



Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas

para la atención en
salud sexual y reproductiva y salud mental
en contextos de emergencias humanitarias

COLECCIÓN APRENDER DE LA EXPERIENCIA

© Ministerio de Salud y Protección Social

COLECCIÓN APRENDER DE LA EXPERIENCIA

Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias

ISBN: 978-958-57372-4-2

Coordinación editorial

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo Asesor de Comunicaciones
Ministerio de Salud y Protección Social

Sistematización de la experiencia

Zulma Consuelo Urrego Mendoza
MD. MgSc. PhD

Claudia Lily Rodríguez Neira
Enfermera. MgSc.

Dirección editorial

José Miguel Hernández Arbeláez
Fernando Chaves Valbuena

Edición y didactización

Mariela Zuluaga García
Nelson Ricardo Amaya Espitia
Yenifer Paola Vargas
Diego Fernando Álvarez

Dirección gráfica

Daniel Alberto Fajardo Bautista

Diagramación

Victoria Eugenia Peters Rada

Ilustración

Wilson Martínez Montoya
Victoria Eugenia Peters Rada

Impresión

Gráficas Gilpor Ltda.
Bogotá D.C., 2012



MinSalud

Ministerio de Salud
y Protección Social

Beatriz Londoño Soto

Ministra de Salud y Protección Social

Carlos Mario Ramírez Ramírez
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muñoz
Viceministro de Protección Social

Gerardo Lubin Burgos Bernal
Secretario General

Lenis Enrique Urquijo Velásquez
Director de Promoción y Prevención

Ministerio de Salud y Protección Social

Aldemar Parra Espitia

Psicólogo Especialista en Promoción de la Salud y el Desarrollo Humano

Coordinador del Grupo Salud Mental

Gloria Isabel Puerta Hoyos

Profesional Especializada

Línea Violencia de Género y Sexual

Equipo Técnico Nacional

Diana Lozano Ramírez

Trabajadora Social. Auditora en Salud. Coordinadora Proyecto MSPS-OIM

Jacqueline Campos Baquero

Enfermera. Especialista en Gestión de Salud. Asesora MSPS –OIM

Eduardo Martínez López

Psicólogo. Terapeuta Familiar. Asesor MSPS – OIM

Luis Giovanni Rodríguez Castillo

Trabajador Social. Especialista en Políticas Públicas. Asesor MSPS- OIM

Juan Camilo Kuan Medina

Médico. Especialista en Salud Pública. Asesor MSPS-OIM



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Marcelo Pisano

Jefe de Misión en Colombia

Alejandro Guidi

Jefe de Misión Adjunto en Colombia

Beatriz Elena Gutiérrez Rueda

Oficial Salud y Género

Mario Andrés Daza Vargas

Coordinador de Gestión Regional

Walter Sabogal Quintero

Asistente Técnica y Administrativa

Equipos Técnicos Territoriales

ATLÁNTICO

Beatriz Helena Delgado Suárez

Gestora

María Mercedes Galvis Medrano

Enfermera

Victoria Eugenia González Rueda

Médica

Mayra Alejandra García Rubio

Psicóloga

Jhon Jairo Tabárez Martínez

Trabajador Social

BOLÍVAR

Fernando Vanegas Gómez

Gestor

Mónica Jurado Márquez

Enfermera

Sofía Carolina Cuello Royert

Médica

Dora Margarita Hernández Pereira

Psicóloga

Marqueza Antonia González

Hernández

Trabajadora Social

MAGDALENA

Laura Milena Rocha Juliao

Gestora

Lisbeth Flórez Martínez

Enfermera

Jessica Jane Delgan Cantillo

Médica

Martha Cecilia Tique Miranda

Trabajadora Social

CHOCÓ

Luis Miguel Díaz Suárez

Gestor

Jadrín Mena Córdoba

Enfermero

Luz Mireya Moreno Rodríguez

Psicóloga

Edainis Parra Guerrero

Trabajadora Social

CÓRDOBA

Victoria Eugenia Mesa Ruiz

Gestora

Mario Fernando Gonzales Vergara

Enfermero

María Angélica Echavez Sánchez

Médica

Nina Jhojana Urueña Rúa

Psicóloga

Elsa Paulina Rodríguez Solano

Trabajadora Social

SUCRE

Pedro Nel Rodríguez Sáenz

Gestor

Mildred López Pacheco

Enfermera

Alfredo Enrique Amaya López

Médico

Doris Yánez Contreras

Psicóloga

Shirley Peña Cabeza

Trabajadora Social

GUAJIRA

Roberto José Maestre Lancera

Gestor

Isabel López Manjarrez

Enfermera

Sandra Silvera Arenas

Médica

Yalith Bermúdez Solano

Psicólogo

Lilian Esther Ballesteros Bernier

Trabajadora Social

VALLE

María del Pilar Rodríguez Solís

Gestora

Lilia Ximena Bonilla Sáenz

Enfermera

Margarita Elvira Poveda Carvajal

Médica

Edgardo García Dams

Psicólogo

Luisa Johana Marín Viveros

Trabajadora Social

La colección “Aprender de la experiencia”

comprende un conjunto de tres documentos que recogen la memoria del Convenio 184 entre el Ministerio de Salud y protección Social y OIM para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental a las personas afectadas por la ola invernal en Colombia. El primero es una guía práctica para los profesionales y autoridades interesadas en planificar, organizar e implementar intervenciones similares en situaciones de emergencia humanitaria; el segundo recoge la sistematización histórica y metodológica de la experiencia y el tercero es un documento que aporta una batería de indicadores útiles para el monitoreo y evaluación de este tipo de intervenciones.

Contenido

| | |
|-----------------|----|
| Saludos | 8 |
| Presentación | 10 |
| Introducción | 11 |
| Mapa conceptual | 12 |

| | |
|--|----|
| 1. Conceptos claves y enfoques que deben guiar la acción | 17 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 2. Desarrollos técnicos para la atención a poblaciones afectadas por emergencias humanitarias en Colombia | 39 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| 3. Recomendaciones claves para el desarrollo de lineamientos técnicos que dirijan la acción desde el sector salud ante emergencias humanitarias | 71 |
|---|----|

| | |
|--------|----|
| Anexos | 95 |
|--------|----|

Saludo de la Ministra

En el marco de la emergencia humanitaria generada por la ola invernal que afectó a Colombia en 2010-2011, el Ministerio de Salud y Protección Social implementó una estrategia de atención en salud a población damnificada, a través de la priorización de acciones para la atención integral de las necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva de las poblaciones en ocho departamentos, a saber: Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle.

Este documento refleja un proceso de articulación entre el sistema de salud –por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS, señalada en la Ley 1438 de 2011–, y el Sistema Nacional de Atención y Prevención de Desastres, mediante la Gestión del Riesgo en Desastres. Ambos sistemas son valiosos para la respuesta intersectorial que se requiere en los contextos de emergencias complejas.

La implementación de este plan de respuesta fue posible gracias a un equipo nacional interdisciplinario constituido por profesionales de las áreas de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y Gestión Social, así como de ocho equipos territoriales con esta misma estructura, con quienes se avanzó en el posicionamiento de los componentes de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias.

Por medio de la colección Aprender de la Experiencia, integrada por tres cartillas, se logran visibilizar los principales retos y aprendizajes para el trabajo del sector salud en contextos de emergencias y desastres, en los componentes de salud mental y salud sexual y reproductiva.

La primera cartilla, Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias, analiza, reconoce y establece de manera descriptiva cómo se aplicaron los principios, conceptos y enfoques orientadores para la implementación de los ejes y procesos prioritarios de intervención sanitaria con poblaciones damnificadas por la emergencia humanitaria, así como el conjunto de reflexiones importantes para el diseño de lineamientos técnicos de política pública en salud.

Del mismo modo, la segunda cartilla, denominada Sistematización de la experiencia de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental a población damnificada por ola invernal, recoge la reconstrucción histórica y sistemática de todas y cada una de las dinámicas de trabajo, los actores institucionales y demás protagonistas de la intervención, destacando los avances y retos en el proceso de implementación de las acciones de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones damnificadas.

Finalmente, en la tercera cartilla, Plan de monitoreo y batería de indicadores para el seguimiento y evaluación de estrategias de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias, se proponen una serie de variables e indicadores que dan cuenta de los elementos significativos para la medición, seguimiento y evaluación de las acciones de atención en salud mental y salud sexual y reproductiva en los contextos de emergencias.

Cada una de estas cartillas puede ser leída de manera independiente, teniendo en cuenta que hacen parte de un proceso conjunto, lo cual le da una visión integral provista de referentes contextuales –históricos y técnico-operativos–, que sin duda harán más fácil la labor de las entidades responsables de proteger la salud de personas afectadas por una situación de desastre natural, conflicto armado u otros tipos de emergencias humanitarias donde la participación activa de las comunidades es un aspecto fundamental.

El Ministerio de Salud y Protección Social agradece a las entidades territoriales del nivel departamental y municipal, a todos los servidores públicos y a cada una de las personas de las comunidades damnificadas de los 67 municipios priorizados en los ocho departamentos. Gracias a ellos fue posible la construcción de estas cartillas, que se constituyen en un punto de partida para generar una mayor capacidad de respuesta del sector Salud en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental frente a posibles situaciones de emergencias complejas.

Beatriz Londoño Soto

MINISTRA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Saludo del Jefe de la Misión OIM

Las personas son afectadas por los desastres naturales y complejos/conflictos armados con diferentes impactos, según factores relacionados con el sexo, género, edad y condición de discapacidad que determinan su vulnerabilidad, comportamiento y capacidad de respuesta a situaciones de riesgo. Adicionalmente, se reconoce que la vulnerabilidad y respuesta está determinada por factores sociales y culturales, como la marginalización, discriminación y falta de oportunidad para participar en procesos de toma de decisiones.

Teniendo en cuenta que el riesgo y la vulnerabilidad son diferentes, es necesario planificar la respuesta según las necesidades y capacidades de los grupos poblacionales en contexto de emergencia: las mujeres, los niños y niñas, las personas adultas mayores, con discapacidad y viviendo con VIH/SIDA. Estos grupos poblacionales deben considerarse como actores de la prevención y respuesta ante emergencias, y por tanto deben ser incluidos en los programas de acuerdo con sus habilidades y posibilidades para responder.

Por las razones anteriores, y en desarrollo del proyecto “Talleres sobre Género y Desastres en América Latina y el Caribe – Una iniciativa para preparar el IV Congreso Internacional sobre Género y Desastres, 2011”, con la cooperación de la Oficina de Asistencia a Desastres en el Extranjero (OFDA) de la Agencia del Gobierno de Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), se analiza y se proponen las acciones para la

inclusión de las poblaciones claves en los planes locales de emergencia y contingencias, publicándose la “Guía para la inclusión del enfoque de género, edad y condición de discapacidad y personas viviendo con VIH/SIDA en la organización para la gestión integral del riesgo a desastres según guía metodológica para la formulación del plan local de emergencias y contingencias (PLEC’S)”.

Partiendo del conocimiento de la “Guía”, se formula el componente “Línea 7. Prevención y atención en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental para población damnificada por la ola invernal”, ejecutado a través del convenio de cooperación internacional 184 de 2010, entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM/Colombia, cuyos resultados se presentan en estas cartillas para contribuir a la generación de conocimiento que aporte, según el objetivo de la OIM, a soluciones integrales y sostenibles para personas migrantes y comunidades vulnerables, con un enfoque de intervención territorial, respondiendo en forma conjunta a las prioridades nacionales y misionales, y maximizando el impacto de los recursos aplicados.

Marcelo Pisano

JEFE DE MISIÓN EN COLOMBIA

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES – OIM

Presentación

En el marco de la emergencia humanitaria generada por la ola invernal 2010-2011 que afectó a Colombia, el **Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS**, en asocio con la Organización Internacional para las Migraciones – OIM, desarrolló una experiencia dirigida a la atención integral de las necesidades en Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva de las poblaciones, mediante la estrategia de equipos móviles interdisciplinarios ubicados en ocho departamentos priorizados para la acción.

Este documento es el primero del conjunto de tres publicaciones a través de las cuales se efectuó la reconstrucción y sistematización de su experiencia, correspondiente a la atención en salud mental y en salud sexual y reproductiva efectuada en territorios afectados por la ola invernal, en el marco del convenio 184 MSPS – OIM 2011.

Este texto es una guía práctica para las personas interesadas en planificar, organizar e implementar una intervención integral que responda a las necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva de las personas afectadas por emergencias humanitarias.

Contiene una guía sobre los principios, conceptos y enfoques orientadores para la acción, junto con una descripción de las acciones concretas a implementar a lo largo de ejes prioritarios de intervención sanitaria con estas poblaciones, así como un conjunto de reflexiones útiles a la hora de trazar lineamientos técnicos de política pública en el tema.

Esta guía se basa en los desarrollos técnicos alcanzados por el equipo nacional y los equipos territoriales que atendieron la emergencia invernal 2010-2011.

De manera complementaria, un segundo documento recoge la reconstrucción históricamente organizada y la sistematizada a lo largo de los momentos vividos por los actores protagonistas de la intervención reseñada, mientras que un tercer documento aporta una batería de indicadores útiles para el monitoreo y evaluación de experiencias similares.

Cada uno de los textos puede ser leído de manera independiente con sentido propio, pero su lectura conjunta aportará una visión integral provista de referentes contextuales - históricos y técnico – operativos, que sin duda hará más fácil la labor de las personas, entidades, y comunidades, abocadas a la tarea de proteger la salud de personas afectadas por una situación de desastre, conflicto armado, u otros tipos de emergencias humanitarias.

Introducción

En los últimos años, las emergencias humanitarias han ido ganando un amplio campo de reconocimiento como área de convergencia entre el saber académico, las prácticas sociales tradicionales y la acción técnica, puestas en conjunto a cooperar para aliviar el sufrimiento de las personas que resultan afectadas.

En este marco, una emergencia humanitaria es entendida como “una profunda crisis social donde gran cantidad de personas mueren y sufren la guerra, la enfermedad, el hambre y el desplazamiento debido a los desastres naturales y los provocados por el hombre, mientras que otros pueden beneficiarse de ello”¹.

No solamente muere o enferma gente por efecto del desastre natural o por la violencia, sino que adicionalmente los tejidos sociales tienden a deteriorarse, las instituciones democráticas y la sociedad civil se ven fragmentadas, la economía se distorsiona y la gente se ve repentinamente desarraigada de su cotidianidad².

Además, se incrementa potencialmente su exposición a condiciones de explotación, desamparo, fragilidad, inequidad, e injusticia social que suelen estar instauradas en dichas poblaciones incluso desde antes de que se presente la afectación por la emergencia humanitaria, pero que en ese escenario de inestabilidad nueva se ven incrementadas, afectando en especial a aquellos que desde antes ya estaban puestos en condición de mayor vulnerabilidad.

El sector salud ocupa un lugar relevante en el entramado intersectorial de las respuestas integrales que deben ser desplegadas para conseguir el alivio del sufrimiento de las personas afectadas por emergencias humanitarias, no solamente desde el plano de su deber de proveer servicios de salud específicos para atender y asistir a quienes lo requieran, en cantidad incrementada respecto a tiempos de normalidad, sino porque debe propender no solo por la preservación de la mayor cantidad de vidas humanas, sino porque debe velar siempre por la promoción de una vida digna, en el marco del derecho al disfrute de los más altos niveles de salud posibles en medio de cualquier circunstancia.

Notas bibliográficas

1. Väyrynen, R (1996) “The Age of Humanitarian Emergencies. The United Nations University/World Institute of Development Economic Research.. Research for Action No. 25. Helsinki.
2. Väyrynen, (1998) “Las emergencias humanitarias”. En libro: Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio Dos Santos. Francisco López Segrera (ed.). UNESCO, Caracas, Venezuela. ISBN: 9291430366.



Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias

1. Conceptos claves y enfoques que deben guiar la acción

1.1 Salud mental
1.2 Salud sexual y reproductiva

1.3 Atención primaria en salud e integralidad de las acciones en salud
1.4 El enfoque de derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos

1.5 Enfoque diferencial
1.6 Acción sin daño

2. Desarrollos técnicos para la atención a poblaciones afectadas por emergencias humanitarias en Colombia

2.1 Intervenciones generales en salud ante la emergencia
2.2 Intervenciones en salud mental

2.3 Intervenciones en salud sexual y reproductiva

2.4 Fortalecimiento de la capacidad local
2.5 Monitoreo y evaluación

3. Recomendaciones claves para el desarrollo de lineamientos técnicos que dirijan la acción desde el sector salud ante emergencias humanitarias

3.1 Sobre la planificación y ejecución de intervenciones en salud mental y salud sexual y reproductiva a poblaciones afectadas por emergencias

3.2 Sobre las acciones específicas en salud mental
3.3 Sobre las acciones específicas en salud sexual y reproductiva
3.4 Sobre las acciones para el fortalecimiento del tejido social y la capacidad local

3.5 Sobre monitoreo y evaluación de acciones en salud ante emergencias
3.6 Sobre la sistematización de experiencias de trabajo similares a la efectuada en el Convenio 184 MPS – OIM

Anexos

Instrumentos y herramientas para la acción

Guía técnica para atención en salud en casos de emergencias humanitarias

Este documento proporciona una guía técnica sobre los elementos teóricos, conceptuales, metodológicos y operativos que deben guiar la acción de los equipos de salud abocados a la tarea de atender territorios afectados por diversos tipos de emergencias humanitarias.

Los desarrollos que aquí se presentan son el fruto de la experiencia de trabajo de los equipos interdisciplinarios nacionales y territoriales que atendieron la emergencia por ola invernal que afectó a Colombia durante los años 2010 – 2011, en el marco del Convenio 184 OIM – MPS 2011.

Este documento refleja todo el saber desplegado y la experiencia convertida en acción por los actores sociales que estuvieron implicados

Cómo se hizo esta guía

Para la elaboración de este documento, se recurrió a la consulta de fuentes primarias: entrevistas a informantes claves que participaron en el proceso de intervención mencionado y revisión de la totalidad de los documentos producidos en el marco de dicha experiencia por los distintos actores involucrados en los territorios y en el nivel nacional. Esto se complementó con la consulta de fuentes secundarias relacionadas con los hallazgos emergidos desde las fuentes primarias.

Adicionalmente, se realizó un proceso de validación interna mediante

revisiones y ajustes a los contenidos, efectuados desde los mismos actores que direccionaron la experiencia de intervención en salud mental y salud sexual y reproductiva en el marco del equipo nacional, hasta dar fruto al documento que actualmente se presenta.

Este documento refleja todo el saber desplegado y la experiencia convertida en acción por los actores sociales que estuvieron implicados en primer plano en el diseño y puesta en marcha de la intervención que se ha sistematizado.

Qué contiene esta guía

Esta guía se ha organizado a lo largo de tres capítulos y un conjunto de anexos:

- El primer capítulo está dedicado a la presentación de conceptos y enfoques claves que deben guiar la acción de los equipos sanitarios en el marco de la atención de una emergencia humanitaria en la cual se quiera impactar de manera central los componentes de salud mental y salud sexual y reproductiva.
- El segundo capítulo está orientado a presentar los desarrollos técnicos específicos alcanzados para impactar la salud sexual y reproductiva y la salud mental de personas y comunidades afectadas por emergencias humanitarias.

Se parte del supuesto de que estas comunidades son atendidas en el marco de las respuestas integrales para la protección de la

salud propias de un enfoque de atención primaria en salud, en perspectiva renovada y desde saberes ampliamente reconocidos en el marco de la atención humanitaria en salud para este tipo de situaciones.

- El tercer capítulo recoge un conjunto de recomendaciones claves para el desarrollo de lineamientos técnicos en el tema; mientras que una cuarta y última sección recoge a modo de anexos un conjunto de instrumentos y herramientas que apoyan de manera específica la acción descrita en la segunda sección.
- Finalmente, la guía presenta uno a uno los anexos con los 16 instrumentos o herramientas que fueron desarrollados o adaptados e implementados en el curso de la experiencia.

Su inclusión, creemos, permite dimensionar mejor la experiencia y facilita su réplica en otras situaciones de emergencia.



Qué contiene toda la colección

Los otros dos documentos que componen esta serie contienen los desarrollos técnicos aquí presentados, para facilitar la labor de las personas, instituciones y organizaciones que se vean abocadas en el futuro a atender la salud de poblaciones colombianas afectadas por situaciones de emergencia similares a aquella que originó los documentos que hoy se presentan.



Capítulo 1

Conceptos claves y enfoques que deben guiar la acción

| | |
|---|----|
| 1.1. Salud mental | 22 |
| 1.2. Salud sexual y reproductiva | 25 |
| 1.3. Atención primaria en salud e integralidad de las acciones en salud | 28 |
| 1.4. El enfoque de derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos | 31 |
| 1.5. Enfoque diferencial | 34 |
| 1.6. Acción sin daño | 35 |

Desde los planteamientos iniciales de la intervención en salud sexual y reproductiva y salud mental ofrecida a las personas afectadas por la ola invernal que afectó a Colombia durante los años 2010 – 2011, se tuvieron en cuenta una serie de enfoques y conceptos claves desde los cuales se debe orientar la acción. Se recomienda que sean tenidos en cuenta en intervenciones futuras.



Qué son enfoques y conceptos claves

Los enfoques consisten en sistemas de conceptos que permiten contar con una imagen más precisa respecto a una realidad que se pretende conocer y abordar; permiten dirigir la atención o el interés hacia un asunto o problema desde unos supuestos previos, para tratar de resolverlo acertadamente^{3,4}. Los conceptos son ideas, expresadas mediante palabras, que permiten efectuar la representación intelectual y abstracta de una realidad dada^{5,6}.

Existen seis conceptos claves sobre los cuales giraron los desarrollos técnicos de la intervención diseñada para incidir positivamente en la situación de salud de las comunidades afectadas por la ola invernal: el concepto de salud mental, el de salud sexual y reproductiva, el de atención primaria en salud, el de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, el de enfoque diferencial y el de perspectiva de acción sin daño. Los numerales siguientes se centran en abordar aspectos claves de los enfoques y conceptos mencionados⁷.

Algunos de los enfoques tenidos en cuenta son los siguientes⁸: el enfoque diferencial (por etnia, género y ciclo vital); la perspectiva de derechos humanos, y entre ellos muy especialmente los Derechos Sexuales y Reproductivos – DSR; así como la integralidad de las acciones.

Notas bibliográficas

- 3 Real Academia de la Lengua Española (2001), *Diccionario de la lengua española*. Vigésima Segunda Edición, Espasa, p. 178.
- 4 Flórez, K (2008), "Guía para incluir el enfoque diferencial en la atención a población desplazada en Santander", ACNUR, Bucaramanga, p. 25.
- 5 Ferrater Mora, J (1994), *Diccionario de Filosofía*. Vol. 1. Ariel. P. 984.
- 6 *Ibid.* 1.
- 7 Los enfoques y conceptos clave a partir de los cuales se diseñó y definió la estrategia de campo para la intervención fueron seleccionados durante el primer momento de la intervención reseñada, de acuerdo con lo recopilado en el capítulo segundo, numeral 1 de la primera parte de ésta sistematización.
- 8 Equipo Nacional Ola Invernal – Eje Disciplinar Trabajo Social (2012) "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca. Línea 7. P. 51.

Un enfoque fundamental de esta intervención es la perspectiva de derechos humanos y, entre ellos, muy especialmente, los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)



Por qué estos conceptos y enfoques

Es fundamental la consideración del concepto de acción sin daño desde el inicio de la planificación de un proceso de intervención en salud hacia grupos humanos afectados por emergencias humanitarias

Los enfoques y conceptos finalmente seleccionados para direccionar la acción en salud dentro de territorios afectados por emergencias humanitarias fueron seleccionados porque resultan útiles para poner de manifiesto los daños directos a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva de las personas afectadas.

Adicionalmente, estos enfoques y conceptos permiten evidenciar aquellas situaciones de inequidad, de desbalance de poder, de violencia estructural y de vulneración crónica de derechos, que se encuentran en la génesis de cualquier emergencia humanitaria; mientras, a la vez, permiten percibir a las personas afectadas como potenciales sujetos activos, capaces de agenciar en su

favor la transformación de las condiciones de precariedad que los pusieron en situación de damnificados en un momento dado⁹.

El enfoque de derechos en general, y el de derechos sexuales y reproductivos en particular, adquieren centralidad habida cuenta de que se trata de direccionar intervenciones sanitarias orientadas desde una instancia pública, en el marco constitucional de un Estado Social de Derecho como el colombiano¹⁰. Las acciones en salud que deben ser brindadas a quienes han resultado afectados por una emergencia humanitaria han de planificarse en el marco de la garantía y el restablecimiento de los derechos de las personas¹¹.

El enfoque diferencial brinda un horizonte de sentido a cualquier intervención que esté orientada hacia poblaciones sometidas crónicamente a la fragilidad social y al efecto de inequidades que se ponen de manifiesto en su afectación por una emergencia, en la medida en que señala la necesidad de actuar desde el reconocimiento de la diferencia y de las distintas potencialidades para el ejercicio del poder que se otorgan a los sujetos a partir de la estructura social en que se encuentran inmersos¹².



El concepto de acción sin daño implica la actuación de los equipos interventores desde la protección de las personas y las comunidades, de modo que no se induzcan nuevas afectaciones a partir de la asistencia humanitaria proporcionada sobre poblaciones ya de antemano fragilizadas.

Es fundamental la consideración de este concepto desde el inicio de la planificación de un proceso de intervención en salud hacia grupos humanos afectados por emergencias humanitarias, así como lo es la revisión bajo sus principios de toda acción que se emprenda en el transcurso de la intervención, de modo que se garantice en todo momento el principio fundamental de “no ha-

cer daño”, sin temor de replantear sobre la marcha todo aquello que no satisfaga la obligación de proteger en todo momento y circunstancia la integridad de los asistidos¹³.

El concepto de atención primaria en salud permite la construcción de respuestas integrales, basadas en la participación comunitaria efectiva, partiendo de la organización y coordinación de los recursos y redes de servicios previamente dispuestos en los territorios, atendiendo a la equidad social y la solidaridad, en el marco de la garantía del derecho al máximo nivel de salud posible, por lo cual se constituye en una matriz integradora de los demás enfoques anteriormente mencionados^{14,15}.

Notas bibliográficas

- 9 Entrevista a profesional en trabajo social, equipo nacional ola invernal. Bogotá, 28 de febrero de 2012.
- 10 *Ibid.* 7.
- 11 Entrevista a profesional en enfermería, equipo nacional ola invernal. Bogotá, 27 de febrero de 2012.
- 12 *Ibid.* 7.
- 13 Entrevista a profesional en psicología, equipo nacional ola invernal. Bogotá, 2 de marzo de 2012.
- 14 Entrevista a profesional en medicina, equipo nacional ola invernal. Bogotá, 27 de febrero de 2012.
- 15 Entrevista a profesional en trabajo social, equipo nacional ola invernal. Bogotá, 28 de febrero de 2012.





1.1. Salud mental

La salud mental es entendida, a lo largo de la planificación y desarrollo de la intervención en ola invernal, en su sentido amplio como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar en forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” y no solo como ausencia de enfermedad.

Desde esta perspectiva, las acciones en este campo incluyen todas aquellas orientadas a lograr tanto el desarrollo de los recursos y las capacidades de las personas, como a mejorar las condiciones de vida y sus colectividades; además de las clásicas intervenciones dirigidas a detectar e intervenir las problemáticas relacionadas con la alteración mental¹⁶.

En el caso específico de una intervención en contexto de emergencia implica que la atención de la salud mental pase por la garantía del saneamiento básico, la satisfacción de las necesidades nutricionales y de alojamiento, el cuidado general de la salud, así como el fortalecimiento de la organización social y comunitaria, entre otros aspectos necesarios para garantizar condiciones que permitan el desarrollo de recursos y capacidades de las personas y comunidades^{17 y 18}.

Notas bibliográficas

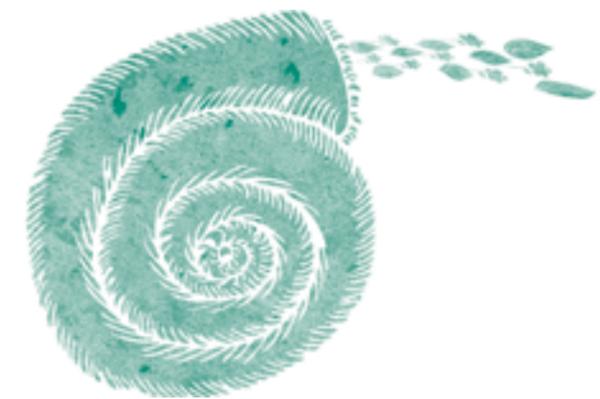
16 Organización Mundial de la Salud (2007), ¿Qué es la salud mental? Disponible en: www.who.int/features/qa/62/es/index.html
17 Entrevista con médico Equipo Nacional Ola Invernal, Bogotá, 2012.

Acciones claves

La norma esencial sobre salud mental incluida en el Proyecto Esfera indica que la población debe tener acceso a servicios de salud que previenen o reducen los problemas de salud mental y las incapacidades funcionales que los acompañan. Las acciones claves recomendadas para lograrlo son las siguientes¹⁹.

- Velar porque las respuestas instauradas en el campo de la salud mental se desarrollen sobre la base de las necesidades comprobadas y los recursos disponibles.
- Capacitar a los miembros de la comunidad, para fortalecer la autoayuda y el apoyo social en la comunidad.
- Velar porque los trabajadores sanitarios, incluidos los voluntarios y los trabajadores de los servicios de salud, ofrezcan primeros auxilios psicológicos a las personas gravemente angustiadas que han estado expuestas a factores de estrés extremos.
- Velar porque en cada establecimiento de salud haya como mínimo un miembro del personal que trate diversos problemas graves de salud mental en adultos y niños.
- Abordar la seguridad, las necesidades básicas y los derechos fundamentales de las personas con problemas de salud mental internadas en instituciones.
- Reducir al mínimo el daño relacionado con el consumo de alcohol y drogas.
- Como parte de la recuperación inicial, emprender planes para desarrollar un sistema comunitario sostenible de salud mental.

Capacitar a los miembros de la comunidad para fortalecer la autoayuda y el apoyo social en la comunidad



Notas bibliográficas

18 Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, 206 p.
19 El Proyecto de la Esfera (2000), Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres. IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p.

Cómo responder en una emergencia

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas con la calidad de vida, tanto en los individuos como en las colectividades

De acuerdo con el Grupo de Referencia del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias, el sector salud debe organizar una pirámide de respuestas, con complejidad creciente, ante las necesidades en salud mental evidenciadas en cada territorio como consecuencia de una emergencia, atendiendo a las siguientes características²⁰:

Respuestas de complejidad progresiva que deben estar disponibles ante las necesidades en salud mental evidenciadas en territorios afectados por emergencias

| | |
|---|--|
| Consideraciones sociales relativas a los servicios básicos y a la seguridad que protegen la salud mental de la población. | Promoción de servicios básicos seguros, socialmente apropiados, y protectores de la dignidad de las personas. |
| Dispositivos de apoyo específicos, no especializados. | Activación de las redes sociales, apoyo comunitario -¡fundamental!-, lugares de autoayuda por grupos etarios. Atención básica de la salud mental por equipos de salud de atención primaria, apoyo emocional y práctico básico por parte de trabajadores de la salud comunitarios. |
| Servicios especializados en salud mental. | Atención de la salud mental prestada por especialistas en salud mental (enfermeras/os especialistas en psiquiatría o salud mental, psicólogos/as, médicos/as psiquiatras). |

Fuente: Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, 206 p.



1.2. Salud sexual y reproductiva

De acuerdo con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva colombiana, la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas con la calidad de vida, tanto en los individuos como en las colectividades²¹.

Desde esta perspectiva también resultó necesaria la planificación y desarrollo de una intervención en salud dirigida a personas afectadas por la ola invernal que,

prentendiendo mejorar los niveles de salud sexual y reproductiva, debía involucrarse activamente con el mejoramiento de las condiciones de salud en general, atención de los riesgos, vulnerabilidades e impactos propios de las emergencias en general, y de aquellas vulnerabilidades debidas a desastres producidos por una ola invernal, en particular.

¿A qué se refiere la salud sexual y reproductiva?

Se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Colombia, 2003.

Notas bibliográficas

20 Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, 206 p.

21 Ministerio de Salud – República de Colombia (2003), “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, 53 p.



El derecho a la salud sexual y reproductiva en situación de emergencia



Un estado adecuado de *Salud Sexual y Reproductiva (SSR)* implica: “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que

afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad”²².

El Proyecto Esfera establece que al producirse una situación de emergencia, las personas tienen derecho, en salud sexual y reproductiva, a acceder a los servicios prioritarios del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) en salud reproductiva, y una vez la situación se estabiliza, a servicios integrales de salud sexual y reproductiva²³.

Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

La salud sexual y reproductiva rara vez se tiene en cuenta en las respuestas a situaciones de emergencia humanitaria, por lo que se creó el concepto de “Paquete de Servicio Inicial Mínimo (PSIM)” durante el Simposio Interinstitucional sobre la Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia, celebrado en junio de 1995. El propósito del PSIM es prevenir el exceso de la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la salud reproductiva, particularmente entre mujeres, en situaciones de crisis.²⁴

Esto se puede conseguir ofreciendo servicios de salud reproductiva básicos en la fase temprana de una emergencia, para prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, reducir la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y prevenir y atender el abuso sexual.

Así mismo la experiencia dice que, además de suministrar el PSIM, es también importante responder a las necesidades de las personas afectadas por

situaciones de emergencias y desastres iniciando unos servicios de salud reproductiva que incluyan asesoría y suministro de métodos anticonceptivos, cubriendo a poblaciones prioritarias como son los adolescentes y jóvenes, así como acciones de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

La tabla siguiente establece las diferencias de servicios entre el PSIM y los servicios integrales en salud reproductiva.²⁵

Diferencias entre el paquete de servicios iniciales mínimos y los servicios integrales en salud reproductiva

| Área | Servicios iniciales mínimos de salud reproductiva (PSIM) | Servicios integrales de salud reproductiva |
|---|--|--|
| Planificación familiar | Ninguno* <i>*Si bien la planificación familiar no forma parte del PSIM, de ser posible, deberán obtenerse anticonceptivos en caso de que sean solicitados.</i> | Localización y adquisición de anticonceptivos. Acceso sostenible a una variedad de métodos anticonceptivos. Capacitación para el personal. Suministro de información, educación y comunicación a la comunidad. |
| Violencia de género | Coordinación de sistemas a fin de evitar la violencia sexual. Disponibilidad de servicios de salud para las víctimas de violencia sexual (Incluyendo PEP Kit). Capacitación (o actualizaciones) para el personal sobre los sistemas de prevención y respuesta a la violencia sexual. | Ampliación de la atención médica, psicológica y legal a las víctimas. Prevención y atención de otros tipos de violencia por razón de género, incluso violencia doméstica, matrimonios forzados o con menores, ablación de genitales femeninos, tráfico de mujeres, etc. Suministro de información, educación y comunicación a la comunidad. |
| Maternidad segura | Suministro de botiquines para partos asépticos (kit de parto limpio). Suministro de botiquines para partos a las parteras. Implementación de un sistema de derivaciones para urgencias obstétricas. | Atención prenatal. Atención posnatal. Capacitación de asistentes de parto tradicionales y parteras. |
| Prevención y tratamiento de ITS, incluyendo VIH | Acceso a preservativos en forma gratuita.* Adhesión a las precauciones universales Transfusiones de sangre seguras. <i>*Si bien la planificación de los aspectos relacionados con las ITS no forma parte del PSIM, es importante contar con un tratamiento para los pacientes que se presentan a recibir atención como parte de los servicios clínicos de rutina.</i> | Identificación y manejo de las ITS. Concientización sobre los servicios de prevención y tratamiento de ITS y VIH. Localización y adquisición de antibióticos y otros medicamentos relevantes según sea necesario. Atención, apoyo y tratamiento para las personas que viven con VIH/SIDA. Colaboración en la implementación de servicios integrales para la atención del VIH/SIDA, según sea apropiado. Suministro de información, educación y comunicación a la comunidad. |

Notas bibliográficas

22 *Ibid.*

23 El Proyecto de la Esfera (2000) Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres. IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p.

24 *Ibid.*

25 Women’s Commission for Refugee Women and Children (2006) “Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Un módulo de Educación a Distancia. Women’s Commission for Refugee Women and Children, 91 p.



1.3. Atención primaria en salud e integralidad de las acciones en salud

La Atención Primaria en Salud, en su perspectiva renovada (APS-R) es entendida como una estrategia de acción integral desde el sector salud. Está orientada a mejorar los niveles de salud de individuos y colectividades mediante la incidencia positiva de los determinantes sociales involucrados en las situaciones de salud o enfermedad.

Emplea la participación coordinada de recursos y tecnologías ubicados en distintos niveles de complejidad, que van desde el autocuidado y la participación comunitaria en salud, hasta la remisión a servicios altamente especializados para quien lo requiera^{26 27}.

No obstante la intervención se llevó a cabo, si bien cuando se llegó al plazo final del convenio 138 MPS/OIM²⁸ no se había desarrollado la reglamentación correspondiente a la Ley 1438 de 2011, que define el Plan Decenal de Salud Pública y

posiciona la estrategia de Atención Primaria en Salud en Colombia.

Al margen de lo anterior, la integralidad en salud es asumida desde el inicio mismo de la experiencia de intervención, mediante la constitución de equipos interdisciplinarios, cuyas diversas disciplinas convergentes se ocuparon de manera complementaria del cuidado tanto de la salud mental, como de la salud sexual y reproductiva, y de la salud general de las personas afectadas por la ola invernal.

Igualmente, se ha puesto el énfasis en la identificación de redes de servicios instalados en cada región, la remisión de casos hacia ellos, y el fortalecimiento de la capacidad local instalada para que pudiera resolver por sí misma las necesidades de salud de la población²⁹ (Ver anexos No. 1, 2, 3 y 16 con instrumentos y herramientas técnicas para la acción).

Notas bibliográficas

- 26 Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud (2008) “Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. Serie La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas No. 1. Biblioteca OPS, Washington DC, 46 p.
- 27 Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud (2008).
- 28 Equipo Nacional de Ola Invernal – Referente Eje Disciplinar Medicina (2011) “Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina”. 11 p.
- 29 Entrevistas con Coordinadora, Médico, Psicólogo, Enfermera y Trabajador Social del Equipo Nacional de Ola Invernal, Bogotá, 2012.

Cinco aspectos esenciales para tener en cuenta

Hay cinco aspectos esenciales de la atención primaria que se deben tener en cuenta ante una emergencia como la planteada por la ola invernal en Colombia durante el año 2011^{30 y 31}.

Aspectos que responden al concepto de integralidad citado³², asumiéndolo como una de las características propias de la atención primaria en salud, y a la perspectiva de las normas mínimas que deben regir la acción humanitaria en el campo de lo sanitario. Esos aspectos son:

- Abastecimiento de agua y saneamiento básico incluyendo el control de vectores.
- Seguridad alimentaria y nutrición.
- Organización de los sistemas de salud: prestación de servicios de salud, recursos

humanos capacitados y competentes, dotación de medicamentos y suministros mínimos, asegurar el derecho de la población a servicios de atención primaria en salud sin costo mientras dura la emergencia, gestión de la información sobre salud, liderazgo y coordinación.

- Alojamiento y asentamientos humanos seguros en los que se fomente una cultura del autocuidado y la convivencia.
- Servicios de salud esenciales: control de enfermedades transmisibles³³, prevención de enfermedades prevenibles por vacunación³⁴, salud infantil³⁵, atención de lesiones, atención a enfermedades no transmisibles, salud mental, salud sexual y reproductiva.

Notas bibliográficas

- 30 El Proyecto de la Esfera (2000) Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres. IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p.
- 31 Las condiciones de ruralidad, alta dispersión, barreras de acceso geográficas, afectación por conflicto armado interno, ausencia de vías de acceso carretables, deficientes medios de transporte, y deficiente disponibilidad de servicios sociales y de salud en zonas afectadas por emergencias invernales, tal como fue reseñado en el capítulo 1, numeral 1 del documento dos de esta sistematización, justifican ampliamente la opción por acciones integrales brindadas a través de equipos móviles interdisciplinarios, en el marco de una estrategia de atención primaria en salud, con el fin de optimizar el acceso y atención integral a la población afectada.
- 32 Pinheiro, R; Mattos, R; Camargo, K (2003), “Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde”. UERJ-IMS-Abrasco, Rio de Janeiro, 228pp.
- 33 Incluyendo: detección de brotes y respuesta oportuna, diagnóstico y tratamiento de casos (con énfasis en: paludismo, sarampión, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, dengue, tuberculosis, meningitis meningocócica, entre otras posibles).
- 34 Énfasis en sarampión, DPT, y otras incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.
- 35 Incluyendo: atención neonatal, atención a enfermedades prevalentes de la infancia – AIEPI -, triage infantil, tratamiento de la diarrea y la neumonía, y atención a brotes de tosferina o difteria, entre otras.

Interdisciplinariedad e integralidad

Alrededor de las redes sociales se articulan los procesos de intervención individual y colectiva y la articulación con las redes institucionales

Es importante resaltar que el proceso de intervención desde el equipo interdisciplinario se construye desde la suma de habilidades individuales, mediante lo cual es posible una mirada integral de los procesos, donde lo individual está subordinado a la mirada de lo colectivo, con la articulación de redes sociales e institucionales, dentro de los procesos metodológicos y operativos en los componentes de salud sexual y reproductiva, de salud mental, y de salud en general.

En este sentido es importante destacar la perspectiva de las relaciones entre el individuo y sus sistemas, las

cuales permiten fomentar condiciones protectoras y desarrollar procesos que tengan en cuenta elementos que comprendan la identidad, los aspectos culturales, sociales, económicos y los políticos por medio de un proceso de identificación y fortalecimiento de los actores institucionales locales y de las redes sociales.

Así, alrededor de esas redes se articulan los procesos de intervención individual y colectiva y la articulación con las redes institucionales para favorecer la mitigación de los daños e incidir en la transformación de la realidad en condiciones de bienestar³⁶.

Integralidad en salud

La integralidad en salud es entendida como una acción social y política que resulta de la interacción democrática entre los actores involucrados cotidianamente en la oferta de prácticas para el cuidado de la salud, y entre diferentes niveles de atención del sistema de salud.

Notas bibliográficas

- 36 Equipo Nacional Ola Invernal – Eje Disciplinar Trabajo Social (2012) “Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca. Línea 7. 51 p.
- 37 Equipo Nacional Ola Invernal – Eje Disciplinar Trabajo Social (2012), “Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca. Línea 7. 51 p.

1.4. El enfoque de derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos³⁷

Los derechos humanos son un producto social esencial acumulado de procesos construidos socio-históricamente para establecer acuerdos vitales para la convivencia; los derechos humanos se han constituido como parte de todas las personas.

Por tanto, el marco de la perspectiva de atención, prevención y la promoción de la salud, implica una evaluación sistemática de los niveles de satisfacción de todos y cada uno de los derechos respecto de las necesidades de niños, niñas, adolescentes, adultos hombres y mujeres y personas mayores.

Los derechos se han configurado en torno a imaginarios sociales, es decir como hechos reales que producen efectos en la vida colectiva, y hacen parte de los valores de la sociedad.

Como parte de la política nacional de salud sexual y reproductiva, desde Ministerio de la salud y la Protección Social, se reconocen como parte de los derechos humanos, los Derechos Sexuales y Reproductivos de acuerdo con lo planteado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994).

El derecho a la sexualidad

Lo anterior significa que el ejercicio de la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida en lo individual y social, por ende, representan una parte de la expresión plena en el ejercicio de los derechos humanos, los cuales se convierten en derechos efectivos cuando desde el Estado y las políticas públicas se desarrollan todas y cada una de las acciones necesarias para su garantía. Esto se logra mediante la prestación de los servicios y las redes de atención, tendientes a mejorar las condiciones de vida de toda la población para su garantía, accesibilidad y asequibilidad con el fin de avanzar hacia mejoras en la calidad de vida y en la disminución de situaciones que produzcan daños o lesiones sobre las vidas de todas y cada una de las personas.



Características de los derechos humanos³⁸

Universalidad

Deben superar a la necesidad en su totalidad, debido a la interrelación entre las necesidades, hacia la búsqueda de la satisfacción plena y de garantizar la totalidad en torno a la satisfacción de dichas necesidades.

Integralidad

La realidad no es fragmentada, por lo tanto, los derechos deben atender a todas las dimensiones de la vida de los sujetos y sus colectivos, sin desagregar alguna, pues entre una y otra dimensión hay complementariedad y sinergia.

Equidad

Deben atender las particularidades de cada individuo con el fin de lograr condiciones de bienestar.

Progresividad

Dado que la superación de una necesidad genera otra, así como lo político reivindica condiciones necesarias para el ejercicio pleno de la vida.

Todos tenemos derechos por el solo hecho de existir

Los derechos humanos son aquellas facultades que poseen todos los hombres, mujeres, jóvenes, niños y niñas por el solo hecho de ser personas, sin importar su edad, sexo, orientación sexual, etnia, origen, creencias, clase social o pensamiento. En otras palabras, todas las personas tienen derechos por el simple hecho de existir. De igual manera, representan un proceso de construcción socio-histórico mediante luchas permanentes para avanzar en la comprensión y adaptación de estos a los distintos momentos de la historia de la humanidad.

Trascendencia de los derechos humanos

Los Derechos humanos trascienden la esfera normativa de los períodos gubernamentales en la obligación de la universalidad y correspondencia con las diferentes comunidades, hacen parte de la sociedad como un todo; “Los derechos humanos pueden ser vistos como demandas primordialmente éticas. Ellos no son mandatos principalmente ‘legales’, ‘proto-legales’ o ‘legales-ideales’. Aunque los derechos humanos puedan, y con frecuencia lo hacen, inspirar la legislación, este es un hecho posterior, más que una característica constitutiva de los derechos humanos”³⁹

Las declaraciones internacionales destacan el carácter universal de

los derechos y su correspondencia a cualquier hombre o mujer sin importar el lugar o el tiempo de su ubicación.

Su inclusión en las constituciones los convierte en derechos del ciudadano de un Estado concreto; tienen un carácter positivo, porque se entiende que los Derechos Humanos no sólo serán proclamados sino protegidos de un modo fáctico, incluso contra el propio Estado que los viole; así mismo, tienen carácter de exigibles ante el Estado por parte de toda la ciudadanía. Esta exigibilidad es promovida por la sociedad – ciudadanía, quien exige al Estado el cumplimiento de las garantías vinculadas con la vida digna.⁴⁰

Notas bibliográficas

38 Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea). Conceptos y características de los derechos humanos. Serie Tener derecho no basta. Caracas, Venezuela, 2008.

39 Sen, 2004.

40 Corporación Grupo Guillermo Fergusson Escuela Popular de Líderes. Módulo V, Exigibilidad y derecho a la salud, 2007.



1.5. El enfoque diferencial

El enfoque diferencial en salud se refiere a una atención que responda a las necesidades particulares de las personas desde la diversidad planteada por su adscripción a un grupo étnico (indígena, afrodescendiente, raizal, o rom); a un grupo de edad; a un género y una orientación sexual; a un grupo humano en situación de discapacidad de cualquier tipo; o a un grupo social en situación social y económica desventajosa, asumiendo que estas condiciones se pueden conjugar en una misma persona⁴¹. La diferenciación de los aspectos como género, etnia y condición de fragilidad aumenta o disminuye las capacidades para mejorar la calidad de vida y las condiciones de las personas. Ello repercute para replantear respuestas integrales que respondan a mejorar el bienestar de cada grupo social⁴².

Una mirada esencial para el desarrollo del enfoque diferencial abarca las posibilidades que desde las prácticas y representaciones simbólicas dan contenido a las particularidades de los actores que habitan un territorio.

Dicho abordaje apunta a un esquema de desarrollo humano que incluye el proceso de ampliación y uso de las capacidades humanas, individuales y colectivas, para la promoción de las posibilidades de elección y decisión de la gente, la consecución de una vida larga y saludable, el desarrollo cognitivo y la adquisición de conocimientos, el acceso a los recursos necesarios para tener una vida decente, la libertad política, económica y social,

la oportunidad de ser creativos, productivos, el disfrute de la autoestima y la garantía de los derechos humanos⁴³.

Es así como el enfoque diferencial debe dar cuenta de la individualidad de los sujetos vista desde las particularidades de otros, cuyo acumulados histórico, material, cultural y simbólico otorga una serie de especificidades que atañen entre la mirada de los géneros, las características étnicas y culturales, las diferenciaciones sociales y la representación en cada una de las etapas del ciclo biológico entre la infancia, la juventud, la adultez y la vejez, todas ellas con notorias manifestaciones frente a la construcción de sentido y significado en lo social⁴⁴.

Notas bibliográficas

41 Hurtado, M; Gómez, C; Londoño, A; Veloza, E; Urrego, Z (2011), "Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Capítulo 2. Marco ético – conceptual que sustenta el modelo", Ministerio de la Protección Social – UNFPA, 103 p.

42 Equipo Nacional Ola Invernal – Eje Disciplinar Trabajo Social (2012), "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca. Línea 7. 51 p.

43 Alvarado Acevedo, Alberto. 2004. Pobreza. Una propuesta de análisis sistémico. Pontificia Universidad Javeriana y Fundación Konrad Adenauer. Pag. 222.

44 Equipo Nacional Ola Invernal – Eje Disciplinar Trabajo Social (2012), "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca. Línea 7. 51 p.

1.6. Acción sin daño

Como "acción sin daño" se conoce un enfoque ético, basado en el principio hipocrático del "primum non nocere", y sostenido en la reflexión crítica sobre los principios, consecuencias e impactos de cada acción efectuada en nombre de la ayuda humanitaria y para el desarrollo; busca minimizar las posibilidades de perjudicar a las personas y comunidades con los procesos

de ayuda externa que se instauran. Desde un punto de vista jurídico amplio, el daño a que se refiere implica cualquier afectación a la garantías y derechos de las personas; incluye los daños tanto objetivos como subjetivos, y entre estos últimos a aquellos de tipo psicossomático, y los que alteran negativamente el proyecto de vida^{45, 46 y 47}.

El enfoque de "acción sin daño" busca minimizar las posibilidades de perjudicar a las personas y comunidades con los procesos de ayuda externa que se instauran

Del bien y del mal

"Creer que del bien se sigue siempre el bien y del mal se sigue inevitablemente el mal, es en realidad irracional, es una hipótesis que no viene refrendada por los hechos; y exigir que se actúe moralmente como si tal hipótesis fuera verdadera, resulta irresponsable por parte de quien lo hace".
Adela Cortina. "Ética aplicada y democracia radical". Editorial Tecnos, 1993.

Notas bibliográficas

45 Anderson, M (1999), "Acción Sin Daño: cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra. Ántropos, Bogotá, 162 p.

46 Rodríguez, A (2008), "Acción Sin Daño y Reflexiones desde las prácticas de paz, una aproximación desde la experiencia colombiana. Módulo 1. El enfoque de la acción sin daño". Universidad Nacional de Colombia, 55 p.

47 Reverón, C (2008), "Acción sin daño y reflexiones desde las prácticas de paz, una aproximación desde la experiencia colombiana. Módulo 3. Los daños en nombre del desarrollo. Enfoques y perspectivas". Universidad Nacional de Colombia, 57 p.



¿Cómo se reconoce el daño infringido?



El enfoque de acción sin daños implica el cuidado de unos “mínimos éticos” que deben ser garantizados siempre que se planea o provee ayuda externa a comunidades y personas afectadas por los conflictos armados y las catástrofes naturales: la dignidad, la autonomía y la libertad. De lo anterior se desprenden dos principios fundamentales para la acción humanitaria en el marco de la acción sin daño: la participación social, y la comprensión del contexto y sus interacciones^{48, 49}. El daño infringido mediante la acción humanitaria puede ser reconocido cuando⁵⁰.

- **Se empeoran divisiones entre grupos en conflicto:** por causa de un análisis inadecuado, de habilidades inadecuadas, por la toma involuntaria de partido hacia uno de los grupos en pugna; o cuando no se efectúan un seguimiento y monitoreo oportuno de las acciones en que se han reunido personas de ambos lados del conflicto.
- **Se aumenta el peligro para los participantes en los proyectos:** creando falsa sensación de seguridad; poniendo a la gente en situaciones peligrosas; generando desde las agencias de cooperación en las contrapartes locales expectativas demasiado altas y sin suficiente apoyo en el seguimiento; cuando las agencias no analizan explícitamente o no discuten con los socios locales acerca de cómo los riesgos en cada etapa son diferentes y afectan de manera diferente a los extranjeros y a los locales. La Carta Humanitaria es una declaración de los derechos y obligaciones reconocidos, así como de las convicciones y compromisos que rigen a las organizaciones que brindan ayuda humanitaria. Se refuerza la violencia estructural o directa: cuando se asume que sólo con reunir a la gente se suprimen las inequidades de poder que suelen sostener a los conflictos; cuando se aceptan condiciones impuestas por el
- **Se empeoran divisiones entre grupos en conflicto:** por causa de un análisis inadecuado, de habilidades inadecuadas, por la toma involuntaria de partido hacia uno de los grupos en pugna; o cuando no se efectúan un seguimiento y monitoreo oportuno de las acciones en que se han reunido personas de ambos lados del conflicto.
- **Cuando se resta poder a la gente local:** cuando las organizaciones que brindan ayuda aconsejan paciencia a las personas afectadas; se centran en brindar ayuda que no responde a las reales necesidades de las personas; debilitan con su acción a las estructuras gubernamentales encargadas de brindar en primera instancia la ayuda a los afectados; cuando aumentan mediante su accionar la distancia entre el Estado y las personas; o cuando no prevén estrategias de salida.
- **Se fomenta la dependencia por cuenta de gente y de recursos externos.**

La Carta Humanitaria es una declaración de los derechos y obligaciones reconocidos, así como de las convicciones y compromisos que rigen a las organizaciones que brindan ayuda humanitaria

lado del conflicto que ostenta más poder o por estados extranjeros influyentes.

- **Se efectúa un manejo rígido de los proyectos y los recursos humanos que no es acorde con la circunstancia local:** cuando los proyectos llegan y ejecutan agendas preconcebidas que no

corresponden a las necesidades existentes; cuando los suministros humanitarios distorsionan los mercados locales; al contratar activistas locales que no se corresponden con los liderazgos naturales; al entregar recursos sin el debido acompañamiento y asesoría para su utilización.

Carta Humanitaria

Es una declaración de los derechos y obligaciones reconocidos, así como de las convicciones y compromisos que rigen a las organizaciones que brindan ayuda humanitaria, agrupados en principios, derechos y obligaciones comunes, fundados en el principio de humanidad y en el imperativo humanitario.

Entre ellos, se incluyen: el derecho a vivir con dignidad, el derecho a recibir asistencia humanitaria acorde con los principios de imparcialidad y no discriminación, y el derecho a la protección y a la seguridad.

En articulación con lo anterior, la carta humanitaria enuncia una serie de normas esenciales y mínimas que articulan lo que esos principios y obligaciones significan en la práctica, y sirven de base para que las organizaciones rindan

cuentas ante las comunidades. Desde esa perspectiva, las seis normas esenciales para brindar asistencia humanitaria son las siguientes⁵¹.

- Respuesta humanitaria centrada en las personas.
- Coordinación y colaboración.
- Evaluación.
- Diseño y respuesta.
- Desempeño, transparencia y aprendizaje.
- Desempeño de los trabajadores y trabajadoras humanitarios.

Los desarrollos específicos de las normas esenciales enunciadas constituyen las normas mínimas para la acción humanitaria; en los numerales siguientes nos referimos a algunas normas mínimas correspondientes a áreas centrales de intervención señaladas por el Proyecto Esfera, desde este y otros referentes teóricos relevantes.

Notas bibliográficas

48 Anderson, M (1999), “Acción Sin Daño: cómo la ayuda humanitaria puede apoyar la paz o la guerra. Ántropos, Bogotá, 162 p.

49 *Ibid.* 3.

50 *Ibid.* 3.

51 El Proyecto de la Esfera (2000), Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres. IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p.

Capítulo 2



Desarrollos técnicos para la atención a poblaciones afectadas por emergencias humanitarias

| | |
|---|----|
| 2.1. Intervenciones generales en salud ante la emergencia | 41 |
| 2.2. Intervenciones en salud mental | 48 |
| 2.3. Intervenciones en salud sexual y reproductiva | 56 |
| 2.4. Fortalecimiento de la capacidad local | 59 |
| 2.5. Seis claves para la acción | 62 |
| 2.6. Monitoreo y evaluación | 66 |

Este capítulo presenta los desarrollos técnicos específicos alcanzados por el equipo nacional y los equipos territoriales en la atención de la población afectada por la ola invernal 2010-2011 para atender la salud sexual y reproductiva y la salud mental. La atención busca respuestas integrales para la protección, propias de un enfoque de atención primaria en salud, en perspectiva renovada y desde saberes ampliamente reconocidos.



2.1. Intervenciones generales en salud ante la emergencia

El énfasis de la acción en el marco del convenio 184 MPS-OIM 2011 es impactar las problemáticas de salud mental y salud sexual y reproductiva en las poblaciones afectadas por la emergencia invernal. Simultáneamente son desplegadas una serie de intervenciones dirigidas hacia la protección, restauración y fortalecimiento de la salud en general, en el marco de un enfoque de atención primaria en salud.

Enfoque de atención primaria en salud

Este enfoque es entendido por el equipo nacional de acción ante la ola invernal como “Un modelo de acción en salud que incluye una profunda actitud de respuesta que reconozca los derechos, sumada a procesos de participación social y del fortalecimiento de estrategias que recojan aspectos identitarios, culturales, sociales y políticos a nivel individual, familiar y comunitario, con el fin de transformar las condiciones de vida y la generación de redes protectoras en los albergues, cambuches y demás lugares donde se encuentre población afectada por la ola invernal (Modelo de Atención Primaria en Salud APS)”⁵².

A partir de este enfoque, debe organizarse un abordaje de la salud sexual y reproductiva y la salud mental como ejes estructurantes tanto del cuidado total de la salud individual como de la recomposición del tejido social. Así, este es un escenario protector de la vida, especialmente de poblaciones con mayores exposiciones a riesgos, y de reducción de conflictos al interior de un grupo social en emergencia.

Este enfoque es entendido como un modelo de acción en salud que incluye una profunda actitud de respuesta que reconozca los derechos (...)

Notas bibliográficas

52 Equipo Ola Invernal, Documento Sistematización, 2011.

Cómo llevar a la práctica este enfoque



Esta manera de abordar la salud sexual y reproductiva y la salud mental, se logra a través del reconocimiento de elementos como:

1. Las relaciones de género que permiten la inclusión de procesos desde el discurso, así como desde acciones efectivas que reconozcan la visibilización, el desarrollo de acciones acordes con las necesidades y la participación de sectores de población históricamente excluidos, como las mujeres.
2. Relaciones con los territorios y sus materiales socioculturales: entre el individuo, su núcleo familiar y sus referentes socioculturales, mediante prácticas, saberes, tradiciones, pautas de crianza, relaciones generacionales, entre otros, los cuales posibilitan identificar factores de riesgo a mitigar y factores protectores a promover y fortalecer en el marco de las situaciones producidas por la ola invernal.
3. Aspectos de identidad y de trabajo desde las redes familiares, sociales e institucionales, que permiten establecer puntos de conexión para articular los procesos de gestión y atención.
4. Análisis de las causas que se entretajan alrededor de las situaciones de la salud sexual y reproductiva, desde una mirada de determinantes sociales y reconocimiento de condiciones de calidad de vida (situación de acceso a servicios públicos, condiciones de empleo, vivienda, educación, entre otros); aspectos tales que favorecen o restringen los derechos y la posibilidad de generar calidad de vida en medio de las emergencias.
5. La articulación de la salud mental y la salud sexual y reproductiva, enmarcando una mirada colectiva de posibilidades para el reconocimiento de las capacidades individuales y colectivas. Esto con el fin de promover capacidades para la auto-agencia a través de la recomposición de las confianzas, de las capacidades de individuos y colectivos para proponer mejores versiones de futuro y superar las situaciones difíciles producto de la emergencia, así como la activación de mecanismos para la autorregulación y la protección de poblaciones con mayores exposiciones a situaciones de mayor riesgo.
6. La incorporación del enfoque diferencial que permite justamente desde una perspectiva de derechos, establecer acciones que respondan de manera acorde a las necesidades particulares de las poblaciones vulnerables.

Desarrollo de la estrategia específica

Como estrategia específica para operar la acción, se recurre a los equipos extramurales interdisciplinarios, pues en los contextos de emergencias y desastres se ha reconocido que la prestación de servicios de salud basados en equipos móviles interdisciplinarios, conformados por profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social, entre otros, constituye una opción óptima para facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas afectadas.

En el caso de la atención a poblaciones aquejadas por la ola invernal que se reseña, dicha estrategia es adoptada tempranamente por el equipo nacional coordinador. La decisión de desarrollar equipos extramurales interdisciplinarios tuvo en cuenta su utilidad para sortear las barreras de acceso a servicios de salud que existen habitualmente en Colombia, las cuales se ven exacerbadas en contextos rurales afectados por conflicto armado, con pobres vías de acceso, en los cuales adicionalmente se esté presentado una emergencia⁵³.

En tal marco, y con la concepción amplia de salud mental y salud sexual y reproductiva ya explicitada, las intervenciones de los equipos interdisciplinarios extramurales estuvieron orientadas hacia la satisfacción de necesidades generales en salud, y hacia el fortalecimiento del tejido social y la capacidad local instalada, para dar respuesta a la emergencia. También se canalizaron acciones específicamente dirigidas a impactar problemas de salud mental y salud sexual y reproductiva⁵⁴.

La prestación de servicios de salud basados en equipos móviles interdisciplinarios, constituye una opción óptima para facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas afectadas por emergencias humanitarias

Para los equipos móviles:

Es necesario explicitar desde el principio las rutas de las canalizaciones para atención de los casos en su respectiva red de prestadores de servicios de salud, cuando así se requiera; de este modo se evitarán algunas de las principales dificultades evidenciadas por experiencias previas con este tipo de atención en nuestro contexto⁵⁵.

Notas bibliográficas

- 53 Kuan, C (2011), Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM, Bogotá, 11p.
- 54 Entrevistas con Referentes Nacionales de Salud Mental, Enfermería, Trabajo Social, y Coordinación general de la experiencia, Bogotá, 2012.
- 55 Kuan, C (2011), Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM, Bogotá, 11p.

Acciones para la atención de la salud general de las personas habitantes en territorios afectados por la ola invernal realizadas por los equipos móviles interdisciplinarios en salud, Convenio 184 MPS–OIM 2011⁵⁶



De acuerdo con la experiencia de atención de la salud general de las personas habitantes en territorios afectados por la ola invernal en el 2011, realizadas por los equipos móviles interdisciplinarios en salud, aquellas que deben ser incluidas para la intervención de situaciones de emergencia humanitaria similares son las siguientes:

| Componentes de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|--|--|
| Abastecimiento de agua, saneamiento básico y control de vectores. | Evaluaciones de saneamiento básico y condiciones de salud en albergues, efectuadas por equipos de salud, en busca de factores de riesgo para la salud, susceptibles de ser controlados. |
| Seguridad alimentaria y nutrición | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica general (entre las patologías más frecuentes: malnutrición crónica). • Evaluación por los equipos de salud de ruta de atención integral a gestantes y neonatos que garantice, entre otros, su acceso a micronutrientes, y el acceso a fórmula láctea y agua potable para prepararla en el caso de lactantes con madres viviendo con VIH/SIDA. |
| Alojamiento, asentamientos humanos y artículos no alimentarios | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones de calidad de la vivienda en albergues y cambuches efectuadas por médicos de equipos territoriales. • Seguimiento a situación de salud en albergues por enfermería y propuestas de acciones inmediatas para afrontamiento de hallazgos. |
| Control de enfermedades transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica general (entre las patologías más frecuentes: EDA, IRA, y dermatitis aguda; con atención de pocos casos de enfermedades transmitidas de vectores pese a tratarse de zonas endémicas). • Estrategias de información, educación, comunicación (IEC) sobre derecho a la salud, por enfermería. |
| Prevención de enfermedades prevenibles por vacunación | <ul style="list-style-type: none"> • Asesoría médicas en promoción y prevención. • Indagación de estado vacunal y refuerzo o complementación PAI en menores de cinco años. • Estrategias de información, educación, comunicación (IEC) sobre derecho a la salud. |



| Componentes de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|--|--|
| Organización de los sistemas de salud | <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento del impacto de emergencias y desastres en la salud en CREPAD/CLOPAD mediante asistencia técnica. • Capacitaciones a recurso humano en salud instalado en los territorios, sobre temas prioritarios durante emergencias. • Identificación e intervención inicial en albergues y zonas de retorno, de personas con condiciones sanitarias prioritarias que requerían procesos especiales de acompañamiento (gestantes, personas con enfermedades crónicas, personas con tratamientos médicos o cuidados especiales, personas con discapacidad, personas con epilepsia, cuadros mentales orgánicos, o confusión mental, entre otros). • Detección de barreras de acceso a servicios de salud y planificación de medidas para su abolición. • Fomento del trabajo intersectorial, la participación ciudadana, social y comunitaria, mediante técnicas de información y educación popular facilitadas por trabajo social. • Realización de acuerdos comunitarios en temas prioritarios de salud. • Mapeo de actores municipales y departamentales. • Directorio departamental y municipal de recursos institucionales y comunitarios. • Identificación y fortalecimiento de redes protectoras (institucionales y comunitarias) para poblaciones específicas. • Fortalecimiento de nuevos liderazgos en las redes sociales. • Canalizaciones de casos. |

Continúa en la página 44

Fuentes

El Proyecto de la Esfera (2000), "Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres". IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p; Kuan, C (2011), "Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 11p; Campos, J (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Enfermería, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 37 p; Rodríguez, G (2011), "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7. Convenio de Cooperación 184 del 10 de Marzo del 2011", Bogotá, 51 p; Martínez, E (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Psicología, Convenio 184 MPS – OIM" (preliminar) Bogotá, 5 p.

(Continuación) Acciones para la atención de la salud general



| Componentes de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|--|---|
| Salud infantil | <ul style="list-style-type: none"> • Atenciones directas a la población por personal de enfermería. • Asesorías médicas en promoción y prevención. • Consulta médica general (entre las patologías más frecuentes: dermatitis aguda, EDA, IRA y desnutrición crónica). • Detección de condiciones de riesgo para la salud de la infancia en las evaluaciones de albergues efectuadas por médicos de terreno, por ejemplo, con constatación de alta desescolarización de niñas, niños y adolescente afectados. • Identificación de principales signos, síntomas y condiciones de salud afectando a niños, niñas y adolescentes en los escenarios humanitarios intervenidos, por enfermería (predominio IRA, EDA, asma, parasitosis, infecciones de la piel, varicela, piodermitis, trastornos depresivos). • Estrategias de información, educación, comunicación (IEC) sobre derecho a la salud. |
| Atención de lesiones | <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica general. Asesorías médicas. • Estrategias de información, educación, comunicación (IEC) sobre derecho a la salud. |
| Atención a enfermedades no transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de principales signos, síntomas y condiciones de salud no transmisibles presentes en los escenarios humanitarios intervenidos, por enfermería (trastorno depresivo, hipertensión, asma). • Consulta médica general (con enfoque diferencial por etnia, se identificó una mayor incidencia de enfermedades crónicas ligadas a la etnia en comunidades afrocolombianas: hipertensión arterial, diabetes, glaucoma; un caso de pancreatitis por alcohol en adolescente indígena). • Asesorías médicas en promoción y prevención. • Estrategias de información, educación, comunicación (IEC) sobre derecho a la salud. |

Participación social

La participación social puede describirse como las posibilidades para resolver conflictos y necesidades desde una mirada colectiva, valorando lo público; ello significa que desde los escenarios colectivos existen mecanismos que son significativos para la concertación de los procesos y que desde su autonomía y maneras de relacionamiento deben aportar al fortalecimiento de lo público y por tanto del bien común: en este sentido, la participación social reconoce todas las voces de los sujetos, su empoderamiento y sus capacidades para incidir en la transformación de sus entornos.

Estos instrumentos deben poner en evidencia las redes hacia las cuales se pudieran canalizar los casos de-

tectados y atendidos inicialmente que requirieran atención de mayor complejidad. Así mismo, sirven para generar estrategias de afrontamiento de las barreras de acceso a servicios de salud que pudieran existir en cada territorio.

Estos desarrollos fueron y son especialmente importantes porque han quedado como insumos que facilitarán la acción de otros equipos de salud abocados al enfrentamiento de las necesidades sanitarias de poblaciones colombianas rurales que puedan resultar afectadas en el futuro por diversos tipos de emergencias (véase anexo con instrumentos y herramientas técnicas para la acción No. 1, 13, 14).



Se desarrollaron instrumentos que permitieran la participación comunitaria en los procesos de diagnóstico



2.2. Intervenciones en salud mental

Las intervenciones en salud mental desplegadas dentro de contextos de emergencia humanitaria deben apuntar tanto a las potenciales afectaciones individuales como hacia las colectivas

Las intervenciones de salud mental hacen parte integral de la respuesta ante las emergencias y los desastres, en el corto, mediano y largo plazo. El enfrentamiento a una situación de desastre implica tener que afrontar una situación de estrés inesperado que produce un impacto personal, familiar y social, que frecuentemente excede la capacidad de manejo de los individuos y las comunidades.

Sin el apoyo oportuno y adecuado, este estrés puede conducir al desarrollo de problemas psicológicos, de conducta o de interacción que pueden llegar a configurarse en diagnósticos específicos dentro del ámbito de lo individual. A la vez, las personas afectadas pierden continuidad en su universo significativo y social por la ruptura de la vida cotidiana y de las dinámicas habituales de relaciones, prácticas y roles sociales; se rompen los patrones de convivencia, se altera el potencial comunitario de construcción colectiva y concertación, y se distorsionan las dinámicas familiares⁵⁶.

Las intervenciones en salud mental desplegadas dentro de contextos de emergencia humanitaria deben apuntar tanto a las potenciales afectaciones individuales como hacia las colectivas, con acciones propias tanto del campo de la intervención psicosocial como del de la salud mental⁵⁷. Esto implica que la atención no puede limitarse tan solo a atender a algunas personas con cuadros psiquiátricos sobrevivientes a la situación de emergencia, sino que debe incluir este tipo de acciones en el marco de una intervención más amplia, dirigida a todas las personas afectadas, con independencia

Reacciones psicológicas comunes en las personas afectadas por emergencias humanitarias

Preocupaciones en relación con la supervivencia, duelo por pérdida de personas y bienes, miedo y ansiedad relacionados con la seguridad propia y de otras personas; preocupaciones relacionadas con la reubicación; necesidad de hablar sobre lo sucedido y sobre los sentimientos que se han despertado, necesidad de sentirse parte de la comunidad y de los esfuerzos de recuperación; confusión e incredulidad, modificación de las conductas ordinarias, distorsión del funcionamiento psicológico normal; cambios frecuentes e inesperados de estado de ánimo, baja productividad, abandono de actividades sociales tradicionales; adopción de conductas al margen de lo aceptado habitualmente; cuadros clínicos específicos tales como: depresión, ansiedad, estrés postraumático o trastornos del sueño.⁵⁹

de que manifiesten o no sintomatología psicopatológica, con el fin de ayudarles a recuperar su sentido de vida cotidiana, su mundo simbólico y social, y su capacidad de resistencia ante la adversidad⁵⁸.

Aspectos a fortalecer

Las intervenciones individuales o colectivas, deben propender en primer término por el fortalecimiento de la resiliencia, aumentando en los y las afectadas la capacidad para resistir la adversidad, recuperarse y afrontar la situación adversa. Algunos aspectos que deben favorecerse con este fin, a través de las intervenciones brindadas, son⁶⁰:

- La capacidad de reconocer oportunidades en la adversidad.
- La habilidad para desarrollar capacidades de afrontamiento emocional y solución de problemas.
- La existencia de buenas habilidades sociales.
- Un concepto personal positivo.
- Un sentimiento de empatía hacia los demás, con capacidad de ponerse en los zapatos del otro u otra.
- La capacidad de tener sentido del humor.
- La existencia de flexibilidad mental.
- La vinculación espiritual.
- El ambiente familiar positivo.
- La existencia o desarrollo de redes sociales fuertes.

Notas bibliográficas

56 Equipo de Salud Mental 2011. Dirección General de Salud Pública (2011), "ABC de la Atención en Salud mental para personas y comunidades afectadas por la emergencia invernal. Guía de Intervención", Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.

57 *Ibid* 43.

58 Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, IASC, 206 p.

59 *Ibid* 43

60 *Ibid* 44.



Aspectos a tener en cuenta



La respuesta general en salud mental ante una emergencia humanitaria debe tener en cuenta los siguientes aspectos⁶¹:

- El personal de salud mental debe apartarse de los métodos tradicionales, evitando el uso de etiquetas diagnósticas, asumiendo que las reacciones de estrés y duelo ante un desastre son respuestas normales ante una situación como éstas. Debe realizar una búsqueda sistemática y activa de las víctimas, para su adecuada atención.
- La respuesta instaurada debe corresponder con cada fase del desastre; por ejemplo, en la fase de impacto se prestan primeros auxilios psicológicos y no consejería, como ocurre en las fases posteriores.
- Deben priorizarse los aspectos comunitarios y de prevención.
- Garantizar unos mínimos de prestación de servicios.
- Buscar que se recuperen los proyectos de vida individual y colectiva.
- Eliminar o disminuir la posibilidad de que se presenten daños psicosociales.
- Evitar y reducir el miedo y la aflicción.
- Contribuir a prevenir y controlar la problemática social que se genera en la población en situaciones de emergencia (violencias, tráfico y consumo de sustancias psicoactivas, explotación sexual comercial, entre otras).
- Reducir, atender y rehabilitar los síntomas y trastornos psicológicos que se presenten como consecuencia directa o indirecta de la emergencia.
- Capacitar a los equipos de atención primaria en salud y a los equipos territoriales de salud, en salud mental.

La respuesta instaurada debe corresponder con cada fase del desastre; por ejemplo, en la fase de impacto se prestan primeros auxilios psicológicos

Acciones propuestas



Las acciones propuestas en el marco de esa respuesta general en salud mental son las siguientes⁶²:

- Acciones de organización social: encuentros para construir con la comunidad escenarios posibles y cursos de acción ante la emergencia.
- Acciones de restablecimiento de las prácticas sociales y recuperación de espacios significativos: eventos lúdicos, recreativos y de expresión de las prácticas sociales y culturales.
- Acciones de promoción de prácticas cotidianas: generación de dinámicas sociales que permitan retomar la vida cotidiana, promoción de espacios para el goce, el enamoramiento, el compartir, el disfrute.
- Encuentros para promover la resignificación histórica y de sentido colectivo y personal: conversatorios, talleres experienciales, grupos focales y grupos reflexivos.
- Acciones que promuevan y faciliten diferentes formas de expresión y manejo de las emociones: utilización de actividades de expresión artística, juego de roles, entre otros posibles.
- Procesos comunitarios en salud mental: identificación comunitaria de áreas problemáticas para la acción en salud mental, identificación comunitaria de personas que requieran posible atención especializada en salud mental, acciones de acompañamiento y apoyo emocional, canalización y atención clínica especializada.

Notas bibliográficas

61 Equipo de Salud Mental 2011. Dirección General de Salud Pública (2011), "ABC de la atención en salud mental para personas y comunidades afectadas por la emergencia invernal. Guía de intervención", Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.43, 44.

62 *Ibid* 44.



Características del trabajo de los equipos



De manera específica, y a partir de la experiencia del equipo que lideró el proceso de intervención en salud mental durante la ola invernal desde el convenio MPS - OIM en el año 2011, se encuentra que las características del enfoque de trabajo de los equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva en contextos de emergencia humanitaria debe tomar en cuenta el siguiente enfoque de trabajo.

“El enfoque de trabajo de estos equipos da respuesta a las necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva, busca brindar una atención inmediata en albergues y zonas de retorno donde se ubican las personas damnificadas por la ola invernal, así como identificar las principales necesidades en estos dos temas de manera prioritaria, pero también evidenciar problemas en otros eventos de salud pública que puedan estar afectando a la población damnificada; vale la pena resaltar que la intencionalidad de estos equipos de respuesta es complementaria a las acciones que deben desarrollar las secretarías departamentales y municipales de salud y en ningún caso pretenden sustituir las acciones que deben desarrollar y cumplir las EPS, IPS y ESE municipales”.



Orientaciones integrales para la intervención en salud sexual y reproductiva y salud mental

Estos equipos de respuesta a las necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva, buscan brindar una atención inmediata en albergues y zonas de retorno

| Área de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales orientaciones a tener en cuenta |
|--|---|
| Consideraciones sociales relativas a los servicios básicos y a la seguridad que protegen la salud mental de la población | <ul style="list-style-type: none"> Evaluaciones de calidad de la vivienda en albergues y cambuches; seguimiento de situación de salud en albergues y propuestas de acciones inmediatas para afrontamiento de hallazgos; realización de acuerdos comunitarios de convivencia, seguridad, resolución de conflictos, y otros temas afines. Coordinación interinstitucional; identificación y activación de redes sociales primarias y secundarias con el fin de proteger la salud de la población afectada por la emergencia. Enfoque de derechos, enfoque de acción sin daño, y enfoque diferencial por etnia, género y ciclo vital como base de la planeación de todas las intervenciones. |
| Dispositivos de apoyo específicos, no especializados | <ul style="list-style-type: none"> Posicionamiento del impacto de emergencias y desastres en la salud mental en CREPAD/CLOPAD mediante asistencia técnica. Aplicación de instrumento “Caleidoscopio” para la identificación de necesidades de intervención en salud mental. Fortalecimiento de redes sociales y nuevos liderazgos. Acciones para promover la construcción de nuevas narrativas y proyectos de vida en torno al futuro, después de la emergencia, con empleo de técnicas propias de la educación popular, conversacionales, lúdicas y artísticas. Estrategias IEC en salud mental. Capacitación del personal sanitario ubicado previamente en los territorios. Consultas médicas y de enfermería en salud mental. Enfoque de derechos, enfoque de acción sin daño, y enfoque diferencial por etnia, género y ciclo vital como base de la planeación de todas las intervenciones. |

Acciones realizadas

Las acciones para la atención en salud mental de las personas habitantes en territorios afectados por la ola invernal en el 2011 realizadas por los equipos móviles interdisciplinarios en salud fueron las siguientes: ⁽⁶³⁾

| Área de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|--|---|
| Servicios especializados en salud mental | <ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje selectivo de posibles trastornos mentales sobre población previamente identificada en riesgo a través del "Caleidoscopio" o el reporte de líderes y miembros de la comunidad afectada. • Consulta de valoración por psicología. • Consultorías por psicología. • Intervenciones terapéuticas breves por psicología. • Consulta de medicina general por motivos relacionados con salud mental. • Evaluación de acceso a servicios especializados de salud mental dentro de los territorios, y planes de afrontamiento ante dificultades. • Canalización de casos hacia las redes de servicios especializados disponibles. • Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional. • Provisión puntual de intervenciones para el cuidado de la salud de los trabajadores sanitarios en terreno, desde el equipo coordinador nacional, eje psicosocial, encargado de la intervención en ola invernal. |
| Valoración global del cumplimiento de normas mínimas de asistencia humanitaria en desastres, en la experiencia del convenio 184 MPS – OIM 2011 | <ul style="list-style-type: none"> • Se desarrollaron acciones en todas las áreas de intervención priorizadas por las normas mínimas, favoreciendo procesos de autogestión y empoderamiento comunitario, más que de asistencialismo, y tomando en cuenta el enfoque diferencial. Dificultades para la canalización de casos derivadas de la deficiente oferta de servicios especializados en salud mental dentro de las redes de salud disponibles dentro de los territorios, en especial en los primeros niveles de atención. Para experiencias futuras, es necesario que desde el principio se planeen y provean servicios de cuidado de la salud mental dirigidos a los propios trabajadores de salud encargados de la atención a poblaciones afectadas por la emergencia, siendo altamente recomendable que tales cuidados sean proporcionados por un equipo experto externo a la experiencia, dedicado a la atención tanto de los trabajadores y trabajadoras en terreno como de quienes están en el equipo coordinador nacional. |

El "caleidoscopio"

Es la herramienta de apertura para el trabajo de identificación de necesidades individuales y colectivas en salud.

Es un instrumento a través del cual el espectro de los problemas que deben ser atendidos por los equipos de salud se amplía mucho más allá de los individuos afectados por enfermedad, hacia la familia, la comunidad y la sociedad en general. No solamente a partir de la identificación de problemas clásicamente enmarcados en la psicopatología, sino también situaciones relacionadas con determinantes culturales, económicos, políticos y sociales del bienestar mental y de la salud sexual y reproductiva. (véase anexos con instrumentos y herramientas técnicas para la acción Nos. 4, 13 y 16).⁶⁴

El énfasis de esta intervención de lectura colectiva de necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva, como hecho social de amplias connotaciones, también permite el engranaje con los modelos de intervención más centrados en las necesidades individuales, pues como fruto de los ejercicios de conversatorio, conversación reflexiva o grupos focales empleados, es posible la identificación de casos específicos que requieren intervención especializada en salud mental y/o en salud sexual y reproductiva.

La utilización de esta herramienta por parte de los equipos extramurales -integrados por personal de salud debidamente entrenado- permite no solamente la identificación y canalización de las personas afectadas hacia servicios de salud de mayor complejidad, sino, además, la intervención inicial debidamente planificada, (véase anexo con instrumentos y herramientas técnicas para la acción Nos. 10 y 12).

Nota: el equipo de Ola Invernal hizo una adaptación de esta herramienta para identificar necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva.

Notas bibliográficas

- 63 El Proyecto de la Esfera (2000), Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres. IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p; Inter – Agency Standing Committee (2010) Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, 206 p; Kuan, C (2011) "Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 11p; Campos, J (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Enfermería, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 37 p; Rodríguez, G (2011), "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7. Convenio de Cooperación 184 del 10 de marzo del 2011", Bogotá, 51 p; Martínez, E (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Psicología, Convenio 184 MPS – OIM" (preliminar) Bogotá, 5 p.

- 64 Entrevista Psicólogo Equipo Nacional de Salud Mental, Bogotá, 2012.

2.3. Intervenciones en salud sexual y reproductiva



El trabajo interdisciplinario para la realización de intervenciones en salud sexual y reproductiva incluye:

- Evaluación de la situación de salud sexual y reproductiva en los albergues y poblaciones retornadas.
- Entrega de kits para atención del parto limpio, planificación fami-

liar, atención integral post – exposición a violencia sexual.

- Capacitación comunitaria mediante estrategias de Información – Educación – Capacitación (IEC) en temas prioritarios relacionados con esta área.
- Orientación para el uso de métodos modernos para la regulación de la fecundidad.

Instrumentos para identificar necesidades

Se partió de la identificación de necesidades en salud sexual y reproductiva dentro de los distintos territorios intervenidos mediante el uso conjunto de una serie de procedimientos e instrumentos⁶⁵:

Un documento guía de intervención en territorios en el marco de la respuesta a la emergencia humanitaria desde el sector salud (véase Anexo No. 1).

Un mapa de riesgos y posibilidades en salud mental y salud sexual y reproductiva (véase Anexo No. 2).

Un instrumento para la evaluación de daños y necesidades en salud sexual y reproductiva, en el marco de la construcción de un Plan de Contingencia para la Atención y Prevención en Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva en Ola Invernal (véase Anexo No. 3).

Sobre esa base, las acciones desarrolladas para la atención de la salud sexual y reproductiva de las personas habitantes en territorios afectados por la ola invernal, y de acuerdo con las áreas de intervención prioritaria señaladas por las normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres recomendadas desde el Proyecto Esfera, fueron las siguientes:

Acciones para la atención de la salud sexual y reproductiva

de las personas habitantes en territorios afectados por la ola invernal realizadas por los equipos móviles interdisciplinarios en salud, convenio 184 MPS– OIM 2011

| Área de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|---|---|
| Planificación familiar | <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento del PSIM en CREPAD/CLOPAD mediante asistencia técnica. • Estrategias IEC. • Consultas médica general y de enfermería. • Evaluación estrategias de acceso a servicios modernos para la regulación de la fecundidad dentro de los territorios. • Proceso de compra, distribución y uso de kits de planificación familiar con métodos modernos. • Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional. • Capacitación al personal sanitario presente en los territorios. |
| Violencia de género | <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento del PSIM en CREPAD/CLOPAD mediante asistencia técnica. • Estrategias IEC. • Consultas médica general, de psicología y de enfermería. • Proceso de compra, distribución y uso de PEP –Kits para violencia sexual. • Evaluación de existencia dentro de los territorios de planes de intervención coordinados multisectoriales, rutas de atención y protocolos, para casos de violencia sexual. • Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional. • Capacitación al personal sanitario presente en los territorios. |

Notas bibliográficas

65 Equipo Nacional Ola Invernal (2011), “Plan de Contingencia para la Atención y Prevención en Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva en Ola Invernal. Documento Taller”, Convenio 184 MPS – OIM, 12 p.

| Área de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|---|--|
| Maternidad segura | <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento del PSIM en CREPAD/CLOPAD mediante asistencia técnica. • Estrategias IEC. • Consultas médica general y de enfermería. • Evaluación de los PSIM a nivel departamental, en sus componentes de salud materna y neonatal. • Proceso de compra, distribución y uso de kits de parto limpio. • Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional. • Capacitación al personal sanitario presente en los territorios. |
| Prevención y tratamiento de ITS – VIH / SIDA | <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento del PSIM en CREPAD/CLOPAD mediante asistencia técnica. • Estrategias IEC. • Consultas médica general y de enfermería. • Evaluación dentro de los territorios de las acciones de promoción, prevención y provisión de insumos (condones, pruebas rápidas, medicamentos profilácticos, kits post-exposición, kits de primeros auxilios) plan de atención y de cuidado para personas viviendo con VIH/sida, realizadas en cada departamento por los entes a cargo. • Evaluación de rutas de atención a mujeres gestantes con VIH-sida y sus hijos nacidos. • Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional.⁶⁶ • Capacitación al personal sanitario presente en los territorios. |

Notas bibliográficas

66 El Proyecto de la Esfera (2000), Carta Humanitaria y Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastres. IFRC / Sphere Project / Proyecto Esfera, Ginebra, 328 p; Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, 206 p; Kuan, C (2011), “Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM”, Bogotá, 11p; Campos, J (2011), “Documento Sistematización Eje Disciplinar Enfermería, Convenio 184 MPS – OIM”, Bogotá, 37 p; Rodríguez, G (2011), “Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7. Convenio de Cooperación 184 del 10 de Marzo del 2011”, Bogotá, 51 p; Martínez, E (2011), “Documento Sistematización Eje Disciplinar Psicología, Convenio 184 MPS – OIM” (preliminar) Bogotá, 5 p.

2.4. Fortalecimiento de la capacidad local

Las acciones en salud dentro de contextos de emergencia se concentran en torno a grupos de población altamente “vulnerables”, presentes en cada uno de los territorios afectados. Estos grupos se definen por estar en una situación de riesgo social incrementado, que se traduce en dificultades para acceder a servicios sociales y de salud, debilidades en los procesos de participación, y ausencia de procesos de inclusión social.

Esta situación genera la necesidad de promover y fortalecer habilidades, capacidades y destrezas para mitigar los efectos producidos por la emergencia humanitaria, la prevención, atención y articulación de las acciones necesarias en torno a los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental, desde un enfoque diferencial por género, etnia y ciclo vital⁶⁷.



Notas bibliográficas

67 Equipo Nacional – Eje Disciplinar Trabajo Social (2011), “Sistematización de las acciones en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7, Convenio de Cooperación 184 del 10 de marzo del 2011”, 51 p.

Plan de acciones de fortalecimiento

En cuanto a las comunidades, es importante el fortalecimiento de sus capacidades y el desarrollo de estrategias específicas de autocuidado y recuperación

De acuerdo con el marco planteado en la página anterior, y partiendo de la realización de un inventario de necesidades sentidas, redes y actores sociales presentes en los territorios, y de la identificación de barreras de acceso a los servicios de salud allí presentes, **fue trazado un plan de acciones** tendientes a fortalecer la capacidad local instalada en temas seleccionados del campo de la salud mental, la salud sexual y reproductiva, y el fortalecimiento institucional e incidencia política (véase anexo con instrumentos y herramientas técnicas para la acción No. 13 - 15). También son útiles otros instrumentos como: la matriz de caracterización de redes, las actas de acuerdos y compromisos comunitarios, las agendas sociales, el mapeo de actores, y el directorio de recursos comunitarios e institucionales⁶⁸.

El fortalecimiento de las capacidades locales debe propender por: el apoyo a la auto organización y el refuerzo de los recursos previamente existentes en los grupos afectados y en los territorios correspondientes, para el afrontamiento de la emergencia, y por el respeto a las prácticas culturales presentes que resulten protectoras o restauradoras para la salud de las y los afectados, introduciendo armónicamente todas aquellas externas que sean necesarias para reforzar el cuidado. También se hace necesario fomentar las capacidades gubernamentales territoriales e integrar la atención de la salud para sobrevivientes de emergencias en los servicios de salud orientados hacia la población en general ubicada dentro de los territorios afectados.

Es importante capacitar a los trabajadores y trabajadoras de la salud

Esto con el fin de fomentar las buenas prácticas para la atención de las principales necesidades en salud existentes dentro de las poblaciones afectadas. En cuanto a las comunidades, es importante el fortalecimiento de sus capacidades y el desarrollo de estrategias específicas para mejorar tanto el proceso de cuidado y recuperación de la salud, como para prevenir formas de violencia específica contra grupos vulnerables. Se deben mejorar las condiciones de protección y seguridad en general, en el marco de la emergencia afrontada⁶⁹.

Notas bibliográficas

68 El numeral 2 del Capítulo 1, en el documento 1 de esta sistematización da cuenta de la variedad de actores y relaciones que caracterizan al sistema de salud en Colombia, en relación con los cuales se deben desarrollar experiencias de intervención dirigida hacia poblaciones afectadas por emergencias. El numeral 2 del Capítulo 2 de la primera parte de esta sistematización relata cómo se llevó a cabo el proceso de entrada en los territorios a intervenir.

69 Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, IASC, 206 p.

Acciones para la atención de la capacidad local

| Área de intervención según normas mínimas de respuesta humanitaria en desastres | Principales acciones realizadas |
|---|--|
| Auto – organización comunitaria y refuerzo de los recursos comunitarios útiles a la salud | <ul style="list-style-type: none"> Mapeo de actores, organizaciones y redes sociales en cada territorio. Indagación y fortalecimiento de respuestas positivas existentes desde la comunidad ante los grupos especialmente vulnerables y afectados por situaciones de riesgo derivados de la emergencia. Realización de acuerdos comunitarios de convivencia, seguridad, resolución de conflictos, prevención de formas de violencia específica contra grupos especialmente vulnerables en el marco de la emergencia y otros temas afines. |
| Refuerzo a los recursos institucionales/ organizacionales útiles para el cuidado de la salud, y fomento a las capacidades gubernamentales y territoriales | <ul style="list-style-type: none"> Capacitación en temas prioritarios de salud mental y salud sexual y reproductiva a personal de salud presente en los territorios afectados. Acercamiento a organizaciones no gubernamentales presentes en la zona que dispensaron ayuda humanitaria. Análisis de barreras de acceso a servicios de salud dentro de los territorios afectados, y elaboración de compromisos para su superación con los responsables. Evaluación de capacidad territorial instalada para la dispensación de servicios mínimos requerido para la atención en salud mental y salud sexual y reproductiva de las poblaciones afectadas por ola invernal. |
| Diseño de Instrumentos para la acción | <ul style="list-style-type: none"> Matriz de caracterización de redes, actas de acuerdos, compromisos comunitarios, agendas sociales, mapeo de actores y directorio de recursos comunitarios e institucionales; caracterización de barreras de acceso a servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva, evaluación de capacidad instalada, y plan de capacitaciones y asistencia técnica, plan de capacitaciones para personal sanitario y comunidades en temas prioritarios de salud mental y salud sexual y reproductiva.⁷⁰ |

Notas bibliográficas

70 Rodríguez, G (2011), "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7. Convenio de Cooperación 184 del 10 de marzo del 2011", Bogotá, 51 p; Kuan, C (2011), "Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 11 p; Campos, J (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Enfermería, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 37 p; Martínez, E (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Psicología, Convenio 184 MPS – OIM" (preliminar) Bogotá, 5 p.

2.5. Seis claves para la acción



A partir de la articulación intersectorial y el abordaje comunitario, la definición de problemáticas a atender debe conjugar los procesos de atención, acompañamiento, capacitación, gestión y seguimiento, con el fin de potenciar la interacción con otros actores e intervenciones institucionales que fortalezcan las capacidades locales existentes. Desde allí es importante desarrollar, por el eje de trabajo social, los siguientes tipos de acciones desde tres dimensiones de poder⁷¹:

a) **Relaciones en el enfoque de derechos y perspectiva diferencial** (ser sujeto de poder - construcción de subjetividad): es importante para los actores públicos; varía según diversas cuestiones, teniendo en cuenta que entre las bases de poder (riqueza, posición, social, capacidad y conocimiento) existe cierto carácter de sustitución. Determinan la posibilidad de tener mayor capacidad de adaptarse a los cambios a partir de la concertación y de la estructuración de nuevas formas de hacer y de desarrollar acciones con poblaciones afectadas.

b) **Conocimientos, capacidades (capital social acumulado)**: como elemento que nutre los procesos en tanto provee información y sentido a los temas de discusión y permite plantear desde la experiencia, alternativas para la solución de los conflictos e intereses que hay en torno a los procesos de políticas públicas. Ideas, reglas, modos, medios de comunicación y métodos son los elementos principales para centrar los ejes de acción y de diseño de respuestas integrales.

c) **El análisis de las necesidades como dimensión de poder** (Abordaje de la realidad): significa problematizar de manera integral lo que sucede alrededor de las estructuras sociales, políticas y económicas “fundamentales”. Estas estructuras aportan las reglas “generativas”, los recursos y las relaciones de transformación que propician las relaciones humanas, las organizaciones, y por ende, el establecimiento de alianzas estratégicas entre los diversos actores incluyendo a las poblaciones afectadas.

Notas bibliográficas

71 Equipo Nacional – Eje Disciplinar Trabajo Social (2011), “Sistematización de las acciones en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7, Convenio de Cooperación 184 del 10 de marzo del 2011”, 51 p.

1. Acciones con poblaciones prioritarias

Las personas son afectadas por las emergencias y desastres con diferentes impactos según factores relacionados con sexo, género, edad y la condición de discapacidad que determina su vulnerabilidad, comportamiento y capacidad de responder a situaciones de riesgo.

Teniendo esto en cuenta, es necesario planificar la respuesta según las necesidades y capacidades de los grupos poblacionales en contextos de emergencia: las mujeres, los niños y las niñas, las personas adultas mayores, las personas con discapacidad física, mental o sensorial, las personas conviviendo con VIH sida.

Por ejemplo, se debe asegurar que las rutas de evacuación estén adecuadas con sistemas de comunicación sonora y visual para orientar a personas con discapacidad auditiva o visual.

2. Articulación con actores estratégicos

Motivar y proveer de alternativas para el trabajo de redes sociales de apoyo, comunitarias e institucionales. Ello supone establecer acciones que no sólo atiendan a particularidades individuales sino también colectivas, con el fin de dar sentido y apropiación de la realidad, y trasegar hacia la concepción de la vida desde sus múltiples esferas (individuales, subjetivas, ambientales, colectivas); la necesidad histórica de hallar respuestas que superen el plano de la inmovilización y que reconozcan aspectos de lo simbólico como medios que también explican y propician la autonomía de los sujetos.

Por ejemplo, ubicar referentes culturales identitarios que permitan identificar intereses y motivar a los colectivos a ser parte activa de estos espacios, tales como grupos de danza, grupos de oración, equipos deportivos, clubes de bingo o de juegos. Todas estas actividades fortalecen la interacción y la capacidad de pedir ayuda y de contar con un soporte social.



2.6. Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación permanentes deben permitir reorientar la acción

Desde el inicio del proceso de diseño y durante la implementación de la estrategia que se sistematiza, se establecieron una serie de registros e informes sobre el número de actividades realizadas por cada eje disciplinar y tipo de acción a su cargo. El monitoreo y la evaluación permanentes deben permitir reorientar la acción.

Los profesionales en terreno fueron los encargados del levantamiento básico de dicha información, la cual fue centralizada y analizada por el equipo coordinador nacional. Los indicadores de monitoreo y evaluaciones inicialmente contempladas para la experiencia fueron los siguientes:

Bases para la construcción de indicadores

| Tipo de indicador planteado | Evaluaciones comunitarias |
|-----------------------------|---|
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> • Población en albergues / retornada, discriminada por: grupos de edad y sexo, procedencia urbana o rural, sitio de procedencia, y pertenencia a poblaciones priorizadas (gestantes, personas discapacitadas, con enfermedad crónica, y bajo tratamiento médico o cuidado especial). • Porcentaje de población con acceso a servicios de: control prenatal, atención de urgencias obstétricas, control del post – parto, planificación familiar, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, servicios de prevención del VIH/SIDA, servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva. • Necesidades de intervención en salud mental y SSR identificadas por la población afectada, a nivel: individual, familiar, social, cultural y político. • Evaluaciones de riesgo y vulnerabilidad. • Impactos o afectaciones emocionales/mentales y recursos de afrontamiento. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Se planeó calcular al inicio de la intervención, a partir de la información proporcionada por los actores sociales claves, que participaron en la elaboración del Plan Local de Contingencia. • Su nuevo cálculo al finalizar la intervención, permitiría contar con una evaluación comunitaria de resultado en los puntos mínimos para la acción en emergencia dentro del campo de la salud sexual reproductiva. • Identificación a partir de resultados de la aplicación del instrumento Caleidoscopio, con comunidad general afectada por la emergencia. • Desarrolladas de manera participativa, como base para la acción, y con énfasis en salud mental y salud sexual y reproductiva. • Identificación a partir de resultados de la aplicación del instrumento Caleidoscopio, con comunidad en general afectada por la emergencia. |

| Tipo de indicador planteado | Informes de actividades y de gestión |
|-----------------------------|---|
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> • Reportes mensuales y reporte final de actividades y gestión, por eje disciplinar. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Se contó con ellos periódicamente, y se les centralizó a través de una herramienta en línea. |
| Tipo de indicador planteado | Encuestas |
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas sobre síntomas en salud mental, sugestivos de posible afectación psicológica o psiquiátrica de las personas: instrumentos SRQ – RQC. • Encuestas sobre funcionalidad familiar: instrumento APGAR. • Encuestas sobre capacidad territorial instalada para prestar los paquetes mínimos de intervención ante emergencias en salud mental y salud sexual y reproductiva. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> • En cuanto a los tamizajes, desde una directriz inicial sobre tamización generalizada, se pasó a preferir y organizar tamizajes selectivos orientados hacia grupos o personas especialmente vulnerables, previamente identificados mediante otras estrategias de trabajo cualitativas y participativas, en concordancia con lo recomendado por las normas IASC. • Las encuestas de capacidad instalada podrían servir para efectuar seguimiento en el mediano plazo sobre el efecto territorial de las intervenciones realizadas desde el equipo de ola invernal. |
| Tipo de indicador planteado | Identificación de redes comunitarias de apoyo |
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> • Inventarios sobre actores sociales, líderes comunitarios, redes de apoyo, recursos comunitarios y estrategias de afrontamiento disponibles desde las comunidades. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Fueron insumos básicos para la planificación de la acción en terreno. |



(Continuación) Bases para la construcción de indicadores

| Tipo de indicador planteado | Acciones comunitarias (acciones basadas en comunidad RBC) y fortalecimiento a los procesos de participación |
|-----------------------------|---|
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> Reuniones comunitarias realizadas desde distintos ejes disciplinares con el fin de identificar áreas prioritarias para la acción y planificar respuestas. Acuerdos comunitarios para la acción ante problemáticas centrales de violencia y seguridad. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> De acuerdo con el Proyecto Esfera, algunos indicadores básicos para evaluar si las acciones están centradas en las personas de la comunidad, se encuentran: <ul style="list-style-type: none"> Realización de reuniones periódicas con las personas afectadas por el desastre para darles participación activa o informarlas sobre el modo de organización de la respuesta. Aumento a las iniciativas de autoayuda lideradas desde la comunidad durante el período de respuesta. |
| Tipo de indicador planteado | Indicadores de producción (o proceso) |
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> Indicadores de monitoreo de la capacidad de uso kits en Salud Sexual y Reproductiva. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> Los informes periódicos y sistematizaciones por ejes disciplinares permiten identificar otros indicadores de proceso, pero los descritos fueron los más explícitamente presentados. |

Notas bibliográficas

72 Equipo Nacional Ola Invernal (2011), "Plan de contingencia para la atención y prevención en salud mental y salud sexual y reproductiva en ola invernal. Documento taller", Convenio 184 MPS – OIM, 12 p.; Documentos por eje disciplinar con sistematización de la experiencia de intervención, elaborados por coordinadores de eje del Equipo Nacional Ola Invernal, 2011; Kuan, C (2011), "Informe final equipos de salud mental y salud sexual y reproductiva – Eje disciplinar de medicina, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 11p; Campos, J (2011), "Documento sistematización eje disciplinar enfermería, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 37 p; Rodríguez, G (2011), "Sistematización de las acciones en los componentes en salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7. Convenio de Cooperación 184 del 10 de Marzo del 2011", Bogotá, 51 p; Martínez, E (2011), "Documento sistematización eje disciplinar psicología, Convenio 184 MPS – OIM" (preliminar) Bogotá, 5 p; Inter – Agency Standing Committee (2010), Guías del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes, IASC, 206 p.

| Tipo de indicador planteado | Indicadores de resultado (o rendimiento) |
|-----------------------------|---|
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> Los informes mensuales por áreas disciplinares permitían contar con información sobre número de actividades clínicas, de promoción y prevención, de participación social, de capacitación, y demás, desarrollados por los distintos profesionales implicados. Signos, síntomas y condiciones de salud más frecuentes en escenarios humanitarios intervenidos. Principales diagnósticos por consulta externa de medicina, enfermería y psicología. |
| Observaciones | <p>Llama la atención que no se tuvieron en cuenta indicadores de resultado relacionados con la salud de los trabajadores y trabajadoras humanitarios involucrados en la intervención; IASC recomienda incluir el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> El nivel de incidencia de las enfermedades, lesiones, y problemas de salud causados por el estrés entre los trabajadores humanitarios se mantiene estable o disminuye durante la respuesta humanitaria. |
| Tipo de indicador planteado | Indicadores de finalidad (o impacto) |
| Descripción | <ul style="list-style-type: none"> No se plantearon. |
| Observaciones | <ul style="list-style-type: none"> Las normas IASC recomiendan, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> Tasa Bruta de Mortalidad. Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años. Tasa de incidencia por enfermedades específicas de interés dentro de cada territorio. Tasa de letalidad por eventos de interés dentro de cada territorio. |

Principales resultados del monitoreo

Una de las principales dificultades para la realización de monitoreo y la evaluación a partir de los indicadores planteados es la **disparidad de reportes a partir de los diferentes profesionales y equipos** en terreno, así como la información incompleta proporcionada en ocasiones, condiciones que disminuyeron la utilidad potencial de los indicadores propuestos para realizar el monitoreo y la evaluación.

No obstante, con base en dichos desarrollos y a la luz de las reflexiones a lo largo del proceso de sistematización, se ha rediseñado una batería de indicadores de monitoreo y evaluación, para el uso de nuevos equipos sanitarios que intervengan poblaciones en condiciones similares a las atendidas mediante la experiencia que se llevó a cabo en el marco del Convenio para (véase anexo técnico con batería de indicadores para el monitoreo y evaluación en la parte 3 de este documento).



Capítulo 3

Recomendaciones claves para el desarrollo de lineamientos técnicos que dirijan la acción desde el sector salud ante emergencias humanitarias

| | |
|---|----|
| 3.1. Sobre la planificación y ejecución de intervenciones en salud mental y salud sexual y reproductiva a poblaciones afectadas por emergencias | 73 |
| 3.2. Sobre las acciones específicas en salud mental | 76 |
| 3.3. Sobre las acciones específicas en salud sexual y reproductiva | 78 |
| 3.4. Sobre las acciones para el fortalecimiento del tejido social y la capacidad local | 80 |
| 3.5. Sobre monitoreo y evaluación de acciones en salud ante emergencias | 84 |
| 3.6. Sobre la sistematización de experiencias de trabajo similares a la efectuada en el Convenio 184 MPS – OIM | 85 |

(Continuación) Recomendaciones claves sobre la planificación y ejecución de intervenciones en salud mental y salud sexual y reproductiva



Emplear equipos móviles interdisciplinarios

y extramurales, debidamente entrenados para la detección y manejo tanto de situaciones prioritarias en salud mental y salud sexual y reproductiva, como de aquellas propias del perfil epidemiológico de cada región.

Organizar la acción de los equipos móviles

extramurales e interdisciplinarios de manera que su coordinación y apoyo al recurso en salud preexistente, sin duplicidad de acciones, facilite su legitimación y reconocimiento en los distintos territorios.

Ajustar la acción de los equipos móviles

extramurales e interdisciplinarios a lo estipulado en la ley 1438 de 2011, que abre posibilidades a esta estrategia de atención al adoptar en su artículo 12 la estrategia de atención primaria en salud, que está constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transsectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

Articular la estrategia de los equipos al POS

de acuerdo con los artículos 15 y 16 de la ley 1438, que define los equipos básicos de salud y sus funciones, permitiendo su habilitación y acreditación para que pueden facturar actividades del Plan Obligatorio de Salud (POS) en salud mental y salud sexual y reproductiva.

Planear y proveer servicios de atención en salud mental para los propios trabajadores de la atención a poblaciones afectadas por emergencias



Impulsar procesos de planeación y fortalecimiento

de la estrategia de paquetes mínimos de salud sexual y reproductiva y salud mental requeridos como parte integral de la atención humanitaria en las fases de impacto y posimpacto de todas las emergencias y desastres.

El perfil del profesional en medicina general

es el más adecuado para la conducción de las acciones de atención a la salud general en el marco de la emergencia, por su saber clínico y en salud pública. Estos profesionales desempeñan un papel especial dentro de los aspectos clínicos de la atención en salud mental y salud sexual y reproductiva a las personas afectadas, en complementariedad con otras acciones específicas de los demás perfiles profesionales presentes en el equipo interdisciplinario, sobre los cuales se hablará en apartados posteriores.

Identificar desde el comienzo las redes de servicios de salud

hacia las cuales pueden ser derivados aquellos casos más complejos, que ameriten un mayor nivel de atención en salud mental, salud sexual y reproductiva o cualquier otro aspecto de su salud general. Del mismo modo, deben quedar explicitados los procedimientos de referencia y contra referencia de esos casos.

Planear y proveer servicios de atención en salud mental

para los propios trabajadores de salud, encargados de la atención a poblaciones afectadas por emergencias, en experiencias futuras. Es altamente recomendable que tales cuidados sean proporcionados por un equipo experto externo a la experiencia y dedicado a los trabajadores en terreno y a quienes están en el equipo coordinador nacional.

3.2. Sobre las acciones específicas en salud mental

En el escenario de lo colectivo es posible resignificar las experiencias



El perfil profesional en psicología

resulta el más adecuado para transversalizar las acciones de salud mental, en el marco de la atención integral en salud para personas afectadas por emergencias humanitarias. Lo anterior, sin detrimento de los aportes que en el tema pueden efectuar otros perfiles profesionales presentes en un equipo interdisciplinario.

Una evaluación rápida inicial

de los recursos disponibles para la atención en salud mental, especializada y no especializada, sirve de base para valorar la capacidad de respuesta ante los requerimientos, que irán en aumento desde el inicio de la intervención, y para planificar las acciones de contingencia necesarias para conseguir que esa capacidad de respuesta sea la adecuada.

Pensar las acciones desde lo colectivo

porque en los desastres es frecuente que sean muchas las personas afectadas, lo cual demanda una respuesta generalizada. En lo colectivo es posible reconocerse desde la individualidad y en la relación con los otros para configurar y reconfigurar las identidades construidas en relación con las situación de desastre. En el escenario de lo colectivo es posible resignificar las experiencias y dar inicio a una reconstrucción de los vínculos resquebrajados y al fortalecimiento del tejido social fracturado por la movilidad producto de la emergencia y del cambio.

Realizar procesos de caracterización

con la población a intervenir; es importante para identificar las necesidades psicosociales y en salud mental en el momento que los equipos llegan. Así se reconoce el trabajo anterior realizado por otros y por la comunidad y se evita la duplicación de esfuerzos, que genera desmotivación. Esta caracterización debe ser permanente debido al carácter cambiante y dinámico de las comunidades. A la vez, debe posibilitar la construcción conjunta y la identificación de necesidades propias del grupo, para desde allí construir planes de acción que respondan a sus particularidades.

Intervenciones breves e intervenciones en crisis

en la atención individual en salud mental son acciones imprescindibles en el contexto de emergencia, por el impacto y las implicaciones inesperadas que el evento abrupto genera en las personas. Las acciones concretas permiten retomar el control inmediato y adoptar decisiones en las horas o días siguientes a la emergencia. De ser necesario, después de la intervención en crisis, debe remitirse la persona afectada al sistema de seguridad social en salud y garantizar su atención.

Propiciar la demanda inducida es necesario en

la atención en salud mental en el contexto de la emergencia, porque los damnificados no la ven como prioritaria para satisfacer sus necesidades básicas (en tanto lo prioritario para ellos es el alojamiento y la alimentación).

Los tamizajes son un instrumento útil

para obtener tendencias de afectaciones en salud mental. No obstante, como fueron contruidos y pensados para ser aplicados en un contexto de "normalidad", con población general, es necesario revisar con especial atención su aplicación en poblaciones específicas, no generales como los damnificados por situaciones de desastres. De entrada es presumible que las personas tengan algún nivel de afectación, y al aplicar los tamizajes estos arrojan puntuaciones altas, que no necesariamente corresponden a un trastorno mental, como ocurriría con el mismo puntaje obtenido dentro de una población general en normalidad. El resultado representa las respuestas emocionales normales de la gente normal frente a un contexto anormal.

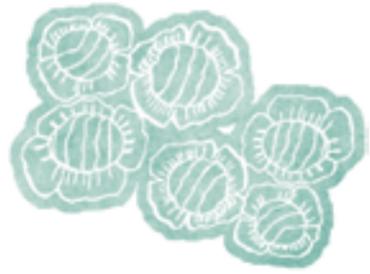
Deben priorizarse las intervenciones terapéuticas breves

para la atención inicial especializada en terreno de las emergencias. Estas intervenciones, desarrolladas por psicólogos bien entrenados en clínica, se pueden hacer mediante modalidades de consultoría o intervención terapéutica de sesión única, junto con las consultas de medicina general específicamente orientadas al tema, con posteriores remisiones para continuar el tratamiento en la red de servicios del territorio.

Favorecer procesos de autogestión y empoderamiento comunitario, más que de asistencialismo

3.3. Sobre las acciones específicas en salud sexual y reproductiva





3.4. Sobre las acciones para el fortalecimiento del tejido social y la capacidad local

El perfil profesional en trabajo social

es el más adecuado para transversalizar las acciones de fortalecimiento del tejido social y la capacidad local, en el marco de la atención integral en salud para personas afectadas por emergencias humanitarias. Lo anterior, sin detrimento de los aportes que en el tema pueden efectuar otros perfiles profesionales presentes en un equipo interdisciplinario.

Un primer contacto con los agentes locales

de las direcciones departamentales y, luego con los comunitarios, debe ser la prioridad a la llegada de los equipos interdisciplinarios. Se debe hacer una presentación de todo el equipo de trabajo, especificando los objetivos y los fines de las acciones y estableciendo acciones coordinadas con los actores departamentales y municipales.

Es clave recolectar toda la información existente

de los actores institucionales públicos y privados, así como de los recursos comunitarios existentes, tanto a nivel departamental como a nivel municipal, efectuando actualizaciones mensuales.

La coordinación intersectorial

es otro mecanismo posible para identificar actores claves, establecer primero encuentros y acciones conjuntas para coordinar algunas respuestas en los componentes de salud sexual y reproductiva, y salud mental.

Notas bibliográficas

73, 74. La Ley 1523 de 2012 transforma los Crepad (Comités Regionales de Prevención y Atención de Desastres) y los Clopad (Consejos Locales de Atención de Desastres) en Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión del Riesgo de Desastres.

La identificación de los principales actores sociales

involucrados en procesos de gestión y articulación intra e intersectorial, que deben ser tenidos en cuenta en el marco de intervenciones similares futuras.



Principales actores sociales del proceso

Sector Público

Salud. Uno de los actores institucionales con mayor presencia en el nivel departamental a través de entidades como: secretarías y direcciones territoriales de salud, empresas sociales del Estado, IPS, EPS.

Protección. El ICBF tiene una amplia presencia en todos los departamentos del país, principalmente con su programa de unidades móviles y defensorías móviles.

Gobierno. Este sector fue otro de los actores institucionales públicos importantes identificados, principalmente a través de los Crepad⁷³ y secretarías departamentales de gobierno.

Educación. Se pueden establecer acercamientos con actores y representantes de colegios.

Económico e infraestructura. Principalmente a partir de las secretarías departamentales de planeación y algunos de los programas y proyectos departamentales, se logró establecer acercamientos e interacción para concertar acciones y procesos de formación y de apoyo a poblaciones afectadas por la emergencia invernal. Con algunos de estos actores se hizo un proceso de sensibilización y posicionamiento de acciones en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental.

A partir de secretarías departamentales de gobierno, más precisamente desde el Crepad y los Clopad⁷⁴, se articularon acciones para la convocatoria a procesos de formación y posicionamiento de los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental, particularmente en la necesidad de articular acciones de reconocimiento de los liderazgos y de las redes sociales existentes en cada uno de los departamentos y municipios.

La identificación de los principales actores privados

que resultan relevantes para la coordinación de procesos de gestión y articulación intra e intersectorial.

Principales actores privados

Organizaciones de cooperación internacional. Estos actores son esenciales para el desarrollo del proceso porque en algunos casos tienen gran experiencia en temas de atención de poblaciones sometidas a emergencias, lo cual hace posible acciones de articulación para el desarrollo de actividades puntuales y atención conjunta por parte de equipos móviles.

Así mismo, se pueden articular con otras organizaciones para el intercambio de información y para compartir metodologías. Entre las más relevantes, según la experiencia de los equipos del Convenio 184 MPS – OIM 2011, y sin dejar de lado otras que también pueden ser tenidas en cuenta en el marco de contextos específicos, están: Plan, PMA. UNICEF y ACNUR.

Gremios. Son un actor importante para la vinculación en el desarrollo de las acciones de asistencia técnica y de capacitación con el fin de dar a conocer los componentes de la salud sexual y reproductiva y la salud mental en contextos de emergencia.

Iglesias y grupos religiosos. Su participación puede ocurrir a través de los procesos de ayuda y atención humanitaria que brindan y en su rol de referente sociocultural de las poblaciones en torno a la búsqueda de protección, apoyo emocional y ayudas diversas.

La identificación de organizaciones sociales y comunitarias

Deben tomarse en cuenta, para la coordinación de procesos de gestión, las **organizaciones no gubernamentales que brindan ayuda humanitaria** a las personas afectadas por la emergencia humanitaria, líderes y representantes de la comunidad.



Fortalecimiento de la capacidad local

Se hace de modo concomitante con la intervención asistencial y tiene el fin de **mejorar a futuro la capacidad resolutive** de las emergencias desde los mismos territorios.

Hacer acompañamiento y seguimiento

a **planes y servicios de salud** mental y salud sexual y reproductiva, antes, durante y después de situaciones de emergencia.

Fortalecer a los equipos locales y municipales

para que conduzcan el **posicionamiento de la atención integral** en contextos de emergencia mediante acciones intersectoriales.

El empoderamiento comunitario en los derechos a salud

y los derechos sexuales y reproductivos es la mejor estrategia para **garantizar un acceso real de las poblaciones afectadas** a los servicios de salud que requieren, pues les permiten avanzar en la exigibilidad de los mismos, independientemente de otras circunstancias.

Con las poblaciones indígenas

es **indispensable conocer y respetar** las prácticas tradicionales en salud, incorporando de manera concertada otros tipos de acción en salud requeridas en el marco de los derechos, enfoque diferencial por etnia, género y ciclo vital que debe prevalecer en la planeación y ejecución de acciones con las poblaciones afectadas por la emergencia.

Identificación y fortalecimiento de redes protectoras

para **poblaciones específicas** (comunitarias e institucionales).

Fortalecimiento de nuevos liderazgos

en el marco de las **redes sociales identificadas**, es otra de las acciones esenciales dentro de este tipo de acciones.



3. 5. Sobre monitoreo y evaluación de acciones en salud ante emergencias

Construir y usar indicadores

de estructura, proceso y resultado desde el inicio mismo de la intervención. La batería de indicadores elaborados con base en esta experiencia sistematizada, puede ser utilizada para el trabajo de monitoreo y evaluación continua emprendido por otros equipos sanitarios, que desarrollen actividades similares en contextos de atención a poblaciones afectadas por emergencias⁷⁵.

Caracterizar la

situación en salud en cada territorio, antes y después del inicio de la intervención, con el adecuado registro de la información sobre las actividades realizadas y los resultados obtenidos, durante las acciones en salud, brindadas a poblaciones afectadas por emergencias. A futuro puede permitir la identificación de cambios sustanciales en las condiciones de vida y salud de dichas poblaciones, permitiendo identificar y monitorear indicadores de impacto.

Planear desde el inicio

acciones de seguimiento en los territorios, del impacto de las actividades de capacitación efectuadas al recurso humano en salud, propio de cada uno de ellos, con el fin de verificar la calidad y continuidad de las intervenciones en salud, fortalecidas desde el equipo de intervención externo, así como del uso de los diferentes kits para la atención de situaciones prioritarias en salud mental y salud sexual y reproductiva que fueron entregados.

Incluir indicadores relacionados con

monitoreo y evaluación del mantenimiento de la salud general y psicosocial de los trabajadores y trabajadoras humanitarios en salud, involucrados en el proceso de intervención con poblaciones afectadas por emergencias.

Notas bibliográficas

75 Véase Documento Tres con Batería de Indicadores para el Monitoreo y Evaluación.

3.6. Sobre la sistematización de experiencias de trabajo similares a la efectuada en el Convenio 184 MPS-OIM



¿Qué deja el proceso de sistematización?

El proceso de sistematización de los desarrollos conceptuales y técnicos sobre los cuales se basó la experiencia de trabajo en el marco del Convenio 184 MPS - OIM, sienta las bases para que otros equipos técnicos abocados en el futuro a la atención de emergencias humanitarias como la descrita, cuenten desde el inicio con un conjunto de posicionamientos, procedimientos e instrumentos que faciliten su acción, a favor de las comunidades afectadas.



Permitió un espacio de reflexión a partir del cual el equipo involucrado logró identificar referentes teóricos, conceptuales, y operativos, que permitieran el posicionamiento de las áreas de intervención en salud sexual y reproductiva, y salud mental, en el marco de un abanico amplio de acciones dirigidas a la atención de una emergencia humanitaria dentro del territorio colombiano.

Uno de los agregados más importantes que deja el proceso de sistematización técnica es el posicionamiento de los componentes de salud mental, y salud sexual y reproductiva, como ejes centrales alrededor de los cuales los demás aspectos de la asistencia y atención en salud para las poblaciones afectadas por emergencias humanitarias, adquieren sentido, en torno a grupos poblacionales especialmente

vulnerables y protegidos por las normas del país, como lo son las mujeres, las personas que ejercen sexualidades no heteronormativas, las y los adolescentes, niñas y niños, las personas con discapacidad y las personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios.

A través del proceso de sistematización técnica de la experiencia, emerge el sentido del desarrollo de un ejercicio interdisciplinario para la atención de población damnificada, desde la perspectiva de la integralidad de las acciones que hacen parte fundamental de cualquier intervención brindada, a partir de la atención primaria en salud hacia poblaciones especialmente vulnerables, en el marco de los mínimos recomendados por el Proyecto Esfera y las normas IASC para la atención de emergencias humanitarias.

Series of horizontal lines for taking notes.



La Atención Primaria en Salud, plantea como sus **tres principales valores el derecho al mayor nivel de salud posible para las poblaciones, la equidad y la solidaridad.**

Los enfoques de derechos, diferencial, y de acción sin daño, se articulan armónicamente con tales valores, para permitir la atención de poblaciones afectadas por emergen-

cias humanitarias mediante el desarrollo de los principios de justicia social, sostenibilidad, participación social, intersectorialidad, respuesta efectiva a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas ante los gobiernos, que también son los característicos de la atención sanitaria en el marco de la APS.



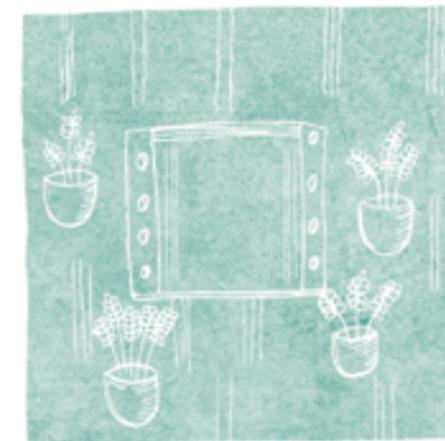
Sólo de este modo se conseguirá desarrollar en el marco de territorios afectados por emergencias humanitarias,

los elementos esenciales para una atención en salud basada en APS: cobertura y acceso universales; énfasis en la atención de primer contacto; atención integral, integrada y continua; orientación familiar y comunitaria; énfasis en la promoción y la prevención; provisión de cuidados de salud apropiados; fortalecimiento de mecanismos de participación comunitaria activa; basado en un marco político, legal e institucional sólido; promoción de políticas y programas a favor de la equidad; organización y gestión óptimas; recursos humanos y generales adecuados y sostenibles; y acciones intersectoriales⁷⁶.

La sistematización técnica de la experiencia ha permitido evidenciar la necesidad de congruencia estructural que ha de tener la intervención propuesta para la atención de poblaciones afectadas por emergencias humanitarias

En la práctica dentro del contexto colombiano, surgen al respecto tensiones entre los lineamientos de política pública, las normativas específicas que regulan la seguridad social en salud dentro del país, y las necesidades concretas que en terreno se encuentra el profesional que brinda las intervenciones a las poblaciones afectadas por emer-

gencias humanitarias; tales tensiones se configuran especialmente con relación a la operación desde una estrategia de APS en un marco de aseguramiento y competencia regulada, así como en virtud de la inexistencia en Colombia de redes integrales de servicios de salud ampliamente distribuidas y operantes en todo el país.



En ese marco, y con objeto de **hacer operativa la estrategia de APS actualmente consagrada desde la Ley 1438 como enfoque central para la acción sanitaria en Colombia,** y hasta tanto se termine de efectuar la reglamentación normativa que indique cómo se generalizará la operación de dicha estrategia a lo largo y ancho del territorio nacional, se hace necesaria la adaptación de políticas y

normas a favor de la satisfacción de las necesidades reales manifestadas por las personas en dichas circunstancias, extremadamente anormales, con el fin de poder dar vida de manera concreta a los enfoques de derechos, diferencial, de acción sin daño, y de atención primaria en salud que se han elegido desde el ideal teórico para el direccionamiento de la acción sanitaria⁷⁷.

También ha permitido **evidenciar las áreas de acción y los actores involucrados en los procesos de gestión y coordinación intersectorial** desplegados para la implementación de una intervención integral en salud, dirigida a personas afectadas por una emergencia humanitaria, con énfasis en el campo de salud mental y salud sexual y reproductiva.

Notas bibliográficas

- 76 Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2008), “Sistemas de salud basados en la atención primaria en salud. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”. La serie la renovación de la atención primaria de salud en las Américas No. 1. Biblioteca OPS. Washington DC, 46 p.
- 77 Entrevista a profesional en trabajo social, Equipo Nacional Ola Invernal. Bogotá, 28 de febrero de 2012.

¿Desde los ejes disciplinares y áreas de intervención involucradas, cuáles son los aportes, las limitantes y los aprendizajes centrales puestos en evidencia a través de la sistematización técnica?

| | | |
|---|--|--|
| Intervención en salud mental | Aportes y aprendizaje | |
| | Tener un psicólogo en el equipo transmite seguridad para realizar acciones desde salud mental por parte de los otros miembros del equipo, que amplían la capacidad e integralidad de la atención de la población afectada. | Evidenció que es posible desarrollar acciones prioritarias en salud mental, favoreciendo procesos de autogestión y empoderamiento comunitarios más allá de la atención tradicional por psicología. |
| Intervención en salud mental | Dificultades y limitantes | |
| | Planteadas a los ejes disciplinares de psicología y medicina en la atención de casos que requerían manejo en niveles superiores. Estuvieron ubicadas en la respuesta efectiva a la canalización de casos, derivado de la insuficiente oferta de servicios especializados en salud mental dentro de las redes de salud disponibles en los territorios, en especial en los primeros niveles de atención. | No tener una permanencia y frecuencia de trabajo con una misma población que permita llevar a cabo un proceso buscando cambios y/o transformaciones en la forma de verse a sí mismos y sus recursos en medio de la emergencia. |
| Intervención en salud sexual y reproductiva | Aportes y aprendizaje | |
| | Posicionar la perspectiva de derechos como eje fundamental para las intervenciones en salud sexual y reproductiva. | Permitió establecer que para la atención de la salud sexual y reproductiva es necesario trascender más allá de los mínimos solicitados desde el Proyecto Esfera para este tipo de situaciones, promoviendo la instauración de servicios integrales en salud sexual y reproductiva. |
| Intervención en salud sexual y reproductiva | Dificultades y limitantes | |
| | Barreras de acceso para los servicios integrales en salud sexual y reproductiva. | Los aseguradores y prestadores no han asumido la prestación del servicio como garantía a los derechos humanos, sexuales y reproductivos. |



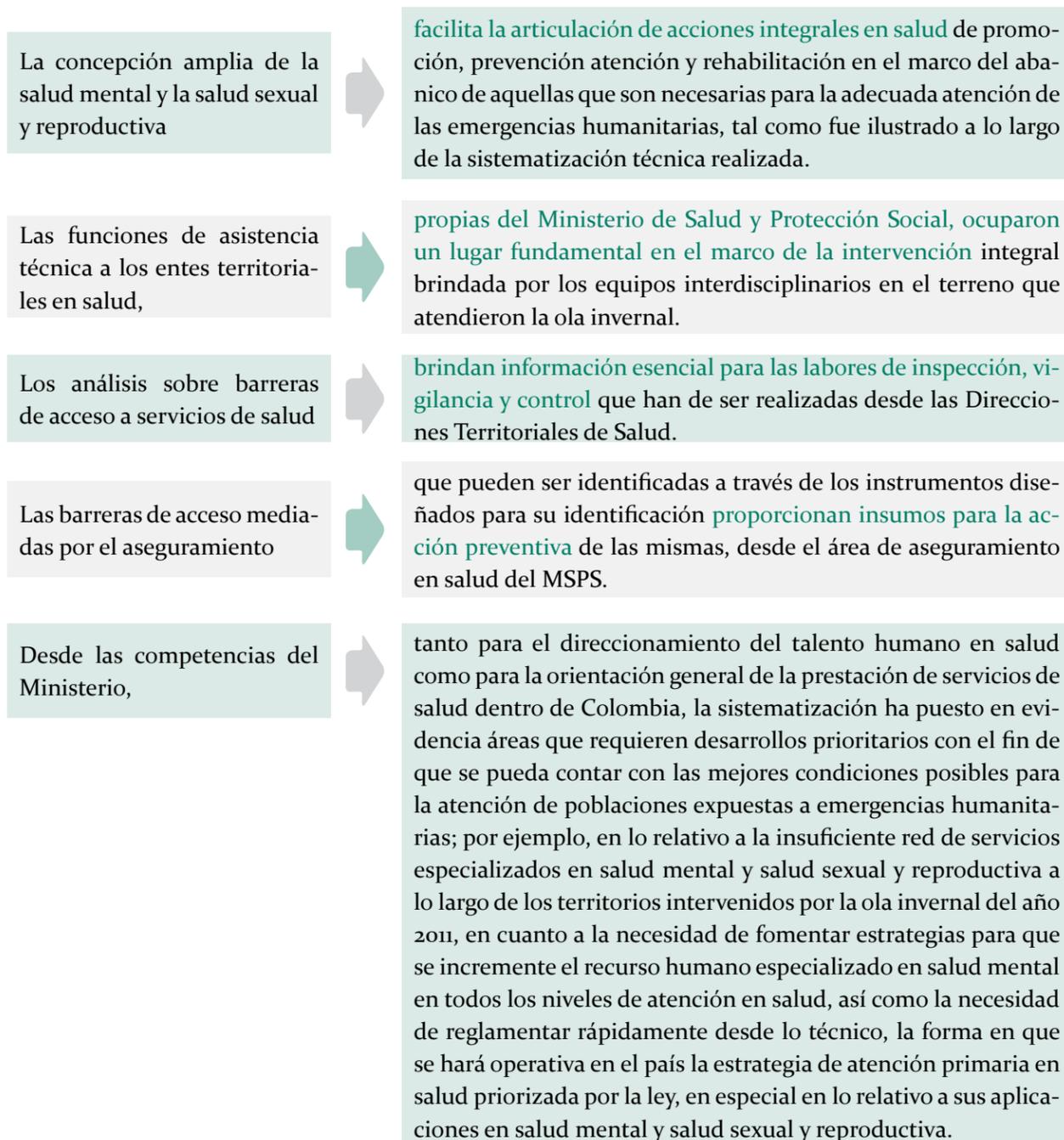
La intervención brindada por el equipo de la ola invernal trascendió los mínimos solicitados desde el Proyecto Esfera



El trabajo desde el eje disciplinar de trabajo social permitió evidenciar la necesidad de trabajar en procesos de gestión y articulación intersectorial, con el fin de conseguir una adecuada atención de poblaciones afectadas por emergencias tipo ola invernal.

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Intervención en salud en general | Aportes y aprendizaje | |
| | Las intervenciones en salud deben tener un enfoque diferencial de derechos, con una coordinación intersectorial que favorezca la organización y participación comunitaria. | El modelo de atención en salud frente a las emergencias debe contemplar el enfoque diferencial para que, de acuerdo con el territorio donde se realice, no se trasgreda lo cultural, pero sí se avance en el empoderamiento en el enfoque de derechos. |
| Intervención en salud en general | Dificultades y limitantes | |
| | El acceso a servicios de salud en situaciones de emergencia sigue dándose desde el carácter del aseguramiento y la portabilidad del carné, careciendo de un proceso de coordinación entre aseguradores y prestadores, que garantice el acceso efectivo a los servicios de salud en el lugar donde se encuentre la población. | |

¿Qué lectura queda en torno a la articulación de los componentes de salud mental, y salud sexual reproductiva, respecto a las demás áreas de acción propias del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS?



¿Qué aportes genera la sistematización técnica en términos de políticas públicas?

El eje central para implementar las políticas públicas debe ser el enfoque de derechos, donde se debe hacer un gran trabajo para que el personal que atiende población en contextos de emergencia sea garante de los mismos⁷⁸. Alrededor suyo, deben organizarse los demás enfoques mencionados.

Políticas públicas

Es necesario que, desde las políticas públicas y demás normativas que regulan el tema de la prestación de servicios de salud en el territorio colombiano, **se tome en cuenta el papel esencial que tienen los equipos móviles en salud con participación de profesionales de diferentes disciplinas**, no sólo para la asistencia técnica y atención inicial (como correspondería a aquellos equipos adscritos al Ministerio de Salud y Protección Social), sino para la atención integral y seguimiento de poblaciones sometidas a emergencias humanitarias de diversa índole, así como para facilitar el acceso a servicios de salud de poblaciones rurales dispersas, y de personas pertenecientes a grupos étnicos ubicados dentro de regiones de difícil acceso⁷⁹.

Se hace **imprescindible que se incorpore su necesaria acción**, dentro del marco del sistema general de seguridad social colombiano en salud, a favor de las poblaciones más vulnerables que no alcanzan a ser adecuadamente cubiertas, mediante los esquemas de prestación de servicios de salud actualmente vigentes.

Notas bibliográficas

- 78 Campos, J (2011), "Documento Sistematización Eje Disciplinar Enfermería, Convenio 184 MPS – OIM", Bogotá, 37 p
- 79 Como correspondería a este tipo de equipos móviles adscritos a otros actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.





Instrumentos internacionales

En el mismo sentido, es necesario notar cómo los instrumentos internacionales que establecen normas y procedimientos mínimos para la atención de emergencias humanitarias como el Proyecto Esfera, normas IASC, entre otras, recomiendan altamente que **toda prestación de servicios de salud y provisión de medicamentos e insumos requeridos para la atención de la salud de personas afectadas por este tipo de situaciones**, deben ser brindados sin barreras de acceso en general, y sin que medien pagos en particular.



Se hace necesario **adecuar específicamente los procedimientos generales, del sistema general colombiano de seguridad social en salud** vigente a la fecha, con el fin de eliminar todo tipo de barreras de acceso a servicios de salud planteados a poblaciones afectadas por emergencias humanitarias.

Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la salud sexual y reproductiva

La evaluación de los PSIM en los territorios afectados por ola invernal arrojó resultados en general preocupantes, en cuanto a su conocimiento y gestión adecuada por las autoridades sanitarias encargadas del tema; esto debe ser tomado en cuenta para que **se refuerce su importancia en las acciones de salud pública territoriales, desde las políticas públicas en salud sexual y reproductiva** emanadas del nivel nacional y departamental.

Atención en salud mental en el POS

Las acciones en salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de necesidades en salud y su atención como parte del plan de beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política de salud mental, según lo expuesto en el artículo 65 de la ley 1438.

Es importante que se genere una estrategia nacional que permita contar en cada municipio con un grupo de profesionales especializados en salud mental



Salud Mental

En la mayoría de municipios priorizados para la atención a damnificados por la ola invernal, **existe limitación de personal de psicología o psiquiatría**, y de cualificación para la atención terapéutica de la población en contextos de emergencia; esto dificulta la coordinación y orientación de las acciones de salud mental del modo en que se desearía, y deja señalada una ruta de acción específica desde las políticas públicas en el tema.



En salud mental, **lo usual es que dentro de la mayor parte de los territorios colombianos, se realizan acciones aisladas** que se ejecutan desde el plan de intervenciones colectivas, pero que no son permanentes ni llegan a todo tipo de población, ni mucho menos están pensadas para contextos de emergencia; debe propenderse por efectuar modificaciones a esta realidad desde las políticas públicas que conducen la generación de planes de intervenciones colectivas.



Para avanzar en el posicionamiento de la atención integral y dando prioridad a la salud mental, es importante que se genere una estrategia nacional que permita contar en cada municipio con un grupo de profesionales especializados en salud mental, como psicólogos clínicos y psiquiatras, que lideren la implementación y articulación de acciones prioritarias en esta área, y que den continuidad a los procesos de atención inicial de pacientes que les son derivados desde los equipos móviles en terreno, según sus necesidades específicas.

Anexos



Instrumentos y herramientas para la acción

Anexo 1. Documento guía de intervención en territorios, en el marco de la respuesta a la ola invernal desde el sector salud

Anexo 2. Mapa de riesgos y posibilidades en salud mental y salud sexual y reproductiva

Anexo 3. Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud sexual y reproductiva en el marco de las construcciones de un Plan Local de Emergencias y Contingencias (PLEC)

Anexo 4. Diagrama general. Atención en salud mental en contextos de emergencias desde la estrategia de atención primaria

Anexo 5. Caleidoscopio. Instrumento de identificación de necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva

Anexo 6. Manual para aplicación de tamizajes en salud mental

Anexo 7. Cuestionario de síntomas para niños – RQC

Anexo 8. Cuestionario de síntomas –SRQ

Anexo 9. APGAR Familiar

Anexo 10. Atención por psicología- intervenciones breves e intervenciones en crisis

Anexo 11. Ficha técnica de intervenciones terapéuticas en salud mental útiles para el contexto de la atención de emergencias humanitarias

Anexo 12. Registro de consulta única por psicología

Anexo 13. Caracterización de las redes sociales en población afectada

Anexo 14. Identificación de barreras de acceso en salud mental y salud sexual y reproductiva

Anexo 15. Plan de capacitaciones en salud mental y salud sexual y reproductiva

Anexo 16. Valoración inicial de daños y necesidades en salud mental en albergues, zonas de retorno o afectada por emergencias humanitarias en el marco de la construcción de un Plan Local

Anexo 1 Documento guía de intervención para equipos territoriales, en el marco de la respuesta a la ola invernal desde el sector salud

Objetivo

Orientar la intervención que va a ser realizada dentro de un territorio afectado por una emergencia humanitaria, a través de:

- La caracterización de la situación.
- La planificación del contacto inicial con la población afectada.
- El desarrollo de procesos de atención a la población objetivo.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Participación de todo el equipo interdisciplinario, de manera diferencial de acuerdo con los momentos descritos a lo largo del instrumento.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Cuando se utilice como guía de intervenciones similares, las acciones aquí planteadas deben ser orientadas desde el enfoque de acción sin daño.

De esta forma, se busca plantear acciones que no sean generadoras de más daños y dificultades a partir de los procesos desarrollados con las comunidades damnificadas. Las acciones generadoras buscan proveer o promover procesos de recuperación de la capacidad de agencia de las instituciones y las comunidades.



El enfoque de acción sin daño plantea:

- Incluir a todas las poblaciones damnificadas por la ola invernal teniendo en cuenta el principio de equidad.
- Desnaturalizar las desigualdades de género.
- Velar por el respeto a la cultura, los ritmos cotidianos y los valores compartidos.
- Motivar la participación, tanto en el diseño como en la ejecución y seguimiento del proceso, así como en la generación de ejercicios democráticos en la toma de decisiones. De igual manera, promover la garantía de los derechos a la dignidad, autonomía y libertad, para impulsar el rescate de las capacidades locales, el fortalecimiento de redes y el liderazgo.

También deben tomarse en cuenta los referentes conceptuales que orientan las políticas públicas desde el Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia:

- El enfoque de derechos.
- El enfoque diferencial (por género, etnia, etapa del ciclo vital y condición de discapacidad).
- Las perspectivas de promoción y prevención de la salud, participación en salud, resolutivez, integralidad y atención primaria en salud.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 2 Mapa de riesgos y posibilidades en salud mental y salud sexual y reproductiva

Objetivo

Identificar y reconocer los riesgos que afectan los componentes de salud sexual y reproductiva y de salud mental de las poblaciones afectadas por la emergencia invernal que se encuentran en albergues, lugares de acogida o en zonas afectadas o de retorno, incluyendo:

- Una mirada que incorpora el enfoque diferencial y la perspectiva de derechos, mediante el análisis de las amenazas y vulnerabilidades presentes en las comunidades afectadas.
- La identificación y diseño de medidas posibles de manejo del riesgo y manejo del desastre y, por consiguiente:
- El diseño de acciones en torno a la promoción de la salud, la prevención y la atención de situaciones de riesgo encontradas.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Participación de todo el equipo interdisciplinario, de manera diferencial de acuerdo con los momentos descritos a lo largo del instrumento.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

La metodología de mapas de riesgos y posibilidades se ha desarrollado en el ámbito de la salud ocupacional, con el fin de evidenciar las amenazas, vulnerabilidades y medir el riesgo en los ambientes de trabajo. Igualmente, ha sido probada en el contexto de emergencias y desastres. En esta propuesta se hace una adaptación para los temas de salud mental y salud sexual y reproductiva en contexto de emergencias y desastres.

Anexo 3 Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud sexual y reproductiva en el marco de las construcciones de un Plan Local de Emergencias y Contingencias (PLEC)

Objetivo

Establecer una valoración rápida sobre la capacidad territorial instalada para la atención de riesgos y necesidades en salud sexual y reproductiva, a través de los componentes de: control prenatal, atención de urgencias obstétricas, control del post parto, planificación familiar, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, servicios de prevención del VIH – SIDA, y servicios para la prevención y atención de la violencia basada en género con énfasis en violencia sexual.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Medicina.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Es un instrumento específicamente construido para efectuar evaluaciones en el marco de emergencias humanitarias.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 4 Diagrama general. Atención en salud mental en contextos de emergencias desde la estrategia de atención primaria

Objetivo

Brindar una orientación general sobre el modo en que se debe organizar el proceso de atención en salud mental, en contextos de emergencia humanitaria.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

De acuerdo con las características generales y capacidad instalada en los territorios a intervenir y según las características de los equipos interdisciplinarios a cargos de la intervención, el diagrama puede requerir algunas modificaciones que lo hagan operativo dentro de contextos específicos.

Anexo 5 Caleidoscopio. Instrumento de identificación de necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva

Objetivo

Caracterizar personas y grupos mediante la exploración y reconocimiento de su particularidad, atendiendo a los significados que se han construido en diferentes contextos y relaciones, haciendo posible recoger información que permita identificar sus necesidades y recursos específicos para el afrontamiento, en el campo de la salud mental, y de la salud sexual y reproductiva, en el marco de emergencias humanitarias.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Se trata de un instrumento originalmente creado para trabajar con grupos de personas desmovilizadas del conflicto armado interno colombiano, que luego fue adaptado para el trabajo con víctimas de violencia política y, finalmente, adecuado para su empleo en el marco de emergencias humanitarias en general, hasta alcanzar su versión actual.

Anexo 6 Manual para aplicación de tamizajes en salud mental

Objetivo

Proporcionar una guía sobre la utilidad y procedimiento general de la tamización en salud mental, en el marco de la atención integral de una emergencia humanitaria.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Los tamizajes en salud mental mediante los instrumentos que han sido reseñados en esta sistematización, han sido concebidos para efectuar identificación de personas con posibles trastornos mentales, en el marco de su aplicación a poblaciones generales no afectadas por eventos extraordinarios. Es por ello que las puntuaciones positivas obtenidas de su aplicación en contextos de emergencia humanitaria deben ser interpretadas con cautela, para no confundir con posible psicopatología a todas las reacciones normales de personas normales expuestas a circunstancias anormales, tal como ocurre durante las emergencias humanitarias. Es importante señalar que la aplicación de los tamizajes debe priorizarse a grupos poblacionales con mayores riesgos, seleccionados mediante procedimientos o abordajes previos con el fin de que no se revictimice a las personas y se logre dar una respuesta efectiva a las necesidades que se detecten en salud mental en dichas poblaciones.

Anexo 7 Cuestionario de síntomas para niños – RQC (Reporting Questionnaire for Children)

Objetivo

Identificar niñas, niños y adolescentes entre 5 y 15 años, que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología, con participación de todo el equipo interdisciplinario para efectos de la aplicación.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Las puntuaciones positivas obtenidas de su aplicación en contexto de emergencias humanitarias deben ser interpretadas con cautela, para no confundir con posible psicopatología a todas las reacciones normales de personas normales expuestas a circunstancias anormales, tal como ocurre durante las emergencias humanitarias. Se trata de un instrumento originalmente creado para la tamización de poblaciones generales, no de aquellas aquejadas por las circunstancias altamente anormales y estresantes propias de una emergencia humanitaria. Es importante señalar que la aplicación de los tamizajes debe priorizarse a grupos poblacionales con mayores riesgos, seleccionados mediante procedimientos o abordajes previos con el fin de que no se revictimice a las personas y se logre dar una respuesta efectiva a las necesidades que se detecten en salud mental a dichas poblaciones.

Anexo 8 Cuestionario de síntomas –SRQ

Objetivo

Identificar personas adultas que exhiben sintomatología compatible con posibles trastornos mentales.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología, con participación de todo el equipo interdisciplinario para efectos de la aplicación.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Las puntuaciones positivas obtenidas de su aplicación en contexto de emergencias humanitarias deben ser interpretadas con cautela, para no confundir con posible psicopatología a todas las reacciones anormales de personas normales expuestas a circunstancias anormales, tal como ocurre durante las emergencias humanitarias, pues se trata de un instrumento originalmente creado para la tamización de poblaciones generales, no de aquellas aquejadas por las circunstancias demasiado anormales y estresantes propias de una emergencia humanitaria. Es importante señalar que la aplicación de los tamizajes debe priorizarse a grupos poblacionales con mayores riesgos, seleccionados mediante procedimientos o abordajes previos con el fin que no se revictimice a las personas y se logre dar una respuesta efectiva a las necesidades que se detecten en salud mental a dichas poblaciones.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 9 APGAR Familiar

Objetivo

Identificar familias que exhiben posible disfunción.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología, con participación de todo el equipo interdisciplinario para efectos de la aplicación.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Las puntuaciones positivas obtenidas de su aplicación en contextos de emergencia humanitaria deben ser interpretadas con cautela, para no confundir con posible psicopatología a todas las reacciones anormales de personas normales expuestas a circunstancias anormales, tal como ocurre durante las emergencias humanitarias, pues se trata de un instrumento originalmente creado para la tamización de poblaciones generales, no de aquellas aquejadas por las circunstancias demasiado anormales y estresantes propias de una emergencia humanitaria. Es importante señalar que la aplicación de los tamizajes debe priorizarse a grupos poblacionales con mayores riesgos, seleccionados mediante procedimientos o abordajes previos con el fin que no se revictimice a las personas y se logre dar una respuesta efectiva a las necesidades que se detecten en salud mental a dichas poblaciones.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 10 Atención por psicología- intervenciones breves e intervenciones en crisis

Objetivo

Caracterizar de manera general las intervenciones terapéuticas más usuales en el marco de la atención inicial de las personas afectadas por emergencias humanitarias.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Se trata de intervenciones bastante reconocidas por su utilidad en el marco de la atención de la salud mental en el contexto de emergencias humanitarias.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 11 Ficha técnica de intervenciones terapéuticas en salud mental útiles para el contexto de la atención de emergencias humanitarias

Objetivo

Caracterizar específicamente las intervenciones terapéuticas más usuales en el marco de la atención inicial de las personas afectadas por emergencias humanitarias.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología, con participación de todo el equipo interdisciplinario para efectos de la aplicación.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

El formato de intervención breve e intervención en crisis permite un número de consultas que varía entre 1 y 8 a 10 sesiones, según las necesidades de la persona atendida. No obstante, en contextos de la atención inicial de una emergencia humanitaria muy inestables, por lo general **suele resultar bastante difícil el mantenimiento del contacto terapéutico más allá de una primera y única consulta**, por lo cual se aconseja planificar estas intervenciones siempre como intervenciones terapéuticas de consulta única, centradas en soluciones. Lo anterior, sin detrimento de que la persona pueda ser derivada a partir de allí a otro contexto terapéutico más estable, para que sea re-encuadrada en otro formato de intervención terapéutica que trascienda y complemente a la consulta única inicial, de acuerdo con las necesidades evidenciadas durante ésta.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 12 Registro de consulta única por psicología

Objetivo

Organizar de manera uniforme las áreas de trabajo terapéutico y el registro de la información resultante, en el marco de los procesos de intervención terapéutica de consulta única brindada a personas afectadas por emergencias humanitarias.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Psicología.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Las intervenciones terapéuticas de consulta única han sido probadas en numerosas ocasiones con buenos resultados en el marco de la atención de personas afectadas por emergencias humanitarias, en especial dentro de su modalidad de intervención centrada en la solución de problemas. El registro que se presenta resulta acorde con las necesidades de acción y registro propias de tal modalidad de intervención.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 13 Caracterización de las redes sociales en población afectada

Objetivo

Identificar y caracterizar las redes sociales existentes en el municipio o población que va a ser intervenida por haber resultado afectada por una emergencia humanitaria. Dicha identificación tiene como fin reconocer la capacidad de respuesta comunitaria para lograr involucrarla dentro de la respuesta y posicionarla como parte de la reconstrucción del tejido social.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Trabajo Social.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

De acuerdo con las características generales y la capacidad instalada en los territorios a intervenir, puede requerir la inclusión de especificidades. No es sólo un registro de la información sino la posibilidad de construir un mapa de actores que puedan luego ser incorporados en los planes de atención de los mapas de riesgos y posibilidades.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 14 Identificación de barreras de acceso en salud mental y salud sexual y reproductiva

Objetivo

Identificar y caracterizar las barreras de acceso a servicios de salud mental y de salud sexual y reproductiva, existentes en los territorios que va a ser intervenidos por haber resultado afectados por una emergencia humanitaria, con el fin de generar información útil para la acción tendiente a eliminar oportunamente dichas barreras.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Enfermería.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

De acuerdo con las características generales y la capacidad instalada en los territorios a intervenir, puede requerir la inclusión de especificidades.

Anexo 15 Plan de capacitaciones en salud mental y salud sexual y reproductiva

Objetivo

Proporcionar una guía general sobre los contenidos y modos de organización de un proceso de capacitación dirigido a recurso humano en salud, presente dentro de territorios afectados por una emergencia humanitaria, con el fin de favorecer el fortalecimiento de la capacidad territorial instalada para atender, desde lo sanitario, este tipo de eventos.

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

A partir de un trabajo interdisciplinario y desde cada uno de los ejes disciplinares se construyen los planes de capacitación, cada uno desde sus aportes y experticias que redunden en el bienestar y la capacidad de respuesta hacia la comunidad damnificada.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Los contenidos y modos de organización del plan de capacitación pueden variar según las necesidades detectadas dentro de contextos concretos y las características de los equipos interdisciplinarios disponibles para la intervención.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Anexo 16 Valoración inicial de daños y necesidades en salud mental en albergues, zonas de retorno o afectadas por emergencias humanitarias en el marco de la construcción de un Plan Local

Objetivo

Establecer una valoración rápida sobre la capacidad territorial instalada para la atención de riesgos y necesidades en salud mental.

[Consultar instrumento en página No. 45](#)

Eje disciplinar desde el cual se coordina su implementación

Medicina.

Observaciones relativas a su aplicación en contexto de emergencias

Es un instrumento específicamente concebido para efectuar evaluaciones en el marco de emergencias humanitarias.



Desarrollo de los anexos

Documento guía de intervención para equipos territoriales en el marco de la respuesta a la ola invernal desde el sector salud

La guía se desarrolla en tres momentos o fases que se describen a continuación: Caracterización, Contacto inicial con la población afectada y Desarrollo de procesos de atención a población afectada.

Primer momento: Caracterización

Definido como el primer contacto que hace el equipo de intervención con el departamento, a realizar de manera conjunta con los entes territoriales, con el fin de definir un diagnóstico situacional que incluye:

- Caracterización departamental de la emergencia
- Identificación de zonas prioritarias
- Oferta institucional: mapeo de actores, programas y recursos
- Oferta de servicios en salud (EPS, IPS, identificación de afiliación y portabilidad del carné de la población afectada)
- Rutas de atención local y departamental en salud sexual y reproductiva, y en salud mental
- Inventarios de recursos físicos, logísticos, financieros, humanos
- Priorización de albergues y zonas a intervenir

Segundo momento: Contacto inicial con población afectada

Definido como el contacto inicial que hace el equipo de salud territorial, en el albergue y/o población afectada para ser intervenido, en el cual se deben realizar las siguientes acciones de manera prioritaria:

- Diagnostico rápido participativo en salud mental, salud sexual y reproductiva y redes (comunitarias, sociales e institucionales). Instrumento: Herramienta de recolección de información diseñada por el equipo nacional).
- Evaluación de riesgos en salud mental, salud sexual y reproductiva. Instrumentos. Tamizaje en salud mental (SM) y salud sexual / Reproductiva (SSR), APGAR familiar, SQR, RQC, paquetes iniciales PSIM para SSR, Caleidoscopio.
- Ponderación del riesgo. Instrumento: Análisis de amenaza, vulnerabilidad y riesgo - AVR.
- Definición de un plan de contingencia en SM y SSR respuestas integrales. Instrumento: Matriz de respuestas integrales, diseñada por el equipo nacional que incluye respuestas individuales, familiares y colectivas.
- Diseño de cronograma. Contempla actores responsables de las respuestas integrales, tiempos, mapa de actores con competencias, y responsabilidades. Instrumento: Plan de trabajo.



El proceso de capacitación y asistencia técnica implica el reconocimiento cuidadoso del contexto, de sus actores, de sus voces y significados

Tercer momento: desarrollo del proceso de atención a población afectada

Definido como el flujo de atención centrado en tres acciones:

1. Coordinación

Contempla las acciones que buscan generar incidencia política de los temas de salud mental y salud sexual y reproductiva en el marco de las acciones de respuesta a las emergencias y desastres. Estas acciones de coordinación recaen en mayor medida en el gestor territorial, aunque con participación de todo el equipo; contemplan:

- Cabildeo de los temas en el marco de los Crepad y Clopad.
- Contacto con los actores del sistema general de seguridad social en salud y EAPB.
- Revisión de rutas de atención, red prestadora, portabilidad del carné, entre otros.
- Identificación de afiliación de los usuarios a fin de garantizar el acceso a servicios de salud.
- Posicionamiento de los temas en el nivel decisor, reflejado en la generación de políticas públicas: propiciar circulares y resoluciones que unifiquen criterios y garanticen la atención.
- Contacto con actores comunitarios con el fin de vincularlos desde el inicio al proceso y activar redes propias.
- Priorización de albergues y zonas a intervenir.

2. Capacitación y asistencia técnica

El proceso está basado en el enfoque diferencial, lo cual implica el reconocimiento cuidadoso del contexto, de sus actores, de sus voces y significados, dando cuenta de sus necesidades, potencialidades y particularidades, procurando que tanto desde las capacitaciones a los equipos territoriales como a los locales, y a los profesionales para el desarrollo de sus intervenciones, se procure la generación de acciones sin daño, bajo los lineamientos de la educación de adultos (comunicación y educación popular).

Componentes del proceso:

Integrales/ transdisciplinar

- Capacitación nacional a equipos territoriales y puntos focales de salud mental, salud sexual, emergencias y desastres y responsables de CRUE, en los contenidos de salud mental, y salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los escenarios de cada fase de la emergencia, buscando que se concrete un plan de acción por equipos territoriales.
- Capacitación de réplica del taller nacional a nivel territorial, donde se incluyan puntos focales municipales, responsabilidad del equipo territorial y apoyo de puntos focales capacitados en el taller nacional.

Por ejes disciplinares

- **Contenidos de atención médica.** Protocolos de manejo en los temas de: salud materna, salud sexual de jóvenes y adolescentes, regulación de la fecundidad en población en edad fértil, prevención de los diversos tipos de violencia sexual, prevención ITS/VIH-SIDA, impactos psicosociales más frecuentes, APS en su componente de salud mental. Dirigido a coordinadores médicos de EAPB e IPS, coordinadores médicos de cuerpo de Cruz Roja, Defensa Civil y Bomberos, responsables de SSR y SM de municipios y departamentos, coordinadores de CRUE.
- **Contenidos de Enfermería.** Dirigida a profesionales responsables de los temas de salud sexual y reproductiva, y de salud mental, profesionales de las IPS que están en las zonas afectadas, incluyendo temas de cuidados de enfermería (salud materna, salud sexual de jóvenes y adolescentes, regulación de la fecundidad en población en edad fértil, prevención de violencias sexuales, prevención ITS/VIH-SIDA), uso y distribución de kits y contenidos de IEC.
- **Psicología y Trabajo Social,** enfoque psicosocial y tejido social. Temas de salud mental y psicosocial al equipo territorial con responsables de los temas a nivel departamental y municipal. Profesionales de otras entidades que desarrollan estas acciones.



Mapa de riesgos y posibilidades en salud mental y salud sexual y reproductiva y construcción de matriz de respuestas integrales



Esta estrategia busca identificar y reconocer los riesgos que afectan los componentes de salud sexual y reproductiva y de salud mental de las poblaciones afectadas por la emergencia invernal

La presente estrategia metodológica se desarrolló en el marco del convenio 184/2011 OIM/MPS con el fin de: “Apoyar a las entidades territoriales en la implementación y seguimiento de las políticas públicas de protección social para población vulnerable, víctimas del conflicto armado y damnificados de la ola invernal”, que en su línea 7, “Prevención y Atención en Salud Sexual y Reproductiva y salud mental para la población damnificada por la ola invernal”, incluyó acciones de atención, promoción y prevención a poblaciones afectadas por la emergencia invernal en los componentes de salud mental y de salud sexual y reproductiva.

Esta estrategia metodológica busca identificar y reconocer los riesgos que afectan los componentes de salud sexual y reproductiva y de salud mental de las poblaciones afectadas por la emergencia invernal que se encuentran en albergues, lugares de acogida o en zonas afectadas, e incluye una mirada que incorpora el enfoque diferencial y la perspectiva de derechos; mediante el análisis de las amenazas y vulnerabilidades presentes en las comunidades afectadas, la identificación y diseño de medidas posibles de manejo del riesgo y manejo del desastre y, por consiguiente, el diseño de acciones en torno a la promoción de la salud, la prevención y la atención de situaciones de riesgo identificadas.

Una herramienta de gestión

La metodología de mapas de riesgos y posibilidades se ha desarrollado en el ámbito de la salud ocupacional, con el fin de evidenciar las amenazas, vulnerabilidades y medir el riesgo en los ambientes de trabajo; igualmente, ha sido probada en el contexto de emergencias y desastres. En esta propuesta se hace una adaptación para los temas de salud mental y de salud sexual y reproductiva en contexto de emergencias y desastres.

Momentos de esta metodología

Primer momento

Está orientado al reconocimiento del contexto, establecimiento de acuerdos conceptuales y desarrollo y operativización metodológica de la estrategia y de los conceptos para la comprensión del enfoque y la implementación del mapa de riesgos y posibilidades; a través de él se busca orientar desde las experiencias y conocimientos de los participantes e información recogida por el equipo, la definición de conceptos básicos de referencia y el establecimiento de un diagnóstico inicial sobre la situación de salud mental y de salud sexual y reproductiva en los municipios.

Segundo momento

El segundo momento se denomina desarrollo metodológico para la implementación del mapa de riesgos y posibilidades en salud sexual y reproductiva y de salud mental, a través del cual se elabora y construye el mapa de riesgos teniendo en cuenta el análisis de la vulnerabilidad y las amenazas con respecto a los riesgos, que a través de un ejercicio de cartografía social se reemplaza por las posibilidades identificadas. Posteriormente, este ejercicio se plasma en la matriz de respuestas integrales, la cual define las acciones en la promoción, prevención y atención para reducir los riesgos y minimizar los impactos en cada uno de los municipios afectados.

Primer momento:

Desarrollo conceptual para la elaboración de mapas de riesgos y posibilidades

Se puede considerar la convocatoria a otros actores, tales como sociedad civil, ONG o entidades responsables de los temas en las zonas intervenidas

Fase 1. Preparación

Para el proceso de construcción se eligen los referentes de salud mental y de salud sexual y reproductiva de los municipios que poseen información sobre las necesidades y problemática existentes en los municipios y que tienen capacidad de decisión sobre los compromisos y acciones a seguir. Igualmente, se puede considerar la convocatoria a otros actores, tales como sociedad civil, ONG o entidades responsables de los temas en las zonas intervenidas.

Grupos de trabajo

Es importante considerar la conformación de grupos de trabajo que permitan el análisis de temáticas y la discusión y propuesta. Existen varias alternativas de división de grupos, que depende de las características y el número de convocados.

Dos grupos: uno donde se ubiquen todos los referentes de salud sexual y reproductiva y otro donde se encuentren los referentes para la salud mental:

- Por ejes temáticos que permitan cambiar para cada sesión y grupos. Por ejemplo, para la discusión conceptual dos grupos, para amenazas y vulnerabilidades 4 o 6 grupos. Es importante coordinar el trabajo de estos grupos de discusión con los desarrollos conceptuales del CLO-PAD; por ejemplo, mediante la participación conjunta de comunidad afectada y miembros de la Comisión Técnica del Comité en mención, con el fin de incorporar en la discusión los conceptos que hasta ahora se han validado en el SNPAD.

- En caso tal que los grupos sean pequeños, se pueden trabajar por parejas en subgrupos por cada uno de los municipios priorizados (caso de 5 o 6 municipios).

Fase 2. Establecimiento de acuerdos conceptuales

Se realiza una presentación del objetivo del ejercicio; el cual busca reconocer desde las experiencias, habilidades y capacidades, los referentes conceptuales desde donde se orienta la implementación de los procesos de atención. En este momento es importante que los participantes mencionen o tengan en cuenta los siguientes aspectos:

1. Se contará con un facilitador(a), quien orientará el ejercicio con el apoyo de las demás persona del equipo territorial; es importante que en su función tenga presente el ordenamiento y la orientación directiva del ejercicio para garantizar el objetivo.

2. Si bien la participación activa es importante, hay que centrar permanentemente las discusiones, para evitar distracción y que el tema se dilate, por ello todos los integrantes del equipo territorial deben apropiarse conceptual y metodológicamente esta estrategia.

3. Este momento se realizará a través de una metodología zoop, es decir, la utilización de tarjetas de colores, así:



Cada uno de los asistentes tendrá las siguientes tarjetas, en ella consignarán las respuestas; utilizando las tarjetas de manera HORIZONTAL y con marcador, deben escribir ideas cortas que definan las preguntas que se les hacen, ello facilita el manejo del ejercicio y la intencionalidad del mismo.

Para el uso de las tarjetas se tendrán en cuenta las siguientes instrucciones:

- En las tarjetas de color blanco, responderán la siguiente pregunta: ¿Qué es para usted un riesgo?
- En las tarjetas de color rosado, responderán la siguiente pregunta: ¿Qué es un factor de riesgo?
- En las tarjetas de color azul, responderán la siguiente pregunta: ¿Qué es una amenaza?
- En las tarjetas de color verde, responderán la siguiente pregunta: ¿Qué es vulnerabilidad?



Al riesgo se le considera como la resultante de la interacción y confluencia de un grado de amenaza con un grado de vulnerabilidad

Cada una de las respuestas se consignarán en la siguiente matriz, donde el (la) facilitador(a) recogerá cada una de las respuestas:



| | |
|----------------------------------|--|
| Definiciones de riesgo | |
| Definiciones de factor de riesgo | |
| Definiciones de amenaza | |
| Definiciones de vulnerabilidad | |

Al finalizar este ejercicio, el facilitador recoge parte de las definiciones para cada uno de los conceptos, teniendo en cuenta los aspectos relevantes; luego socializa cada uno de los conceptos teniendo en cuenta los siguientes desarrollos conceptuales, que, para este caso, sustentan los aspectos a tener en cuenta para cada uno dentro de la salud sexual y reproductiva y la salud mental en contexto de emergencia.

Riesgo

Riesgo es cualquier situación que represente daño o pérdidas futuras.

En las personas, se asume como “factor de riesgo” las características genéticas, fisiológicas, del comportamiento y socioeconómicas de los individuos que les sitúan dentro de una cohorte de la población en la que es más probable el desarrollo de un problema sanitario o enfermedad concretos que en el resto de la población.

Amenaza

Es la existencia real o concreta de condiciones externas que posibilitan el desencadenamiento de un fenómeno que puede causar daño a la población, a los bienes o medios de subsistencia. Las amenazas son de carácter externo y en la mayoría de los casos no pueden ser controladas por los seres humanos.

Vulnerabilidad

Son las deficiencias que existen para resistir un fenómeno de cualquier tipo. Es la existencia de condiciones internas que favorecen la ocurrencia de un fenómeno que puede causar daño a las personas.

Fase 3. Análisis de contexto de la salud mental y salud sexual y reproductiva en contexto de emergencias y desastres



En primer lugar, su confección debe ser guiada, orientada, aunque nunca sustituida. Se propone un ejercicio de compartir hallazgos en salud mental y salud sexual y reproductiva que puede ser un conversatorio con ítems preestablecidos o presentaciones cortas que incluyan:

1. Información basada en fuentes directas de recolección a través de la ficha de evaluación de albergues, Caleidoscopio e informes de barreras, que arrojan información de primera mano sobre afectaciones e información diagnóstica importantes de la población afectada, en particular en los temas de salud mental y salud sexual y reproductiva.
2. Información resultante de los análisis de atención de enfermería, psicología y medicina.
3. Información diagnóstica de los referentes, tablas, mapas, estadísticas, entre otros.

El escenario de la experiencia

Escenario es donde vamos a trabajar, puede ser una vivienda, un grupo de viviendas, un hospital, un municipio, un albergue o una comunidad. En este caso, cada uno de los municipios priorizados en cada departamento.

aspecto que afecte a la comunidad. Hay que identificar las principales amenazas a que está expuesta, cuáles son sus fortalezas y debilidades y cuáles sus oportunidades.

- Debemos recolectar la mayor información posible sobre la comunidad antes de comenzar el trabajo de confección del MRSM/SSR. Es útil saber la cantidad de habitantes por grupos etarios, historia de los principales problemas en SM y SSR que ha enfrentado (muertes maternas, embarazos en adolescentes, personas con alteraciones mentales sin atención, abuso sexual), condición general del fondo habitacional, situación de incomunicación y cualquier otro
- Es importante contar con la participación de los actores más conocedores del problema, por ejemplo: responsables de salud mental y de salud sexual y reproductiva. En otras circunstancias se puede establecer contacto con las personas de más experiencia en la comunidad, los que poseen la memoria histórica, grupos o personas que trabajen temas de salud mental y salud sexual y reproductiva o temas relacionados, como género, derechos e incidencia política.

Segundo momento: Desarrollo metodológico para la elaboración de mapas de riesgos y posibilidades

Para la elaboración de este momento, la construcción del mapa de riesgos y de posibilidades en salud mental y en salud sexual y reproductiva consideran la participación activa de todos los asistentes (comunidad y personas decisorias de programas y servicios en salud); y es importante desarrollar fase a fase, dado que el ejercicio es intencionado y directivo durante todo el proceso.

Fase 1: Establecimiento de amenazas y vulnerabilidades con respecto a los riesgos en salud mental y salud sexual y reproductiva

a. Se identifican amenazas y vulnerabilidades por cada riesgo.

Se construye con los participantes mediante una lluvia de ideas un listado de amenazas y vulnerabilidades en salud mental y en salud sexual y reproductiva:



| Riesgos en Salud Sexual Reproductiva | | |
|--|---------|----------------|
| Riesgo | Amenaza | Vulnerabilidad |
| Mortalidad materna | | |
| Infecciones de transmisión sexual y VIH | | |
| Embarazo no planeado - no deseado | | |
| Abuso sexual | | |
| Aborto | | |
| Violencia de género y explotación sexual | | |
| otros | | |

| Riesgos en Salud Mental | | |
|--|---------|----------------|
| Riesgo (Evento) | Amenaza | Vulnerabilidad |
| Depresión | | |
| Trastornos de ansiedad | | |
| Intento de suicidio | | |
| Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas | | |
| Otras afectaciones emocionales () | | |

b. Se divide el grupo en subgrupos y se entrega a cada subgrupo un factor de riesgo para hacer el análisis de vulnerabilidades y amenazas (máximo 5 por riesgo). La ponderación se realiza teniendo en cuenta los siguientes criterios:



Magnitud del problema

Se entenderá este criterio como asimilable a la extensión y severidad. La extensión puede definirse como el número de personas afectadas en relación con la población total; mientras que la severidad o importancia puede definirse, cuando se trate de asuntos de salud y enfermedad, se refiere al número de fallecidos o de enfermos, grado de daño o incapacidad que produce, etc.

Vulnerabilidad

Involucra tanto la probabilidad o facilidad con que el problema pueda ser alterado o solucionado con las técnicas y los medios materiales, humanos, organizativos o económicos disponibles, como la existencia objetiva de condiciones, intrínsecas a las personas, cuya superación o reducción contribuye a la reducción del riesgo y a la recuperación y mejoramiento de la salud.

Trascendencia social

Tiene que ver con la alarma social, la presencia del problema en los medios de información, la preocupación de los vecinos, así como con los efectos negativos que produce en la comunidad, etc. Puede suceder que un problema de gran magnitud tenga poca trascendencia social y viceversa. Igualmente, se tiene en cuenta en este criterio el impacto en el tejido social y redes.

Permanencia en el tiempo

Este criterio valora la importancia que se le asigna a la duración probable del problema dejado a su libre solución. Si se trata de un problema que por la evolución de los acontecimientos en la zona tiende a resolverse sin que se intervenga directamente sobre él (porque puede ser más una consecuencia de otros problemas que de él mismo). Se puntúa bajo si tiende a resolverse por sí solo. Si se estima que en el tiempo no sólo no se va a resolver sino que, por el contrario, se puede agravar si no se interviene sobre él, se le otorgará una puntuación alta.

Estos criterios se puntuarán siguiendo la siguiente escala

| | |
|-------|------------|
| Bajo | Amarillo |
| Medio | Anaranjado |
| Alto | Rojo |

Cada riesgo se trabaja en la siguiente matriz:

Riesgo _____

| Amenaza Puntuación | Magnitud (1-3) | Vulnerabilidad (1-3) | Trascendencia (1-3) | Permanencia en el tiempo (1-3) | Total puntaje |
|-----------------------|-------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Se hace el mismo ejercicio con las vulnerabilidades

| Amenaza Puntuación | Magnitud | Vulnerabilidad | Trascendencia | Permanencia en el tiempo | Total ponderación |
|-----------------------|----------|----------------|---------------|-----------------------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Es necesario, en el análisis, articular amenazas y vulnerabilidades a los componentes de salud mental y salud sexual y reproductiva y cómo actúan sobre estos en temas como: acceso a servicios, continuidad, acceso a medicamentos, apoyo diagnóstico, insumos (métodos de planificación familiar), entre otros.

Fase 2: Valoración de los riesgos

Una vez hecho el análisis de amenazas y vulnerabilidades, tenemos un puntaje que se transcribe a la siguiente matriz:

Riesgos = Amenaza × Vulnerabilidad

| Riesgo | Amenazas puntaje obtenido | Vulnerabilidades puntaje obtenido | Total |
|--|------------------------------|--------------------------------------|-------|
| Mortalidad materna | | | |
| Infecciones de transmisión sexual y VIH | | | |
| Embarazo no planeado - no deseado | | | |
| Abuso sexual | | | |
| Aborto | | | |
| Violencia de género y explotación sexual | | | |
| otros | | | |

Aspectos importantes del riesgo

- El riesgo tiene un valor, el riesgo se materializa en el futuro, se ve representado en las pérdidas que vamos a tener cuando se manifieste la amenaza en un escenario vulnerable, por tanto lo que perdemos tiene un valor que podemos considerarlo cualitativamente.
- En todo caso, el riesgo está presente y debemos considerarlo, intervenirlo, identificarlo y analizarlo para reducir la vulnerabilidad y, hasta donde sea posible, la amenaza.
- Se puede hacer muchas cosas para disminuir el riesgo, es decir, para no perder tanto cuando se presente el evento, cuando la amenaza se manifieste. Lo primero es conocer la amenaza, saber cuáles son sus efectos, cómo se manifiesta y cómo puede afectarnos, en otras palabras: cuáles son nuestras debilidades para enfrentarla y qué podemos hacer para que sus efectos no causen tanto daño. Lo logramos siendo menos vulnerables, poniendo nuestras capacidades en función de protegernos.
- Eliminar el peligro no es siempre posible, no podemos evitar la existencia de drogas en las calles o personas que puedan abusar de otras o eliminar todos los microorganismos que nos causan enfermedades, pero sobre la vulnerabilidad si podemos actuar más eficientemente, es decir, podemos disminuir nuestras deficiencias para ser más resistentes a las amenazas. El mapa de riesgos es una forma sencilla y útil para comenzar a disminuir vulnerabilidades comunitarias.

Fase 3: Dibujo del mapa – MRP y señalización de los riesgos

El mapa de riesgos pone al descubierto las más importantes debilidades y fortalezas de la comunidad para enfrentar situaciones que la afecten

Se explica por qué se debe hacer el mapa de riesgos y posibilidades y los beneficios que se lograrán con ellos.

- Debemos elegir una o dos personas con capacidad para **dibujar o hacer un croquis de la comunidad**, indicándole que lo más importante no es lo técnico o artístico, sino que quede expresado todo lo que está dentro de la comunidad.
- Se propone un **mapa del departamento** a escala de 4 pliegos, donde se ubiquen los municipios analizados.
- Sobre el dibujo o croquis del departamento **se irán señalando los riesgos** identificados en tarjetas con símbolos preestablecidos.
- Se le colocan a cada tarjeta los puntos **de acuerdo con la escala** definida bajo, medio y alto.
- Se deben adicionar en el mapa a las **personas, individuales o representadas en colectividades afectadas**; lo anterior es mandatorio, pues solamente existen riesgos cuando existen personas u otros elementos expuestas a amenazas.
- **De igual forma vamos organizando los recursos**, que es con lo que cuenta la comunidad para enfrentar los riesgos y minimizarlos. Por ejemplo, un albergue con baños separados para hombres y mujeres es un recurso que protege de agresiones sexuales; otro recurso es el médico o servicios médicos cercanos y agua segura particular para recién nacidos, menores y personas conviviendo con VIH. Así, las acciones por realizar pueden ser estructurales o físicas, o no estructurales o físicas; en cualquier caso, se efectúan mediante recursos que pueden ser **materiales, humanos o naturales**.
- Una vez terminado el mapa, el próximo paso es tratar de modificarlo positivamente, es decir, **tratar de resolver la mayor cantidad posible de problemas, con medidas o posibilidades**, en las que haya concurso de diversas entidades y la propia comunidad en la solución de los problemas. Para esto tendremos tarjetas en blanco que se van escribiendo de acuerdo con lo identificado por quienes participan y se colocan al lado de cada riesgo.



Recomendaciones para dibujar el mapa

- Se debe crear una base de símbolos para **identificar cada tipo de riesgo y recurso** en el mapa. Esto facilita la visualización de los mismos.
- Este mapa se puede socializar todas las veces que se requiera para ajustar la información consignada en diversos escenarios.
- Igualmente, **recoger las ideas para la solución de los problemas** plasmados en el mapa.
- El mapa de riesgos puede ser confeccionado igualmente en **escenarios con grupos seleccionados** en donde se puede incluir: un miembro de la comunidad; alguien con nivel de decisión (representante del Gobierno): profesionales responsables de salud mental y salud sexual y reproductiva.
- **Los riesgos se pueden anotar como individuales o colectivos** y se pueden sectorizar (salud, educación, comunicación, viales, etc.). Puede resultar de utilidad el empleo del método de “escenarios de riesgo” establecido por la Unidad Nacional para Gestión del Riesgo de Desastres.
- Los riesgos se deben describir dando respuesta a **por qué y para quién son un riesgo**.
- Este mapa de riesgos y posibilidades, así confeccionado, **pone al descubierto las más importantes debilidades y fortalezas de la comunidad para enfrentar situaciones que les afecten**. Esto es importante, pues toda la comunidad puede darse cuenta de sus principales problemas, y la posibilidad de cambiarlo positivamente, en otras palabras, de modificar el escenario de manera que cada vez el riesgo sea menor.

Fase 4: Matriz de respuestas integrales

Una vez confeccionado el mapa de riesgos y posibilidades, se presenta al grupo la matriz de respuestas integrales, en la que deben estar diligenciada por el equipo territorial las acciones adelantadas.

Se divide el grupo por municipios y se entrega la matriz correspondiente a cada municipio.

Los miembros del equipo territorial apoyarán el diligenciamiento de la matriz en lo que corresponde a las acciones propuestas como complementarias de las Direcciones de salud presentes.

Se finaliza con una plenaria para socializar lo más relevante de los compromisos consignados en la matriz.



| Acciones | Respuestas Integrales | | |
|---|-----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | Salud Mental | Salud Sexual y Reproductiva | Responsable de la acción |
| Información | | | |
| Capacitación y Educación | | | |
| Gestión interinstitucional | | | |
| Promoción de la salud | | | |
| Prevención de la enfermedad | | | |
| Atención y canalización | | | |
| Participación y fortalecimiento organizativo | | | |
| Evaluación y seguimiento | | | |
| | | | |
| Gestor territorial | _____ | Representante comunidad _____ | |
| Fecha | | Municipio _____ | |
| Fechas de presentación de avances a compromisos | _____ | | |

3 Evaluación de daños

y análisis de necesidades en salud sexual y reproductiva en el marco de la construcción de un plan local de emergencias y contingencias – PLEC

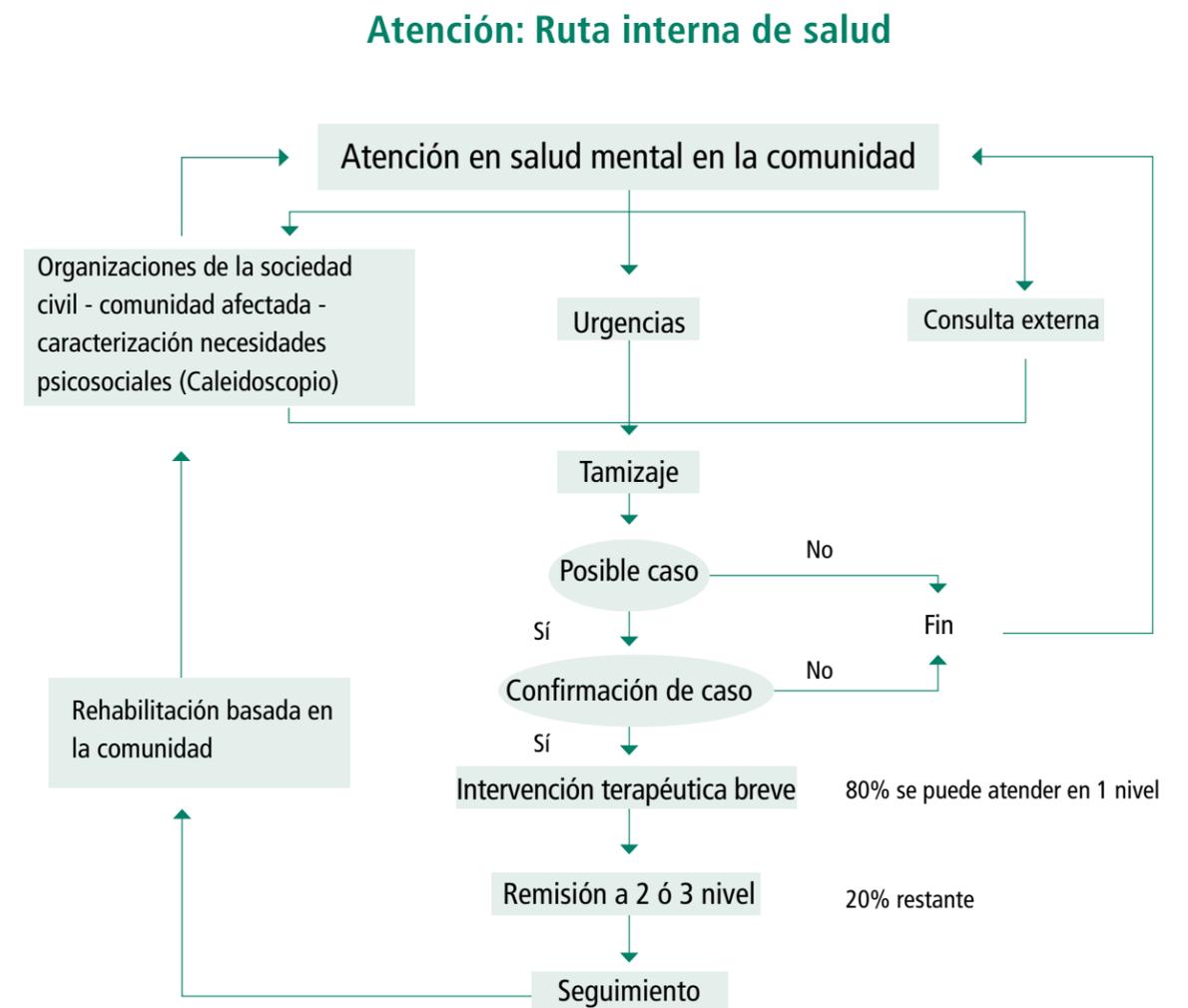
| EVALUACIÓN DE DAÑOS Y ANÁLISIS DE NECESIDADES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLEC | | |
|---|----|----|
| 1. MATERNIDAD SEGURA | | |
| 1.1 ¿LA ATENCIÓN PRENATAL ESTÁ DISPONIBLE? | SÍ | NO |
| • ¿Detección y manejo de las complicaciones? | | |
| • ¿Educación en salud/ consejería sobre el parto? | | |
| • ¿Prevención de la malaria (medicamentos, mosquiteros)? | | |
| • ¿Test de detección de sífilis y tratamiento (RPR Y VDRL)? | | |
| • ¿Profilaxis de hierro y folato? | | |
| • ¿Vacuna toxoide tetánico? | | |
| • Vitamina A / Micronutrientes/ Calcio/Sulfato Ferroso /Ácido Fólico? | | |
| 1.2 ATENCIÓN DEL PARTO: | SÍ | NO |
| • Kit de parto limpio | | |
| • Maternidad primer nivel de atención cerca al albergue para remisión de pacientes | | |
| 1.3 ATENCIÓN BÁSICA DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS: | SÍ | NO |
| ¿Existe un hospital de segundo accesible con servicio de obstetricia para atender urgencias obstétricas de baja complejidad? | | |
| 1.4 ATENCIÓN DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS COMPLEJAS | SÍ | NO |
| • ¿Existe un hospital accesible con servicio de cirugía obstétrica, anestesia y transfusión sanguínea para transferencia de urgencias obstétricas de mayor complejidad? | | |

| | | |
|---|----|----|
| 1.5 ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: | SÍ | NO |
| • ¿Hay medios para la adaptación neonatal? | | |
| • ¿Existe el programa Madre Canguro? | | |
| • ¿Se hace la profilaxis oftálmica? | | |
| • ¿Se hace la profilaxis cordón umbilical? | | |
| • ¿Hay consejería para la lactancia materna precoz? | | |
| 1.6 ATENCIÓN POSTPARTO: | SÍ | NO |
| • ¿Se hace la valoración de madre y recién nacido? | | |
| • ¿Se hace educación en salud para el seguimiento postparto? | | |
| • ¿Se hace la profilaxis de hierro y folato? | | |
| • ¿Se utiliza la suplementación con vitamina A? | | |
| • ¿Se hace la consejería para la lactancia materna? | | |
| 2. PLANIFICACIÓN FAMILIAR: | SÍ | NO |
| • Condones | | |
| • Píldora anticonceptiva | | |
| • Implantes subdérmicos | | |
| • Anticonceptivos inyectables | | |
| • Dispositivo Intrauterino | | |
| • Pomeroy o episiotomías | | |
| • Consejería en contracepción voluntaria | | |
| 3. ITS/ VIH/ SIDA: | SÍ | NO |
| • ¿Se hace la práctica correcta de las precauciones universales? | | |
| • ¿Se hace el diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (Sindromático y de laboratorio)? | | |
| • ¿Se hace la notificación del compañero sexual y tratamiento? | | |
| • ¿Existe el servicio de consejería voluntaria y test para el VIH? | | |
| • ¿Existe el tratamiento de las infecciones oportunistas? | | |
| • ¿Se hace la prevención de las infecciones oportunistas para personas VIH positivas? | | |
| • ¿Se hace la terapia antirretroviral para personas VIH positivas? | | |
| • ¿Se hace la prevención de la transmisión VIH madre e hijo? | | |
| • ¿Existe la consejería para embarazadas VIH positivas acerca de elección en alimentación del recién nacido? | | |
| • ¿Existe el servicio de cuidado a domicilio para personas viviendo con SIDA? | | |
| • ¿Se hace la educación comunitaria en la prevención de VIH? | | |

| EVALUACIÓN DE DAÑOS Y ANÁLISIS DE NECESIDADES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MARCO DE LA CONSTRUCCIÓN DE UN PLEC | | |
|--|----|----|
| 4. VIOLENCIA DE GÉNERO (VBG): | SÍ | NO |
| • ¿Existen mecanismos coordinados multisectoriales para prevenir la violencia sexual? | | |
| • ¿Existen servicios de salud confidenciales para ocuparse de las víctimas de una violación? | | |
| • ¿Existe disponibilidad de kits postexposición (anticoncepción de emergencia, profilaxis ITS/VIH) | | |
| • ¿Existen protocolos y/o rutas de atención integral en salud mental y salud sexual en caso de violencia sexual? | | |
| • ¿Hay mejoramiento de la seguridad y protección para las mujeres en el albergue? | | |
| • ¿Existe el servicio de soporte psicosocial y consejería para mujeres en caso de violencia de género? | | |
| • ¿Existen guías y protocolos para respuesta a incidentes de violencia sexual para el personal de salud? | | |
| • ¿Existen guías y protocolos para respuesta a incidentes de violencia sexual para el personal de seguridad y protección? | | |
| 5. ADOLESCENTES: | SÍ | NO |
| • ¿Existen mecanismos de información y educación acerca de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva para adolescentes? | | |
| • ¿Existen servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes? | | |
| • ¿Existen mecanismos de información, educación y comunicación de derechos sexuales y reproductivos? | | |
| • ¿Se dispone de acceso a consejerías y métodos de planificación familiar para adolescentes? | | |
| • ¿Se dispone de acceso a condones femeninos? | | |
| 6. CONCLUSIONES. Cuál es el porcentaje de población que considera que tiene acceso a los servicios de: | | |
| • Control prenatal | % | |
| • Atención de urgencias obstétricas | % | |
| • Control del postparto | % | |
| • Planificación familiar | % | |
| • Tratamiento de las infecciones de transmisión sexual | % | |
| • Servicios de prevención del VIH / SIDA | % | |
| • Servicios para la prevención y atención de violencia basada en género, con énfasis en violencia sexual | % | |
| COMENTARIOS: | | |

Anexo 4

Diagrama general de atención en salud mental en contextos de emergencias desde la estrategia de atención primaria en salud



Caleidoscopio

Instrumento pedagógico usado en la aplicación de la metodología de identificación de necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva en emergencias y desastres¹.

Presentación

En el marco de la implementación de acciones en salud sexual y reproductiva y salud mental del convenio 184 (cuyo objeto es “Apoyar a las entidades territoriales en la implementación y seguimiento de las políticas públicas de protección social para población vulnerable, víctimas del conflicto armado y damnificados de la ola invernal”) se requirió caracterizar a la población afectada por la ola invernal, con el fin de identificar necesidades

en salud mental y salud sexual y reproductiva que permitieran definir las acciones para la promoción, prevención, atención y seguimiento de las mismas.

En este marco se define el caleidoscopio como un instrumento sencillo que permite identificar y proponer acciones requeridas para la atención a través de metodología participativa.

Ejes del Caleidoscopio

Se definen dos ejes: uno conceptual y otro metodológico, para la aplicación de esta metodología en el marco de las atenciones de las poblaciones afectadas por la ola invernal en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental.

Eje conceptual

El caleidoscopio fue creado por la Corporación Vínculos para trabajar con niños, niñas y jóvenes desvinculados del conflicto armado.

Mediante una consultoría realizada por la directora de esta Corporación, Liz Arévalo, para el Ministerio de la Protección Social, esta herramienta fue adaptada para trabajar con víctimas de la violencia política, en el marco de la sentencia T 025. Posteriormente, ese documento fue adaptado para el acompañamiento psico-social a personas afectadas por la ola invernal. El Caleidoscopio permite caracterizar personas y grupos mediante la exploración y reconocimiento de su particularidad, atendiendo a los

significados que se han construido en diferentes contextos y relaciones, haciendo posible recoger información que posibilite identificar sus necesidades y recursos específicos.

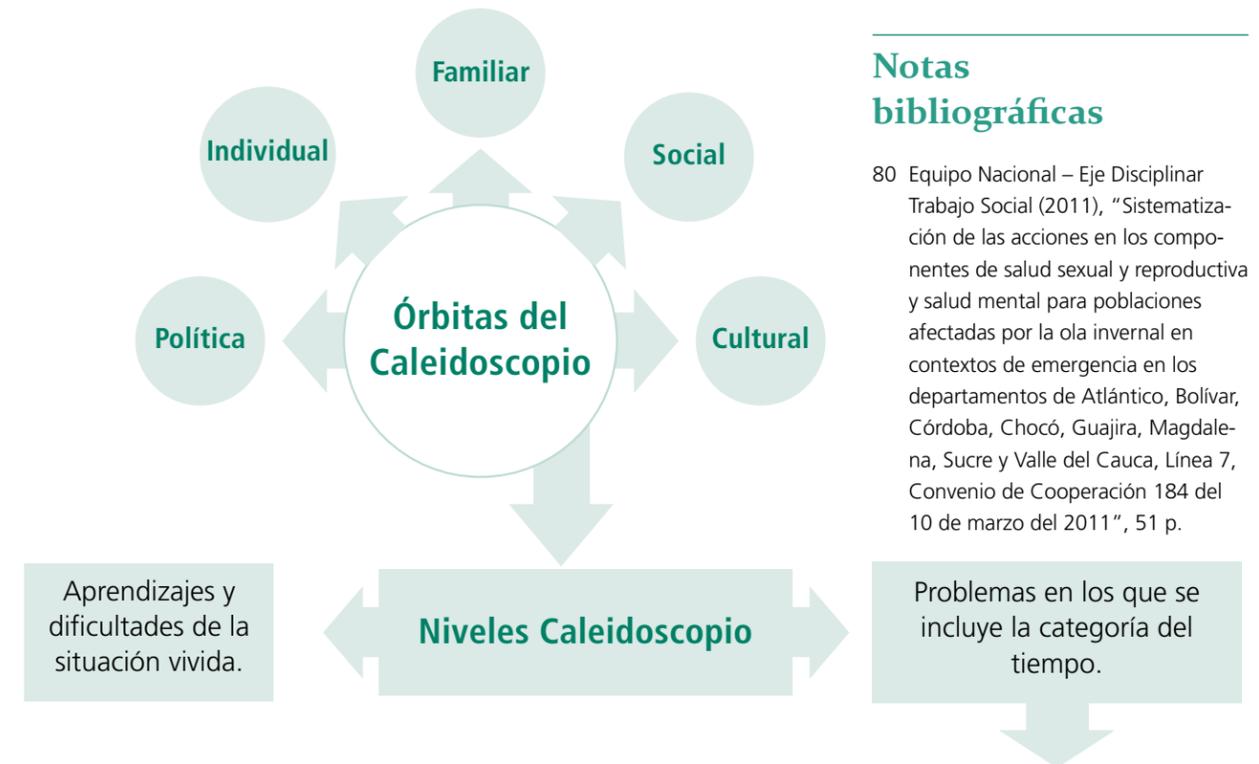
Conocer a las personas “desde sus contextos, permite reconocer que su identidad es construida con los y las otras en un proceso social y que por ello es útil explorar las relaciones, las experiencias y significados que han delineado su forma de mostrarse al mundo y su emocionalidad”.⁸⁰

En este sentido, es importante que el/la acompañante enfoque su comprensión tanto en la situación de cada persona como en la forma en que ésta se ve a sí misma.

Órbitas y niveles del caleidoscopio

El caleidoscopio presenta cinco orbitas: individual, familiar, social, cultural y política que están enmarcadas desde dos niveles: aprendizajes y dificultades de la situación vivida o problema en los que se incluye la categoría del tiempo en relación con el antes de que ocurriera el hecho, durante su ocurrencia y después de ocurrido.

Esta categoría del tiempo es especialmente importante cuando el acompañamiento se hace a personas, familias o comunidades que han sido afectadas por hechos violentos o situaciones muy dolorosas, ya que tener en cuenta las emociones y significados en estas tres dimensiones: antes, durante y después, permite una mayor comprensión de los tiempos subjetivos y del nivel de afectación emocional para construir las posibles rutas que faciliten el acompañamiento.



Notas bibliográficas

80 Equipo Nacional – Eje Disciplinar Trabajo Social (2011), “Sistematización de las acciones en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental para poblaciones afectadas por la ola invernal en contextos de emergencia en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba, Chocó, Guajira, Magdalena, Sucre y Valle del Cauca, Línea 7, Convenio de Cooperación 184 del 10 de marzo del 2011”, 51 p.

El origen del nombre

Originalmente el caleidoscopio es un tubo de plástico de 20X5 cm, con termoempaque, que contiene varios espejos en un ángulo y pedacitos de cristal irregular; al mirar por uno de sus extremos se ven combinaciones armónicas que varían cuando se gira el tubo.

Del mismo modo, en el ámbito de lo humano, cada giro representa un contexto distinto en que se han construido múltiples relaciones y significados, invitándonos así a no tener una única mirada sino a ampliar la observación para facilitar un análisis que reconozca sus particularidades.

La categoría del tiempo es especialmente importante cuando el acompañamiento se hace a personas, familias o comunidades que han sido afectadas por hechos violentos o situaciones muy dolorosas. Tener en cuenta las emociones y significados en estas tres dimensiones: **antes, durante y después**, permite una mayor comprensión de los **tiempos subjetivos y del nivel de afectación emocional** para construir las posibles rutas que faciliten el acompañamiento.

Contexto de las órbitas del Caleidoscopio



Órbita individual

Se refiere a la relación de la persona consigo misma, es decir, a la percepción sobre su mundo emocional y a las motivaciones personales que movilizan sus decisiones.

Tros/as mismo/as, de nuestros sueños, valores y de todas aquellas características que nos atribuímos como propias y que nos diferencian de los/las demás. Así, tenemos formas de comportarnos que responden a la descripción que hacemos de nosotros mismos: alegre, extrovertido/a, fuerte, entre otras.

Tiene que ver con los significados que le han dado sentido a la historia que nos contamos de noso-

Cómo explorar la órbita individual

Es importante destacar que para explorar esta órbita el acompañante debe diseñar talleres, conversatorios o conversaciones reflexivas con las personas que les permitan **identificar la forma como se ven a sí mismos y sus emociones, en conexión con la situación problemática.** Cómo se perciben las personas, cómo han cambiado, a partir de la situación vivida, cuáles emociones experimentaron en todo el proceso

(durante y después) que han vivido, cuál emoción permanece y qué identifican como problemática, cuál es la imagen que tiene de sus capacidades y de sus limitaciones. En conclusión, esta órbita permite identificar la historia que tiene la persona sobre sí misma, para identificar los efectos emociones y en la relación consigo misma a partir de la situación violenta o problemática que está viviendo.

Órbita familiar

Hace referencia a los significados **construidos en las relaciones de familiaridad:** puede ser con los padres, abuelos, hermanos, tíos, hijos, compañero/as afectivo/as o con otras personas que sin ser de la familia, cumplan su papel.

Incluye además a aquellos valores, mitos, creencias y patrones familiares que son referentes de sentido de las experiencias, decisiones y emociones que expresan las personas.

Cómo explorar la órbita familiar

Realizar talleres, conversatorios y conversaciones reflexivas para explorar con las personas sobre **cómo la situación de desastre ha cambiado el significado y las relaciones familiares.** La curiosidad del agente social es indagar sobre las creencias, valores y prejuicios que la familia de la víctima o la familia víctima tiene sobre la situación problemática e identificar las oportunidades y recursos que esto trae a la superación de los efectos sociales y emocionales del desastre. Por ejemplo:

- ¿Se culpabilizan unos a otros?
- ¿De qué manera se explican como familia lo que sucedió?
- ¿Cómo era la familia antes?
- ¿Qué pasó durante el desastre en la familia y cómo ha cambiado la familia después de..?
- ¿Tienen algún mito o creencia que brinda fortaleza?
- ¿Con qué recursos cuenta esta familia?
- ¿Qué aprendizajes y dificultades muestran o identifican?

En la órbita individual se busca identificar la forma como se ven a sí mismos y sus emociones, en conexión con la situación problemática



Órbita social

Lo social hace referencia al **entorno:** las instituciones, los vecinos, el grupo de amigos, el colegio, la comunidad. Hace referencia a los significados que construimos sobre nuestro lugar en el mundo, lo que se espera en nuestras relaciones sociales y sobre el papel de los otros/as (instituciones, vecinos, amigos) en nuestra vida.

Cómo explorar la órbita social

Realizar talleres para **construir el mapa de la red social de las personas y los grupos,** conversatorios y conversaciones reflexivas para explorar con las personas sobre cómo la situación problemática ha cambiado el significado y las relaciones sociales. Cómo se visualizan las personas en el entorno social, qué significados tienen sobre el papel de su red en la superación de su situación, así como reconocer aquellas otras relaciones que brindan sostén y apoyo emocional para fortalecerlas y ampliarlas. Implica también, conocer cómo la sociedad recibe a las personas afectadas y si es necesario realizar acciones de sensibilización con ésta para que asuma una corresponsabilidad en el proceso.

Órbita cultural

La órbita social hace referencia a los significados que construimos sobre nuestro lugar en el mundo, lo que se espera en nuestras relaciones sociales y sobre el papel de los otros/as

Lo cultural hace referencia a aquellos significados sobre el ser hombre o mujer, sobre el valor de la labor social que desempeña cada cual, sobre los significados de la familia e instituciones y los que históricamente construimos del mundo que nos rodea y le da sentido a nuestra vida. Se relaciona con las transiciones o cambios del devenir humano como los rituales y con el sistema de creencias espirituales que guían la relación de las personas con el mundo.



Cómo explorar la órbita cultural

Realizar talleres, conversatorios y conversaciones reflexivas para explorar con las personas sobre los referentes culturales y cómo estos se afectan o no a partir de la situación problemática. El acompañante debe ser curioso por el género, el sitio de origen, las costumbres, los rituales propios, las creencias religiosas, para comprender cómo las personas han enfrentado la situación problemática. Esta órbita permite identificar aprendizajes y dificultades desde una perspectiva cultural.

Órbita política

Se refiere al contexto en donde se delimita y promueve la capacidad de autonomía y participación. También hace referencia a la vivencia de la democracia, en relación con explicaciones, posturas y decisiones. Así mismo, hace alusión a los significados sobre el papel del Estado en la vida personal, familiar y social, y, por ende, en la identificación como ciudadano/a.



Cómo explorar la órbita política

Realizar talleres, conversatorios y conversaciones reflexivas para **explorar con las personas sobre el contexto donde surge la situación problemática** e indagar sobre el conocimiento que tienen de sus derechos, las explicaciones y posturas políticas y la manera como esto incide en su proceso de superación de los efectos de la situación problemática. Esta órbita indaga sobre las personas que están llevando proceso legales de denuncia ante situaciones derivadas de la emergencia humanitaria, para acompañarlos.

Contenidos de la herramienta



Objetivos

1. **Identificar necesidades** en salud mental y salud sexual y reproductiva a nivel individual, familiar, social, cultural y político, con el fin de orientar las posibles respuestas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y salud, en poblaciones afectadas por la emergencia de la ola invernal con énfasis en población albergada, potencializando los propios recursos comunitarios y fortaleciendo las redes protectoras.
2. **Identificar impactos** o afectaciones emocionales y el fortalecimiento de recursos de afrontamiento.

Metodología

Para implementar este proceso se sugiere llevarlo a cabo mediante la técnica de grupo focal; **es importante que el facilitador tenga en cuenta las particularidades diferenciales y de género así como la participación de grupos poblacionales excluidos históricamente** (niños, niñas, adolescentes, mujeres, población en condición de discapacidad población en situación de desplazamiento, hombres, adultos mayores entre otros).

Es importante tener en cuenta que la metodología se sustenta desde el aprender haciendo⁸¹, lo que da valor y voz importante a las representaciones y significantes de la realidad de las personas afectadas.

Pasos a seguir

La metodología se desarrolla en tres pasos:

Paso 1. Alistamiento

Paso 2. Desarrollo de la sesión

Paso 3. Evaluación y cierre de proceso

Notas bibliográficas

81 Carvallo, Roberto. Aprender haciendo: Guía para profesores. Aproximación a los espacios de aprendizaje basados en la acción y la experiencia y el grupo de trabajo y aplicaciones prácticas. Universidad Complutense de Madrid, 2002.

Paso 1. Alistamiento

Es el proceso durante el cual el facilitador deberá apropiarse de la parte conceptual de la metodología: Identificación de necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva en poblaciones afectadas por emergencias, a través del instrumento Caleidoscopio. Para ello debe preparar la sesión que tendrá en cuenta los siguientes puntos:

- **Definir los grupos a convocar** (niños y niñas, adolescentes, hombres, mujeres, etc.). Se recomienda que los grupos no tengan más de 30 participantes.
- **Definir las preguntas más adecuadas de acuerdo con el grupo y el objetivo de trabajo.** Se sugiere tener preparadas varias opciones de preguntas de acuerdo con la etapa de ciclo de la población a convocar.
Es importante partir de dos, máximo tres, preguntas que logren, desde la experiencia y vivencia de los participantes, reconocer e identificar el sentido de la salud, con énfasis en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental. Esto con el fin de tener en cuenta dichos imaginarios y reconfigurar miradas hacia lo que nos interesa indagar.
Las preguntas sugeridas deben ser claras, concretas, de fácil entendimiento. Se sugiere llevarlas por escrito en un tamaño grande y ubicarlas frente a los grupos de trabajo, de tal forma que les permita leerlas cada vez que requieran.
- **Desarrollar una actividad lúdica rompe hielo.** Se debe tener clara la metodología de trabajo en grupo, la definición y elaboración de material en insumos requeridos, los formatos de registro, los soportes técnicos, etc.
- **Definir los liderazgos de la sesión.** Se sugiere que el grupo esté conformado por un **facilitador** que dirija la discusión, un **relator**, que toma nota de los comentarios de los y las participantes durante la sesión, y un observador que tome nota de comentarios aislados, expresiones no verbales, cuchicheos, entre otros.
- **Convocatoria.** Definir una estrategia llamativa de convocatoria que despierte el interés de la población a participar. Debe incluir el sitio, hora de inicio, hora de finalización, características generales del grupo a convocar, nombre del responsable de la actividad; todo ello coordinado con responsables locales.
- **Definir un símbolo conformado por cinco partes que al reunirlos representen la vida.** Por ejemplo: una flor con cinco pétalos, donde cada pétalo representará una órbita (individual, familiar, social, cultural, política). Aquí fluirá la creatividad del facilitador.

Partir de dos, o tres, preguntas que logren, desde la experiencia y vivencia de los participantes, reconocer e identificar el sentido de la salud

Paso 2. Desarrollo de la sesión

- Agradecer la participación de los asistentes y presente la agenda de trabajo, dando a conocer el objetivo y alcance de la actividad.
- Realizar la actividad lúdica rompe hielo; facilite la integración de los participantes motivando el reconocimiento de cada uno de ellos.
- Definir los subgrupos según las órbitas que desea trabajar (individual, familiar, social, cultural y política) y de acuerdo con el número de participantes y el objetivo propuesto.
- Pegar en un lugar visible el símbolo que haya definido para representar las órbitas
- Conformar y explicar a cada subgrupo la actividad a realizar y entregue las preguntas por escrito.

Temáticas sugeridas

Construir preguntas alrededor de las siguientes temáticas, teniendo en cuenta la pertinencia con respecto al ciclo vital:

Órbita individual

- ¿Cómo se han sentido después de la emergencia? (con miedo, desprotección, incertidumbre, desconfianza, ansiedad, rabia, indignación, impotencia, odio y venganza, bloqueo emocional, tristeza, otra).
- ¿De qué manera han hecho frente a esas situaciones?
- ¿Cuáles son los recursos personales que les han permitido enfrentar esas situaciones?

Órbita Familiar

- ¿Cómo se han afectado las relaciones familiares después de la emergencia?
- ¿Qué cambios ha experimentado la familia en la salud mental a partir de la emergencia?
- ¿Qué cambios ha experimentado la familia en la salud sexual a partir de la emergencia?

Órbita social

- ¿Cómo ha afectado el desastre la cotidianidad de las personas de la comunidad?
- Dentro de su comunidad, quiénes han sido los más afectados por la emergencia?
- ¿Cuáles son los recursos comunitarios que les han permitido afrontar la emergencia?

Órbita cultural

- ¿Qué costumbres, mitos o creencias que usted tiene han afectado el cuidado de la salud?
- ¿Qué costumbres, mitos o creencias que su familia tiene han afectado el cuidado de la salud?
- ¿Qué costumbres, mitos o creencias que su comunidad tiene han afectado el cuidado de la salud?

Órbita política

- ¿Cómo participa la comunidad en las decisiones frente al mejoramiento de las condiciones de salud mental y SSR?
- ¿Cuáles deberían ser las acciones de las instituciones para responder a las necesidades de la comunidad?

Manual para aplicación de tamizajes en salud mental

En este manual se compilan una serie de instrumentos de evaluación para recoger información que permita a un profesional de la salud sospechar sobre la necesidad de hacer un diagnóstico e implementar un tratamiento.

¿Qué es un tamizaje en salud mental?

Los tamizajes en salud mental son instrumentos avalados por la Organización Mundial de la Salud para indagar en torno a la salud mental, que cuando son contestados pueden indicar la presencia o ausencia de un problema de salud mental en particular. Un tamizaje no diagnostica un trastorno mental.

Los instrumentos de tamizaje en salud mental ayudan a evaluar la posible presencia de problemas de salud mental que afectan a miles de colombianos.

Cuarenta por ciento de la población colombiana entre los 18 y 65 años ha tenido algún trastorno mental en algún momento de la vida y una buena proporción de los niños y jóvenes colombianos están en la misma situación. Sólo un 15% reciben

alguna forma de tratamiento y esto implica gran sufrimiento para las personas que los padecen y sus familias, pérdidas en productividad para las empresas y para el país, accidentes de todo tipo y muchos casos de suicidio.

Un diagnóstico puede ser realizado sólo por un profesional cualificado para ello, después de realizar una entrevista y tener una historia clínica completa.

Propósitos del tamizaje

- Ayuda a determinar si hay un posible problema o trastorno.
- Permite dar la información pertinente cuando se canaliza o se remite el caso.

Tamizajes planificados

No se debe realizar aplicación de tamizajes de salud mental de manera masiva o generalizada, hasta tanto no se tenga claramente identificada la red de salud mental y los servicios existentes en cada departamento y municipio, con el fin de establecer con claridad hacia dónde se pueden canalizar los casos en los cuales se requiera de una evaluación especializada o atención por parte de psicología o psiquiatría.

Protocolo para utilizar el tamizaje en salud mental

Línea general

Prevención y atención en salud sexual y reproductiva y salud mental para la población damnificada por la ola invernal.



Obligación

En articulación con las entidades territoriales, realizar acciones de promoción, prevención y atención en salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental, para las personas afectadas por la ola invernal en sitios de albergue y acogida bajo la perspectiva de enfoque diferencial.

Objetivos

- Evaluar el riesgo en salud mental a través de la aplicación de tamizajes a la población afectada.
- Canalizar personas identificadas en los tamizajes a las rutas de atención en salud mental.
- Realizar atención en primeros auxilios emocionales.

Insumos requeridos

Formatos de tamizajes (RQC, SRQ y Apgar Familiar). Cada instrumento de tamizaje trae la explicación de su aplicación y lectura de resultados.

Reponsables

Psicólogo del equipo territorial de salud mental. El resto del equipo apoya la aplicación.

Actividades a realizar

- Identificar a través de la observación directa y por referencia de líderes y personas clave de la comunidad, las personas susceptibles de aplicación de tamizajes.
- A partir de la caracterización psicosocial, identificar personas que sean susceptibles a la aplicación de tamizajes en el albergue, cambuche o comunidad retornada.
- Aplicar tamizaje sólo en contextos en que se cuente con una clara ruta para la canalización de casos hacia niveles de mayor complejidad, con garantía de acceso, en aquellos casos que la tamización así lo deleve y con posterioridad a la realización de los primeros auxilios emocionales.
- En caso de no contar con garantías para la canalización de casos a niveles superiores, realizar directamente primeros auxilios emocionales a todas las personas identificadas a través de la caracterización emocional, obviando la tamización posterior.

Anexo 7

Cuestionario de **SÍNTOMAS** para **niños RQC**

Para identificar signos y síntomas de interés en salud mental en niños(as) de 5-15 años.

Datos de identificación personal:

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC TI CC CE MS AS PA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: (/ /)

EDAD: _____

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

DISCAPACIDAD: SÍ _____ NO _____ TIPO: _____

ETNIA: _____

| SÍNTOMAS | SÍ | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma? | | |
| 2. ¿El niño(a) duerme mal? | | |
| 3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón? | | |
| 4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza? | | |
| 5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente? | | |
| 6. ¿Ha robado cosas de la casa? | | |
| 7. ¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón? | | |
| 8. ¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender? | | |
| 9. ¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)? | | |
| 10. ¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa? | | |

Una respuesta positiva o más indica referencia para evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

TIPO DE DOCUMENTO: RC: Registro civil - TI: Tarjeta de identidad - CC: Cédula de ciudadanía - CE: Cédula de extranjería - PA: Pasaporte - MS: Menor sin identificación - AS: Adulto sin identificación. **SEXO:** Masculino - Femenino. **ETNIA:** Indígena - ROM (gitanos) - Raizal (población del Archipiélago de San Andrés y Providencia) - Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) - Ninguna. **DISCAPACIDAD:** Auditiva, Cognitiva, Física, Mental, Visual, Ninguna.

Anexo 8

Cuestionario de **SÍNTOMAS RQC**

Datos de identificación personal:

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC TI CC CE MS AS PA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: (/ /)

EDAD: _____

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

DISCAPACIDAD: SÍ _____ NO _____ TIPO: _____

ETNIA: _____

| PREGUNTA | SÍ | NO |
|---|----|----|
| 1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza? | | |
| 2. ¿Tiene mal apetito? | | |
| 3. ¿Duerme mal? | | |
| 4. ¿Se asusta con facilidad? | | |
| 5. ¿Sufre de temblor de manos? | | |
| 6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido? | | |
| 7. ¿Sufre de mala digestión? | | |
| 8. ¿No puede pensar con claridad? | | |
| 9. ¿Se siente triste? | | |
| 10. ¿Llora usted con mucha frecuencia? | | |
| 11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias? | | |
| 12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones? | | |
| 13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?) | | |
| 14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida? | | |
| 15. ¿Ha perdido interés en las cosas? | | |
| 16. ¿Siente que usted es una persona inútil? | | |
| 17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? | | |
| 18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? | | |
| 19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago? | | |
| 20. ¿Se cansa con facilidad? | | |
| 21. ¿Siente usted que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma? | | |

Cuestionario de síntomas SRQ | Continuación

| PREGUNTA | SÍ | NO |
|---|----|----|
| 22. ¿Es usted una persona mucho más importante de lo que piensan los demás? | | |
| 23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? | | |
| 24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? | | |
| 25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento? | | |
| 26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote que usted estaba bebiendo demasiado licor? | | |
| 27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido? | | |
| 28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) a causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos? | | |
| 29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? | | |
| 30. ¿Le ha parecido alguna vez que usted bebía demasiado? | | |

Determinación de la puntuación: Se suman las respuestas afirmativas. Si la suma es 11 o más, de la pregunta número 1 a la 20, o si alguna de las preguntas 21 a 25 se responde afirmativamente (Sí) o si alguna de las preguntas 26 a 30 se contesta Sí, se debe hacer evaluación especializada.

Además, si el comportamiento de un paciente parece evidentemente raro o extraño (ejemplo: suspicaz, habla demasiado, triste o llora), debe tener también una evaluación, independientemente de las respuestas que se hayan dado en el cuestionario.

TIPO DE DOCUMENTO: RC: Registro civil - TI: Tarjeta de identidad - CC: Cédula de ciudadanía - CE: Cédula de extranjería - PA: Pasaporte - MS: Menor sin identificación - AS: Adulto sin identificación. **SEXO:** Masculino - Femenino. **ETNIA:** Indígena - ROM (gitanos) - Raizal (población del Archipiélago de San Andrés y Providencia) - Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) - Ninguna. **DISCAPACIDAD:** Auditiva, Cognitiva, Física, Mental, Visual, Ninguna.



Anexo 9

APGAR familiar

Datos de identificación personal:

| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| | | | |

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC TI CC CE MS AS PA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: (/ /)

EDAD: _____

SEXO: Masculino _____ Femenino _____

DISCAPACIDAD: SÍ _____ NO _____ **TIPO:** _____

ETNIA: _____

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive sola, su "familia" consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes. Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

| | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|--|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Me siento satisfecha con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento satisfecha con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento satisfecha con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento satisfecha con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Me siento satisfecha con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Puntuaciones de 15 o menos indican algún grado de posible disfunción familiar.

- TIPO DE DOCUMENTO:** RC: Registro civil - TI: Tarjeta de identidad - CC: Cédula de ciudadanía - CE: Cédula de extranjería - PA: Pasaporte - MS: Menor sin identificación - AS: Adulto sin identificación
- FECHA DE NACIMIENTO** (dd/mm/aaaa)
- SEXO:** Masculino - Femenino
- ETNIA:** Indígena - ROM(gitanos) -Raizal (población del Archipiélago de San Andrés y Providencia) - Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) - Ninguna.
- DISCAPACIDAD:** Auditiva, Cognitiva, Física, Mental, Visual, Ninguna.

Ficha técnica de intervenciones terapéuticas en salud mental útiles para el contexto de la atención de emergencias humanitarias

1. Intervención terapéutica breve en salud mental

¿Qué son las intervenciones terapéuticas?

Partir de dos, o tres, preguntas que logren, desde la experiencia y vivencia de los participantes, reconocer e identificar el sentido de la salud

Para cumplir con el objeto del convenio 184 fue necesario caracterizar la población afectada por la ola invernal, con el fin de identificar necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva que permitieran definir las acciones para la promoción, prevención, atención y seguimiento de las mismas. Esta caracterización se logró aplicando una metodología que tiene como instrumento principal el Caleidoscopio. En la aplicación de esta metodología en el marco de la atención de las poblaciones afectadas por la ola invernal en los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental, se definen dos ejes: uno conceptual y otro metodológico.

Características de la relación de ayuda desde las intervenciones breves

- Objetivos precisos
- Tiempo limitado
- Flexibilidad
- Énfasis en el aquí y el ahora
- Centrada en el recurso
- Orientada a retroalimentar al otro/a
- Útil para clarificar lo que está pidiendo
- Encaminada a establecer, de manera conjunta, alternativas de solución

Notas bibliográficas

82 Anderson, H. 1997.
83 Cecchin, 1989.

La postura del facilitador

Características que debe tener para brindar apoyo emocional en las intervenciones terapéuticas breves



Humildad como forma de relación. Interesándose más por lo que le pasa a la gente que por dar soluciones. “El no saber implica humildad acerca de lo que uno sabe”⁸².

Curiosidad y disposición al aprendizaje a partir de las otras personas. Abandonando la postura de presuponer explicaciones para la condición del/a otro/a, permitiendo la exploración y la construcción de descripciones a partir del afectado/a.⁸³

Claridad respecto al lugar del consejo. Dar un consejo les resta a las personas la responsabilidad sobre sus vidas y no les permite explorar sus recursos personales y sus propias ideas. En lugar de aconsejar, por medio de preguntas, se debe facilitar que las personas encuentren sus propios recursos y modos de afrontamiento.

Reconocimiento de los propios prejuicios. Es importante que el facilitador dentro de una relación terapéutica de ayuda, tenga claros sus propios prejuicios en relación con el tipo de personas que se encuentra ayudando. En el caso particular de la ayuda a víctimas de desastres naturales, **el facilitador se debe preguntar por sus prejuicios en relación con este tipo de víctimas** y por la implicación que dichos prejuicios puedan llegar a tener para limitar las oportunidades de apoyo emocional y de facilitación del cambio en el consultante. En caso de encontrar en sí mismo prejuicios limitantes, debe trabajar en ellos para evitar que impacten negativamente sus posibilidades de ayudar.

Construcción de un clima de confianza. Brindando un espacio seguro y de confidencialidad al consultante, proporcionándole información clara, y comprendiendo que la confianza se construye a través de una relación y a lo largo del tiempo.

Clarificación del pedido o de la expectativa. Partiendo de entender y comprender las expectativas de la persona o grupo consultante, e identificando lo que para ella/os es un problema.

2. Intervención en crisis

Durante el proceso se equiparó el concepto de "intervención en crisis" con el de primeros auxilios psicológicos

¿Qué es una crisis?

Es un estado temporal de trastorno, caracterizado por la incapacidad del individuo para solucionar una situación particular. Son precipitadas por algo. Son circunstanciales. Ocurren en personas de cualquier edad. Existe una ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica y por la respuesta activa ante un proceso de cambio.⁸⁴

¿Qué es intervención en crisis?

Es un tipo de intervención terapéutica de corta duración, que busca facilitar la adecuada resolución de las crisis, mediante el retorno de la persona a la vivencia de continuidad psíquica alterada.

Durante el proceso de intervención a personas afectadas por la ola invernal, que es objeto de esta sistematización, se equiparó este concepto con el de primeros auxilios psicológicos.⁸⁵

Características y fases de la intervención en crisis/ Primeros auxilios psicológicos

Este tipo de intervención transcurre a través de las siguientes fases:

- Realizar contacto psicológico
- Examinar las dimensiones del problema
- Analizar posibles soluciones
- Asistir en la ejecución de la acción correcta
- Efectuar seguimiento

Notas bibliográficas

84, 85 González, J (2001), Psicoterapia de la crisis. Revista de la Asociación Española de Neuropsicología. No. 79, Madrid jul – sep.

Objetivos y técnicas de las fases de la intervención en crisis

Fase de contacto psicológico inicial

Objetivos: 1. Que el paciente se sienta comprendido, aceptado, apoyado. 2. Reducir la intensidad del aturdimiento emocional. 3. Reactivar las capacidades de resolución de problemas.

Técnicas: Invitar al paciente a hablar, escuchar los hechos y los sentimientos, sintetizar, llevar a cabo declaraciones empáticas, demostrar interés por comunicarse, establecer contacto físico culturalmente apropiado (abrazo, acercamiento), calmar para ayudar a controlar una situación intensa.

Fase de examen de las dimensiones del problema

Objetivos: 1. Identificar las necesidades inmediatas.

2. Identificar las necesidades posteriores.

Técnicas: Emplea como técnica la indagación sobre las siguientes áreas: pasado inminente, incidente que precipitó la crisis, funcionamiento previo a la crisis (fortalezas y debilidades), funcionamiento actual, recursos personales (internos), recursos sociales (externos), decisiones inminentes (para la misma noche, próximo día, próxima semana).

Fase de análisis de posibles soluciones

Objetivos: Identificar una o más soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores.

Técnicas: Preguntas sobre lo que el paciente ha intentado hasta el momento y lo que podría o puede hacer ahora; y las propuestas sobre un nuevo comportamiento, la redefinición del problema, la búsqueda de asistencia externa, o de un cambio ambiental.

Fase de asistencia en la ejecución de la acción concreta

Objetivos: 1. Identificar las necesidades inmediatas.

2. Identificar las necesidades posteriores.

Técnicas: Emplea como técnica la indagación sobre las siguientes áreas: pasado inminente, incidente que precipitó la crisis, funcionamiento previo a la crisis (fortalezas y debilidades), funcionamiento actual, recursos personales (internos), recursos sociales (externos), decisiones inminentes (para la misma noche, próximo día, próxima semana).

Fase de seguimiento

Objetivos: El encuentro inicial para brindar primeros auxilios emocionales debe concluir con el examen de los posibles procedimientos para efectuar el seguimiento de la persona que ha pedido ayuda, y con el establecimiento de un convenio para volverse a contactar.

3. Cuidado a cuidadores: herramientas para el cuidado emocional

La labor de apoyo a comunidades, grupos y personas en contexto violentos o de desastres tiene características diferentes a las de cualquier otro trabajo, en gran medida por cuanto supone una relación permanente con el drama humano.

Fuentes de desgaste emocional⁸⁶

- Atender a personas que, debido a las múltiples dificultades que enfrentan, se encuentran alteradas.
- “Exigencias de un contexto amenazante”.
- “La complejidad de las tareas”.
- “El manejo de la cantidad de información”.
- “Exigencias organizativas de la realización de informes o el trabajo burocrático frente a necesidades urgentes para llevar un caso”.
- “Roles laborales rígidos o ambiguos”.

Manifestaciones físicas del desgaste emocional

- Dolores de cabeza
- Dolor de cuello y de espalda
- Problemas del aparato digestivo
- Mayor vulnerabilidad a las enfermedades
- Alteraciones de sueño y del apetito
- Cansancio que va más allá de lo esperado
- Fatiga
- Lentitud

Notas bibliográficas

⁸⁶ Beristain, M (2010), Manual sobre perspectiva sicosocial en la investigación de DDHH.

Manifestaciones actitudinales del desgaste emocional

- Llegar tarde
- Ausentismo laboral
- Trabajar mucho pero lograr poco
- Pérdida del entusiasmo, o el interés por la gente
- Facilidad para frustrarse
- Aburrimiento
- Dificultad para tomar decisiones
- Aislamiento
- Cerrarse a nuevas informaciones

Manifestaciones conductuales del desgaste emocional

- Dependencia del alcohol o las drogas
- Desmotivación
- Sensación de vacío
- Deterioro del auto-concepto
- Visión negativa de la vida
- Auto culpabilización o culpabilización de otros
- Vivencia de la omnipotencia a la impotencia
- Pérdida del sentido del trabajo
- Dificultad para concentrarse
- Rigidez

Manifestaciones relacionales laborales del desgaste emocional

- Asumir los momentos de tensión como problemas personales entre los miembros del equipo
- Interacciones agresivas o malentendidos
- Deterioro en la comunicación del grupo
- Falta de espacios para compartir los problemas que se van acumulando
- Predominio de reacciones defensivas
- Cambios en la forma de trabajar (refugio en las tareas propias, abandono del trabajo en grupo, creación de sub-grupos)
- Por último, se afecta la confianza entre los miembros del equipo

Registro de consulta de sesión única por psicología

| Registro de consulta de sesión única por psicología | | | |
|---|---------------------------------|------|-------|
| Fecha: | Lugar: | | |
| Nombre: | | | Edad: |
| Tipo y número de doc. identidad: | Carné salud: | | |
| Dirección: | Municipio/corregimiento/vereda: | | |
| Teléfonos | | | |
| Otra persona de contacto: | Parentesco | Tel: | |
| ¿Dónde y cómo localizarlos? | | | |
| Institución o persona remitente: ¿Quién remite y con qué objeto? | | | |
| Profesional responsable: | | | |
| Motivo expresado por el consultante (en palabras del consultante) | | | |
| ¿Cuáles son las redes de apoyo familiar, social y/o institucional que posee la persona? | | | |
| Impresión Dx/Lectura de la situación por el profesional | | | |
| Estrategia de abordaje | | | |
| Orientaciones al consultante | | | |
| En caso de ser remitido a quién o qué institución | | | |
| Cómo se realizaría el seguimiento | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ: | | | |

Caracterización de las redes sociales en población afectada

OBJETIVO: Identificar y caracterizar las redes sociales existentes en el municipio o población afectada objeto de la visita.
Departamento: _____ Municipio: _____
Nombre del albergue: _____
Nombres de zonas afectadas por ola invernal con población dispersa (si no se trata de albergue) _____

INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE EN LA CARACTERIZACIÓN

Número de participantes:

| | 0-4 | 5-10 | 11-15 | 16-26 | 27-52 | 52 Y MAS |
|---------|-----|------|-------|-------|-------|----------|
| HOMBRES | | | | | | |
| MUJERES | | | | | | |

OBSERVACIONES: (Incluir hallazgos relacionados con las particularidades de enfoque diferencial y perspectiva de género de la población del municipio o población afectada).

INFORMACIÓN SOBRE LAS REDES EXISTENTES

¿Existen redes, organizaciones sociales o comunitarias en el municipio, albergue o zona de ubicación de la población afectada? SÍ _ NO _____ Cuáles:

De comunidades afrodescendientes: De mujeres: De víctimas de ola invernal:
De comunidades indígenas: De niñas, niños y adolescentes: De víctimas de conflicto armado:
De comunidades rurales: De adultos/adultas mayores: De otro tipo:

Que acciones adelantan con relación a los siguientes ejes temáticos (mencionar sólo dónde desarrollan acciones):

CAPACITACIÓN Y/O FORMACIÓN ATENCION Y/O ACOMPAÑAMIENTO GESTIÓN

DESCRIPCIÓN DE LAS REDES SOCIALES, OBJETIVO, No. DE INTEGRANTES, ESTRUCTURA ORGANIZATIVA, PERIODICIDAD DE LAS REUNIONES, CONVOCATORIA A REUNIONES, LOGROS Y DIFICULTADES.

| Redes sociales formales e informales | Objetivo | No. Integ. | Estruc. Org. | Period. Reuniones | Sede propia | | Convocatoria | Logros | Dificultades |
|--------------------------------------|----------|------------|--------------|-------------------|-------------|----|--------------|--------|--------------|
| | | | | | SÍ | NO | | | |
| | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

Identificación de barreras de acceso en salud mental y salud sexual y reproductiva de sesión única por psicología



Consolidar un informe de las barreras de acceso por departamento y de las medidas para superarlas

Informes de barreras de acceso en salud mental y toma de medidas para su eliminación.

Línea general

Prevención y atención en salud sexual y reproductiva y salud mental para la población damnificada por la ola invernal.

Producto

Identificación de barreras de acceso de atención en salud mental y salud sexual y reproductiva con la población afectada por la ola invernal.

Objetivo

Identificar las barreras de acceso que se presentan en la población afectada por la ola invernal que se encuentra en albergues para acceder a servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva.

Metas

- Formato **informes de barreras**.
- **Acta con definición de responsables del proceso y sus actividades**.
- **Informes de reunión de entidades** que conforman la ruta de atención en salud mental y salud sexual y reproductiva en los municipios afectados por la emergencia invernal.
- **Informes de reuniones con la población afectada** por la ola invernal que se encuentra en los albergues y de las realizadas con las Secretarías Municipales de Salud, responsables de la prestación de servicios de salud, responsables de Oficinas de Atención al Usuario, Gestor Territorial.
- **Informe de sistematización de la intervención** en “Prevención y atención en salud sexual y reproductiva y salud mental para la población damnificada por la ola invernal en 8 departamentos del país” (Guajira, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre, Córdoba, Valle y Chocó).

Actividades a realizar

- Reunión con la población afectada por la ola invernal a fin de identificar las principales barreras que se les presentan para la atención en salud mental y salud sexual y reproductiva.
- Reunión con los funcionarios encargados de la atención de la población afectada por la ola invernal, entre otros: encargados de la red de servicios y/o calidad de servicios de salud y otros de la ruta de salud mental y salud sexual y reproductiva que puedan asistir. Esta reunión tiene como objeto:
 - **Identificar** la red para prestar servicios de salud mental y salud sexual y reproductiva a la población en situación de desplazamiento.
 - **Tener un informe** consolidado de las quejas y reclamos presentados a la Secretaría Municipal de Salud por parte la población afectada por la ola invernal, con las medidas adoptadas a la fecha para superarlas.
 - **Hacer un informe** de barreras de acceso por albergue (adjunto).
 - **Consolidar un informe** de las barreras de acceso por departamento y de las medidas para superarlas, resultado de las diversas reuniones. (anexo Excel).

Plan de capacitaciones para el fortalecimiento de las capacidades locales en salud mental y salud sexual y reproductiva

| Obligación | Actividad | Participantes | Producto esperado | Días de taller | Responsable /Conferencista | Fecha |
|--|-------------------------------|---|---|----------------|---|-------|
| INCIDENCIA POLÍTICA/ FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL | Capacitación | Equipos de gobierno a nivel departamental y de municipios priorizados. | Una jornada de capacitación a nuevos equipos de gobierno para la inclusión de acciones de promoción y atención de SM y SSR en contexto de emergencia, en los planes de desarrollo. | 1 día | Coordinador Nacional y Gestor Territorial Proyecto-Secretaría de Salud Departamental. | |
| | Mesa de trabajo | EAPB, IPS, DTS, Procuraduría Departamental, Contraloría Departamental, Defensoría del Pueblo, Supersalud, Calidad MPS, Aseguramiento MPS. | Mesas de trabajo con EPS, IPS, Direcciones departamentales y municipales de salud, entidades de control para el seguimiento a los planes de mejoramiento acordados para superación de barreras de acceso en SM y SSR en contexto de emergencia, revisión del Plan Municipal de Contingencias y Emergencias para inclusión de los componentes de salud mental y salud sexual y reproductiva con enfoque diferencial. | 4 horas | Coordinador Nacional y Gestor Proyecto - Secretaría de Salud Departamental. | |
| | Reunión de asistencia técnica | Consejos territoriales de planeación departamentales y municipales. | Reunión con Consejos territoriales de planeación para la inclusión de los temas en SM y SSR en los planes de desarrollo. | | Coordinador Nacional y Gestor Proyecto - Secretaría de Salud Departamental. | |

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL - EQUIPO TERRITORIAL - MSPS

| | | | | | | |
|---|--------------|--|---|---|--|--|
| COMPONENTE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | Capacitación | Comunidad de municipios priorizados, profesionales responsables en el departamento. | 2 talleres de análisis e intervención a retrasos en la atención de salud materna con participación comunitaria. | Municipal 6 horas - Departamental 1 día | Enfermera Equipo Nacional/ Referente MSPS en el tema. | |
| | Capacitación | Médicos de los municipios priorizados. | Jornada de capacitación en emergencias obstétricas, diagramas de flujo para el manejo de las emergencias obstétricas dirigidos a equipos locales de salud. | 1 día | Médico Equipo Nacional - Médico Equipo Territorial | |
| | Capacitación | Profesionales responsables a nivel municipal (priorizados) y departamental, ICBF, Comisarías de Familia, CAIVAS, CAVIF, Defensoría de Familia, IPS, EPS, etc. | Jornada de capacitación de fortalecimiento de rutas institucionales y sectoriales para la atención a las violencias. | 1 día | Médico Equipo Nacional - Médico Equipo Territorial | |
| | Capacitación | Organizaciones sociales, profesionales de entidades responsables del tema, Cruz Roja, organismos internacionales, grupos de hombres, PONAL, Ejército, empresa privada. | Jornada de capacitación y movilización social a líderes de las comunidades y profesionales de la salud en torno a nuevas masculinidades - diseño estrategias de IEC. | 2 días | Trabajador Social Equipo Nacional - Trabajador Social Equipo Territorial | |
| COMPONENTE DE SALUD MENTAL | Capacitación | Médicos y psicólogos de los municipios priorizados. | Jornada de capacitación en emergencias en salud mental, diagramas de flujo para el manejo de las emergencias en salud mental dirigidos a equipos locales de salud. | 1 día | Médico y psicólogo Equipo Nacional - Médico y psicólogo Equipo Territorial | |
| | Capacitación | Profesionales responsables en el nivel municipal (priorizados) y departamental, IPS, EPS, etc. | Jornada de capacitación de fortalecimiento de rutas institucionales y sectoriales para la atención a las conductas suicidas, síntomas ansioso-depresivos, y uso indebido de SPA. | 1 día | Médico y psicólogo Equipo Nacional - Médico y psicólogo Equipo Territorial | |
| | Capacitación | Organizaciones sociales, profesionales de entidades responsables del tema, Cruz Roja, organismos internacionales, grupos de hombres, PONAL, Ejército, empresa privada. | Jornada de capacitación y movilización social a líderes de las comunidades y profesionales de la salud en torno a detección y manejo comunitario de conductas suicidas, síntomas ansioso-depresivos, y uso indebido de SPA. | 2 días | Trabajador Social Equipo Nacional - Trabajador Social Equipo Territorial | |

Inventario inicial de daños y necesidades en salud mental en albergues, zonas de retorno o afectadas por emergencias humanitarias, en el marco de la construcción de un PLEC

| 1. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE SITUACIÓN SANITARIA EN EL ALBERGUE, ZONA AFECTADA O DE RETORNO | | | | | |
|---|-------------|---------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------------|
| 1. Información general | | | | | |
| Nombre del albergue o zona afectada/de retorno: | | Dirección/ubicación/coordenadas GPS: | | Tamaño del albergue/zona (área m2): | |
| Persona responsable del albergue / líder comunitario responsable de la zona: | | Teléfono(s): | | Área aproximada (m2) por persona: | |
| 2. Distribución de la población | | | | | |
| Población total albergada/retornada/afectada: | | Distribución grupos de edad: | | | Observaciones |
| Hombres: | Mujeres: | Menor de 1 año | Hombres | Mujeres | |
| Origen(es) del desplazamiento de la población(*): | | 1-4 años | | | |
| | | 5-9 años | | | |
| Zona rural | Zona urbana | 10-14 años | | | |
| | | 15-20 años | | | |
| | | 20-49 años | | | |
| | | 50- 60 años | | | |
| | | 60 y más años | | | |
| POBLACIONES PRIORITARIAS | | | | | |
| | | Gestantes | | | |
| | | Discapacidad | | | |
| | | Enfermedad crónica | | | |
| (*) Describa el sitio de donde provienen los albergados/ retornados/afectados, según corresponda: | | Tratamiento médico o cuidado especial | | | |
| Observaciones: | | | | | |

| 2. EVALUACIÓN DE DAÑOS Y ANÁLISIS DE NECESIDADES ESPECÍFICAS EN SALUD MENTAL | | | | | | | |
|--|---|--------------|--------------------|---|---|----------------------|----|
| 1. LISTADO DE FACTORES DE RIESGO (evaluación cualitativa) | | | | Gravedad, marque el color correspondiente | | | |
| ROJO (GRAVE) | AMARILLO (MEDIO) | VERDE (BAJO) | BLANCO (No existe) | G | M | B | NE |
| 1 | Gran número de heridos o lesionados. | | | | | | |
| 2 | Gran número de cadáveres. | | | | | | |
| 3 | Desorden social (pleitos, bochinchas). | | | | | | |
| 4 | Enfrentamientos étnicos, políticos, religiosos o de otra índole. | | | | | | |
| 5 | Grupos violentos, delictivos o destructores. | | | | | | |
| 6 | Violencia en el seno de las familias. | | | | | | |
| 7 | Violaciones sexuales. | | | | | | |
| 8 | Secuestros. | | | | | | |
| 9 | Víctimas de tortura. | | | | | | |
| 10 | Desaparecidos (como producto del acaecimiento o por grupos irregulares). | | | | | | |
| 11 | Grupos de población desplazada. | | | | | | |
| 12 | Personas en albergues o refugios. | | | | | | |
| 13 | Separación de familias. | | | | | | |
| 14 | Personas con mucha aflicción, alarmados, con miedo u otras reacciones emocionales como consecuencia del suceso. | | | | | | |
| 15 | Consumo o abuso de alcohol, drogas o ambos. | | | | | | |
| 16 | Personas con trastornos mentales evidentes. | | | | | | |
| 17 | Desintegración de las organizaciones comunitarias. | | | | | | |
| 18 | Inconformidad comunitaria por las acciones de ayuda o humanitarias. | | | | | | |
| 19 | Rechazo de la población a cooperar. | | | | | | |
| 20 | Información insuficiente o poco confiable. | | | | | | |
| 2. LISTADO DE FACTORES PROTECTORES | | | | | | Marque en la casilla | |
| Existe o no existe | | | | | | SÍ | NO |
| 23 | Organización comunitaria previa al desastre. | | | | | | |
| 24 | Grupos de ciudadanos que participan activamente en la solución de los problemas derivados del desastre. | | | | | | |
| 25 | Acceso a información confiable y sistemática. | | | | | | |
| 26 | Miembros de la comunidad capacitados en salud mental. | | | | | | |
| 27 | Servicios sociales disponibles. | | | | | | |
| 28 | Servicios de salud mental disponibles. | | | | | | |
| 29 | Programas externos de ayuda humanitaria funcionando. | | | | | | |
| 30 | Ayuda gubernamental. | | | | | | |
| 31 | Otros. | | | | | | |

Inventario inicial de daños y necesidades en salud mental en albergues, zonas de retorno o afectadas por emergencias humanitarias, en el marco de la construcción de un PLEC | | Continuación

| 3. LISTADO DE RECURSOS (disponibles en el lugar) | | | | |
|--|---|---------------------|----|---|
| HUMANOS | | ESCRIBA LA CANTIDAD | | |
| 31 | Psicólogos. | | | |
| 32 | Psiquiatras. | | | |
| 33 | Médicos con entrenamiento en salud mental. | | | |
| 34 | Personal de enfermería con entrenamiento en salud mental. | | | |
| 35 | Trabajadores sociales. | | | |
| 36 | Terapistas ocupacionales. | | | |
| 37 | Estudiantes de salud mental (psicología, trabajo social, etc.). | | | |
| 38 | Otros | | | |
| MATERIALES | | SÍ | NO | |
| 39 | Medicamentos (para trastornos nerviosos). | | | |
| 40 | Juegos o juguetes. | | | |
| 41 | Instalaciones y servicios de salud mental. | | | |
| 42 | Otros | | | |
| ECONÓMICOS | | SÍ | NO | |
| 43 | Fondos disponibles para acciones de salud mental. | | | |
| 3. LISTADO DE NECESIDADES | | | | |
| ROJO (sin resolver) | | AZUL (resuelto) | | Gravedad del problema (marque el color) |
| PSICOSOCIALES | | R | A | |
| 44 | Orientación e información. | | | |
| 45 | Contacto y apoyo entre los miembros de la familia. | | | |
| 46 | Apoyo emocional. | | | |
| 47 | Apoyo social e institucional. | | | |
| 48 | Continuidad de la educación para los niños y jóvenes. | | | |
| 49 | Liderazgo. | | | |

| 50 | Necesidades culturales (acorde con las costumbres y tradiciones locales). | | |
|--|---|--|--|
| 51 | Necesidades religiosas o espirituales. | | |
| INSTITUCIONALES | | | |
| 52 | Movilización o incremento de personal. | | |
| 53 | Capacitación y entrenamiento. | | |
| 54 | Apertura de servicios de atención mental. | | |
| BÁSICAS: (Comentarios sobre el grado de satisfacción de vivienda, alimentación, agua y seguridad). | | | |