cooperación interfamiliar culturalmente apropiada; y 3. Favorecer las actividades colectivas y la conformación de redes de apoyo, que

permitan a las familias compartir experiencias, inquietudes y saberes sobre la crianza, el cuidado y la educación familiar.

Esta intervención entre Salud Mental y Salud Infantil, con el apoyo del sector educativo, debe fundamentarse en la realización de encuentros de diálogo de saberes entre padres y madres de los grupos y pueblos étnicos indígenas, favoreciendo el compartir las experiencias de crianza, las percepciones, las emociones, las dificultades y logros, con el propósito de mejorar y optimizar las formas de actuar en la cotidianidad.

Esta actividad debe estar complementada con acciones orientadas a los mismos objetivos, las cuales se realicen en las visitas domiciliarias en un marco de Cuidado Primario de la Salud.

Intervención 8. Fortalecer habilidades para la comunicación personal, familiar y colectiva de grupos y pueblos étnicos indígenas.

La Salud Mental tiene su principal expresión en pensamientos, emociones, percepciones, intenciones, conductas observables y cambios corporales, que en el caso de los grupos y pueblos étnicos indígenas, adquieren su significado y sentido en la cosmovisión. La literatura mundial, regional y nacional muestra que estas se adquieren a través de las interacciones interpersonales, particularmente con familiares, adultos cercanos y pares.

Se hace necesario fortalecer las habilidades para la comunicación de dichas expresiones, para lo cual se propone: 1. Caracterizar las formas de comunicación actualmente empleadas por parte de la población; 2. Identificar aquellas que familiar y colectivamente se consideran apropiadas e inapropiadas; y 3. Generar las acciones pertinentes para promover la expresión apropiada, e intervenir las inapropiadas.

Para lograr lo anterior se propone un trabajo de investigación propia de los grupos y pueblos étnicos indígenas, apoyados por el talento humano de Salud Mental, orientado a identificar en las diferentes narraciones derivadas de la cosmovisión, las maneras como se dan dichas expresiones, las enseñanzas que de ella se derivan, y el diseño de acciones orientadas a la promoción de estas enseñanzas. Este trabajo deberá permitir la generación de material didáctico para las familias y los colectivos, el cual podrá articularse tanto a las actividades lúdicas expresadas en la Estrategia 2, así como a la generación de datos, información y conocimiento inscrito en la Estrategia 1.

Estrategia 4. Brindar cuidado oportuno en Salud Mental en miembros de grupos y pueblos étnicos indígenas – nivel individual.

Hoy en día se reconoce la inequidad existente por los factores raciales/étnicos. En términos de garantía de servicios de salud accesibles, aceptables, oportunos y de calidad, los grupos y pueblos étnicos indígenas de Colombia, aún presentan un saldo pendiente por parte del Estado.

En Salud Mental y Conducta suicida se debe avanzar hacia un cuidado oportuno basado en Atención Primaria en Salud con Integralidad, Integridad e Interculturalidad.

Intervención 9. Acción efectiva sobre factores de riesgo instaurados en individuos de grupos y pueblos étnicos indígenas.

Los hechos coyunturales territoriales – falta de autonomía organizativa -, colectivos – pérdida de significado y sentido cultural -, y familiares – escasez de recursos protectores -, generan una vulnerabilidad mayor en los individuos y poblaciones de los grupos y pueblos étnicos indígenas. La acción efectiva en Salud Mental deberá partir del reconocimiento de estos elementos de vulnerabilidad, y su expresión como factores de riesgo en cada individuo (Anexo 3).

Establecido el grado de vulnerabilidad, se debe proceder a la identificación de las formas de expresión pensamientos, emociones, percepciones, intenciones, conductas observables y cambios corporales, para apoyados en el conocimiento previo, establecer si son apropiados o inapropiados acorde con la cosmovisión. Se debe hacer especial énfasis en la Conducta Suicida y en la posibilidad de estar ante una Enfermedad Mental (Anexo 4).

Ante la presencia de estas se deberá proceder a un cuidado óptimo de ambos, que deberá contar con recursos de los múltiples sistemas de cuidado de la salud existentes en la población – autocuidado, autoatención, autoayuda, autogestión, saber tradicional/ancestral y biomédico occidental. La manera como estos se utilicen deberá ser objeto de los procesos de Adecuación Sociocultural establecidos en la Estrategia 1, y podrán ser materializados como Guías, Protocolos Interculturales y Rutas de Atención.

Ante la presencia de Conductas Suicidas es esencial la limitación a métodos letales, y en el caso de Enfermedad Mental deberá propenderse por su manejo óptimo por el talento humano adecuado.

Intervención 10. Intervención en crisis y primeros auxilios mentales para individuos de grupos y pueblos étnicos indígenas.

La intervención en crisis es una intervención puntual en tiempo con el objetivo de disminuir la prevalencia del comportamiento asociado a suicidio. Esta estaría indicada

ante la presencia de ideación y comportamiento asociado a suicidio u de un pródromo compatible con Enfermedad Mental. Para realizar dicha intervención se requiere la identificación de los riesgos y la intervención propiamente dicha.

Para lo primero, se requiere que el talento humano, bien sea comunitario o institucional, esté al tanto de las herramientas ya señaladas para la identificación de vulnerabilidad y factores de riesgo. Para lo segundo, este mismo deberá tener las competencias adecuadas para: 1. Asegurar el entorno del individuo; 2. Seguir la conducta pertinente acorde con la vulnerabilidad y los factores de riesgo; 3. Realizar la intervención pertinente acorde con lo definido en Guías, Protocolos Interculturales y Rutas de Atención.

Intervención 11. Seguimiento y Rehabilitación Basada en la Comunidad a sobrevivientes de grupos y pueblos étnicos indígenas.

El seguimiento es la intervención continua, posterior a la crisis, que se mantiene a través de un periodo de tiempo. Dicho seguimiento deberá estar inscrito en las diferentes estrategias mencionadas previamente, con el fin de garantizar una adecuada incorporación familiar, comunitaria y territorial.

Al igual que en la intervención en crisis, se requiere que el talento humano, bien sea comunitario o institucional, esté al tanto de las herramientas ya señaladas para la identificación de vulnerabilidad y factores de riesgo. Pero por otra parte, deberá estar preparado para fomentar los procesos de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, en un marco de continuidad cultural e intercultural, acorde con lo establecido en los procesos de Adecuación Sociocultural.

Operatividad de las estrategias

Competencias

Ministerio de Salud y Protección Social

Tiene por misión dirigir el sistema de salud y protección social, a través de políticas de promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud de los habitantes de Colombia. Para el caso del presente Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, son sus competencias:

1. Liderar el proceso de Consulta Previa y Concertación del modelo con los representantes de los grupos y pueblos étnicos indígenas.
2. Coordinar junto a las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas la planeación, implementación, evaluación y seguimiento requeridas por el modelo.
3. Favorecer el desarrollo de las capacidades de Gestión en Salud Pública, específicamente del modelo, de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas.
4. Establecer los mecanismos de coordinación sectorial e intersectorial necesarios para la planeación, implementación, evaluación y seguimiento requeridas del modelo.
5. Desarrollar las estrategias, intervenciones y herramientas pertinentes para el desarrollo de competencias para la planeación, implementación, evaluación y seguimiento del modelo.
6. Propender por la armonización de las diferentes políticas de salud, con el modelo así como con los Sistemas Indígenas de Salud Propios e Interculturales.

Secretarías de Salud Departamentales y Municipales

Tienen por misión territorializar las acciones establecidas para el Ministerio de Salud y Protección Social. Corresponderá a ellas el cumplimiento de las funciones que este consideren de su competencia.

Instituto Nacional de Salud

Tiene por misión contribuir a la protección de la salud en Colombia mediante la gestión del conocimiento, el seguimiento al estado de la salud de la población y la provisión de bienes y servicios de interés en salud pública. Para el caso del presente Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, son sus competencias:

1. Garantizar la operación y desarrollo de un Sistema de Vigilancia en Salud Pública que contenga indicadores de Salud Mental en territorios con grupos y pueblos étnicos indígenas.
2. Fortalecer las capacidades para el análisis de situación de salud por parte de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas, líderes locales y población de grupos y pueblos étnicos indígenas.
3. Fortalecer las capacidades de investigación propia de las Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas, líderes locales y población de grupos y pueblos étnicos indígenas.

Superintendencia Nacional de Salud

Tiene por misión proteger los derechos de los usuarios en salud mediante mecanismos de inspección, vigilancia y control transparentes y oportunos. Para el caso del presente

Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, son sus competencias:

1. Velar por el cumplimiento de lo establecido en el modelo mediante mecanismos de inspección, vigilancia y control transparente y oportuno, de manera sistemática.
2. Velar por el cumplimiento de lo establecido durante el proceso de Adecuación Sociocultural mediante mecanismos de inspección, vigilancia y control transparente y oportuno.

Empresas Administradoras de Planes de Beneficio

Tienen la función de organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados, para lo cual cumplen con funciones auxiliares de recaudo, administración y giro de recursos en el marco establecido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el caso del presente Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, son sus competencias:

1. Garantizar la prestación de las acciones en Salud Mental y Conducta Suicida establecidas en el Plan Obligatorio de Salud a la población de los grupos y pueblos étnicos indígenas.
2. Realizar las Adecuaciones Socioculturales pertinentes a las acciones en Salud Mental y Conducta Suicida para la intervención a la población de grupos y pueblos étnicos indígenas.
3. Conformar la red de prestación de servicios en Salud Mental y Conducta Suicida acorde a lo establecido en la normatividad e integrando aquellas producto de la Adecuación Sociocultural.
4. Garantizar el cumplimiento de las estrategias e intervenciones establecidas en el presente modelo.

Instituciones Prestadoras de Planes de Beneficio

Tienen la función de prestar servicios de salud definidos en los Planes de Beneficio. Para la prestación de aquellos servicios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud deberán contar con una serie de requisitos – Habilitación -, mientras para aquellos del Plan de Intervenciones Colectivas será acorde con las características expresamente solicitadas por la autoridad territorial – Secretaría de Salud. Desarrollan acciones en niveles de complejidad diferentes, y entre ellas establecen redes de referencia y contrarreferencia. Para el caso del presente Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, son sus competencias:

1. Garantizar la prestación de servicios oportuna en Salud Mental y Conducta Suicida acorde a lo establecido en la normatividad y el modelo.
2. Realizar las Adecuaciones Socioculturales necesarias a la prestación de servicios de Salud Mental y Conducta Suicida.

3. Establecer los procesos de generación de competencias en el talento humano para la prestación de servicios enmarcados en el modelo.

Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas

Estas asociaciones tienen por objeto propender por el desarrollo integral de las comunidades de grupos y pueblos étnicos indígenas. . Para el caso del presente Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos y pueblos étnicos indígenas, son sus competencias:

1. Velar por el cumplimiento de los procesos de Consulta Previa y Concertación bajo los criterios establecidos por la normatividad.
2. Planear, implementar, verificar y mejorar los procesos de Adecuación Sociocultural necesarios para el desarrollo de este modelo.
3. Liderar las acciones establecidas en las estrategias 1 y 2 del presente modelo.
4. Realizar las acciones de inspección, vigilancia y control transparente y oportuno sobre el desempeño del modelo.

Población de grupos y pueblos étnicos indígenas

Son el actor principal del Modelo de Atención. Desde esta se generan las necesidades sentidas, los datos, la información, el conocimiento y gran parte de las respuestas, de manera conjunta con los actores sectoriales. En ella también se encuentra el saber ancestral/tradicional, por lo cual será esencial en distintas intervenciones propuestas. Entre sus competencias más relevantes está:

1. Hacer ejercicio del derecho y el deber a la participación social, ciudadana y comunitaria, en salud en el marco del Modelo de Atención.
2. Favorecer el entorno propicio para el desarrollo de las intervenciones y estrategias enunciadas en el presente lineamiento.
3. Establecer canales de comunicación adecuados tanto con líderes locales y Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas, como con las instituciones sector salud y otros.
4. Identificar los recursos propios, articularlos en forma de redes y generar continuidad con la oferta sectorial en Salud Mental.

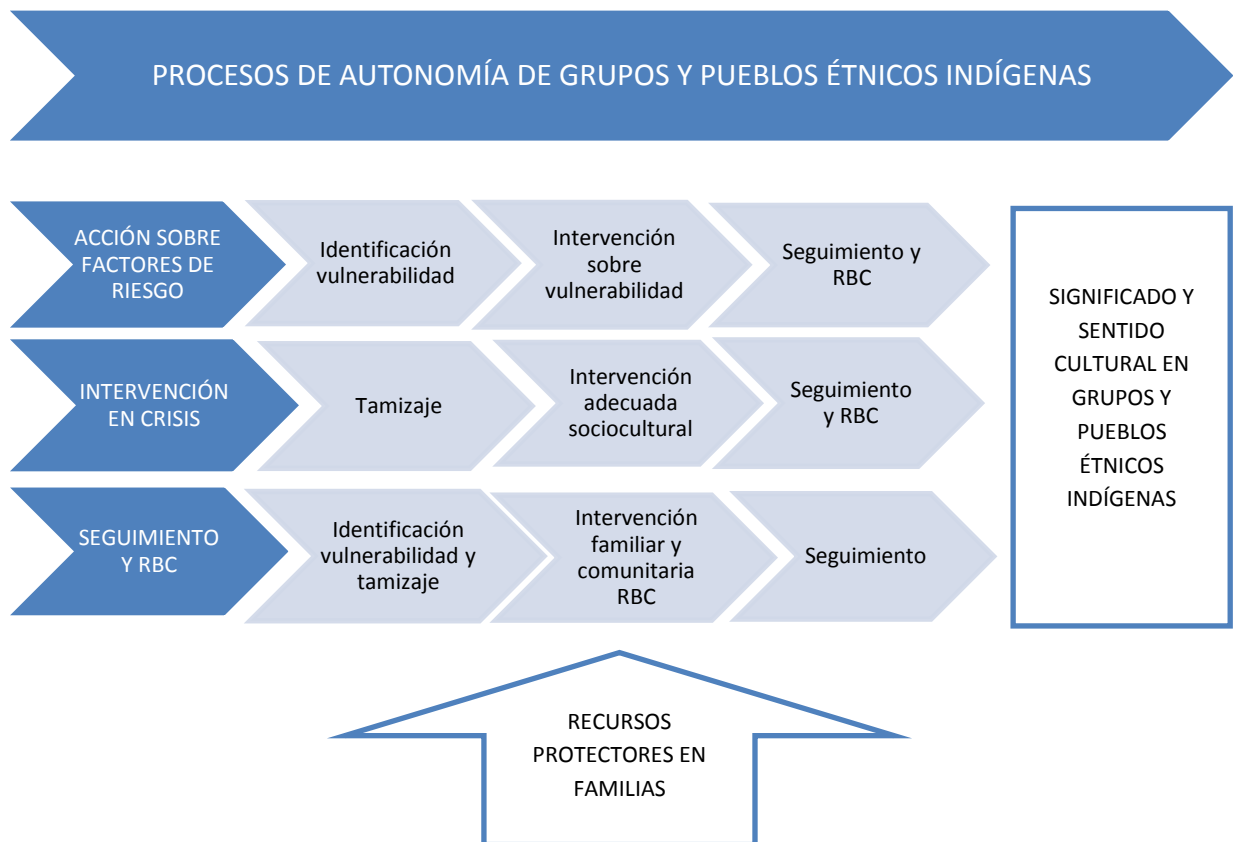
Rutas

El establecimiento de Rutas de Atención para la Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida será un resultado de la puesta en marcha del presente modelo (Gráfico 1). Presentarán variaciones acorde con los diferentes niveles expuestos – individual, familiar, comunitario y organización/territorio -, la presencia de los diferentes tipos de sistemas de cuidado de la salud – autocuidado, autoatención, autoayuda, autogestión, saberes tradicionales/ancestrales y biomédicos occidentales -, el contexto del territorio –

económico, social, político -, la presencia institucional sectorial e intersectorial, y el desarrollo del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural.

Así mismo, la especificidad de estas estará enmarcada en el proceso de Adecuación Sociocultural.

Gráfico 1. Modelo de Atención en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida para grupos étnicos indígenas.



Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (2006). Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de América: Salud Mental de los Pueblos Indígenas. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Documento sin publicar.
2. Corporación Casa Amazonía (2012). Revisión crítica de la literatura referida a la Conducta Suicida en grupos y pueblos indígenas. Documento sin publicar. Bogotá D.C., Colombia.
3. Sepúlveda López de Mesa R (2007). Proyecto de fortalecimiento de la capacidad de autogestión de las comunidades indígenas de Riosucio y Bojayá, Chocó 2004-2007. Diagnóstico psicosociocultural en torno a las prácticas suicidas de los indígenas Emberá y Wounaan asentados en Riosucio y Bojayá, Chocó. Cruz Roja Internacional. Bogotá D.C., Colombia.
4. UNICEF (2012). Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. UNICEF. Panamá, República de Panamá.
5. Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2012). "Intervención de la conducta suicida en el marco del modelo de cuidado de la salud del departamento del Vaupés". En: Mejora de la salud y mayor protección contra enfermedades prioritarias para mujeres, niñas, niños adolescentes y poblaciones excluidas en situaciones de vulnerabilidad en el departamento del Vaupés. Informe Final. Documento sin publicar. Bogotá D.C., Colombia.
6. Sub Comisión de Salud Propia e Intercultural (2011). Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Mesa Permanente de Concertación. Documento sin publicar.
7. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B & Kleinman A (1997). Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Organización Panamericana de la Salud. Washington, E.E.U.U.
8. Cohen A, Kleinman A & Sarraceno (2002). World Mental Health Casebook. Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries. Kluwer Academic Publishers. New York, USA.
9. Valencia Ramos OL (2011). Ritualidades para restablecer la armonía. Presentación en el marco de la Mesa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.
10. Chamorro Caldera L (2011). Casos de suicidio en la población indígena del Resguardo de Catrú Dubasa y Ankozo, Chocó. Presentación en el marco de la Mesa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

11. Campo Y (2011). AYNY. Una aproximación a la comprensión del equilibrio – desequilibrio en la cultura Yanakuna. Presentación en el marco de la Mesa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.
12. Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2013). Conducta Suicida en Pueblos Indígenas del departamento del Vaupés. Una propuesta de intervención. Presentación en el 1 Congreso Internacional de Suicidiología de la Red Nacional de Suicidólogos.
13. Asociación Zonal Indígena de Cabildos y Autoridades Tradicionales de la Chorrera, Amazonas (2012). Fortalecimiento a la construcción y a la implementación de un Sistema Intercultural de Salud y un modelo de atención y prestación de un servicio en salud para el departamento del Amazonas. AZICATCH. Documento sin publicar.
14. Unidad Indígena del Pueblo Awá (2013). Implementación de la ruta de atención psicosocial y Salud Mental con enfoque intercultural y diferencial para el pueblo indígena Awá. UNIPA. Documento sin publicar.
15. Asociación de Cabildos Indígenas de Caldas (2012). Adecuación sociocultural para la prestación de servicios de salud y del Plan Obligatorio de Salud para las comunidades Emberá Chamí del departamento de Caldas. Documento sin publicar.
16. Anas Wayuu Empresa Promotora de Salud Indígena (2012). Perfil epidemiológico de la población. Documento sin publicar.
17. Autoridades Indígenas del Pueblo de los Pastos (2013). Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural. Gobernación de Nariño, Instituto Departamental de Salud de Nariño. Pasto, Colombia.
18. Asociación del Consejo Regional Indígena del Guainía (2011). Modelo de Salud Intercultural Indígena. Documento sin publicar.
19. Organización de Naciones Unidas (2003). Un enfoque de la cooperación basado en los Derechos Humanos. Hacia un entendimiento común entre las agencias de Naciones Unidas. Organización de Naciones Unidas. Nueva York, E.E.U.U.

Anexos

Anexo 1

Consulta Previa y Adecuación Sociocultural

*Consulta Previa*¹

¿Qué es la Consulta Previa?

La Consulta Previa es un derecho fundamental de los pueblos indígenas y tribales del mundo, reconocido por las Naciones Unidas mediante el Convenio OIT 1691 de 1989 e incorporado en la legislación nacional por la Ley 21 de 1991 que aplica a los grupos étnicos.

Busca salvaguardar las personas, instituciones, bienes, trabajo, culturas y medio ambiente de estos pueblos, así como reconocer y proteger sus valores y prácticas sociales, culturales, religiosas, espirituales e institucionales.

¿De dónde surge la obligatoriedad del Estado de hacer Consulta Previa?

Constitución Política de 1991:

- Definición de Colombia como una república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista (Art. 1).
- Determinación como finalidad del Estado la de facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan (Art. 2).
- Derecho de todo ciudadano a la participación democrática (Art. 40-2).
- Reconocimiento de la diversidad étnica y cultural como valor constitucional y fundamento de la nacionalidad colombiana (Arts. 7 y 70).
- Adopción de medidas a favor de grupos discriminados o marginados (Art. 13).
- Participación de los representantes de las Comunidades Indígenas en la conformación de las entidades territoriales indígenas y explotación de los recursos naturales en sus territorios (Arts. 329 y 330).

Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo:

Convenio Internacional incorporado en la legislación nacional de Colombia a partir de su ratificación - Ley 21 de 1991. Goza de rango constitucional, es decir prevalece en el orden interno por su carácter de garante de los derechos humanos (Constitución Política de 1991. Art. 93).

Ley 1437 del 18 de enero 2011. Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo:

¹ Departamento Nacional de Planeación (2011). Apuntes sobre la Consulta Previa con Grupos Étnicos. Documento de trabajo interno. Departamento Nacional de Planeación. Sin publicar.

Establece en su artículo 46 la consulta obligatoria: cuando la Constitución o la ley ordenen la realización de una consulta previa a la adopción de una decisión administrativa, dicha consulta deberá realizarse dentro de los términos señalados en las normas respectivas, so pena de nulidad de la decisión que se llegare a adoptar.

Directiva Presidencial 01 de 2010

La Directiva Presidencial 01 de 2010 establece responsabilidades y procedimientos de obligatorio cumplimiento para las entidades y organismos del sector central y descentralizado del orden nacional con el objeto de garantizar el derecho a la Consulta Previa con los grupos étnicos.

Mecanismos para el desarrollo del procesos de Consulta Previa²

- A. El proceso de Consulta Previa siempre deberá cumplir las siguientes fases: a) Preconsulta, b) Apertura del proceso, c) Talleres de identificación de impactos y definición de medidas de manejo, d) Pre-Acuerdos, e) Reunión de Protocolización, f) Sistematización y seguimiento al cumplimiento de acuerdos, g) Cierre del proceso de Consulta Previa. Estas fases se entenderán como un protocolo sugerido por el Grupo de Consulta Previa, y su aplicación estará supeditada a los acuerdos establecidos por la comunidad en consulta y el interesado.
- B. El Grupo de Consulta Previa del Ministerio del Interior y de Justicia, con el apoyo de la Dirección de Acceso a la Justicia del mismo, velará por el cumplimiento de las fases señaladas bajo la prerrogativa de la protección de los derechos fundamentales.
- C. En los eventos que sea necesario, se expedirán Resoluciones o actos administrativos, con el objeto de conminar el cumplimiento de todos los acuerdos previstos en los procesos de Consulta Previa.
- D. El Ministerio del Interior y de Justicia determinará las características técnicas que deberán tener los documentos de proyectos para establecer el diálogo intercultural que permita su cabal comprensión.
- E. Participación directa, con apropiación de recursos, de las entidades que requieran regularmente adelantar procesos de Consulta Previa. Con el objeto de establecer convenios o contratación de personal para adelantar los mencionados procesos y apoyar las funciones del Grupo de Consulta Previa del Ministerio del Interior y de Justicia.

² Presidencia de la República de Colombia (2010). Directiva Presidencial No. 01. Garantía del Derecho Fundamental a la Consulta Previa de los Grupos Étnicos Nacionales. Presidencia de la República. Disponible en: http://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/directiva_presidencial_01_de_2010.pdf

- F. Las entidades, organismos, empresas o titulares de proyectos deberán contar con las apropiaciones presupuestales necesarias para financiar los proyectos o acciones que requieren la garantía del derecho a la Consulta Previa.
- G. Los promotores de las iniciativas podrán identificar grupos de proyectos susceptibles de participar en procesos de Consulta Previa en una agenda común y presentar solicitudes consolidadas al Ministerio del Interior y de Justicia. Dicho Ministerio determinará los Grupos Étnicos Nacionales, las comunidades, los representantes, el área de influencia y los actores participantes en el proceso de Consulta Previa, así como los roles que desempeñará cada uno de ellos. Para ello se hará convocatoria abierta a la preconsulta y se determinará, de acuerdo con la naturaleza del proyecto, los organismos invitados que podrán ser convocados, y definirá las metas del proceso de Consulta Previa, de acuerdo con las condiciones de cada Grupo Étnico Nacional en particular y con la envergadura del proyecto o los proyectos objeto de consulta.
- H. Los responsables de los proyectos deberán hacer las aclaraciones necesarias para el efectivo conocimiento y entendimiento de los mismos por parte de los Grupos Étnicos Nacionales, así como establecer claramente las actividades en el corto, mediano y largo plazo que se prevean desarrollar en la ejecución.

Adecuación sociocultural en salud³

Por adecuación sociocultural en salud entendemos la dinámica política, epistémica y operativa que permite garantizar acciones en salud en/con/sobre la población racial/étnica indígena. Esta dinámica presenta unas características fundamentales:

1. El reconocimiento del marco legal y jurídico existente en torno a las poblaciones raciales/étnicas indígenas, así como de los sistemas jurídicos propios.
2. La co-construcción democrática, igualitaria y participativa del conocimiento referido a la salud, mediante el diálogo intercultural, la investigación participativa y la concertación.
3. La operación de intervenciones en salud, respetuosas de los procesos históricos, sociales y culturales de las poblaciones raciales/étnicas indígenas; que a su vez sean producto de la co-construcción del conocimiento y participativas en las distintas fases de su materialización: planeación, implementación, evaluación y seguimiento.

A continuación se presenta una propuesta de indicadores de la adecuación socio-cultural desde una perspectiva territorial.

³ Sinergias Alianzas Estratégicas para la Salud y el Desarrollo Social (2012). Levantamiento de información sobre adecuaciones socioculturales y técnicas de los programas de Salud Pública a las condiciones culturales de la población indígena de los departamentos de Antioquia, Cauca, Nariño y Vaupés. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Documento sin publicar.

Dimensión Política

Abogacía

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • El Talento Humano reconoce un enfoque diferencial racial/étnico indígena. • El Talento Humano incorpora un enfoque diferencial racial/étnico indígena en las distintas intervenciones. • El Talento Humano conoce el marco jurídico y legal para el trabajo con poblaciones raciales/étnicas indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un programa de inducción y reinducción del Talento Humano que incorpora el enfoque diferencial racial/étnico indígena. • Existe una unidad o funcionario líder que realiza el apoyo y seguimiento a la incorporación del enfoque racial/étnico indígena. • Existe una agenda pública orientada al desarrollo del enfoque diferencial racial/étnico indígena en las distintas acciones territoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento del tema racial/étnico indígena en la agenda pública. • Posicionamiento de la problemática específica en salud de la población racial/étnica indígena. • Posicionamiento de esta problemática como prioridad territorial.

Políticas

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • El Talento Humano reconoce los actores sociopolíticos del territorio. • El Talento Humano evidencia dominio del enfoque diferencial racial/étnico indígena en los escenarios de rendición de cuentas. • El Talento Humano brinda información de soporte a la adopción de un enfoque diferencial racial/étnico indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un escenario de discusión con tomadores de decisión, en el cual se halla posicionado lo racial/étnico indígena. • Existe un escenario de discusión con actores políticos territoriales, en el cual se halla posicionado lo racial/étnico indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de lo racial/étnico indígena en las políticas territoriales. • Priorización en las políticas territoriales de lo racial/étnico indígena. • Elaboración de una política territorial dirigida a la población racial/étnica indígena.

Planeación

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • El Talento Humano involucrado en la 	<ul style="list-style-type: none"> • Están definidas las metodologías que 	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de lo racial/étnico indígena en el

<p>planeación, maneja el enfoque diferencial racial/étnico indígena.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe información disponible que soporte la planeación con enfoque diferencial racial/étnico indígena. • Están definidos los mecanismos de participación de la población racial/étnica indígena 	<p>incorporen las formas de planeación propias de la población racial/étnica indígena.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están definidas las metodologías que incorporen formas de evaluación y seguimiento propias de la población racial/étnica indígena. • Participan miembros de la población racial/étnica indígena en las distintas fases del proceso de planeación. 	<p>proceso de planeación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Priorización de lo racial/étnico indígena en el proceso de planeación. • Planeación participativa con la población racial/étnica indígena.
--	---	---

Dimensión epistémica

Consulta previa

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Existe un espacio legalmente constituido para la consulta previa de las intervenciones en salud en las poblaciones raciales/étnicas indígenas. • Está definido el Talento Humano que participa en el proceso de consulta previa. • Existe una agenda, soportada en información mínima, que oriente el proceso de consulta previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra definido un cronograma y la temática de la consulta previa con la población racial/étnica indígena. • Se garantiza la asistencia de líderes reconocidos de la población racial/étnica indígena en la consulta previa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe consulta previa de las intervenciones en salud a ejecutar en la población racial/étnica indígena. • Existe un mecanismo de reconocimiento de dificultades y oportunidades previo a la ejecución de las intervenciones en salud. • Existe un mecanismo participativo de definición de prioridades en salud a intervenir.

Gestión del Conocimiento e Investigación Participativa

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra establecido formalmente el proceso de Gestión de Conocimiento e Investigación Participativa para el trabajo entre instituciones y la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra definido el proceso de co-construcción del conocimiento, acorde con los principios jurídicos y éticos acordes. • Se encuentra definido un 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe documentación de los conceptos y prácticas de salud de la población racial/étnica indígena. • Existe documentación de propuestas de integración de conceptos y prácticas

	mecanismo equitativo para la resolución de problemas.	propias e institucionales.
--	---	----------------------------

Concertación

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> Se encuentra establecido un espacio de concertación, con la participación de tomadores de decisión entre las instituciones y la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe una agenda y un cronograma establecido entre instituciones y población racial/étnica indígena para la concertación de las acciones en salud. Existe un mecanismo de seguimiento a la asistencia y cumplimiento de la agenda y cronograma establecido entre instituciones y población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen actas que soporten los acuerdos y consensos establecidos entre instituciones y población racial/étnica indígena. Existe un seguimiento periódico a los acuerdos y consensos establecidos entre instituciones y población racial/étnica indígena.

Dimensión operativa

Diseño

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> En el equipo técnico del diseño de las intervenciones en salud participan representantes de las instituciones y de la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> El diseño de la intervención en salud acoge lo establecido en la dimensión epistémica. 	<ul style="list-style-type: none"> Existe el diseño de la intervención documentada de forma clara y sencilla, divulgada tanto en las instituciones como en la población racial/étnica indígena.

Implementación

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> En el equipo técnico de implementación de las intervenciones en salud participan representantes de las instituciones y de la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> La implementación de la intervención acoge lo establecido en la dimensión epistémica. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen unos estándares para medir el cumplimiento de la intervención en salud, los cuales han sido establecidos en forma conjunta por las instituciones y la población racial/étnica indígena.

Evaluación

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> En el equipo técnico de evaluación de los resultados de las intervenciones en salud, participan representantes de las instituciones y de la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> La evaluación de la intervención acoge lo establecido en la dimensión epistémica y política, permitiendo hacer seguimiento institucional, así como por parte de la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen unos indicadores de metas de la implementación de la intervención en salud, establecidos entre las instituciones y la población racial/étnica indígena.

Seguimiento

Estructura	Proceso	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> Existe un Sistema de Información de los procesos de diseño, implementación y evaluación, el cual retroalimenta las dimensiones política y epistémica. 	<ul style="list-style-type: none"> Están definidos los procesos, actividades y tareas de monitoreo y seguimiento del desarrollo de las intervenciones en salud, las cuales permiten ver el cumplimiento de metas establecidas por las instituciones y la población racial/étnica indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen unos indicadores establecidos que permiten evaluar el impacto de la intervención en salud, así como alimentar las dimensiones política y epistémica.

Anexo 2

Propuesta de Talleres sugeridos para Resolución de Conflictos familiares, de pareja y relaciones con miembros de las Fuerzas Armadas

A. Para la discusión a nivel territorial y comunitario.

Persona que la realiza	Método	Tema	Escenario	Resultado esperado (1): Evitar la presencia de factores de riesgo:	Resultado esperado (2): Generación de factores protectores
Funcionario, autoridades del cabildo	Reunión con autoridades políticas	¿Se incumple una norma cultural al casarse fuera? ¿Puede la persona casarse fuera y vivir dentro de la comunidad? ¿Puede la persona casarse afuera, vivir afuera, pero poder seguir contando con el apoyo de adentro?	Reunión de AATIs, otras formas organizativas y líderes locales.	Establecer medidas de carácter político y judicial en las que no se castigue las relaciones amorosas que no son consentidas ni bien vistas, sino que sea el colectivo (la familia extensa) quien asuma la responsabilidad de ello.	Medidas de carácter político y legislativo para no castigar a quien se aparta de las normas culturales referentes al matrimonio y promover la protección de la familia.
Funcionario y Gobernador del territorio indígena	Conversación con integrantes de las fuerzas armadas	El respeto a la mujer indígena; Ética del servidor público; la violencia sexual como delito;	Batallones		La protección de la ciudadanía implica la protección de la mujer indígena; la conciencia de que se debe erradicar la violencia sexual

B. Para la discusión con sabedores ancestrales/tradicionales.

Persona que la realiza	Método	Tema	Escenario	Resultado esperado (1) Evitar la presencia de factores de riesgo	Resultado esperado (2) Generación de factores protectores
Medico tradicional	Reunión	¿Existen procedimientos rituales para devolver al orden social a las personas que se consideran manchadas por efecto de relaciones amorosas y/o sexuales no permitidas por la cultura?	Reunión de médicos tradicionales	Aislamiento de las personas señaladas	Procedimientos de carácter ritual enfocados en devolver al orden social a quienes se ha apartado del mismo

C. Para la discusión a nivel comunitario local.

Persona que la realiza	Método	Tema	Escenario	Resultado esperado (1) Evitar la presencia de factores de riesgo	Resultado esperado (2). Generación de factores protectores
Funcionario, funcionaria, maestros	Reunión con hombres	Educación sexual (peligros para la comunidad, para ellos mismos y para sus parejas, de los peligros de las relaciones sexuales sin protección; métodos de protección sexual)	Asamblea General Asamblea veredal	Relaciones sexuales sin protección	Concientización sobre los peligros para la comunidad, para ellos mismos y para sus parejas, de los peligros de las relaciones sexuales sin protección

Funcionario, funcionaria, maestros	Reunión con mujeres	Educación sexual (la violencia sexual contra la mujer; Cómo evitarla y como denunciarla)	Asamblea General Asamblea veredal Instituciones escolares	Sentirse culpable en los casos de violencia sexual	Concientización sobre los peligros para la comunidad, para ellas mismos y para sus parejas, de los peligros de las relaciones sexuales sin protección; Concientizar sobre que es la violencia sexual contra la mujer; Cómo evitarla y como denunciarla
Funcionario, funcionaria, maestros	Reunión con hombres	Porque la mujer víctima de violencia sexual no es culpable.	Asamblea General Asamblea veredal Instituciones escolares	Culpabilizar a la mujer víctima de violencia sexual	Concientización de que la violencia sexual contra la mujer es un crimen en el que la mujer no es la culpable
Funcionario	Reunión con trabajadoras sexuales	La importancia del uso de la protección en las relaciones sexuales con sus clientes; La manera en que se ve afectada la vida de la comunidad indígena por las relaciones sexuales sin protección que sostienen con sus clientes indígenas	Casas de lenocinio	Contagio de enfermedades de transmisión sexual	Concientización sobre los peligros para la comunidad, para ellas mismas y para sus parejas, de los peligros de las relaciones sexuales sin protección;

Anexo 3

Identificación de vulnerabilidad en individuos pertenecientes a grupos y pueblos étnicos indígenas

Se recomienda la construcción de un instrumento de identificación de la vulnerabilidad y los factores de riesgo para problemas en Salud Mental con énfasis en Conducta Suicida, para los miembros de los grupos y pueblos étnicos indígenas.

Este documento deberá ceñirse a directrices acordadas por parte de los grupos y pueblos con la institucionalidad sectorial, en el marco de la Consulta Previa, Concertación y Adecuación Sociocultural.

El instrumento deberá contar con los siguientes componentes:

A. Identificación: además de los datos habituales, deberá preguntarse por el grupo racial/étnico, el pueblo indígena específico, el asentamiento o comunidad de residencia, el manejo de la lengua autóctona y el español.

B. Identificación de vulnerabilidad: se deberá indagar por los diferentes aspectos de vulnerabilidad del individuo, su familia, comunidad y grupo o pueblo étnico indígena. Algunos aspectos relevantes, acorde con la información disponible a nivel mundial, regional y nacional, son:

1. A nivel organizativo territorial: desterritorialización por distintos fenómenos, ausencia de formas organizativas autónomas, falta de liderazgos por parte del grupo o pueblo étnico indígena, ausencia de respuestas estatales para garantía de derechos, entre otros.
2. A nivel comunitario cultural: pérdida de prácticas culturales y rituales ancestrales/tradicionales, procesos de contacto y colonización negativos, ausencia de liderazgos a nivel comunitario, falta de proyectos organizacionales, poca gestión ante recursos de participaciones.
3. A nivel familiar: deterioro de la comunicación familiar, antecedentes de conductas o comportamientos susceptibles de interpretarse como Enfermedad Mental o Conducta Suicida, escasa red de apoyo, entre otros.
4. A nivel individual: consumo de alcohol y sustancias psicoactivas no rituales, cambios de conducta o comportamientos inesperados, conductas de autoagresión o heteroagresión no motivada.

Los elementos de vulnerabilidad y factores de riesgo específicos para los grupos y pueblos étnicos deberán ser trabajados por las AATIs, las organizaciones semejantes, los líderes locales y la población general, con el apoyo del talento humano sectorial.

Esta investigación propia, investigación participativa y diálogo de saberes seguirá las pautas ya referidas a los procesos de Adecuación Sociocultural mencionados.

Anexo 4

Pautas para construir herramientas para el tamizaje narrativo en Salud Mental para grupos y pueblo étnicos indígenas.

Además de la identificación de la vulnerabilidad y los factores de riesgo, es necesario inicial un trabajo para brindar herramientas para el diagnóstico e intervención. Para ello es fundamental el trabajo sobre las narrativas, el cual tiene como punto de partida la intervención 8 de la Estrategia 3.

Para avanzar hacia el uso de dichas narrativas como herramientas se sugiere el siguiente trabajo:

1. Un grupo de expertos en saberes tradicionales/ancestrales deberán reconstruir los aspectos más relevantes de la cosmovisión, y su relación con pensamientos, emociones, percepciones, intenciones, conductas observables y cambios corporales, tanto en el individuo como en los colectivos de un grupo o pueblo étnico indígena de referencia.
2. Sobre esta identificación y la experiencia previa de dichos expertos, se hará la respectiva asociación de estos con formas apropiadas e inapropiadas, lo cual permitirá establecer elementos narrativos que serían susceptibles de considerar como manifestaciones de una posible Enfermedad Mental o una Conducta Suicida.
3. El trabajo autónomo del grupo de sabedores ancestrales/tradicionales deberá sistematizarse, proceso que contará con el apoyo del talento humano comunitario y sectorial. Posterior al cual procederá a socializarse con los miembros de grupo o pueblo étnico indígena.
4. Establecido el consenso entre la población, se realiza el proceso de capacitación al talento humano comunitario y sectorial. La dinámica de este último será a través del diálogo de saberes, buscando optimizar las alternativas

terapéuticas posibles. Dichas alternativas deberán someterse a un seguimiento para identificar la efectividad de la intervención.