**DOCUMENTO TÉCNICO - SOPORTE DE LA MGA**

**NOMBRE DEL PROYECTO:**

**FORTALECIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA “VEREDAS QUE SE CUIDAN” EN EL MUNICIPIO XXXXXX**

*Incluir una foto representativa del proyecto*

Municipio XXXXXXX

Secretaría de Salud e Inclusión Social

**Fecha: Mes y Año**

**TABLA DE CONTENIDO**

[INTRODUCCIÓN 5](#_wlfjy511v0mr)

[1.](#_e5evkcwrwj38) IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD 6

[1.1](#_13cu5nqy6stq) CONTRIBUCIÓN DEL PROYECTO A LA POLÍTICA PÚBLICA 6

[1.1.1](#_yimlbnl1of96) Contribución al Plan de Desarrollo Nacional 6

[1.1.2](#_wi7h8aqe29g) Indicador Producto Nacional MGA-Web 6

[1.1.3](#_kwp75f2fezb1) Plan de Desarrollo del Departamental o Sectorial 6

[1.1.4](#_f7jwr6pwioqt) Plan de Desarrollo Distrital o Municipal 7

[1.1.5](#_k4y190ivnv5v) Plan de Desarrollo Institucional 7

[1.2](#_85p5xun9caaw) IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 7

[1.2.1](#_wyz8jnrx1ib0) Análisis del problema 7

[1.2.2](#_kbreszw6g68w) Definición del problema central 7

[1.2.3](#_amzzv9z4g33s) Árbol de problemas 8

[1.2.4](#_ch6qxqtstjvj) Descripción de la situación existente con respecto al problema 7

[1.2.5](#_3mies8js0o2l) Magnitud actual del problema e indicadores de referencia 9

[1.2.6](#_ngf270kfdfn9) Evidencias fotográficas magnitud actual del problema 10

[1.3](#_kzi6g73ww259) IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PARTICIPANTES 10

[1.3.1](#_9vnyoohuu0jp) Identificación de participantes 10

[1.3.2](#_598z8rbar1lk) Análisis de los participantes 11

[1.4](#_dahjdwxcuydt) POBLACIÓN AFECTADA Y OBJETIVO 12

[1.4.1](#_qa14i9y82soo) Población afectada por el problema 12

[1.4.2](#_14ioz721q37g) Localización de la población 12

[1.4.3](#_di9uiwisp4nk) Población objetivo de la intervención 12

[1.4.4](#_udye7xdbro01) Características Demográficas de la Población Objetivo 13

[1.5](#_eel5phl6zbhx) SOPORTE TEÓRICO 15

[1.6](#_2l4x66ene1a1) OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS 15

[1.6.1](#_r519mfovgf3h) Árbol de objetivos 15

[1.6.2](#_n7pmbwf118ik) Indicador(es) de seguimiento al objetivo general 16

[1.7](#_875wuq1tn0xm) ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN 17

[1.7.1](#_pz28ebsabusl) Criterios de selección: 18

[1.7.2](#_h0hwaw58vtlz) Nombre de la(s) alternativa(s) seleccionada(s) 18

[2.](#_4a3aspliennz) PREPARACIÓN DEL PROYECTO 18

[2.1](#_4xe8deseqgpn) ESTUDIO DE NECESIDADES 19

[2.1.1](#_1rmo0jstpv1j) Bien o servicio a entregar o demanda a satisfacer 19

[2.2](#_gh4ucu3f9jck) ANÁLISIS TÉCNICO DE LA ALTERNATIVA 20

[2.2.1](#_96bmeva2x3li) Resumen o descripción de la alternativa 20

[2.3](#_stm91chqp2gz) LOCALIZACIÓN DE LA ALTERNATIVA 20

[2.3.1](#_nppkfoftc34u) Localización 20

[2.3.2](#_xrdjoerpdvw) Localización en el mapa- Georreferenciación del proyecto 21

[2.3.3](#_u4wqfekt7thb) Factores analizados 21

[2.3.4](#_ci4qiqksbxnz) Alcance del proyecto 22

[2.4](#_obj38cyu9efp) JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO 22

[2.5](#_lqkvvhgqioy8) CADENA DE VALOR 22

[2.5.1](#_vls5ppqgehhn) Identificación de los productos 22

[2.5.2](#_dwj0z6o0k2rv) Programación de Costos 23

[2.5.3](#_ak6cm466anmz) Costo total del proyecto 25

[2.6](#_ah2cbgvqflyk) ANÁLISIS DE RIESGOS 25

[2.6.1](#_5xbfaj39nl13) Matriz de Riesgos 25

[2.7](#_v10od5apuqpw) INGRESOS Y BENEFICIOS DEL PROYECTO 26

[2.7.1](#_6xhjosriebqo) Valoración 26

[2.8](#_vmml8z990cju) INDICADORES DE PRODUCTO Y GESTIÓN 27

[2.9](#_vlpphzmm5ngv) FUENTES DE FINANCIACIÓN 27

[2.10](#_7ukqou1f8uxr) SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO 28

[2.11](#_pf5lkxpel9kc) CRONOGRAMA DEL PROYECTO 28

[3.](#_9yea859f7ft8) INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD PROPONENTE O EJECUTORA 28

[3.1](#_xxgyhu4t57cn) INFORMACIÓN BÁSICA DE LA ENTIDAD 29

[3.1.1](#_nn3m4v5x9uhj) Plataforma estratégica de la entidad 29

[3.1.2](#_j4eaeutcsnas) Generalidades del Municipio y/o Departamento 29

[3.2](#_rplxs6yx0kk8) RELACIÓN LISTA DE ANEXOS 29

[3.3](#_6sfyq81yyjfc) BIBLIOGRAFÍA 29

# INTRODUCCIÓN

Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población de Colombia en el año 2023 alcanzó los 52.215.503 habitantes. De estos, 39.751.902 (76,13 %) residen en cabeceras municipales, mientras que 12.463.601 (23,87 %) se distribuyen en áreas rurales y centros poblados menores llevando a que exista una menor concentración de oferta institucional y de servicios en la zona rural. En el caso de Antioquia es incluso más marcada la diferencia, ya que, de los 6.407.102 habitantes, 4.972.941 (80%) reside en cabeceras municipales, mientras que 1.434.161 (20%), reside en áreas rurales o rurales dispersas.

Es evidente que en el país existen unas brechas en el acceso a los servicios de salud significativas entre las ruralidades y las cabeceras municipales y ciudades las cuales se ven representada en hechos tales como la cobertura, en donde aunque en el país la población universal afiliada es del 98% en los municipios incluidos en los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) el 79.6% de la población se encuentra afiliada, destacando que una de las principales características de estos municipios es su amplitud en zona rural.

Al realizar un análisis geográfico frente el estado de la salud mental de los colombianos, se evidencia notables disparidades en la prevalencia tanto de los trastornos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas como de los trastornos mentales y del comportamiento entre las zonas rurales y urbanas, lo cual indica la necesidad de una distribución más equitativa de las ofertas en salud mental, ya que el 68% de estas se concentran en las ciudades principales del país.

Los programas de salud mental deben transitar del enfoque occidental-urbano que viene operando actualmente a uno en el que se reconocen las necesidades y deseos locales mediante el fomento de la participación de la comunidad en la planificación y ejecución de programas en salud con enfoque territorial.

Es importante hacer una precisión en cuanto a lo que actualmente se comprende como ruralidad ya que el concepto ha ido cambiando en las últimas décadas, en donde se percibía el entorno rural como algo estable, disperso en su estructura, con migraciones a los centros urbanos y marcadamente geográfica; a una noción que resalta la diversidad cultural, social y económica, sistemáticamente interconectada con lo urbano y con un creciente aumento de migraciones de lo urbano a lo rural y en constante cambio y dinamismo relacional.

Es importante resaltar que es un mandato constitucional el fomento de ofertas estatales para la Protección y el Cuidado de la Salud Mental de la totalidad de los colombianos, lo cual esta conferido en el Artículo 13 de Constitución Política, el cual consagra el principio de igualdad, obligando a atender con prioridad a las personas en condiciones de vulnerabilidad, como en este caso las comunidades rurales dispersas.

A su vez el articulo 24 Ley Estatutaria de Salud ley 1751 del 2015 declara:

*“*El deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servidos de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”.

Por otra parte, la Ley de Salud Mental (1616/13) en su artículo 27 plantea la necesidad de que sea garantizada la participación.

*En el marco de la Constitución Política, la Ley y la Política Pública Nacional de Participación Social el 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*.

Finalmente, el Plan Decenal de Salud Pública 2022/2031, hace un énfasis en dos componentes para el trabajo en salud mental en contextos rurales; el primero es la promoción y protección del cuidado integral de la salud con enfoque diferencial, en donde se resalta la necesidad de la mejoría de las condiciones de vida de las poblaciones indígenas, negras, afro, raizales y palenqueras, Rrom, Migrante, víctima del conflicto armado y población campesina; y el segundo, el fomento de la participación social en salud, resaltando la importancia de propiciar espacios de interlocución, diálogo, formulación y concertación de políticas en salud mediante el fortalecimiento de redes y grupos de apoyo social y comunitarios.

# IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD

Al realizar un análisis geográfico frente el estado de la salud mental del municipio XXXXXXX, se evidencia notables disparidades en la prevalencia tanto de los trastornos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas como de los trastornos mentales y del comportamiento en la zona rural y urbana, lo cual indica la necesidad de una distribución más equitativa de las ofertas en salud mental, ya que un alto porcentaje de estas intervenciones se concentran en el contexto urbano.

Además de estas disparidades, la necesidad de planeación y aplicabilidad de la política de salud mental es evidente

A raíz de la pandemia por COVID-19, los trastornos mentales se han intensificado, como lo demuestra el incremento de casos que han necesitado atención en salud mental durante el periodo post-pandémico, lo cual ha provocado, en ciertos momentos, el colapso de los servicios especializados en psiquiatría.

En este contexto, se identifica como necesidad prioritaria la formulación e implementación de un proyecto de salud mental que fortalezca la capacidad de respuesta institucional, promueva estrategias de atención integral y comunitaria, e incorpore enfoques diferenciales y territoriales. Se requiere cerrar las brechas históricas de acceso, fomentar la participación activa de las comunidades rurales, y articular acciones intersectoriales que contribuyan a la prevención, promoción, atención y rehabilitación en salud mental. La intervención debe enfocarse en reducir los factores de riesgo, mejorar la calidad de vida y garantizar el acceso equitativo y continuo a servicios oportunos y culturalmente pertinentes en los entornos rurales del departamento de Antioquia.

## **CONTRIBUCIÓN DEL PROYECTO A LA POLÍTICA PÚBLICA**

### **Contribución al Plan de Desarrollo Nacional**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan Nacional de Desarrollo:** | *(2022-2026) Colombia potencia mundial por la vida* |
| **Programa:** | *1905 – Salud Pública* |
| **Transformación:** | *II. Seguridad humana y justicia social* |
| **Pilar:** | *02. Superación de privaciones como fundamento de la dignidad humana y condiciones básicas para el bienestar* |
| **Componente:**  | *b. Determinantes sociales en el marco del modelo preventivo y predictivo* |
| **Catalizador** | *01. Hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo* |

### **Indicador Producto Nacional MGA-Web**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Descripción** | **Unidad Medida** | **Sector** | **Programa** |
| 1905054 – Servicio de promoción de la salud | Corresponde a las estrategias, acciones, procedimientos e intervenciones integrales que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. El servicio de promoción en salud pública incluye la formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, educación en salud, desarrollo de actitudes personales saludables, reorientación de los servicios de salud para la transformación de las condiciones de salud, entre otros. | Número de estrategias | Salud y Protección Social | Salud Pública |

### **Plan de Desarrollo del Departamental o Sectorial**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan de Desarrollo Departamental o Sectorial:** | “Por Antioquia Firme” 2024 - 2027 |
| **Línea Estratégica:** | Línea estratégica 2: Cohesión desde lo social  |
| **Componente:** | 2.1 Bien-Estar: Salud integral para Antioquia |
| **Programa:** | 2.1.2 Salud mental: ambientes saludables y protectores |

### **Plan de Desarrollo Distrital o Municipal**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan de Desarrollo Distrital o Municipal** | *Incluir el nombre del Plan de Desarrollo Municipal XXXX* |
| **Línea Estratégica:** | *Incluir codificación y nombre línea estratégica Plan Desarrollo Municipal* |
| **Componente:** | *Incluir codificación y nombre del componente del Plan Desarrollo Municipal* |
| **Programa:** | *Incluir codificación y nombre del programa Plan Desarrollo Municipal* |

* + 1. **Plan de Desarrollo institucional.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Plan de Desarrollo institucional** | *Incluir el nombre del Plan de Desarrollo Institucional XXXX* |
| **Línea Estratégica:** | *Incluir codificación y nombre línea estratégica Plan Desarrollo institucional* |
| **Componente:** | *Incluir codificación y nombre del componente del Plan Desarrollo institucional* |
| **Programa:** | *Incluir codificación y nombre del programa Plan Desarrollo institucional* |

## **IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

### **Análisis del problema**

Existen brechas en el acceso a los servicios de salud significativas entre la ruralidad y la cabecera municipal, las cuales se ven representada en hechos tales como la cobertura.

El acceso desigual a los servicios de salud mental en el municipio XXXX, representa un problema estructural que vulnera el derecho fundamental a la salud. Esta problemática se viene presentando principalmente en la vereda XXXX hace XXXX años, debido a una ausencia de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, desencadenando un incremento de los factores de riesgo en la población.

### **Definición del problema central**

Incremento de los factores de riesgo en la salud mental de la comunidad rural del municipio XXXX del departamento de Antioquia.

### **Descripción de la situación existente con respecto al problema**

En la zona rural del municipio XXXXXXX, la salud mental enfrenta un incremento de factores de riesgo tanto de trastornos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas como de los trastornos mentales y del comportamiento, caracterizados por la ausencia de estrategias específicas con enfoque territorial y comunitario, lo que ha limitado la capacidad institucional para responder a las crecientes necesidades de la población, especialmente en las zonas rurales.

Actualmente, los centros de atención primaria carecen de personal especializado y de herramientas adecuadas para la atención integral de los trastornos mentales. Esto se agrava por el acceso limitado al desarrollo y fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud mental, así como por la escasa sensibilización comunitaria sobre el cuidado de la salud emocional, lo que contribuye al mantenimiento del estigma y la desinformación en torno al tema.

Si bien se han implementado esfuerzos institucionales como campañas de sensibilización y formación a promotores de salud, estas iniciativas han sido insuficientes y carecen de continuidad. La asignación limitada de recursos económicos ha dificultado la implementación de estrategias con un abordaje integral y sostenible.

Como resultado, se observa un incremento de los factores de riesgo en salud mental, manifestado en el aumento de trastornos como depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y conductas suicidas, afectando especialmente a adolescentes, jóvenes y personas en situación de vulnerabilidad. Esta situación ha derivado en un mayor número de casos que requieren atención especializada, colapsando en ocasiones los servicios disponibles.

Además, la débil participación comunitaria y la disminución en el fortalecimiento de habilidades para la vida han limitado la creación de redes de apoyo social, impidiendo una respuesta colectiva y efectiva al problema.

Esta situación evidencia la necesidad de una intervención estructurada, con enfoque diferencial y participativo, que articule a los diferentes actores institucionales y comunitarios para reducir los factores de riesgo, mejorar la calidad de vida y garantizar un acceso equitativo y continuo a servicios de salud mental en el territorio

### **Árbol de problemas**



Fuente: elaboración propia

**Causas Directas:**

* + - * Ausencia de estrategias específicas enfocadas en modelos participativos y de inclusión para los entornos comunitarios.

**Causas Indirectas:**

* + - * Baja planeación y aplicabilidad de la política de salud mental
			* Insuficiente asignación de recursos económicos para la implementación de estrategias con un abordaje integral.
			* Escasa sensibilización en promover la salud emocional
			* Limitado acceso al desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de los profesionales psicosociales.

 **Efectos directos:**

1. Aumento de trastornos mentales
2. Debilidad en el fortalecimiento de las habilidades para la vida

**Efectos indirectos:**

* 1. Disminución en la calidad de vida de la comunidad
	2. Aumento de la demanda de los servicios de salud mental
	3. Disminución de la participación comunitaria

### **Magnitud actual del problema e indicadores de referencia**

La población de la vereda de XXXXXX cuenta con un total de XXXXX habitantes, de los cuales solo XXXXX se benefician de programas y estrategias de salud mental dejando el XXXX de la población en riesgo de presentar algún trastorno asociado con el consumo de sustancias psicoactivas o trastornos mentales y del comportamiento.

### **Evidencias fotográficas magnitud actual del problema**

*Adjuntar la evidencia fotográfica que dé cuenta de la magnitud del problema y nos permita observar la situación existente.*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Foto 01:  *Breve descripción de lo que se observa* | Foto 02: *Breve descripción de lo que se observa* |
|  |  |
| Foto 03: *Breve descripción de lo que se observa* | Foto 04: *Breve descripción de lo que se observa* |

## **IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE PARTICIPANTES**

### **Identificación de participantes**

**Tabla 1. Lista de Participantes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Actor** | **Entidad** | **Posición** | **Intereses o Expectativas** | **Contribución o Gestión** |
| 1 | Nacional | Ministerio De Salud Y Protección Social | Cooperante | El Ministerio de Salud y Protección Social espera que los actores en salud actúen de acuerdo a sus competencias y de acuerdo a sus lineamientos. | Normativa y técnica.  |
| 2 | Departamental | Secretaria de salud e Inclusión Social  | Cooperante | Fortalecer las estrategias psicosociales y de seguridad para la asistencia de salud mental. | técnica y/o económica.  |
| 3 | Municipal  | Administración municipal | Cooperante | Mejorar las condiciones de salud de la población del municipio fortaleciendo la oportunidad, seguridad y la accesibilidad a los servicios de salud. | técnica y/o económica.  |
| 4 | Otro  | Comunidad  | Beneficiario | Recibir atención en salud bajo parámetros de calidad, oportunidad, seguridad y pertinencia. | Configuración de veedurías ciudadanas |
| 5 | Otro | Municipios aledaños | Cooperante | Crear redes de apoyo intersectoriales en las comunidades rurales. | Configuración de veedurías ciudadanas |

**\* En la Columna “Contribución o Gestión” se plantean los mecanismos, organización, capacidad, influencia política o económica con que cuenta cada actor. Se debe especificar quién financiará el proyecto.**

### **Análisis de los participantes**

Se realizaron mesas técnicas de trabajo, asesorías y asistencias técnicas con la alcaldía XXXXXXXXXXXX del municipio de XXXXXXXXXXXX encargada de coordinar acciones de promoción de salud del municipio, con la Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia, Centros de Referencia y Administración Municipal para diagnosticar las necesidades del territorio en relación con el servicio de atención en salud mental y, en esta medida, se definieron las especificaciones técnicas y logísticas, así como los aportes de los actores involucrados en el proceso con el fin de lograr una prestación integral del servicio.

Las asociaciones de usuarios de salud también participaron en la identificación del problema y plantearon sus puntos de vista con respecto a sus necesidades y se comprometieron a constituir una veeduría ciudadana para realizar control social sobre la prestación del servicio informando oportunamente a la administración sobre cualquier falla que pueda afectar su adecuada operación.

Igualmente se viene coordinando con los municipios la posibilidad de constituir alianzas institucionales para aunar esfuerzos con el fin de fortalecer las redes integradas de servicios de salud de la región. Así mismo, se ha solicitado acompañamiento técnico al Departamento durante todo el proceso del fortalecimiento e implementación de la modalidad de atención a ejecutarse en el municipio.

## **POBLACIÓN AFECTADA**

### **Población afectada por el problema**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo Población** | **Número** | **Fuente de la Información** |
| Personas | XXXXXXX | Proyecciones DANE año XXXX |

### **Localización de la población**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Región** | **Departamento** | **Municipio** | **Centro Poblado/ Resguardo** | **Localización específica** |
| XXXXX | Antioquia | XXXXX | XXXX | Dirección XXXXXXXXXX |

### **Población objetivo de la intervención**

La población objeto del programa “Veredas que se cuidan” son las comunidades de las zonas rurales y rurales dispersas del departamento de Antioquia del municipio de XXX

.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipo Población** | **Número** | **Fuente de la Información** |
| Personas | XXXXXXX |  XXXX |

###  **Características Demográficas de la Población Objetivo**

**Tabla 3. Características Demográficas de la Población Objetivo.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descripción de la Población**  | **Número de Personas**  | **Fuente**  | **Política Transversal** |
| Etapa del ciclo de vida | Primera infancia 0 – 5 años | XXXX |  Estadísticas DANE | Primera infancia, infancia y adolescencia |
| Infancia 6 – 11 años | XXXX | Estadísticas DANE | Primera infancia, infancia y adolescencia |
| Adolescencia 12- 18 años | XXXX | Estadísticas DANE | Primera infancia, infancia y adolescencia |
| Juventud 14 – 26 años | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Adultez 27 – 59 años | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Vejez 60 años y más | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Etaria (Edad) | 0 a 14 años | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| 15 a 19 años | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| 20 a 59 años | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Mayor de 60 años | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Grupos étnicos | Pueblos Indígenas | XXXX | Estadísticas DANE | Grupos étnicos - Comunidades Indígenas |
| Comunidades Afrocolombianas | XXXX | Estadísticas DANE | Grupos étnicos - Comunidades afrocolombianas |
| Comunidades Raizales | XXXX | Estadísticas DANE | Grupos étnicos - comunidades raizales |
| Pueblos Rrom | XXXX | Estadísticas DANE | Grupos étnicos - Pueblo Rroom |
| Población Mestiza | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Comunidades Negras | XXXX | Estadísticas DANE | Grupos étnicos - comunidades negras |
| Comunidades Palenqueras | XXXX | Estadísticas DANE | Grupos étnicos - comunidades palenqueras |
| Género | Masculino | XXXX | Estadísticas DANE |  |
| Femenino | XXXX | Estadísticas DANE | Equidad de la Mujer |
| Población Vulnerable | Personas en Reincorporación (Acuerdos de Paz) | XXXX | Estadísticas DANE | Construcción de paz |
| Personas en Reintegración exintegrantes de Grupos Armados Organizados y otros en tránsito a la vida civil | XXXX | Estadísticas DANE | Construcción de Paz |
| Desplazados | XXXX | Estadísticas DANE | Víctimas (incluye como categoría la población en situación de desplazamiento) |
| Personas con discapacidad | XXXX | Estadísticas DANE | Discapacidad e inclusión social |
| Víctimas de otros hechos diferentes al desplazamiento | XXXX | Estadísticas DANE | Construcción de Paz |

## **SOPORTE TEÓRICO**

El proyecto de intervención “Veredas que se Cuidan” se fundamenta en diversos modelos conceptuales, orientados a la promoción de la salud mental, la prevención de riesgos psicosociales y la construcción de redes comunitarias de cuidado en contextos rurales. A continuación, se describen los modelos centrales:

- El modelo socioecológico (Bronfenbrenner, 1979; McLeroy et al., 1988) plantea que la salud y el bienestar de las personas están determinados por la interacción de múltiples niveles de influencia: individual, interpersonal, comunitario, organizacional y político. El Proyecto “Veredas que se cuidan” reconoce que las problemáticas de salud mental no son sólo fenómenos individuales, sino que están influenciadas por contextos familiares, comunitarios y sociales. Por tanto, las acciones están orientadas a intervenir no solo lo individual sino también cada uno de los determinantes sociales.

- El modelo Eco2, propuesto por OPS/OMS, amplía la perspectiva del modelo socioecológico, incorporando dos dimensiones clave: la ecología de la persona (experiencia y contexto inmediato) y la ecología de la acción (sistemas y políticas que rodean las intervenciones). Este modelo orienta el trabajo en salud mental comunitaria mediante:

* La identificación de recursos comunitarios.
* La promoción de redes de apoyo y autocuidado.
* La articulación de actores intersectoriales. El proyecto “Veredas que se Cuidan” se fundamenta en este modelo para fortalecer tanto las capacidades individuales como las estructuras comunitarias e institucionales.

- Por otra parte, y basado en el modelo de Communities That Care (CTC), desarrollado en Estados Unidos y adaptado en varios países, este modelo promueve el fortalecimiento de las comunidades para reducir factores de riesgo y aumentar factores protectores que impactan en la salud mental, especialmente en jóvenes y familias. Se sustenta en la participación de la comunidad para identificar sus problemáticas y diseñar soluciones colectivas. El proyecto integra este modelo a través de:

* Diagnóstico participativo.
* Formación de gestores comunitarios.
* Conformación de Nodos de Cuidado.
* Priorización de estrategias basadas en evidencia.

 - La Atención Primaria en Salud, como estrategia definida en la Declaración de Alma-Ata (1978) y renovada en Astana (2018), se basa en acercar los servicios de salud a las comunidades con un enfoque integral, intersectorial y participativo. El proyecto adopta la APS como principio orientador para:

* Desarrollar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental.
* Articular los servicios de salud con las redes comunitarias.
* Garantizar acceso equitativo en zonas rurales mediante estrategias como brigadas móviles, telemedicina y agentes comunitarios.

- La Rehabilitación basada en comunidad RBC, impulsada por la OMS desde los años 90, es una estrategia comunitaria para promover la inclusión social y mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad, incluidos quienes presentan trastornos mentales. Sus principios son pertinentes para zonas rurales, donde el acceso a servicios especializados es limitado. “Veredas que se Cuidan” integra la RBC mediante:

* Fortalecimiento de las redes de apoyo.
* Formación de agentes comunitarios.
* Acciones de reintegración social, laboral y educativa para personas con afectaciones en salud mental.

## **OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS**

**Objetivo General**

Contribuir al mejoramiento del bienestar psicosocial y la salud mental de las comunidades rurales del departamento de Antioquia, mediante el fortalecimiento de redes comunitarias de cuidado, la promoción de la salud mental, la prevención de riesgos psicosociales, la detección temprana y la activación de rutas integrales de atención con enfoque territorial, diferencial y comunitario.

**Objetivos Específicos**

* Caracterizar las condiciones de salud mental y los recursos comunitarios de las veredas priorizadas, mediante diagnósticos participativos que permitan identificar factores de riesgo, factores protectores, costumbres y necesidades psicosociales.
* Fortalecer las redes comunitarias de cuidado mediante la formación de gestores comunitarios, líderes veredales y actores locales como gestores de la salud mental.
* Implementar estrategias de detección temprana y acompañamiento individual, familiar y comunitario a personas con posibles alteraciones en salud mental, facilitando su acceso a las rutas integrales de atención.
* Promover la educación y sensibilización comunitaria sobre salud mental, autocuidado, prevención del estigma y fortalecimiento de habilidades psicosociales, a través de talleres, círculos de escucha, campañas y encuentros veredales.
* Articular intersectorialmente las acciones de salud mental con los servicios de salud, protección social, educación, justicia y demás actores territoriales, para asegurar la continuidad y calidad de la atención en las zonas rurales.
* Evaluar y monitorear de forma participativa los avances y resultados del proyecto, garantizando el ajuste continuo de las estrategias de acuerdo con las particularidades de cada vereda.

### **Árbol de objetivos**



Fuente: elaboración propia

### **Indicador(es) de seguimiento al objetivo general**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de indicador** | **Descripción** | **Medido a través de** | **Meta** | **Tipo Fuente** | **Fuente Verificación** |
| **Indicador Objetivo General** | Personas beneficiadas con estrategias de salud mental *en las veredas XX del Municipio XXX* | Número de personas  |   XX% | Informes | Informes de gestión o ejecución |

***1.6.3 Relaciones entre causas y los objetivos***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Objetivos/Soluciones** |  **Problema** |
| **Objetivo general (propósito)** | *Contribuir a la reducción de los factores de riesgo en la salud mental de la comunidad rural del municipio XXXX, Antioquia.* | *Incremento de los factores de riesgo en la salud mental de la comunidad rural del municipio XXXX, Antioquia.* |
| **Objetivos específicos** **(Causas directas)** | *OE.1. Implementar estrategias específicas enfocadas en modelos participativos y de inclusión para los entornos comunitarios.* | *CD.1 Ausencia de estrategias específicas enfocadas en modelos participativos y de inclusión para los entornos comunitarios.* |
| **Objetivos específicos** **(Causas indirectas)** | *OE.1. Mejorar la planeación y aplicabilidad de la política de salud mental* | *CI.1 Baja planeación y aplicabilidad de la política de salud mental* |
| *OE.2. Aumentar la asignación de recursos económicos para la implementación de estrategias con un abordaje integral.* | *CI.2 Insuficiente asignación de recursos económicos para la implementación de estrategias con un abordaje integral.* |

## **ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

|  |
| --- |
| Nombre Objetivo General: *Contribuir a la reducción de los factores de riesgo en la salud mental de la comunidad rural del municipio XXXX, Antioquia.* |
| **Objetivos Específicos** | **Acciones de intervención posibles** |
| 1. *Implementar estrategias específicas enfocadas en modelos participativos y de inclusión para los entornos comunitarios* | 1.1. Fortalecimiento de las intervenciones en salud mental a través de la implementación del programa “veredas que se cuidan” en el municipio XXXX |
| 1.2. Implementación de telepsicología y teleorientación |

### **Criterios de selección:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Criterios de selección** | **Alternativa 1** | **Alternativa 2** |
| Técnicos | X |  |
| Financieros | X |  |
| Económicos |  | x |
| Institucionales | X |  |
| Sociales | X |  |
| Ambientales | X |  |
| *Otro ¿Cuál?* |  |  |

### **Nombre de la(s) alternativa(s) seleccionada(s)**

Fortalecimiento de las intervenciones en salud mental a través de la implementación del programa “veredas que se cuidan” en el municipio XXXX

# PREPARACIÓN DEL PROYECTO

## **ESTUDIO DE NECESIDADES**

### **Bien o servicio a entregar o demanda a satisfacer**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Serie histórica de la necesidad  |  Inicio:XXXX |  Final: XXXX | Último año: XXXX |
| Bien o servicio  | Programa “veredas que se cuidan” en el municipio XXXX  |
| Medido a través de  | Número de habitantes de la verada XXXXX |
| Descripción  | Intervenciones de redes comunitarias de cuidado, la promoción de la salud mental, la prevención de riesgos psicosociales, la detección temprana y la activación de rutas integrales de atención con enfoque territorial, diferencial y comunitario. |
| Descripción de la oferta  | Número de habitantes de la vereda XXXX del municipio XXXX con acceso al programas y estrategias de salud mental  |
| Descripción de la demanda  | Número de habitantes de la vereda XXXX del municipio XXXX. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año** | **Oferta** | **Demanda** | **Déficit** |
| 2020 | XXX | XXX | -XXXX |
| 2021 | XXX | XXX | -XXXX |
| 2022 | XXX | XXX | -XXXX |
| 2023 | XXX | XXX | -XXXX |
| 2024 | XXX | XXX | -XXXX |
| 2025 | XXX | XXX | -XXXX |

**\*Estos valores hacen parte de la ejemplificación de este apartado. Sustitúyalos teniendo presente su bien o servicio. Recuerde conservar el déficit negativo en todos los años, con el fin de evidenciar la necesidad y prioridad del proyecto.**

## **ANÁLISIS TÉCNICO DE LA ALTERNATIVA**

### **Resumen o descripción de la alternativa**

La alternativa busca contribuir al mejoramiento del bienestar psicosocial y de la salud mental de las comunidades rurales del departamento de Antioquia, mediante la creación de redes comunitarias de cuidado, la promoción de la salud mental, la prevención de riesgos psicosociales, la detección temprana y la activación de rutas integrales de atención con enfoque territorial, diferencial y comunitario.

* Caracterizar las condiciones de salud mental y los recursos comunitarios de las veredas priorizadas, mediante diagnósticos participativos que permitan identificar factores de riesgo, factores protectores, costumbres y necesidades psicosociales.
* Crear y/o fortalecer las redes comunitarias de cuidado mediante la formación de gestores comunitarios, líderes veredales y actores locales como gestores de la salud mental.
* Implementar estrategias de detección temprana y acompañamiento individual, familiar y comunitario en personas con problemas o trastornos mentales, posibilitando el acceso a las rutas integrales de atención.
* Promover la educación para la salud y sensibilización comunitaria en salud mental, autocuidado, prevención del estigma y fortalecimiento de habilidades psicosociales, a través de talleres, círculos de escucha, campañas y encuentros veredales.
* Articular intersectorialmente las acciones de salud mental con los servicios de salud, protección social, educación, justicia y demás actores territoriales, para asegurar la continuidad y calidad de la atención en las zonas rurales.
* Monitorear y evaluar activamente los avances y resultados del proyecto, garantizando el ajuste continuo de las estrategias de acuerdo con las particularidades de cada territorio.

El programa “Veredas que se cuidan” se basa en varios modelos conceptuales (socio ecológico, Eco2, CTC, APS y Rehabilitación basada en comunidad) y se estructura sobre enfoques comunitario, territorial y diferencial, de derechos humanos e intersectorialidad. Su objetivo es promover la salud mental en comunidades rurales de Antioquia mediante una metodología integral y participativa.

* CARACTERIZACIÓN: La construcción de una caracterización de las veredas priorizadas que incluya los factores protectores y de riesgo de estos territorios, mapas de actores claves, las costumbres y representaciones sociales de estos y sus necesidades específicas en salud mental.
* REDES COMUNITARIAS: conformadas por Nodos que tienen como fin la formación y educación de actores claves que se conviertan en agentes claves para la identificación y seguimiento de eventos relacionados con salud mental.
* DETECCIÓN TEMPRANA: Planes de cuidado individuales, familiares y comunitarios que permitan la detección temprana, la activación de rutas y el acompañamiento de necesidades en salud mental, la prevención de cualquier tipo de violencia y del consumo de sustancias psicoactivas.
* EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Desarrollo de jornadas de salud mental, círculos de escucha, actividades de integración comunitaria y demás estrategias a partir del plan de acción de los Nodos del Cuidado.
* ARTICULACIÓN: Acciones de articulación intersectorial con los sectores de salud, educación, protección, justicia, entre otras para la transformación de los determinantes sociales en salud de las ruralidades.

**DESCRIPCIÓN POR FASES**

El marco operativo del proyecto se distribuye en las siguientes fases:

* FASE 0: Alistamiento Institucional
* FASE 1: Planeación y diagnóstico.
* FASE 2: Fortalecimiento Comunitario
* FASE 3: Implementación
* Proceso transversal: Monitoreo y evaluación.

Las procesos y productos para cada fase son:

**FASE 0 ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL (1 MES).**

**Contratación del personal:** Se contratará el personal el cual estará compuesto por duplas por cada municipio priorizado, dicha dupla está compuesta por psicólogo y profesional social el cual podrá incluir (trabajador social, sociólogo o profesional en desarrollo familiar). Se sugiere que el proyecto incluya un coordinador, auxiliar administrativo y asesor metodológico por cada diez 10 duplas.

**Productos**: Talento humano contratado.

**Responsable**: Operador del proyecto

**Priorización de los territorios a intervenir:** Esta priorización se propone sea realizada teniendo en cuenta los siguientes criterios:

-Prevalencias de problemas de salud mental (Sivigila, Asis)

-Grado de ruralidad y dispersión (DANE)

-Vulnerabilidad Social, es decir presencia de población víctima, pobreza multidimensional y presencia de grupos étnicos (DANE, SISBEN y RUV)

-También se sugiere tener en cuenta los siguientes criterios de viabilidad institucional: Condiciones de seguridad y Compromiso institucional

**Producto**: a) Lista de municipios priorizados.

**Responable**: Secretaría de salud e inclusión social de Antioquia

**Inducción y cualificación técnica:** Se realizará un proceso de inducción al talento humano de manera presencial y virtual asincrónica la cual deberá incluir los siguientes temas:

* Ruralidad
* Enfoque diferencial
* Atención a víctimas del conflicto armado
* Grupos étnicos
* Atención Primaria en Salud
* Estrategias comunitarias en salud mental
* Dispositivos comunitarios
* Comunidades que se cuidan
* Rehabilitación Basada en Comunidad
* Grupos de apoyo y ayuda mutua
* Gestión de casos
* Primeros auxilios psicológicos
* Intervenciones breves
* Tamizajes
* Rutas de atención
* Guías de prevención indicada
* Abordaje familiar
* Familias que se cuidan

**Productos**: a) actas de inducción b) Informe de inducción.

**Responsable**: Operador del proyecto

**Alistamiento territorial**: Todas las acciones que comprenden la entrada a los municipios y la priorización territorial. Estas acciones comprenden la socialización a los diferentes actores municipales y la priorización de las veredas y corregimientos a intervenir. Por municipio deben ser priorizadas 4 veredas y corregimientos y la priorización será válida por medio de una carta de intención expedida por la Junta de Acción Comunal priorizada. **Productos**: a) Actas, listado de asistencia y evidencia fotográfica de los encuentros de socialización y priorización, b) cartas de intención de las veredas y corregimientos priorizados.

**Responsable**: Dupla territorial

**FASE 1 PLANEACIÓN Y DIAGNÓSTICO (1 MES)**

**Mapeo de actores y recursos:** Este es un proceso indispensable para el desarrollo de la estrategia, esto partiendo desde los principios básicos de la Atención Primaria en Salud, ya que permite fortalecer los procesos de participación social en salud y tener un horizonte claro para el acercamiento de las comunidades de los diferentes servicios. Este proceso se logra mediante mecanismos como el Mapa de Actores y Recursos, el cual permite establecer como se configuran las diferentes redes y servicios dentro de una comunidad. **Productos**: a) Actas, listados de asistencia y evidencia fotográfica de proceso de reconocimiento de ofertas y servicios, b) Mapa de Actores y Recursos, c) Directorio de ofertas por vereda.

**Responsable**: Profesional social

**Diagnóstico Participativo.** Teniendo en cuenta el enfoque diferencial y territorial del programa, se debe acudir a la Construcción Colectiva del Conocimiento, ya que esta permite reconocer las dinámicas sociales y comunitarias a su vez que las representaciones que puede tener la población frente a la salud mental (conceptos preconcebidos, factores de riesgo y factores protectores, estigmas, necesidades). Es por esto que por medio del levantamiento del Sistema diagnóstico Estratégico (SiDiEs), se ve la oportunidad de identificar todos estos componentes a su vez que establecer alianzas para la incidencia comunitaria de las mismas.

 **Productos**: a) Actas, listado de asistencia y evidencia fotográfica de la aplicación de instrumentos para el levantamiento del SiDiEs (Entrevista Semiestructurada, Observación participante, Grupo Focal, Árbol de problemas, cartografía social) b) Un Formato SiDiEs que incluya la información recopilada en las 4 veredas y corregimientos priorizados. **Responsable**: Dupla territorial

**Focalización de planes de atención psicosocial:** El acompañamiento psicosocial será un proceso que se transversalizará durante toda la implementación, ya que es el mecanismo mediante el cual se quiere acercar a las personas, familias e individuos a la atención en salud mental. En este sentido los planes de acompañamiento psicosocial serán categorizados de esta manera:

* **Atención Individual (20):** Atención brindada por los psicólogos de cada una de las duplas, que serán desarrollados según los fundamentos planteados desde la gestión de casos de los dispositivos comunitarios. Esta atención individual debe girar en torno a una propuesta de 6 sesiones que incluya psicoeducación, entrevista motivacional o intervención breve. Esto según las demandas y necesidades del usuario identificado.
* **Atención Familiar (12):** Atención brindada por los profesionales sociales de cada una de las duplas, que serán desarrollados por medio de la aplicación de los 9 talleres planteados desde la guía “Familias que se Cuidan”. Para considerarse atención familiar la atención debe ser desarrollada con mínimo 2 personas y máximo 8 personas
* **Atención Grupal (4):** Atención brindada por los dos profesionales que componen la dupla y consiste en el desarrollo de grupos de apoyo según las demandas y necesidades encontradas en los territorios priorizados (Esto puede incluir padres de familia, grupos de adulto mayor, grupos juveniles, entre otros), todo esto desarrollado en la lógica de Grupos de Apoyo. Para considerarse atención grupal la atención debe darse en 5 sesiones las cuales incluyan como mínimo a 8 personas y máximo 20.

**Producto**: a) ficha de identificación del caso, b) aplicación de tamizajes según el caso.

**Responsable**: La identificación será a cargo del profesional en psicología con apoyo del profesional social, ya que dicha identificación se da por medio de la articulación con los diferentes actores.

**FASE 2: FORTALECIMIENTO COMUNITARIO (5 MESES)**

Esta fase es indispensable para la sostenibilidad de la estrategia y el cumplimiento del objetivo de dejar capacidad instalada y oportunidad de respuesta en el territorio. Cada vereda deberá conformar un “Nodo del Cuidado” de la red comunitaria rural, en donde se sugiere la participación de actores clave tales como afiliados de la Junta de Acción Comunal, madres comunitarias, docentes rurales, lideres juveniles, lideres espirituales y demás personas interesadas en adquirir los conocimientos. Estas personas participarán de un entrenamiento compuesto por 6 módulos que más adelante serán discriminados más adelante.

**Conformación de los “Nodos del Cuidado**”: La conformación de estos nodos debe darse con mínimo 7 participantes, los cuales deben manifestar su interés mediante la firma de acta de compromiso colectiva, en donde se generen los acuerdos de participación del mismo. Cada nodo deberá tener un líder, el cual representará al nodo en los procesos de evaluación y monitoreo.

**Producto**: a) Acta de conformación, b) registro de gestores de los nodos.

**Responsable**: Dupla territorial

**Entrenamiento de los “Nodos del Cuidado”:** Conforme estas instalados los Nodos del Cuidado de cada vereda y/o corregimiento ellos deberán participar en el entrenamiento de los siguientes temas:

* Módulo 1: Conceptos básicos de la salud mental (Salud mental y bienestar, factores de riesgo y protección, estigma y derechos en la salud mental) -encargado psicólogo
* Módulo 2: Primeros Auxilios Psicólogicos (Escucha activa, contención emocional, canalización de casos)- encargado psicólogo
* Módulo 3: Detección temprana y señales de alerta (Detección de síntomas de depresión, ansiedad, riesgo suicida, consumo)- encargado psicólogo
* Módulo 4: Rutas de atención (Rutas municipales)-encargado profesional social
* Módulo 5: Estrategias de autocuidado y fortalecimiento comunitaria (Técnicas de autocuidado y construcción de redes de apoyo)- Encargado profesional social
* Módulo 6: Liderazgo y gestión comunitaria (Dinámicas de liderazgo participativo) Encargado profesional social

**Producto**: a) Actas, listado de asistencia y evidencia fotográfica de los encuentros de formación b) pretest y postest

**Responsable**: Dupla territorial

**Construcción del Plan de acción de los Nodos del Cuidado:** Teniendo en cuenta el diagnóstico, el Mapa de Actores y Recursos y el entrenamiento a los Nodos del Cuidado, se deberán generar como mínimo 3 acciones de salud mental con la participación de los gestores, estas acciones pueden ser: Círculos de dialogo, campañas educativas, integraciones comunitarias, entre otros y estas deben ser consignadas en el plan de acción. **Producto**: a) Plan de acción por cada Nodo del Cuidado.

**Responsable**: Dupla territorial

**FASE 3: IMPLEMENTACIÓN (5 meses)**

Cuando se hace referencia a la implementación se busca poner en marcha los planes de atención tanto individuales, familiares como comunitarios y el desarrollo de las 3 estrategias de salud mental consignadas en el plan de acción.

 **Ejecución de los planes de atención:** En esta fase se inicia la implementación de los planes con las personas, familias y grupos previamente focalizados en donde cada dupla debe cumplir las siguientes metas de atención.

* **Atención Individual:** A cargo del profesional en psicología, en donde se deberán desarrollar 20 planes de atención individual con una intensidad de 6 sesiones por persona. La atención puede estar desarrollada por medio de la psicoeducación, entrevista motivacional o intervención breve. Esto según las demandas y necesidades del usuario identificado.

**Producto**: a) Hojas de Primer Contacto b) Seguimientos de planes individuales c) Consentimientos o asentimientos informados d) derivaciones si se realizan e) tamizajes aplicados f) Firma de usuario en el registro de la atención

**Responsable**: Profesional en psicología

* **Atención Familiar:** A cargo del profesional social, en donde se deberán desarrollar 12 planes que serán desarrollados por medio de la aplicación de los 9 talleres planteados desde la guía “Familias que se Cuidan”. Para considerarse atención familiar la atención debe ser desarrollada con mínimo 2 personas y máximo 8 personas.

**Producto**: a) Fichas de cada sesión de aplicación del modelo de competencias parentales b) Listado de asistencia firmada por los participantes c) pretest y postest **Responsable**: Profesional social

* **Atención** **Grupal**: A cargo de la dupla, en donde se deberán desarrollar 4 planes de atención grupal que incluya 4 sesiones las cuales serán planeadas según las necesidades de cada grupo. Para considerarse atención grupal la atención debe darse en 4 sesiones las cuales incluyan como mínimo a 8 personas y máximo 20. **Producto**: a) Ficha de desarrollo de cada sesión b) evidencia fotográfica c) firma listada de asistencia d) pretest y postest

**Responsable**: Dupla territorial

* **Ejecución de los planes de atención**: Esta actividad se desarrolla por medio de la ejecución de las actividades consignadas en el Plan de Acción por Nodo del Cuidado.

**Producto**: a) Actas, listado de asistencia y evidencia fotográfica de la realización de las actividades.

**Responsable**: dupla territorial

**PROCESO TRANSVERSAL: MONITOREO Y EVALUACIÓN**.

Para el proceso de monitoreo y evaluación se sugieren los siguientes indicadores:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fase | Indicadores de proceso | Indicadores de producto |
| Fase 0 Alistamiento | % de personal contratado% de municipios priorizados con actas de consenso % de personal con inducción completada | Nivel de satisfacción con la inducción (≥80% satisfacción) Número de municipios con veredas priorizadas (meta: 4/vereda)  |
| Fase 1 Planeación y diagnóstico | % de veredas con diagnóstico participativo realizado % de veredas con mapa de actores completado  | % de actores locales que reconocen la red y rutas (meta ≥80%) % de casos focalizados con ficha completa  |
| Fase 2 Fortalecimiento comunitario  | % de veredas con nodo conformado (meta: 100%) % de gestores capacitados (meta ≥80% completitud módulos)  | % de gestores que mejoran puntajes entre pretest y postest (meta ≥70%) % de nodos con plan de acción elaborado (meta: 100%)  |
| Fase 3 Implementación | % de metas de atención cumplidas (individual, familiar, grupal) % de actividades del plan de acción ejecutadas (meta ≥80%)  | % de beneficiarios satisfechos con atención (meta ≥80%) % de remisiones efectivas a servicios de salud mental (meta ≥70%)% de gestores que continúan activos al cierre (meta ≥80%)  |

 Para el monitoreo y evaluación de este proceso se deben desarrollar evaluaciones bimestrales de cierre, en donde participen los lideres de los Nodos del Cuidado, representante de la oficina de desarrollo comunitario de la alcaldía, Dirección local de salud, y profesionales de las duplas.

Con el fin de hacer cierre la dupla deberá presentar un informe final que incluya los siguientes ítems:

* Cumplimiento de metas
* Cobertura y participación
* Calidad de las atenciones
* Apropiación y sostenibilidad comunitaria
* Articulación intersectorial
* Lecciones aprendidas y desafíos

Este documento deberá ser entregado a la Entidad Territorial del municipio priorizado (DLS y Desarrollo Comunitario), a las Juntas de Acción Comunal de las veredas y corregimientos priorizados y Asocomunal.

**Producto**: a) Matriz de seguimiento de acciones mensual, b) Actas, listado de asistencia y evidencia fotográfica de evaluaciones bimestrales, c) informe final, d) comprobantes de entrega de informes finales.

**Responsable**: Dupla territorial

**TALENTO HUMANO REQUERIDO**

**Profesional en psicología:** Profesional en psicología con mínimo doce (12) meses de experiencia en campos relacionados en intervenciones psicosociales, salud mental en contextos rurales o poblaciones vulnerables, atención individual o grupal en salud mental, procesos de formación comunitaria o gestión de casos.

 **Tareas para desarrollar:**

* Participar en la inducción y capacitación inicial del proyecto, cumpliendo con el 100% de los módulos establecidos.
* Desarrollar las reuniones de planeación, seguimiento, evaluación y articulación definidas para la priorización de las veredas
* Identificar casos para atención individual, familiar o grupal en las comunidades rurales priorizadas
* Desarrollar un Sistema diagnóstico Estratégico que incluya información de las comunidades rurales priorizadas
* Facilitar los módulos de entrenamiento de los “nodos de cuidado”
* Acompañar la construcción del plan de acción comunitaria de cada Nodo del Cuidado Diseñar y ejecutar mínimo 20 planes de atención individual (6 sesiones cada uno).
* Co-facilitar los planes de atención grupal junto con el profesional social (4 grupos x 5 sesiones).
* Participar en reuniones bimestrales de evaluación con actores locales.
* Elaborar el informe final de cierre del proyecto.
* Cumplir con las metas mínimas de atención individual, familiar y grupal definidas.
* Garantizar el diligenciamiento completo de registros, listados de asistencia, fichas y actas.
* Garantizar confidencialidad, ética y consentimiento informado en las intervenciones.
* Participar activamente en las actividades comunitarias, formativas y de articulación.
* Cumplir con los cronogramas, indicadores y metas establecidas.
* Entregar oportunamente todos los productos esperados de cada fase.
* Entrega de un informe técnico mensual

**Profesional social:** Profesional en trabajo social, sociología o Desarrollo Familiar con mínimo doce (12) meses de experiencia en campos relacionados en intervenciones psicosociales comunitarias, acompañamiento a familias y comunidades vulnerables, gestión comunitaria y articulación intersectorial o formación y fortalecimiento de redes comunitarias.

 **Tareas para desarrollar:**

* Participar en la inducción y capacitación inicial del proyecto, cumpliendo con el 100% de los módulos establecidos.
* Desarrollar las reuniones de planeación, seguimiento, evaluación y articulación definidas para la priorización de las veredas
* Realizar el mapeo de actores y recursos de las veredas priorizadas.
* Construir el directorio de servicios y actores locales.
* Desarrollar un Sistema diagnóstico Estratégico que incluya información de las comunidades rurales priorizadas.
* Apoyar la identificación de casos para atención individual, familiar o grupal.
* Acompañar la conformación y formalización de los Nodos del Cuidado
* Facilitar los módulos de entrenamiento de los “nodos de cuidado”
* Diseñar y ejecutar mínimo 12 planes de atención familiar (9 talleres cada uno)
* Co-facilitar la atención grupal junto con el psicólogo (4 grupos x 5 sesiones).
* Ejecutar junto con el Nodo del Cuidado las actividades comunitarias previstas en el plan de acción (mínimo 3 acciones).
* Gestionar la articulación intersectorial con entidades locales (salud, educación, protección).
* Participar en reuniones bimestrales de evaluación con actores locales.
* Elaborar el informe final de cierre del proyecto.
* Cumplir con las metas mínimas de atención individual, familiar y grupal definidas.
* Garantizar el diligenciamiento completo de registros, listados de asistencia, fichas y actas.
* Garantizar confidencialidad, ética y consentimiento informado en las intervenciones.
* Participar activamente en las actividades comunitarias, formativas y de articulación.
* Cumplir con los cronogramas, indicadores y metas establecidas.
* Entregar oportunamente todos los productos esperados de cada fase.
* Entrega de un informe técnico mensual.

## **LOCALIZACIÓN DE LA ALTERNATIVA**

### **Localización**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Departamento** | **Municipio** | **Centro Poblado/ Resguardo** | **Localización específica (rural, rural disperso, urbana)** | **Latitud / Longitud** |
| Antioquia | XXXXX | XXXXX | Zona rural/rural disperso | XXXXX |

### **Localización en el mapa- Georreferenciación del proyecto**



Fuente: Google Maps (Fecha de consulta)

### **Factores analizados**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Factores** | **Si/No** |
| 1 | Aspectos administrativos y políticos | SI |
| 2 | Cercanía a la población objetivo | SI |
| 3 | Cercanía de fuentes de abastecimiento | NO |
| 4 | Comunicaciones | SI |
| 5 | Costo y disponibilidad de terrenos | SI |
| 6 | Disponibilidad de servicios públicos domiciliarios (Agua, energía y otros) | SI |
| 7 | Disponibilidad y costo de mano de obra | SI |
| 8 | Estructura impositiva y legal | NO |
| 9 | Factores ambientales | NO |
| 10 | Impacto para la Equidad de Género | SI |
| 11 | Medios y costos de transporte | SI |
| 12 | Orden público | SI |
| 13 | Topografía | NO |
| 14 | Otros, ¿cuál? |  |

### **Alcance del proyecto**

El alcance que se quiere lograr con este proyecto es fortalecer la implementación de estrategias de promoción y prevención de salud mental para entregar a la población objetivo el servicio de promoción de la salud, con el fin de mejorar el acceso a intervenciones integrales de salud mental en la vereda XXXX en la zona rural del municipio de XXXX de Antioquia.

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

El proyecto de intervención “Veredas que se Cuidan” se fundamenta en diversos modelos conceptuales orientados a la promoción de la salud mental, la prevención de riesgos psicosociales y la construcción de redes comunitarias de cuidado en contextos rurales.

La salud mental en zonas rurales suele ser una problemática invisibilizada y subatendida, pese a que las comunidades enfrentan múltiples factores de riesgo como el aislamiento geográfico, la pobreza, la violencia intrafamiliar, la desigualdad en el acceso a servicios de salud y la falta de redes de apoyo comunitario. Esta combinación de factores contribuye al deterioro del bienestar psicosocial, aumenta la incidencia de trastornos mentales no diagnosticados, y restringe el acceso a tratamientos oportunos.

Es por ello que, este proyecto busca desarrollar acciones integrales de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental, articulando los servicios de salud existentes con las dinámicas y capacidades propias de las comunidades rurales, con el objetivo de garantizar un acceso equitativo y pertinente a los servicios de salud mental en estos territorios. Los beneficiarios del proyecto serán [característica demográfica] del municipio de [nombre del municipio], quienes enfrentan mayores barreras de acceso a servicios especializados.

En coherencia con este enfoque, se pretende aportar al mejoramiento del bienestar psicosocial y de la salud mental de las comunidades rurales del departamento de Antioquia, fortaleciendo la creación y sostenibilidad de redes comunitarias de cuidado, promoviendo entornos saludables, identificando de manera temprana los riesgos psicosociales y activando rutas de atención integral, todo ello desde una perspectiva territorial, diferencial y comunitaria.

## **CADENA DE VALOR**

### **Identificación de los productos**

|  |  |
| --- | --- |
| Objetivo Específico: | Implementar estrategias específicas enfocadas en modelos participativos y de inclusión para los entornos comunitarios |
| Nombre del producto: | Servicio de promoción de la salud |
| Descripción del producto: | Corresponde a las estrategias, acciones, procedimientos e intervenciones integrales que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. El servicio de promoción en salud pública incluye la formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, educación en salud, desarrollo de actitudes personales saludables, reorientación de los servicios de salud para la transformación de las condiciones de salud, entre otros. |
| Medido a través de: | Número de estrategias |
| Cantidad | 1 |

### **Programación de Costos**

Tabla XX. Descripción y especificaciones técnicas de los insumos a entregar por el proyecto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del insumo**  | **Descripción y Especificaciones Técnicas** | **Cantidad** | **Tiempo** | **Valor unitario** | **Valor** **total** |
| **Psicólogo** | Profesional en psicología con mínimo doce (12) meses de experiencia en campos relacionados en intervenciones psicosociales, salud mental en contextos rurales o poblaciones vulnerables, atención individual o grupal en salud mental, procesos de formación comunitaria o gestión de caso | 1Nota: 1 profesional por cada dupla, ajustar de acuerdo con el número de duplas asignadas | 4 meses  | $5.000.000 (mensual) | $20.000.000 |
| **Profesional social** | Profesional en trabajo social, sociología o Desarrollo Familiar con mínimo doce (12) meses de experiencia en campos relacionados en intervenciones psicosociales comunitarias, acompañamiento a familias y comunidades vulnerables, gestión comunitaria y articulación intersectorial o formación y fortalecimiento de redes comunitarias  | 1Nota: 1 profesional por cada dupla, ajustar de acuerdo con el número de duplas asignadas | 4 meses | $5.000.000 | $20.000.000 |
| Transporte  | Transporte requerido para profesional psicología  | 1Nota: ajustar de acuerdo con el número de duplas asignadas | 4 |meses | $500.000 | $2.000.000 |
| Transporte requerido para profesional Social  | 1Nota: ajustar de acuerdo con el número de duplas asignadas | 4 meses | $500.000 | $2.000.000 |
| Rubro logístico (materiales) | Materiales requeridos para los 4 meses  | XXX | 1Nota: ajustar de acuerdo con el número de duplas asignadas | $600.000 | $600.000 |
| Subtotal |  | 44.600.000 |
| Gastos administrativos | Coordinador, entre otros | XXX |  | 8.5% del total | $3.791.000 |
| total | 48.391.000 |

### **Costo total del proyecto**

El costo Total del proyecto o la alternativa de solución tiene un valor de
**CUARENTA Y OCHO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS ($ 48.391.000). (Nota: El valor varía de acuerdo con el número de duplas -psicologo-social)**

## **ANÁLISIS DE RIESGOS**

### **Matriz de Riesgos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel** | **Tipo de Riesgo** | **Descripción del Riesgo** | **P\*** | **I\*** | **Efectos** | **Medidas Mitigación** |
| **Propósito (Objetivo)** | Financiero | Falta derecursos económicosque puedencomprometer lacontinuidad delproyecto | 4 | 4 | Interrupción del proyecto; suspensión de actividades en campo; desmotivación de personal; incumplimiento de metas | Gestionar recursos adicionales mediante convenios interinstitucionales; establecer fondos de contingencia; priorizar fases esenciales del proyecto |
| **Componente (Productos)** | Operacional | Poco personal capacitado para llevar a cabo las actividades | 2 | 4 | No poder lograr los objetivos deseados por falta de personal profesional | Fortalecer procesos de formación antes y durante el proyecto |
| Administrativo | Falta decoordinación entreactores locales quepuede retrasar lasacciones planificadas | 3 | 4 | Duplicidad de funciones; retrasos en el cronograma; pérdida de confianza institucional | Realizar reuniones periódicas de seguimiento; establecer un comité interinstitucional; definir roles y responsabilidades desde el inicio |
| **Actividad** | De calendario | Retrasosen la ejecución debido aprocesosadministrativos quepueden afectar elcumplimiento de losobjetivos | 3 | 4 | Extensión del tiempo del proyecto; acumulación de tareas; posibles sanciones por incumplimiento de plazos | Planificar con cronograma detallado; establecer responsables claros; hacer seguimiento semanal a procesos contractuales y logísticos |
| Asociado a fenómenosde origen humano nointencional | Bajaparticipacióncomunitaria que limita elimpacto y lasostenibilidad de lasestrategias | 2 | 4 | Escaso alcance de las acciones; falta de apropiación por parte de la comunidad; debilidad de las redes de cuidado | Realizar procesos de sensibilización previos; involucrar líderes veredales; promover incentivos para la participación activa |

## **INGRESOS Y BENEFICIOS DEL PROYECTO**

### **Valoración**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo: | Beneficio  |
| Descripción: | Ahorro de la población en consultas particulares de psicología |
| Medido a través de: | Número |
| Bien producido: | Otros |
| Descripción cantidad: | Número de personas que requieren consulta de psicología |
| Descripción valor unitario: | Valor de consulta particular de psicología |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Periodo** | **Cantidad** | **Valor unitario** | **Valor total** |
| 2021 | XXX | XXXX | $XXXXXXX  |
| 2022 | XXX | XXXX | $XXXXXXX  |
| 2023 | XXX | XXXX | $XXXXXXX  |
| 2024 | XXX | XXXX | $XXXXXXX  |
| 2025 | XXX | XXXX | $XXXXXXX  |

**\*XXX Estos valores hacen parte de la ejemplificación de este apartado. Sustitúyalos teniendo presente su ingreso o beneficio.**

## **INDICADORES DE PRODUCTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de indicador** | **Descripción** | **Medido a través de** | **Meta** | **Tipo Fuente** | **Fuente Verificación** |
| **De producto**(Servicio de promoción de la salud) | Corresponde a las estrategias, acciones, procedimientos e intervenciones integrales que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. El servicio de promoción en salud pública incluye la formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, generación de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, educación en salud, desarrollo de actitudes personales saludables, reorientación de los servicios de salud para la transformación de las condiciones de salud, entre otros. | Número de estrategias | 1 | XXX | XXX |

## **FUENTES DE FINANCIACIÓN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Etapa** | **Tipo Entidad** | **Nombre Entidad**  | **Tipo Recurso** | **Valor** |
| 1 | *Inversión* | *Pública* | Secretaria de Salud e Inclusión Social | Propios | $**XXXXXXXX** |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| **Valor Total del Proyecto de Inversión** | **$XXXXXX** |

##  **SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

* Brindar capacitación al personal asignado para hacer uso de las estrategias incluidas en el proyecto.
* Garantizar una adecuada disponibilidad de infraestructura física (instalaciones) a los componentes que incluye el proyecto para garantizar su operación.

##  **CRONOGRAMA DEL PROYECTO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Proyecto:** | FORTALECIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA “VEREDAS QUE SE CUIDAN” EN EL MUNICIPIO XXXXXX |
| **Código del Proyecto:** | XXXXXX |
| **Objetivo General del Proyecto:** | *Contribuir a la reducción de los factores de riesgo en la salud mental de la comunidad rural del municipio XXXX, Antioquia.* |
| **Fecha Elaboración:** | XX/XX/XXXX |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nª** | **ACTIVIDADES / TAREAS / ENTREGABLES** | **MESES** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| **1** | **Etapa Planeación** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 1.1 | FASE 0 ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | **Etapa Ejecución** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1 | FASE 1 PLANEACIÓN Y DIAGNÓSTICO | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2 | FASE 2: FORTALECIMIENTO COMUNITARIO | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  |
| 2.3 | FASE 3: IMPLEMENTACIÓN  | X | X | X | X |  |  |  |  |  |  |
| **3** | **Etapa Liquidación** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD PROPONENTE O EJECUTORA

## **INFORMACIÓN BÁSICA DE LA ENTIDAD**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Municipio** | **Representante Legal** | **Teléfono** | **Dirección** | **Correo Electrónico** |
| XXXXX | XXXXXX | XXXXXX | XXXXXX | XXXXXX |

### **Plataforma estratégica de la entidad**

Misión y visión de la entidad y encuadramiento con planes de desarrollo y programas municipal, departamental o de país de acuerdo al nivel donde se implementará.

### **Generalidades del Municipio y/o Departamento**

XXXXXXXX

##  **RELACIÓN LISTA DE ANEXOS**

1. Carta de presentación del proyecto
2. Certificado de concordancia con los planes de desarrollo
3. Certificado de sostenibilidad
4. Certificado de no financiación de otras fuentes
5. Certificado de gravámenes

##  **BIBLIOGRAFÍA**

ASIS, Plan de desarrollo nacional, departamental, municipal.