

2

Sistematización de la experiencia de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental

a población damnificada por la ola invernal 2010-2011
en ocho departamentos de Colombia

COLECCIÓN APRENDER DE LA EXPERIENCIA

© Ministerio de Salud y Protección Social

COLECCIÓN APRENDER DE LA EXPERIENCIA

Sistematización de la experiencia de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental a población damnificada por la ola invernal 2010-2011 en ocho departamentos de Colombia

ISBN: 978-958-57372-5-9

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

María Cristina Rueda Traslaviña

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 Tecnicos 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”

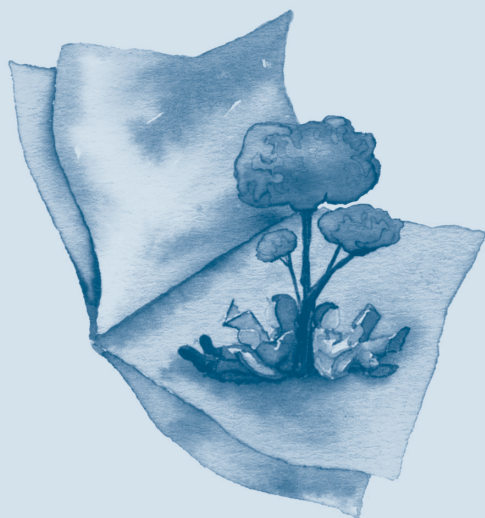
comprende un conjunto de tres documentos que recogen la memoria del Convenio 184 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y OIM para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental a las personas afectadas por la ola invernal en Colombia. El primero es una guía práctica para los profesionales 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. Situación y contexto de la experiencia	15
--------------------------------------------------	-----------

2. Reconstrucción de la experiencia –El proceso	31
--------------------------------------------------------	-----------



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

Las experiencias del grupo nacional y los grupos territoriales interdisciplinarios conformados para generar respuestas en salud mental y salud sexual y reproductiva en el contexto de la emergencia generada por la ola invernal 2010-2011 en Colombia, **sin duda guardan aprendizajes y desarrollos técnicos operativos que se constituyen en aportes para:**

- El Ministerio de Salud y Protección Social en su rol de rectoría;
- las regiones, que afrontan con frecuencia escenarios de emergencias con grandes poblaciones afectadas;
- los actores del Sistema de Salud, en su necesidad de tener claridad sobre las responsabilidades específicas;
- los profesionales interesados en brindar atención en salud oportuna y pertinente;
- las instituciones y sectores que integran el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia – SNPAD.

Desde este planteamiento de innovación y construcción de conocimiento a partir de experiencias específicas, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones, ponen a disposición de los departamentos y municipios, y en especial de las autoridades de salud, el presente documento como una guía orientadora de la respuestas a los temas de salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencia.

La respuesta sectorial que aquí se sintetiza, se enmarca en los conceptos y principios de la gestión del riesgo promovidos por el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia, por lo cual incorpora aspectos de coordinación intrasectorial

e intersectorial, en el marco de la gestión integral del riesgo.

Este documento al tiempo que refleja la experiencia implementada, **propone posibles caminos metodológicos, técnicos y operativos** hacia la configuración de estrategias sistemáticas de trabajo tomando como punto de partida los referentes de la Atención Primaria en Salud – APS planteados en la Ley 1438 de Salud Pública y los referentes de la Gestión del Riesgo en Desastres, promovidos por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo – UNGRD¹.

Así se constituye en un aporte para la articulación de los sistemas de salud y de gestión del riesgo atendiendo los enfoques diferenciales y la perspectiva de género que otras veces han estado en franco divorcio.

Notas bibliográficas

- ¹ Los planteamientos de la gestión del riesgo son necesarios toda vez que las experiencias están referidas a emergencias desencadenadas por fenómenos hidrometeorológicos, cuya respuesta institucional por tradición en el país está liderada por el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres – SNPAD y su Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres – UNGRD.

Introducción

La implementación de la línea de acción estratégica para la prevención y atención en salud mental y salud sexual y reproductiva para los damnificados por la ola invernal 2010-2011 fue priorizada en el país ante la situación de emergencia registrada en Colombia desde la primera temporada invernal del 2010, que se prolongó hasta la segunda temporada invernal del año 2011, sobrepasando las cifras de afectación, daño y tiempo en el que las personas debieron permanecer en albergues transitorios.

Se buscó articular acciones de salud pública, especialmente en salud sexual y reproductiva y salud mental, con las respuestas provistas por el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres – SNPAD, que debió formular un Plan de Acción Específico para el manejo de la situación generada por el Fenómeno de la Niña 2010-2011 y atender a aproximadamente a tres millones y medio de personas damnificadas.

Dada la importancia de estos temas en contextos de emergencia y la innovación en la respuesta sectorial de la salud pública, en el marco del Convenio 184 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones - OIM, se sistematizó la experiencia desarrollada en ocho (8) departamentos con el fin de aportar lecciones aprendidas, metodológicas y técnicas, para su implementación en contextos y situaciones similares.

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

Se realizó una sistematización combinada de tipo retrospectiva-prospectiva, utilizando como eje de análisis las acciones y estrategias desarrolladas por el equipo nacional dispuesto desde el Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del convenio 184 MSPS-OIM.

Se recolectó y analizó información de tipo documental, como los informes por eje disciplinar, los informes de asistencia técnica, los informes de los equipos interdisciplinarios territoriales, las actas departamentales, documentos técnicos y metodológicos desarrollados en la experiencia, así como documentos narrativos construidos de forma preliminar que documentan la experiencia desde la visión de cada eje disciplinar.

Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas a las personas que conforman el equipo nacional y un

taller de reflexión sobre la experiencia con los integrantes de los equipos interdisciplinarios territoriales de todos los departamentos.

Las entrevistas y el taller fueron transcritos y luego codificados a partir de la identificación de los momentos clave de la experiencia utilizando el software de análisis cualitativo Atlas Ti. Para el análisis se trianguló la información documental con la de las entrevistas y taller, con el fin de reconstruir la experiencia identificando los momentos y desarrollos logrados, así como los factores que posibilitaron o dificultaron su desarrollo. Posteriormente se hizo un ejercicio de validación con algunos de los participantes entrevistados.

El documento incluye un primer capítulo con la descripción de situación y contexto en el que se desarrolló la

experiencia y sus antecedentes, un segundo capítulo con la reconstrucción de la misma, documentando el proceso, y un tercer capítulo con las recomendaciones y retos.

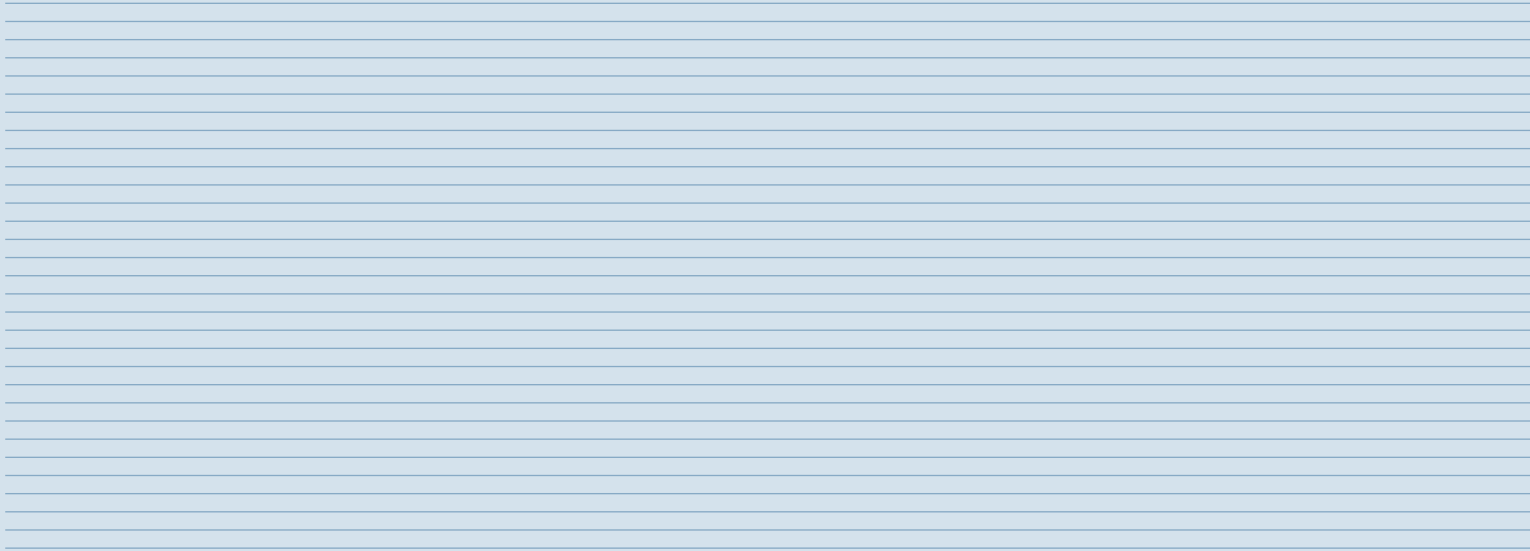
Este documento de sistematización de experiencia se acompaña de dos textos más que corresponden a los desarrollos técnicos logrados con la experiencia, para el abordaje de la salud sexual y reproductiva y la salud mental en contextos de emergencia, en el que se incluyen algunos instrumentos sugeridos desde la experiencia y finalmente un documento propuesto a manera de plan de monitoreo en el que se formulan indicadores a monitorear aplicables a la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia y la manera como está dispuesto el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del País.

MAPA CONCEPTUAL

Sistematización de la experiencia de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental

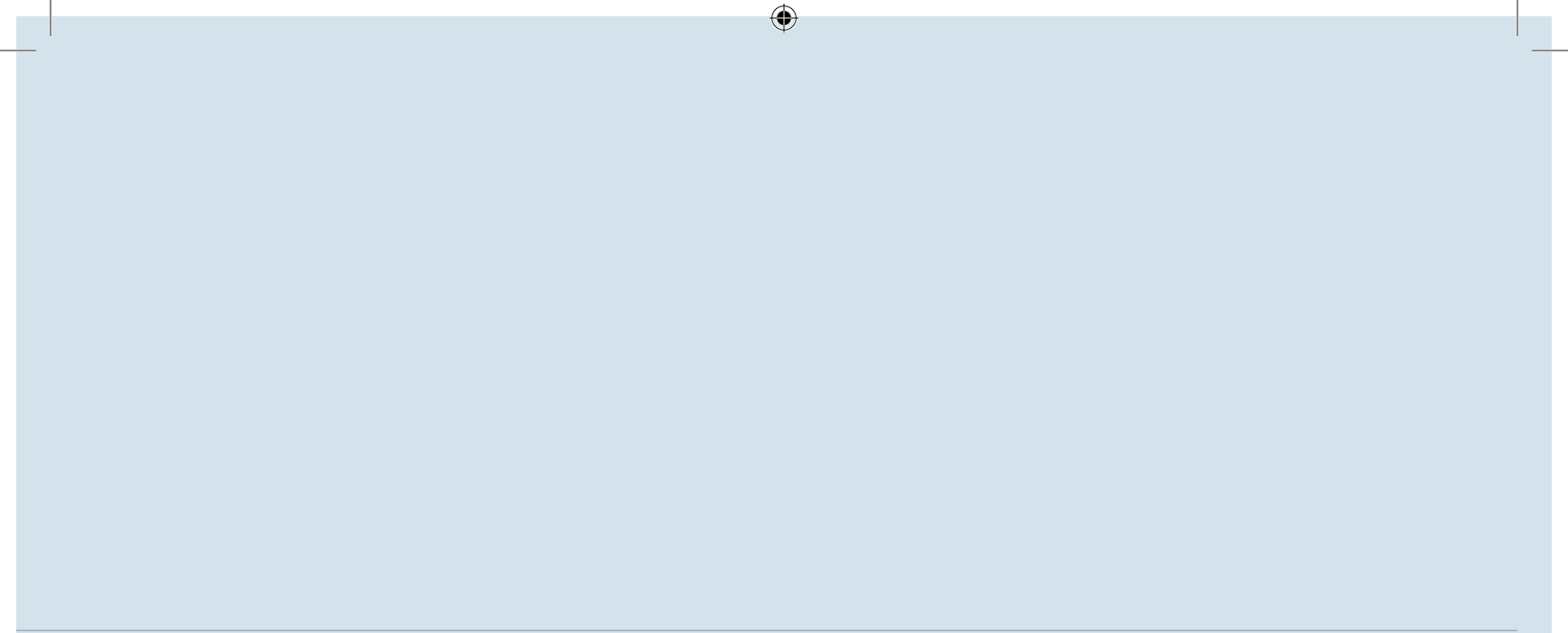
1. Situación y contexto
de la experiencia

2. Reconstrucción de la
experiencia –El proceso



- 1.1. El contexto de la emergencia
- 1.2. Focalización de la experiencia
- 1.3. Contexto Político – Institucional

- 2.1. Primera etapa: Diseño y definición de la estrategia decampo
- 2.2. Segunda etapa: Ingreso a los territorios
- 2.3. Tercera etapa: Implementación de acciones y estrategias
- 2.4. Cuarta etapa: Consolidación y transferencia del proceso al nivel local



Capítulo 1



Situación y contexto de la experiencia

1.1. El contexto de la emergencia	17
1.2. Focalización de la experiencia	22
1.3. Contexto Político – Institucional	26

El fenómeno de La Niña² 2010–2011 alteró el clima nacional desde el comienzo de su formación en el mes de mayo del año 2010, ocasionando en los meses de julio y noviembre las lluvias más intensas y abundantes registradas en el país en las regiones Caribe, Andina y Pacífica. Además, prolongó la temporada de lluvias del mes de abril e hizo que no se presentara la temporada seca de mitad de año en el norte y centro de la región Andina.



1.1. El contexto de la emergencia

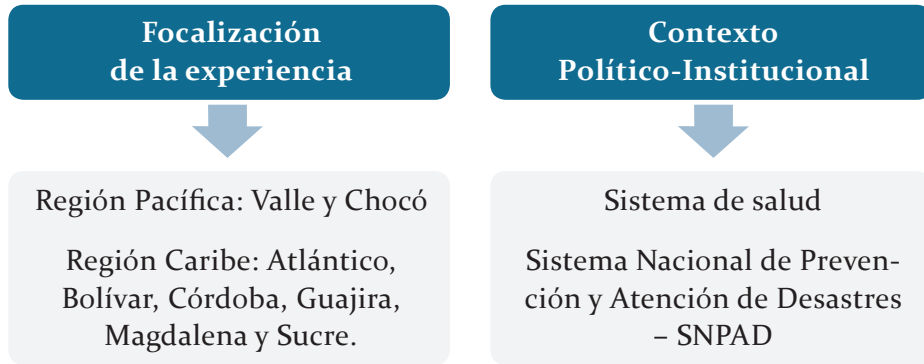
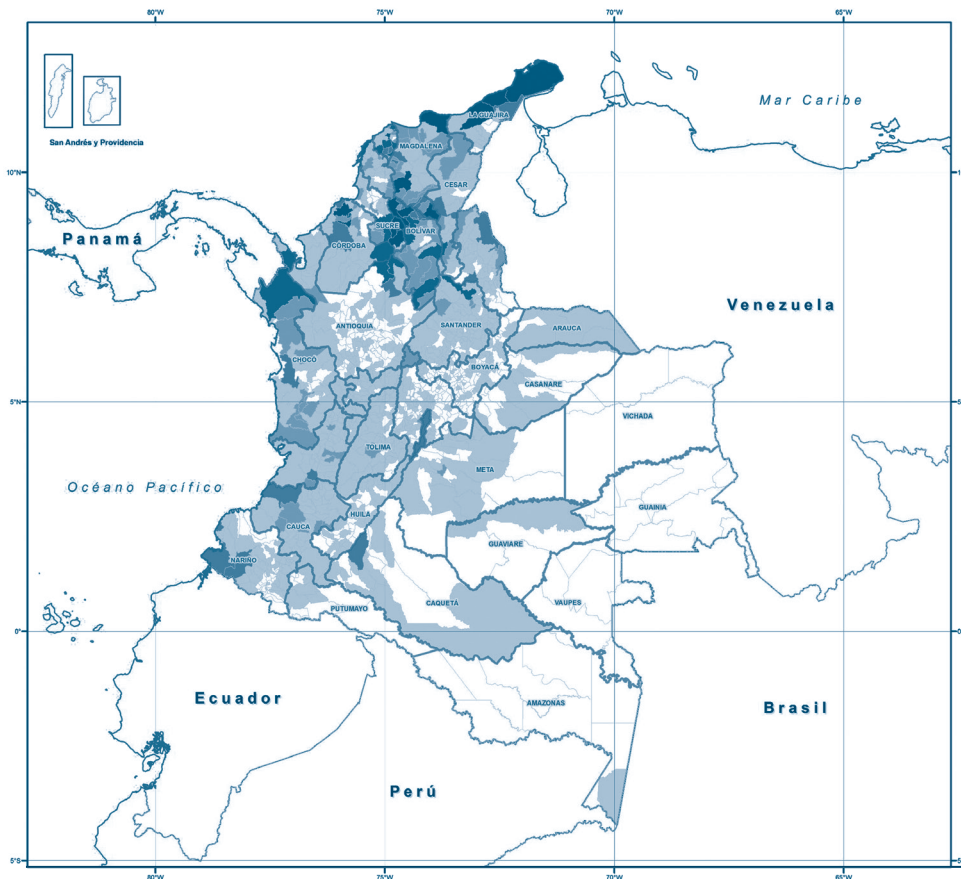


Figura No. 1

Mapa de Colombia con afectación de personas por emergencia



El Fenómeno de la Niña

Consiste en el enfriamiento de las aguas del Pacífico central y centro-oriental por debajo de sus valores normales, con lo que se altera el comportamiento estacional de las temporadas lluviosas y secas en Colombia. Es un fenómeno natural que se repite cada tres a siete años. Los últimos eventos que se presentaron tuvieron lugar entre 2008 y 2009 y entre 2010 y 2011. En el 2010 llovió más de lo normal en el transcurso del año, siendo las temporadas lluviosas más intensas mientras que las secas fueron lluviosas.

Notas bibliográficas

2 Instituto de Estudios Ambientales y Meteorológicos – Ideam.

Emergencia Invernal en Colombia
Afectación por No. de personas

Acumulada Abril de 2010 - 07 de Febrero de 2011



Personas Afectadas

- 0
- 1 - 5000
- 5001 - 10000
- 10001 - 15000
- 15001 - 25000
- >25000

- Línea de Costa
- Departamento
- Municipio

1:7,500,000

Fuentes: Dirección de Gestión del Riesgo, 07 de Febrero 2011, IGAC - Instituto Geográfico Agustín Codazzi, SIGOT

Este mapa fue construido para fines ilustrativos y no expresa la opinión de IMMAP o ninguno de sus asociados sobre el estado legal de ningún país, región o territorio o sobre las delimitaciones fronterizas o límites.

Feb 10 - 2010
www.immap.org
Imprimir en A3

Intensidad del Fenómeno de la Niña

El IDEAM estimó la intensidad del Fenómeno de la Niña, según el valor registrado de este evento durante el 2010, como el más fuerte en comparación con los eventos similares ocurridos desde 1949.

Este fenómeno de variabilidad climática ocasionó, además, una mayor saturación de humedad de los suelos generando, eventos extraordinarios de deslizamientos y crecientes rápidas en cuencas, ríos y quebradas de alta pendiente en las regiones Andina, Caribe y Pacífica.

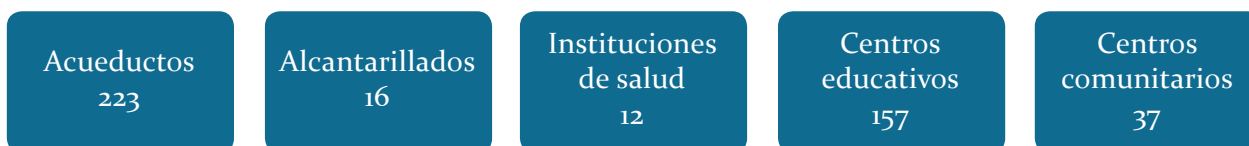
Marco Jurídico

Las afectaciones y severos daños presentados en personas y bienes en el territorio nacional, en este mismo periodo, tuvieron como marco jurídico para su intervención, respuesta, rehabilitación y recuperación, la Declaración de existencia de una situación de Desastre Nacional en todo el territorio por medio del Decreto 4579 del 7 de diciembre de 2010, y la consecuente Declaración del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional mediante el Decreto 4580 del 7 de diciembre de 2010, y otras normas que se desprendieron de esta declaratoria de emergencia.

Notas bibliográficas

3 Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres – UNGRD.

Afectación directa de servicios públicos esenciales (diciembre de 2010)



Afectación de personas y familias

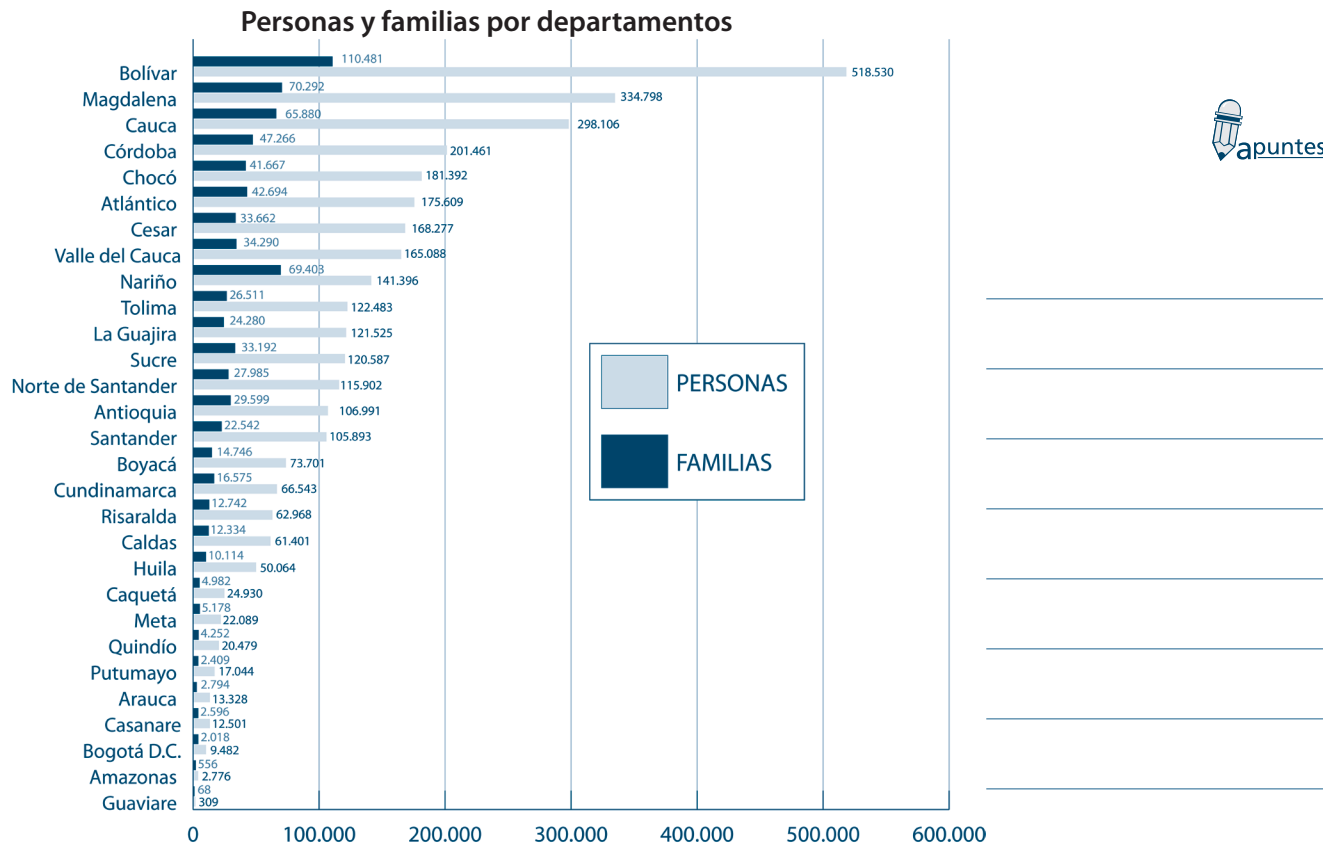
Al finalizar el Fenómeno de La Niña en el mes de mayo de 2011, según cifras consolidadas y presentadas³, fueron 28 los departamentos afectados y en estos 1.027 municipios y el Distrito Capital, pasando de 458.087 familias afectadas en diciembre de 2010 a 772.108 en mayo de 2011 y de 2.220.482 personas afectadas en diciembre de 2010 a 3.315.653 en mayo de 2011, con un consolidado de 447 personas muertas, 72 desaparecidas y 524 heridas.



Afectación de la población y bienes de producción privados



Tabla No. 1



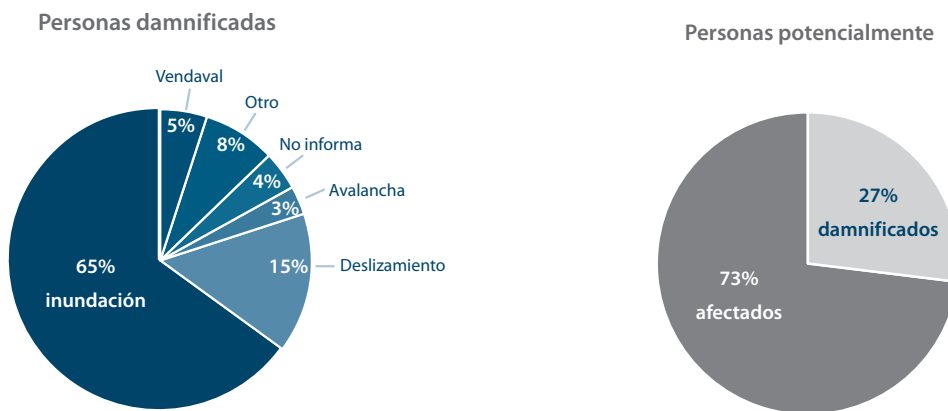
Fuente: Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres -UNGRD, mayo de 2011

La distribución porcentual de población, según el tipo de evento presentado en la que las personas resultaron damnificadas durante la emergencia por el Fenómeno de La Niña 2010-2011 en el país; las personas potencialmente afectadas y potencialmente damnificadas, y los hogares afectados en su base económica por daño o pérdida en sus bienes particulares, se puede observar en la siguiente figura:



Figura No. 2

Distribución de población potencialmente damnificada y afectada a nivel nacional



Fuente: UNGRD, mayo de 2011

Afectación en la base económica y productiva de los hogares colombianos

Tabla No. 2

Consolidado de afectación por ola invernal 2010-2011

Característica de afectación	Número de hogares
Número de hogares con pérdidas agropecuarias	603.895
Número de hogares con pérdidas de cultivos	483.929
Número de hogares con pérdida de ganado	242.137
Número de hogares con pérdida de aves de corral	263.726
Número de hogares con pérdida de otras especies menores	46.461
Número de hogares con pérdida de cultivo de peces	12.715
Número de hogares con afectación de vivienda	557.377
Número de hogares con afectación en finca o parcela	300.618

Fuente: Red Unidos-UNGRD

Los pobladores de las zonas afectadas debieron abandonar sus viviendas y alojarse en albergues provisionales, lo que generó situaciones de emergencia sanitaria

Afectación por departamentos (mayores efectos)

Bolívar
518.530
personas

Magdalena
334.798
personas

Cauca
298.106
personas

Córdoba
201.461
personas

Chocó
181.392
personas

Atlántico
175.609
personas

Cesar
168.277
personas

Valle del
Cauca
165.088
personas

Nariño
141.396
personas

Tolima
122.483
personas

2'307.140 personas

Aproximadamente el 70% del total de población afectada a nivel nacional

Los pobladores de las zonas afectadas debieron abandonar sus viviendas y alojarse en albergues provisionales, lo que generó situaciones de emergencia sanitaria, **afectando la salud física y mental –individual y colectiva–** de la población, en razón al hacinamiento y la interrupción de servicios públicos esenciales en varios municipios del país.



Tabla No. 3

Consolidado nacional de personas afectadas por ola invernal 2010-2011

Consolidado	Personas	Personas fallecidas	Otra novedad	Registros sin identificar	Hogares
Total registrado	3.368.620	6.474	70.618	18.739	879.547
Registros duplicados	48.750				
Identificación no válida DAS	4.810				
Total hogares válidos					879.542
Total personas válidas	3.319.238				

Fuente: Red Unidos-UNGRD.

La Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres detalla los impactos en esta población, diferenciando en cada caso según el evento desencadenante.

En los diez departamentos más impactados del país, la situación se presentó de la siguiente manera:

Departamento	Desaparecidos	Heridos	Muertos
Antioquia	42	99	447
Caldas	6	29	50
Santander	5	9	46
Nariño	0	52	31
Cundinamarca	1	42	20
Norte de Santander	6	28	17
Chocó	0	11	16
Risaralda	2	11	15
Boyacá	1	3	14
Valle del Cauca	1	12	13
Total	64	276	669



70% de la población afectada a nivel nacional



1.2 Focalización de la experiencia

Focalización

La experiencia se focalizó en seis departamentos de la región Caribe: Atlántico, Bolívar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Sucre y en dos departamentos ubicados en la región Pacífica: Valle y Chocó.

En total, 67 municipios al interior de estos departamentos, fueron reportados con la mayor afectación por la ola invernal; estos se

caracterizan en su gran mayoría por mantener una base económica centrada en la explotación agropecuaria, y un buen número de los mismos se localiza en valles y zonas ribereñas de importantes ríos como Cauca, Magdalena, San Jorge, Atrato, Sinú, Catatumbo y quebradas afluentes de las cuales derivan su sustento.

La población potencialmente damnificada y potencialmente afectada⁴ por la situación de emergencia, fue registrada por departamentos, los departamentos focalizados en esta experiencia se registran en la siguiente tabla:



Tabla No. 4

Distribución de población potencialmente damnificada y afectada

Departamento y municipios	Hogares potencialmente damnificados	Hogares potencialmente afectados	Personas potencialmente damnificadas	Personas potencialmente afectadas
Atlántico (21 m)	30.625	19.264	110.202	78.397
Bolívar (42 m)	92.376	20.544	331.046	74.558
Chocó (22 m)	37.423	4.903	138.737	17.048
Córdoba (28 m)	53.971	11.935	199.478	46.672
Guajira (9 m)	36.362	8.543	130.637	32.897
Magdalena (28 m)	65.030	29.442	235.509	114.534
Sucre (15 m)	33.433	6.308	112.538	21.495
Valle del Cauca (31 m)	26.137	17.380	88.813	62.881
Total	375.357	118.319	1.346.960	448.482

Fuente: Resultados consolidados del Registro Único de Damnificados 2010-2011.

Adicionalmente, las cifras de afectación registradas por Colombia Humanitaria en abril de 2011, muestran datos que superan los del Registro Único de damnificados de la Red Unidos, así:



Tabla No. 5

Datos de afectación reportados por Colombia Humanitaria en abril de 2011

Departamentos y municipios	Personas afectadas	Familias afectadas
Atlántico (21 m)	175.434	72.659
Bolívar (42 m)	410.299	88.950
Chocó (22 m)	181.067	41.592
Córdoba (28 m)	201.461	47.266
Guajira (9 m)	130.637	32.897
Magdalena (28 m)	334.798	117.292
Sucre (15 m)	112.538	21.495
Valle del Cauca (31 m)	88.813	62.881
Total	1.635.047	485.032

Fuente: Registro de afectación por departamentos – Colombia Humanitaria.



Notas bibliográficas

4 Las definiciones operacionales de las categorías potencialmente damnificados y potencialmente afectados se encuentran al final de este texto y corresponden a las definiciones adoptadas por el SNU a través de su Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios OCHA.

Factores de complejidad que afectan a la población focalizada

Municipios aislados

“...la mayoría de los 67 municipios que nosotros tenemos, son en cierta forma aislados de las cabeceras municipales... en su mayoría son municipios de alta tensión por conflicto armado... muchos se encuentran realmente muy lejos de los centros de desarrollo y de las IPS... tienen enormes barreras de acceso a salud...”

(Entrevista miembro del equipo nacional)

Primer factor de complejidad

Más del 70% de la población municipal en los 67 municipios focalizados por la estrategia, se encontró afectada por la emergencia y en algunos, como Campo de la Cruz en el departamento de Atlántico, registró afectación en el 100% de su población. Se registró una afectación importante en las actividades agrícolas, pecuarias, avícolas, de pesca, dejando desprovista a la población de su base de sustento económico y generando con ello un impacto significativo en la salud física, mental y emocional de las personas y en la salud colectiva de estas poblaciones.

Segundo factor de complejidad

A la situación de afectación derivada de la ola invernal se suman en la mayoría de los municipios focalizados para esta experiencia, situaciones asociadas a la dinámica de conflicto que vive el país, y que se caracteriza por la presencia de actores armados legales e ilegales, situación que genera entre las comunidades conductas de desconfianza; por lo menos el 76% de los municipios⁵ registran situaciones de desplazamiento forzado como consecuencia del conflicto armado, por lo cual es posible esperar niveles de afectación en la salud mental colectiva y el quebranto en las estructuras sociales y comunitarias.

Notas bibliográficas

5 De los 67 municipios focalizados en el proyecto, 51 registran problemáticas asociadas al conflicto armado y/o relacionadas con el narcotráfico, por lo cual su población está doblemente afectada.

Tercer factor de complejidad

La situación de **inaccesibilidad geográfica** que mantienen algunos de estos municipios, como es el caso de los municipios del departamento de Chocó, o los municipios del sur de Bolívar, Sucre y Córdoba, al tiempo que son municipios caracterizados por ser pequeños –categoría VI dentro de la escala de Planeación Nacional–. En general son municipios con una amplia zona rural dispersa, muchos de ellos sin vías de penetración carretables, con deficientes medios de transporte y con deficiencias en la cobertura de servicios básicos.

1.3. Contexto Político – Institucional

Sistema de salud en Colombia

La naturaleza de la experiencia y el tipo de evento sobre el que interviene, implica un necesario accionar intersectorial

El Ministerio de Salud y Protección Social

Formula, adopta, dirige, coordina, ejecuta y evalúa la política pública en materia de salud, salud pública y promoción en salud (Ley 1444, artículo 9).

Direcciones territoriales o departamentales de salud

Su misión es administrar, dirigir, organizar y coordinar la respuesta sectorial en salud a nivel departamental y en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, brinda asistencia técnica y vigila a las direcciones municipales de salud, las Entidades Promotoras de Salud – EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS con respecto a sus planes institucionales y la implementación del plan de respuesta en salud según los componentes y responsabilidades previstos en la legislación.

Las direcciones locales o secretarías municipales de salud

Su principal rol es garantizar la atención en salud a toda la población del municipio y garantizar las acciones de salud pública.





Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres - SNPAD

Está adscrito al Ministerio del Interior, trabaja en coordinación con el Sistema de Salud y en la dinámica sistémica con que opera cuenta con instancias políticas de nivel departamental y municipal: Comités Regionales y Municipales para la Prevención y Atención de Desastres –Crepad y Clopad respectivamente, en los cuales se lidera y coordina mediante los Planes Departamentales o Locales de Emergencias y Contingencias –PLEC– la respuesta intersectorial para la población afectada y damnificada en las emergencias.

Están conformados por instituciones del gobierno departamental o municipal, según sea el caso, por las organizaciones comunitarias y gremiales y por los organismos de socorro.

Figura No. 3

Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres - SNPAD



El Sistema de Salud y el de Prevención y Atención de Desastres busca incluir al actor comunitario, no solamente como receptor o benefactor de los servicios, sino en un rol activo que va desde el rol de veeduría y control social hasta asumir responsabilidades compartidas en la planificación y acción de las respuestas previstas según los eventos de emergencia.

Planes Locales de Emergencia y Contingencia - PLEC

Se definen los lineamientos para la formulación de los planes departamentales y locales de emergencias y contingencias, los cuales se circunscriben a la jurisdicción municipal y son liderados desde el Crepad y el Clopad, respectivamente.



En estos planes se incluye la evaluación de situación de las emergencias o desastres y se toman acciones de respuesta según el evento y el nivel de afectación de la población, **siendo una de las estrategias más frecuentemente utilizada, la habilitación de albergues temporales**, en los cuales se localiza la población damnificada.

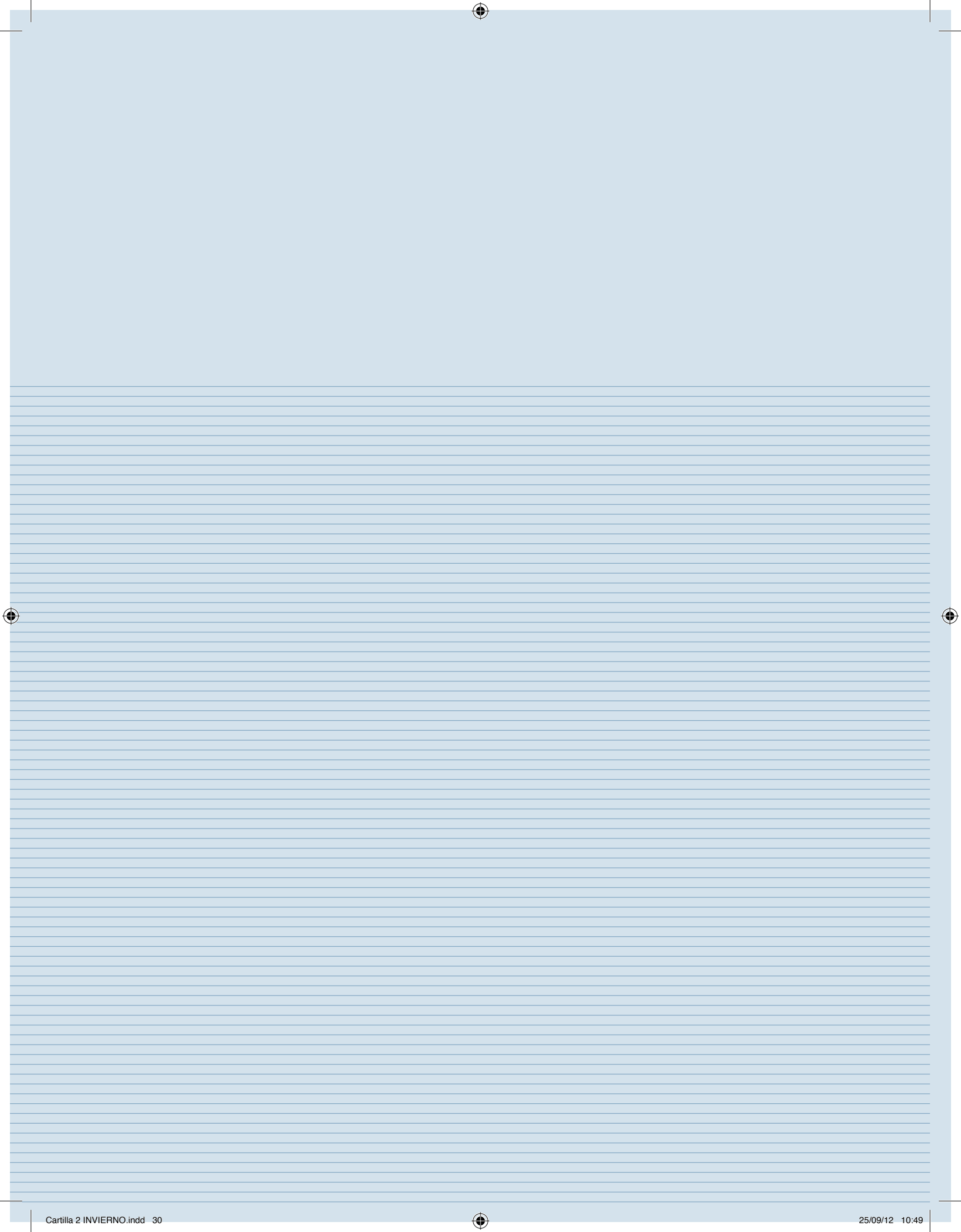


Estos albergues pueden ser colectivos o pueden disponerse otras modalidades de auto-albergues o albergues en casa de familias solidarias y algunas veces se cuenta con la figura de subsidio de arrendamiento.

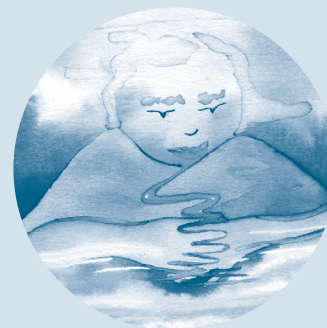
Situación en los albergues

En algunos casos los albergues están ocupados por períodos mayores a un año: “El albergue localizado en la antigua cárcel fue ocupado por las personas hace más de un año, no cuenta con una estructura adecuada para vivir, la totalidad de las familias deben cocinar en el mismo espacio donde duermen, hay presencia de animales domésticos sin ningún control, el agua proviene del acueducto del municipio pero en algunos casos es almacenada inadecuadamente”.

(Testimonio equipo Valle del Cauca)



Capítulo 2

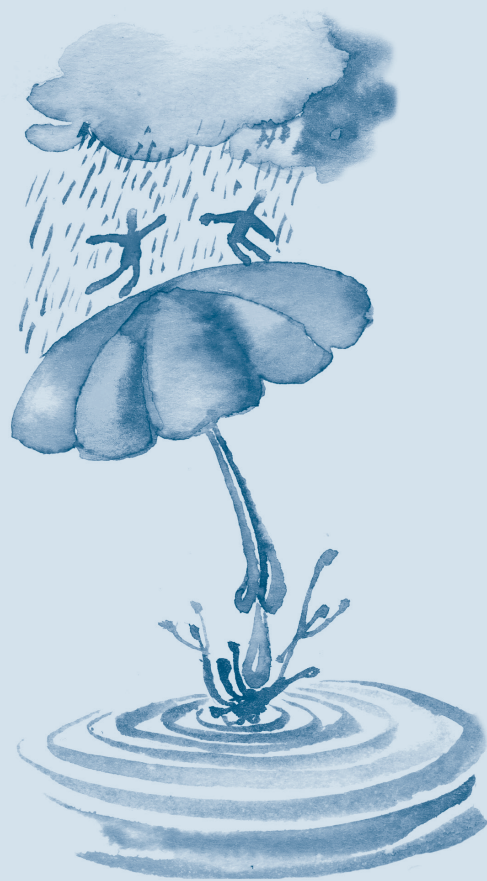


Reconstrucción de la experiencia -El proceso

- | | | |
|------|------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. | Primera etapa: diseño y definición de la estrategia de campo | 34 |
| 2.2. | Segunda etapa: ingreso a los territorios | 43 |
| 2.3. | Tercera etapa: implementación de acciones y estrategias | 48 |
| 2.4. | Cuarta etapa: consolidación y transferencia del proceso al nivel local | 63 |

En la experiencia de prevención y atención en salud sexual y reproductiva y salud mental para la población damnificada por la ola invernal en ocho departamentos de Colombia, se identifican cuatro momentos.

El primer momento se refiere al diseño y definición de la estrategia de campo; el segundo, a la entrada a los territorios; el tercero fue la implementación de acciones y estrategias, y el cuarto, la consolidación y transferencia del proceso al sistema de atención del nivel local.



El origen del proyecto



El Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) suscribieron el Convenio 184 de marzo de 2011.

- El objeto del convenio fue “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”.
- Una de sus principales líneas de acción fue la “Prevención y Atención en Salud Sexual y Reproductiva y Salud Mental para la población damnificada por la ola invernal”. A través de ella se buscó potenciar en los departamentos la capacidad institucional para hacer frente a las emergencias y complementar las acciones de prevención y atención en salud dispuestas por las entidades territoriales, departamentales y municipales.

En ningún caso, las acciones de este proyecto pretendieron sustituir las acciones que obligatoriamente deberían realizar las EPS, IPS y ESES municipales.

Las prioridades

Frente a la decisión de priorizar como línea de acción la atención en salud sexual y reproductiva y la salud mental, uno de los profesionales del equipo técnico nacional expresó: “Cuando se habla de emergencia se piensa en estabilizar a los pacientes, en el rescate... como en la atención física de la salud... y poco se piensa en aquellas necesidades inherentes al ser humano, como las relacionadas con la esfera de la salud mental o la SSR”.

2.1. Primera etapa: diseño y definición de la estrategia de campo

Actividades de la primera etapa



Conformación del equipo técnico nacional y equipos territoriales

Los ámbitos de acción en esta experiencia

Diseño operativo de intervención regional – local

Factores favorables de esta primera etapa

Factores limitantes de esta primera etapa

Acciones preliminares



Consideraciones iniciales: el énfasis en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencia

Como consecuencia del gran impacto de la ola invernal, gran cantidad de población se encontraba albergada y necesitaba atención en salud. Frente a este desafío, el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de una de sus líneas, priorizó los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental, considerando que son áreas en las cuales la emergencia tiene un gran impacto en el largo plazo, pero que habitualmente son desatendidas porque las respuestas sectoriales en salud priorizan siempre otros temas sanitarios.

Se consideró que la emergencia derivada de la ola invernal era un evento de temporalidad prolongada, cuyos efectos no solamente comprometían la salud física sino la salud mental y la dinámica sociocomunitaria de las poblaciones. Estos efectos podrían trascender la fase aguda de la emergencia, prolongándose en etapas de posemergencia o recuperación.

Era necesario anticipar la provisión de servicios de salud mental y sexual, apoyándose en elementos conceptuales de la Atención Primaria en Salud, modelo desde el cual la acción comunitaria cobra un gran valor y sentido, involucrándose de manera activa y procurando una atención sostenida en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acciones iniciales: revisión y criterios de focalización

Algunas de las primeras acciones fueron la revisión de la situación de afectación y el establecimiento de algunos criterios para determinar la focalización geográfica de la experiencia.

Los criterios de focalización estuvieron principalmente referidos a la magnitud de afectación registrada, la cantidad de población que tuvo que ser evacuada de sus lugares habituales de residencia y la presencia de grupos prioritarios, como el caso de Guajira, entre otros.

En esta etapa preliminar de formulación de la estrategia de acción, se proyectó brindar atención inmediata en albergues y zonas de retorno donde se ubicaban las personas damnificadas por la ola invernal, y, por tanto, la naturaleza de la acción se proyectó como de índole asistencial, con la cual fue posible identificar las principales necesidades en salud mental y salud sexual y reproductiva de la población damnificada.



Focalización geográfica de la experiencia

Con base en los criterios y enfoques determinados en las consideraciones iniciales, se seleccionaron los 8 departamentos y 67 municipios en los cuales se implementó el proyecto, los cuales se señalan en la siguiente tabla.

Tabla No. 6

Departamentos y municipios priorizados

VALLE	SUCRE	ATLÁNTICO	GUAJIRA	BOLIVAR	MAGDALENA	CORDOBA	CHOCO
8 Albergues visitados	6 Albergues visitados	8 Albergues visitados	3 Albergues visitados	7 Albergues visitados	No existieron albergues	5 Albergues visitados	No existieron albergues
La Victoria	San Benito Abad	Campo de la Cruz	Uribia	Carmen de Bolívar	El Banco	Ayapel	Ríosucio
La Unión	Caimito	Manatí	Manaure	Zambrano	Plato	Cotorra	Alto Baudó
Roldanillo	San Marcos	Sabanalarga	Riohacha	Talaigua Nuevo	San Zenón	Lorica	Carmen del Darién
Candela	Galeras	Sabana Grande	Maicao	Mompox	Tenerife	Montería	Bojayá
Dagua	Guaranda	Ponedera	San Juan del Cesar	Cicuco	Pedraza	San Pelayo	Litoral de San Juan
Palmira	Majagual	Santa Lucía	Villanueva	San Fernando	Concordia	Tierra Alta	Medio Atrato
	Sucre	Suan	Dibulla	Margarita	Santa Bárbara de Pinto	Cereté	Medio San Juan
		Candelaria	Molino	Hatillo de Loba	Pijiño	Puerto Libertador	Medio Baudó
				Calamar	Santa Ana	San B. del viento	Istmina
						Montelibano	Quibdó

Fuente: documentos del Proyecto – Equipo Técnico Nacional, marzo de 2012.

Enfoques conceptuales de la experiencia



Simultáneamente con la focalización geográfica se determinaron las orientaciones y enfoques de salud pública que hicieran posible estructurar las acciones protectoras, de prevención y de atención, tanto en el campo de la salud sexual y reproductiva como en el de salud mental. A continuación describimos esos enfoques.



Enfoque de derechos

Como la gran sombrilla que implica al Estado en tanto garante de los mismos a través de la prestación de servicios. Desde este enfoque se otorga y reconoce para cada persona el conjunto de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado.

Por tanto, la prestación de los servicios se hace bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad y progresividad.

El enfoque de género

Desde el cual es posible reconocer afectaciones y necesidades diferenciadas y distintas en las situaciones de emergencias y desastres, para hombres y mujeres, al tiempo que permite ampliar la comprensión de relaciones de desigualdad de poder, construidas de manera distinta en cada una de las regiones afectadas por la ola invernal.

Enfoque de salud pública

Desde el cual es posible plantear que están mutuamente determinadas la salud individual y la salud colectiva y por tanto es posible anticipar en esta experiencia, el desarrollo de acciones colectivas que impacten las condiciones de salud familiares e individuales. Inherente a la salud pública, en esta experiencia se aplica el enfoque de la Atención Primaria en Salud, donde se sustenta un ámbito de acción comunitario y no únicamente institucional y desde donde fue posible concebir la estructura operadora primaria y la perspectiva interdisciplinaria mediante la conformación de los equipos interdisciplinarios.

Enfoque de acción sin daño

De forma implícita se concibió este enfoque desde el cual se busca evitar la re-victimización de la población mediante la inclusión de todas las poblaciones damnificadas sin distinciones, minimizando desigualdades de género y velando por el respeto a la cultura, los ritmos cotidianos y los valores compartidos.

Ejes estratégicos esenciales de acción

La experiencia de prevención y atención en salud sexual y reproductiva y salud mental para la población damnificada por la ola invernal incluye dos ejes estratégicos esenciales de acción.

1. El primer eje es el fortalecimiento social y comunitario y la necesidad de articular las acciones con y para las comunidades afectadas por la ola invernal.
2. El segundo eje es la intersectorialidad y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta, para lo cual es una estrategia importante la concertación de planes de trabajo en los Comités Locales para la Prevención y Atención de Emergencias y Desastres (Clopap) y los Comités Regionales para la Prevención y Atención de Emergencias y Desastres (Crepap).

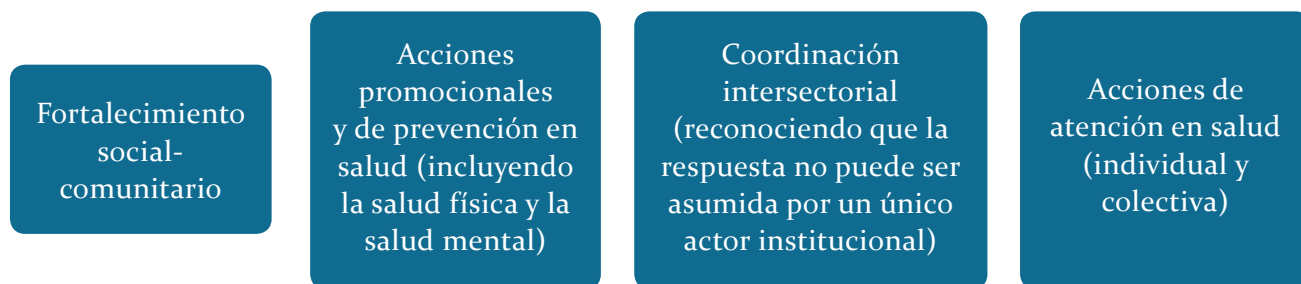
Desde el diseño del proyecto se consideró indispensable promover la participación comunitaria y la articulación y gestión intersectorial, buscando en todo caso garantizar la continuidad de la atención en salud, que va desde los cuidados primarios, pasando por procesos de referencia, con lo que a su vez se busca potenciar el trabajo en red (tanto sanitaria como social), asegurando con ello la complementariedad en las respuestas y necesidades identificadas en salud.⁶

Notas bibliográficas

6 Ideas retomadas del documento base de sistematización del eje disciplinar de enfermería.

Subcomponentes del proyecto

Se propusieron cuatro subcomponentes:



Equipos técnicos

La base operativa de la experiencia fue la conformación de un equipo técnico interdisciplinario nacional y ocho equipos técnicos interdisciplinarios de orden territorial, uno en cada departamento. Cada equipo contó con un profesional dedicado a la gestión local territorial, profesionales de enfermería, medicina, psicología y trabajo social, quienes en conjunto con el profesional gestor local, mantuvieron la articulación del proceso a las dinámicas de los Clopap y Crepap en cada región.

2.1.1. Conformación del equipo técnico nacional y los equipos territoriales

La conformación

Conformar esos equipos fue una tarea ardua y enorme, que llevó prácticamente a tener que ver 2400 hojas de vida y hacer un sinnúmero de entrevistas, de llamadas telefónicas...”

(Entrevista miembro del equipo nacional)

Un aspecto central de esta experiencia fue la conformación de equipos técnicos interdisciplinarios (ocho territoriales y uno nacional) con capacidad de actuar coordinadamente en la ejecución del proyecto.

Para integrarlos se elaboraron términos de referencia, perfiles profesionales y algunos roles que debía cumplir cada miembro del equipo y se hicieron las convocatorias.

Requisitos



Los profesionales convocados debían cumplir con los requerimientos técnicos, de experiencia y profesión, y además acreditar condiciones y habilidades específicas entre las que se cuentan el ser afines al trabajo de índole comunitario, tener capacidad para procurar la salud colectiva⁷ y no únicamente la perspectiva individual, ser capaces de considerar el contexto y los determinantes sociales de la salud y actuar desde un enfoque de salud familiar comunitaria.



Trabajo en equipo

La experiencia buscó superar prácticas tradicionales de trabajo disciplinares y fomentó una propuesta de trabajo interdisciplinar, con liderazgo colectivo, capacidad de comprenderse y asumirse como un recurso para la comunidad y como un recurso de fortalecimiento técnico para las autoridades locales y regionales y sus instituciones, en el propósito de modificar situaciones de riesgo en salud sexual y reproductiva y en salud mental en contextos de emergencia.

Notas bibliográficas

⁷ Tomado del documento base de sistematización del eje disciplinar de enfermería.

2.1.2. Los ámbitos de acción en esta experiencia



De forma paralela a la conformación del equipo nacional y las bases para la conformación de equipos territoriales, se trabajó en la definición de los ámbitos en los cuales se desempeñaría el equipo y se desarrollaría la experiencia. Estos ámbitos fueron del orden institucional y del orden social y comunitario:

Ámbito individual y familiar de las personas y familias afectadas

Es el principal ámbito de acción y se caracteriza por ser la garantía de atención directa a las personas y familias afectadas.

Ámbito comunitario

Se refiere a la comunidad a la cual pertenece la población albergada, autoalbergada y no albergada, como consecuencia de la situación de emergencia o desastre.

Ámbito institucional

Referido tanto al sector salud como a las dinámicas intersectoriales centradas en los Clopad y Crepad como instancias de gestión en el marco del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres – SNPAD.



2.1.3. Diseño operativo de intervención territorial - local

“El equipo nacional y los equipos territoriales tenían un rol operativo y un rol de fortalecimiento de las capacidades, tanto en los ocho departamentos como en los 67 municipios priorizados...”

(Entrevista miembro del equipo nacional)

Después de establecer los ámbitos de acción y una vez conformado el equipo nacional, se dio paso a la formulación de la estrategia operativa de acción, metodologías y sus instrumentos operativos.

Para todo este diseño operativo, se partió de la premisa de orientar gran parte del trabajo a la población albergada; sin embargo hay que anotar que el escenario de población se modificó tempranamente y por ende la estrategia de campo inicialmente proyectada.



Fuente: archivo documental de la experiencia.



Desarrollos técnicos e instrumentos

En el primer cuadernillo de esta colección se describen con detalle los desarrollos técnicos generados en esta experiencia, y los anexos incluyen los instrumentos utilizados.

La gráfica muestra el proceso de intervención diseñado y trasladado a las regiones, en el que es posible observar una lógica secuencial para el abordaje local y dos columnas transversales permanentes: el fortalecimiento comunitario y el fortalecimiento a las capacidades locales.



2.1.4. Factores favorables de esta primera etapa

- Un primer factor favorable fue el establecimiento de un marco de acción desde un enfoque de Atención Primaria en Salud, consagrado por la ley 1438 de 2011 de Salud Pública. En ella se destacan como los tres componentes integrados e interdependientes: “los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”.¹⁰
- Un segundo factor favorable, fue la implementación de acciones coordinadas que involucraran prioridades de la salud pública como la salud mental y la salud sexual y reproductiva.
- Un tercer factor favorable fue la movilización de voluntades administrativas, técnicas y políticas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM para la ejecución de esta estrategia.
- Un cuarto factor favorable fue la implementación de equipos profesionales territoriales y su incidencia en el fortalecimiento de las capacidades de respuesta para acompañar, planificar y ejecutar acciones en salud pública que posicionaran a nivel departamental y municipal la salud sexual y reproductiva y la salud mental en contextos de emergencia.
- Un quinto factor favorable fue la apertura hacia la posibilidad de documentar la experiencia derivada del Convenio.

2.1.5. Factores limitantes en esta primera etapa

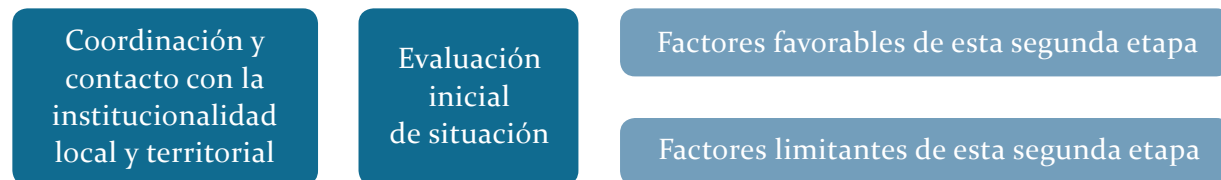
- La baja capacidad de planificación de las acciones de prevención y reducción del riesgo en salud sexual y reproductiva y salud mental en los entes territoriales.
- La debilidad en la oportunidad para el acceso a la información por parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres –SNPAD, lo que llevó a dificultades para proyectar la magnitud real de afectación y la focalización de las acciones.
- La debilidad de la participación comunitaria en escenarios de toma de decisiones para el diseño de respuestas en el nivel municipal y territorial.

Notas bibliográficas

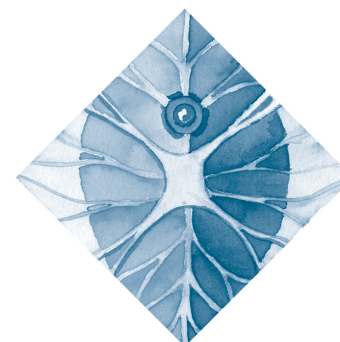
10 Ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Capítulo III.

2.2. Segunda etapa: ingreso a los territorios

Actividades de la segunda etapa



En esta etapa del proceso se termina de afinar el contenido y la estructural de trabajo a realizar en los territorios, para lo cual, antes de conformar los equipos territoriales, se hizo un trabajo de armonización técnica con profesionales referentes del Ministerio de Salud y Protección Social en los temas priorizados: salud mental, salud materna y perinatal, salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, prevención y atención de violencia sexual y otras violencias basadas en género, así como en temas de aseguramiento en salud, atención primaria en salud, redes integradas de servicios de salud, entre otros.



En la figura No. 5 se presentan los principales aspectos con los cuales se inicia el trabajo en las regiones (en el cuadernillo 2 se hace una descripción detallada de los desarrollos técnicos de abordaje en cada componente).

Figura 5
.....

Esquema para el abordaje regional según ejes de acción

Fortalecimiento de la capacidad local	Atención mediante estructura operadora primaria	Monitoreo y evaluación
<ul style="list-style-type: none"> Asistencia técnica Capacitación Fortalecimiento de redes sociales y reconstrucción de tejido social Coordinación intersectorial de incidencia política 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnósticos iniciales Evaluación de daños y necesidades Intervención a través de paquetes iniciales mínimos en salud sexual y reproductiva e intervenciones breves y tamizajes en salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> Herramienta de monitoreo y seguimiento en línea Formulación de plan de monitoreo y evaluación mediante la medición de indicadores

Se hizo un trabajo de armonización técnica con profesionales referentes del Ministerio de Salud y Protección Social en los temas priorizados

Fuente: documentos inéditos producidos por el equipo técnico nacional 2011-2012.

2.2.1. Coordinación con la institucionalidad territorial

Una vez establecido el esquema de trabajo y sus frentes de acción, se estableció la necesidad de efectuar contactos simultáneos con las estructuras de gobierno y de salud departamentales y municipales, lo cual se hizo a través de un proceso de concertación con las autoridades territoriales y municipales: “Se envió un oficio, directamente desde la Dirección de Salud Pública, informando y presentando los equipos al Gobernador y a la Secretaría de Salud”.¹¹

Este contacto inicial hizo evidente el reconocimiento y respeto del nivel nacional por las instituciones departamentales y municipales al poner a disposición de las regiones los equipos conformados y su estrategia operativa.



Pasos clave

“Este documento lo construimos entre todos, lo discutimos y fue como la cartilla inicial de los equipos... en ella estaban los pasos clave... esta guía nos sirvió mucho, fue la guía de orientación”.

Testimonio de entrevista ES2A, profesional integrante del equipo nacional.

Instrumentos de inserción en los territorios

El inicio del trabajo en los departamentos fue orientado por el equipo nacional del Convenio, el cual elaboró un instrumento que sirvió de guía para la gestión e implementación de las acciones en las regiones, en cada una de las cuatro etapas. (Véase anexo No. 1).

Una de las premisas fue que el equipo regional se insertara en la dinámica institucional en las Direcciones Territoriales de Salud, ocupando un lugar dentro de sus instalaciones y procurando el fortalecimiento institucional.

Sin embargo, no siempre fue posible que el equipo regional contara con un espacio desde donde gestionar sus acciones. Para superar esta dificultad se trazó una estrategia de coordinación mediante reuniones semanales o quincenales entre el equipo regional y los referentes de salud sexual y reproductiva y salud mental de las regiones, con el fin de realizar planeaciones conjuntas, monitoreo de avances y de gestión.¹² No obstante, esta estrategia tampoco pudo mantenerse, dadas las múltiples responsabilidades de quienes actúan como referentes temáticos en las regiones.

2.2.2. Evaluación inicial de la situación



En esta etapa de ingreso a las regiones, un aspecto de suma importancia fue establecer la coordinación con las autoridades sanitarias departamentales y municipales y con sus referentes de salud mental y salud sexual, pues ellos son quienes poseen información sobre las necesidades y problemáticas existentes y tienen capacidad de decisión sobre los compromisos y acciones a seguir.¹³

También se hizo contacto con los actores institucionales en cabeza de la primera autoridad municipal y con el Clopad, con el fin de “conocer de primera mano la situación de la población afectada, la intervención hasta la fecha realizada y articular nuestra intervención con lo que cada municipio venía realizando”.¹⁴



El apoyo del Ministerio

Un aspecto que ha sido altamente valorado tanto por los miembros del equipo nacional como por las regiones, es la presencia que tuvo el Ministerio de Salud y Protección en los contextos municipales, puesto que lo tradicional es que haga presencia en el nivel departamental pero muy pocas veces en el nivel municipal, lo cual puede alejarlo de las realidades con las que opera el sistema de salud en el nivel local.

La presencia departamental

“Es muy positivo que el municipio vea al Ministerio con presencia viva, activa, dentro de su mismo municipio... porque cuando llega el Ministerio al departamento, casi siempre llega a la capital y se entrevista con los referentes departamentales y revisa...pero no llega a la realidad del municipio...”

Testimonio entrevista ES2A profesional integrante del equipo nacional.

Notas bibliográficas

- 11 Testimonio tomado de entrevista ES2A a profesional integrante del equipo técnico nacional.
- 12 *Idem.*
- 13 Tomado de la metodología de mapas de riesgos y posibilidades.
- 14 Tomado de informe del equipo regional Valle del Cauca.

La emergencia derivada de la ola invernal era un evento de temporalidad prolongada, cuyos efectos no solamente comprometían la salud física sino la salud mental y la dinámica sociocomunitaria

Balance de la situación

La coordinación con las autoridades locales y el apoyo del Ministerio y el equipo nacional permitieron constatar que gran parte de la población que se había proyectado como población albergada, se encontraba ya en fase de retorno y por tanto las acciones de atención no se podían limitar a los albergues, como se había previsto en el diseño del proyecto.

Por lo anterior, con el fin de asegurar la articulación de las acciones del Convenio a los procesos de respuesta regionales, afianzando la rectoría de las autoridades sanitarias locales, se estableció como mecanismo de acción el aval de los planes por parte de dicha autoridad, con lo cual ninguna acción del equipo regional quedaba por fuera de los marcos institucionales de respuesta.



Esto favoreció que las acciones del equipo territorial fueran asumidas como un complemento de fortalecimiento a la institución regional y no como acciones de sustitución de su rol: “Las direcciones forman parte de ese proceso, no es ‘allá el equipo que me mandaron’, sino yo como autoridad ejerciendo control de lo que se hace y cómo se hace... así es más fácil la articulación con el equipo para la autoridad territorial”.¹⁵

Capacidad de atención

Una vez culminada la etapa de análisis inicial de situación, se buscó establecer la capacidad institucional del sector salud para la atención a la población damnificada y afectada por la emergencia.

Para ello se realizó el análisis conjunto con las autoridades departamentales y municipales y se estableció contacto específico con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, públicas locales: “...el acceso a la prestación de los servicios de salud se realiza a través de las IPS municipales, entonces se dedicó un espacio independiente para conocer su dinámica de atención, en especial de las personas afectadas por la ola invernal”.¹⁶

Notas bibliográficas

15 Testimonio tomado de entrevista a profesional integrante del equipo técnico nacional.

16 *Idem.*

2.2.3. Factores favorables de la segunda etapa

- El apoyo y la capacidad técnica que generó la presencia del Ministerio de Salud y Protección Social en el nivel municipal, al tener presencia directa en sus realidades.
- El rol de facilitación que asumió el Ministerio y el apoyo percibido para adelantar acciones de gestión, especialmente para la superación de barreras identificadas.
- El haber contado con un equipo técnico de orden nacional con amplia experiencia en contextos complejos y humanitarios, lo cual hizo que la experiencia tuviera una gran riqueza técnica y metodológica, que a su vez facilitó la creación de instrumentos, guías y metodologías que hacen parte de este documento y que se constituyen en conocimiento válido para su aplicación en contextos de emergencia similares.



2.2.4. Factores limitantes de la segunda etapa

- La insuficiente infraestructura locativa y de logística para asegurar un lugar desde donde operaran los equipos territoriales, puesto que inicialmente se había proyectado como base operativa las propias instalaciones de las secretarías de salud. No en todas las regiones se pudo contar con espacio locativo y logístico disponible, denotando parte de las debilidades institucionales con que se encontró la estrategia durante su implementación.
- La multiplicidad de funciones y responsabilidades que deben asumir las y los funcionarios referentes de salud sexual y reproductiva y de salud mental en las secretarías de salud, departamentales y municipales.
- La carencia de procesos y procedimientos, lo cual deja vacíos de libre interpretación o acción, no siempre sobre criterios técnicos, para el personal responsable de la gestión y la respuesta institucional en salud. Esto, sumado a la alta rotación de personal que se presenta en los municipios, en muchas ocasiones asociada a prácticas clientelistas de la dinámica política que caracteriza en mayor medida a municipios pequeños como los de esta experiencia.

Coordinación y alineamiento

La coordinación y alineamiento de los equipos se mantuvo, puesto que ellos no podían hacer nada sin el visto bueno de la Dirección Territorial (...) Nosotros quisimos, desde un comienzo, no hacer nada que no fuera de conocimiento de las Direcciones Territoriales de Salud..."

Testimonio de entrevista ES2A profesional integrante del equipo nacional.



2.3. Tercera etapa: implementación de acciones y estrategias

La implementación de las acciones estuvo precedida de momentos reflexivos en el equipo nacional, desde donde se reorientó el quehacer de los equipos territoriales, acorde a la naturaleza del evento en atención, a la misión institucional del Ministerio de Salud y Protección Social, a los hallazgos de la evaluación inicial realizada en los departamentos de manera conjunta con las autoridades locales y departamentales de salud y con los Clopad y Crepad del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres.

Acciones de la tercera etapa

Desde los procesos de convocatoria se ordenaron los lineamientos de cada eje disciplinar teniendo en cuenta el trabajo en equipo como ordenador del quehacer, para la cual en esta etapa fue necesario:



Definir y concertar los roles del equipo regional.

Coordinar las formas de actuación del equipo.

Establecer mecanismos de flujo de información y estrategias de abordaje institucional y comunitario a partir de los hallazgos de la evaluación inicial.

Atención permanente

“...al inicio se planteaba casi que eran unas acciones asistenciales, acciones de atención directa a la población en albergue, sin embargo, cuando empezamos a evaluar el componente de atención, notamos que ese no debía ser el rol del equipo... no se daría abasto en la atención... además no era el objetivo misional del Ministerio, entonces nos replanteamos, en más bien fortalecer las condiciones para lograr la atención de manera permanente, continua, a través de los actores locales responsables y nos propusimos afianzar el fortalecimiento para la gestión, mediante la asistencia técnica y el desarrollo de las capacidades locales que permitieran, estando o no estando el equipo de atención invernal, que la población continuara siendo atendida”.

Testimonio entrevista ES2A profesional integrante del equipo nacional.

Tabla No. 7

Roles asumidos por integrantes del Equipo Interdisciplinario

Profesional del equipo	Roles y responsabilidades asumidas en el proceso
TRABAJO SOCIAL	Liderar el fortalecimiento de redes protectoras, así como el proceso de promoción de la participación en escenarios estratégicos desde un enfoque diferencial con perspectiva de derechos.
ENFERMERÍA	Apoyar el diagnóstico y el establecimiento de planes de cuidados y autocuidado desde un enfoque familiar y comunitario, afianzando la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. Fomentar la acción coordinada multisectorial e intersectorial. Fortalecer la inclusión del enfoque de derechos sexuales y reproductivos desde la estrategia de APS.
MEDICINA	Brindar asistencia técnica para la proyección de atención específica según las necesidades identificadas en la región. Brindar atención directa, mediante consulta individual, a la población damnificada durante las jornadas programadas en los lugares de albergue, aplicando criterios de priorización según eventos de interés en salud pública, ciclo vital, género, focalizando los temas de salud sexual y reproductiva y salud mental. Canalizar y referenciar a la red local según el tipo de afiliación al Sistema General de Salud. Apoyar tamizajes, intervenciones breves y primeros auxilios emocionales.
PSICOLOGÍA	Liderar el proceso de asistencia técnica y atención en el componente de salud mental. Aplicar la metodología de Caleidoscopio conjuntamente con los demás miembros del equipo territorial. Conducir la aplicación de los tamizajes selectivos y establecer la referencia de personas que ameritan atención especializada y sostenida en Salud Mental a través de acciones psicosociales colectivas y el posicionamiento de la salud mental.
GESTOR TERRITORIAL	Asumir el rol de coordinación del equipo interdisciplinario. Ser el enlace entre las estructuras del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres en los departamentos y municipios con el equipo interdisciplinario de salud conformado para dar asistencia técnica y brindar respuesta a las necesidades en SSR y SM en el contexto de la emergencia.



Fuente: Tabla elaborada a partir de los archivos documentales y testimoniales de la experiencia abril 2012

La exigencia de un contexto cambiante y los momentos de crisis institucional y social, que con frecuencia se registran en las situaciones de emergencia o desastre, permiten destacar como atributos indispensables para los equipos interdisciplinarios dedicados al trabajo en contextos de emergencias y desastres, el tener capacidad para asumir su función en situaciones de mayor tensión, tomar decisiones rápidas y efectivas, prever situaciones de riesgo, estar todos sus miembros capacitados para realizar intervenciones en crisis, brindar primeros auxilios psicológicos y estar en capacidad de asumir la promoción de la salud, en los ámbitos de la salud mental y la salud sexual y reproductiva, procurando mediante habilidades comunicativas, fortalecer e incentivar prácticas de autocuidado individual y colectivo, teniendo en cuenta la perspectiva de los derechos humanos, sexuales y reproductivos y el enfoque diferencial.

Desde el inicio del proyecto se quiso dar un énfasis asistencial a los equipos en las regiones, debiendo ser reorientado su accionar hacia la gestión y el fortalecimiento institucional y comunitario a fin de lograr la sostenibilidad de procesos derivados de la experiencia



2.3.1. Acciones y estrategias implementadas para la gestión y el fortalecimiento de capacidades institucionales y comunitarias

Uno de los propósitos de esta experiencia fue fortalecer las capacidades locales, institucionales y comunitarias para hacer frente a emergencias o desastres: En este contexto, tres fueron las principales estrategias utilizadas en el ámbito institucional y tres en el ámbito comunitario:



Ámbito institucional

Gestión e incidencia en el marco de los Clopad y Crepad y a nivel sectorial con los distintos actores del Sistema General de Salud; capacitación para el abordaje y posicionamiento de los temas de salud sexual y reproductiva y salud mental en las acciones de gestión del riesgo y en el marco de los Planes de Emergencia y Contingencia PLEC del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Desastres; y la dotación con insumos a manera de kits tanto en salud sexual y reproductiva como en salud mental.

Ámbito Comunitario

Fortalecimiento a grupos, organizaciones o redes, trabajo articulado comunidad-instituciones con la elaboración de los mapas de riesgo¹⁷ y acciones comunitarias que facilitaron el diagnóstico de necesidades y la provisión de respuestas colectivas en salud, mediante la aplicación del Caleidoscopio y los tamizajes.

Notas bibliográficas

17 Véase anexo No. 2 de este documento.

18 Tomado del documento base de sistematización de la experiencia del eje disciplinar de trabajo social.

La asistencia técnica y la capacitación

“...de las cosas más importantes que ha hecho este equipo de ola invernal, tiene que ver con la asistencia técnica y con la capacitación... primero que todo tuvimos una gran estrategia para los tomadores de decisiones –Crepad, Clopad, Secretarías de Salud, coordinadores médicos, coordinadores de las EPS– les hicimos ver las enormes dificultades y barreras de acceso que tenían las comunidades, también trabajamos buscando y creando las soluciones...”.

Testimonio entrevista profesional integrante del equipo nacional.

Estrategias utilizadas en el ámbito institucional

En el ámbito institucional, conviene mencionar que hubo una interdependencia entre las tres estrategias centrales, de tal manera que toda labor de gestión e incidencia estuvo acompañada de actividades de capacitación; así mismo, la entrega de insumos y dotación se hizo regularmente acompañada de capacitaciones, con lo que se buscó permear las prácticas institucionales locales y afianzar su capacidad de gestión y adopción de las líneas de política tanto de la salud sexual y reproductiva como de la salud mental.

A. Gestión e incidencia

La gestión e incidencia, traducida como procesos de asistencia técnica para:

Apoyar los procesos de planificación local para la gestión del riesgo y para la formulación o actualización de los PLEC.

Lograr posicionamiento político y estratégico de los componentes de salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias.

Establecer procesos de análisis de la información en cada uno de los ocho departamentos.

Desarrollar capacidades instaladas para la apropiación y cumplimiento en el nivel territorial y municipal de las líneas de política de salud sexual y reproductiva y salud mental del Ministerio de Salud y Protección Social.

En esta estrategia, una de las primeras acciones que se realizaron fue establecer contacto con actores institucionales presentes en los territorios con quienes se elaboraron 8 directorios de recursos institucionales y comunitarios, a partir del cual se estructuró una base de datos de los 8 departamentos priorizados y los 67 municipios objetos de este proyecto¹⁸.

Gran énfasis se hizo en la identificación y superación de barreras de acceso a los servicios de SSR y SM, se trabajó en la identificación de redes y recursos de oferta de servicios, traducidos como oportunidades para el acceso a las prestadoras de servicios y se trabajó con grupos de comunidad por albergue, identificando las barreras vivenciales o de percepción que experimenta la población damnificada y comunidades no albergadas.

Simultáneamente se realizaron mesas con funcionarios locales y regionales y con directivos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB, como entidades responsables de la superación de barreras de acceso a servicios de SSR y SM.

Los tópicos considerados a la hora de identificar las barreras y sus alternativas, fueron: los servicios disponibles, aspectos administrativos, institucionales, geográficos, económicos, culturales u organizacionales. En resumen, las principales barreras identificadas y sobre las cuales se gestionó su superación estuvieron referidas a:

El trabajo y énfasis puesto a la gestión para la superación de barreras de acceso; representó en esta experiencia la oportunidad para ganar confianza comunitaria en la respuesta institucional provista con las acciones del convenio 184 MSPS-OIM.

B. Capacitación



Una primera capacitación se proyectó a manera de jornada de análisis de situación con profesionales referentes de SSR, SM y miembros de Crepad y Clopad en los departamentos, *“la capacitación se hizo para referentes y jefes de salud sexual y reproductiva, coordinadores de salud mental, miembros de Crepad, Clopad, responsables de los CRUE y profesionales de los equipos territoriales”*⁹; en estas jornadas se hizo un trabajo de aplicación conceptual y técnica, procurando adaptaciones de los lineamientos técnicos específicos en cada tema a los contextos de emergencias y desastres.

Luego del proceso de capacitación se establecieron grupos de actores y escenarios para el desarrollo de los procesos de formación.

En el proceso se identificaron por lo menos tres públicos específicos así:

Equipos de gobierno e integrantes de los Clopad y Crepad

Profesionales de salud y otros profesionales responsables de la atención, especialmente de la salud sexual y reproductiva y la salud mental, en los departamentos y municipios focalizados²⁰

Organizaciones sociales, líderes y comunidad



A partir de esta identificación, se tuvo especial cuidado elaborando planes de capacitación con énfasis específicos según el grupo receptor de dicha capacitación.

Algunas de las actividades de capacitación fueron orientadas a equipos de gobierno e integrantes de los Clopad y Crepad y personal de salud para:

Equipos de gobierno e integrantes de los Clopad y Crepad

Afianzar su capacidad de gestión e incidencia y lograr el posicionamiento de las temáticas de salud sexual y reproductiva y salud mental en la agenda institucional local; producto de este proceso, se logró incidir en la incorporación de estos temas en los planes de emergencia y contingencia que se fueron elaborando en las instancias locales y regionales de Clopad y Crepad²¹.

Personal de salud

Afianzar su capacidad para cumplir las normas, protocolos, guías y lineamientos técnicos aplicables a los temas de SSR y SM, posicionando los enfoques y perspectivas adoptados en esta experiencia, como son el enfoque de derechos, la perspectiva de género, la acción sin daño y las responsabilidades institucionales en la preservación y mantenimiento de la salud individual y colectiva de la población afectada y damnificada por la emergencia.

C. Dotación con insumos

El establecimiento de paquetes iniciales mínimos de salud sexual y reproductiva y salud mental, permitió apropiarse los insumos básicos requeridos para la atención inicial en salud en estos dos componentes.

Fue necesario considerar dentro del proceso, el **entrenamiento y/o actualización a los equipos de salud locales**, pues se observó, en general, una débil capacidad institucional en los equipos locales responsables de la respuesta en salud, tanto de las direcciones o secretarías locales de salud como de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

En la siguiente tabla se detalla la distribución institucional de kits, al tiempo que se presentan datos de funcionarios asesorados tanto en los aspectos técnicos de uso y atención con los kits suministrados, como en aspectos de gestión institucional con lo que se promovió la adopción de políticas institucionales para asegurar la adquisición, reposición y mantenimiento de stocks institucionales proyectados según la población de influencia, **asegurando de esta manera la disponibilidad inmediata para la atención en salud sexual y reproductiva y en las situaciones de violencia sexual que suelen registrarse en contextos de emergencias y desastres.**



Tabla No. 8

Fortalecimiento de capacidad institucional para la respuesta en salud sexual y reproductiva

Departamentos y municipios priorizados									
Departamentos priorizados	8	1	2	3	4	5	6	7	8
	Atlántico	Bolívar	Chocó	Córdoba	Guajira	Magdalena	Sucre	Valle	
Número de municipios intervenidos	67	8	9	10	10	8	9	7	6
Número de IPS a las que se entregaron kits	97	9	10	12	12	28	11	8	7
Número de IPS con personal capacitado antes de la entrega	21	4	0	1	4	1	1	4	6
% de capacidad de uso encontrada		44%	0%	8%	33%	4%	9%	50%	86%
Número de IPS con personal capacitado después de la entrega	83	9	9	12	10	17	11	8	7
% de capacidad de uso instalada		100%	90%	100%	83%	61%	100%	100%	100%

Fuente: informes kits Equipo Ola Invernal 2011.

Notas bibliográficas

- 19 Testimonio tomado de entrevista a profesional integrante del equipo técnico nacional.
- 20 En este grupo se incluyeron, aparte de los funcionarios de las direcciones municipales y departamentales de salud, profesionales y técnicos del ICBF, Comisarias de Familia, CAIVAS, CAVIF, Defensoría de Familia, IPS, EPS, algunos de ellos por su responsabilidad específica en materia de protección y atención a víctimas de las violencias doméstica y sexual.
- 21 Durante el proceso de monitoreo realizado en el primer trimestre de 2012, se pudo constatar que en el 18% de los municipios se incorporaron de forma explícita acciones de SM o SSR en sus PLEC.

Estrategias utilizadas en el ámbito comunitario

1. Fortalecimiento de la organización social comunitaria

Con respecto al fortalecimiento comunitario, con las acciones se buscó contribuir a la identificación o fortalecimiento de redes protectoras en los albergues, cambuches y demás lugares donde se encontrara la población afectada por la ola invernal, para ello se tomó en consideración la base conceptual del Modelo de Atención Primaria en Salud –APS²².

Este modelo plantea que las acciones de respuesta incluyan el fortalecimiento de la participación social, recogiendo aspectos identitarios, culturales, sociales y políticos –individuales, familiares y comunitarios– a fin de afianzar capacidades y destrezas para hacer frente a las situaciones de riesgo incrementadas como las que se presentan en contextos de emergencias o desastres.

Acciones

Recopilar información inicial a través de fuentes primarias, mediante entrevistas o conversatorios con líderes y habitantes.



Acercamiento a redes sociales o actores sociales claves de los municipios.

Para

Construir un directorio de recursos comunitarios y mapeo de actores.²³

Con el fin de

Reconocer sus dinámicas mediante un ejercicio de caracterización de las redes y líderes existentes en las zonas donde habitaban poblaciones afectadas por la ola invernal, tanto en los albergues como en los cambuches, generando establecimiento de acuerdos y compromisos comunitarios.²⁴



2.3.2. Acciones de atención en salud mental y salud sexual y reproductiva en contextos de emergencias

Los miembros del equipo fueron entrenados para ofrecer una primera ayuda psicológica a las personas afectadas, abordándolas en su integridad biopsicosocial

En la implementación de las acciones y estrategias de atención propiamente dicha en los lugares de albergue y luego de evaluar las necesidades iniciales: por parte del equipo interdisciplinario fue importante la habilidad para el reconocimiento de las necesidades específicas que surgen del ciclo vital y en cada una de las etapas de éste según los propios procesos de salud-enfermedad a los que se enfrentan las personas afectadas en contextos de emergencia o desastre.

Durante la atención se buscó “facilitar o favorecer, la mayor autonomía de las personas y familias, en su salud y en los procesos de recuperación y rehabilitación”²⁷ independientemente de si la afectación en salud correspondía a enfermedades de base a aquellas asociadas de forma directa al contexto de la emergencia. El equipo interdisciplinario, a su vez, se ocupó de realizar seguimiento y acciones de promoción en salud, tanto a nivel individual como colectivo, involucrando en los casos que fue necesario a los/las cuidadores directos de aquellas personas cuya condición así lo ameritaba.

La atención fue comprendida desde dos perspectivas:



Salud colectiva

Perspectiva terapéutica individual

Se tuvo un abordaje comunitario

A partir de la cual es posible brindar respuestas preventivas o curativas frente a problemáticas específicas de salud individual, familiar o comunitaria

Dificultades en los servicios de salud

“...prácticamente los equipos han logrado diagnosticar que en estas zonas aisladas, pobres, muy afectadas, hay un vacío importante en la prestación de servicios de salud y sobretodo hay un vacío importante en el gran fraccionamiento que hay entre las funciones de los actores del sistema, Ministerio, Secretarías, IPS, EPS, en cuanto al cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud y para el caso de los municipios del Plan de Intervenciones Colectivas...sumado a los altos costos de transporte por vía fluvial de la mayoría de estos municipios, terminan siendo factores que no permiten el acceso a los servicios de salud por parte de estas comunidades”.

(Testimonio de entrevista a profesional integrante del equipo nacional).

Proceso de inducción

Una de las consideraciones a tener en cuenta, especialmente para el componente de salud mental, es que las personas no buscan ni solicitan la atención por psicología, lo que hace pertinente que se realice un proceso de inducción de la demanda a través de una búsqueda activa de las personas que requieran atención, en cada albergue o zona de retorno.

La salud mental en contextos de emergencia se vuelve un área sensible y ha de estar siempre incluida en los paquetes básicos de atención humanitaria

Tamizajes

Se trabajó aplicando “tamizajes”, apoyados en el enfoque de acción sin daño.

Se evitó la aplicación masiva de los tamizajes, en primer lugar porque al hacerlo masivamente se generan expectativas infundadas entre la población sobre acciones siguientes de atención para las cuales no había capacidad de respuesta terapéutica, no habían recursos institucionales o redes de servicios especializados en los municipios, para dar respuesta a los eventos de salud mental de acuerdo con el hallazgo de los tamizajes; en segundo lugar, porque no era misional de esta estrategia y técnicamente daría información distorsionada, con datos de tendencias afectados por las situaciones coyunturales de la emergencia, que podrían llegar a hacer poco fiable el resultado de la aplicación del tamizaje.

A partir de estos análisis, en la experiencia se decide aplicar selectivamente el tamizaje sólo a aquellas personas a quienes se les detectara hallazgos específicos que con criterio profesional se hicieran evidentes.

Se utilizó como metodología de caracterización el Caleidoscopio.



La salud mental en contextos de emergencia se vuelve un área sensible y ha de estar siempre incluida en los paquetes básicos de atención humanitaria, puesto que por cuenta de las pérdidas materiales o humanas, afloran emociones y afectaciones psicológicas que ameritan procesos terapéuticos, siendo unas veces suficiente el manejo con intervenciones breves.



2.3.4. La movilización de atención institucional local y regional



Desde esta experiencia se tuvo especial interés en movilizar los distintos actores institucionales locales, IPS y EPS, para la atención en salud especialmente de las comunidades con mayores barreras de acceso, logrando que en la mayoría de los municipios se realizaran jornadas conjuntas de atención, sin que ello signifique aún garantía para la permanente oferta y disponibilidad de servicios.

Equipos territoriales

*“Cuando nosotros llegamos, generamos la presión –porque éramos como representación del Ministerio, del nivel nacional–, que eso me parece que es una de las cosas importantes que se ha logrado con estos equipos territoriales...creo que es una muy buena alternativa mantener esos equipos territoriales, porque generan una presión, frente a la articulación, y frente al desarrollo de acciones en el territorio”.*²⁹

2.3.5. Factores favorables de la cuarta etapa

La experiencia se convirtió en una oportunidad para realizar las acciones de promoción y atención en salud en temas prioritarios de la salud pública, brindando la oportunidad de detectar situaciones y casos que fueron posteriormente atendidos por las instituciones competentes y responsables como es el caso de las Empresas Administradores de Planes de Beneficios – EAPB.

La apertura hacia imaginarios colectivos y el diseño de intervenciones participativas que posibilitan la generación de nuevos conocimientos y aprendizajes en doble vía.

Hallazgos de este proyecto

“...fue uno de los hallazgos enormes de este proyecto, es que realmente el tema de la violencia basada en género, el maltrato, la trata, el abuso con menores de edad, el abuso sexual, son problemas enormes, tanto social como de la salud pública en los municipios en los que nosotros estuvimos...ligado muchas veces a prácticas culturales de machismo, a la presencia de actores del conflicto...”

(Testimonio entrevista a equipo nacional).

Notas

bibliográficas

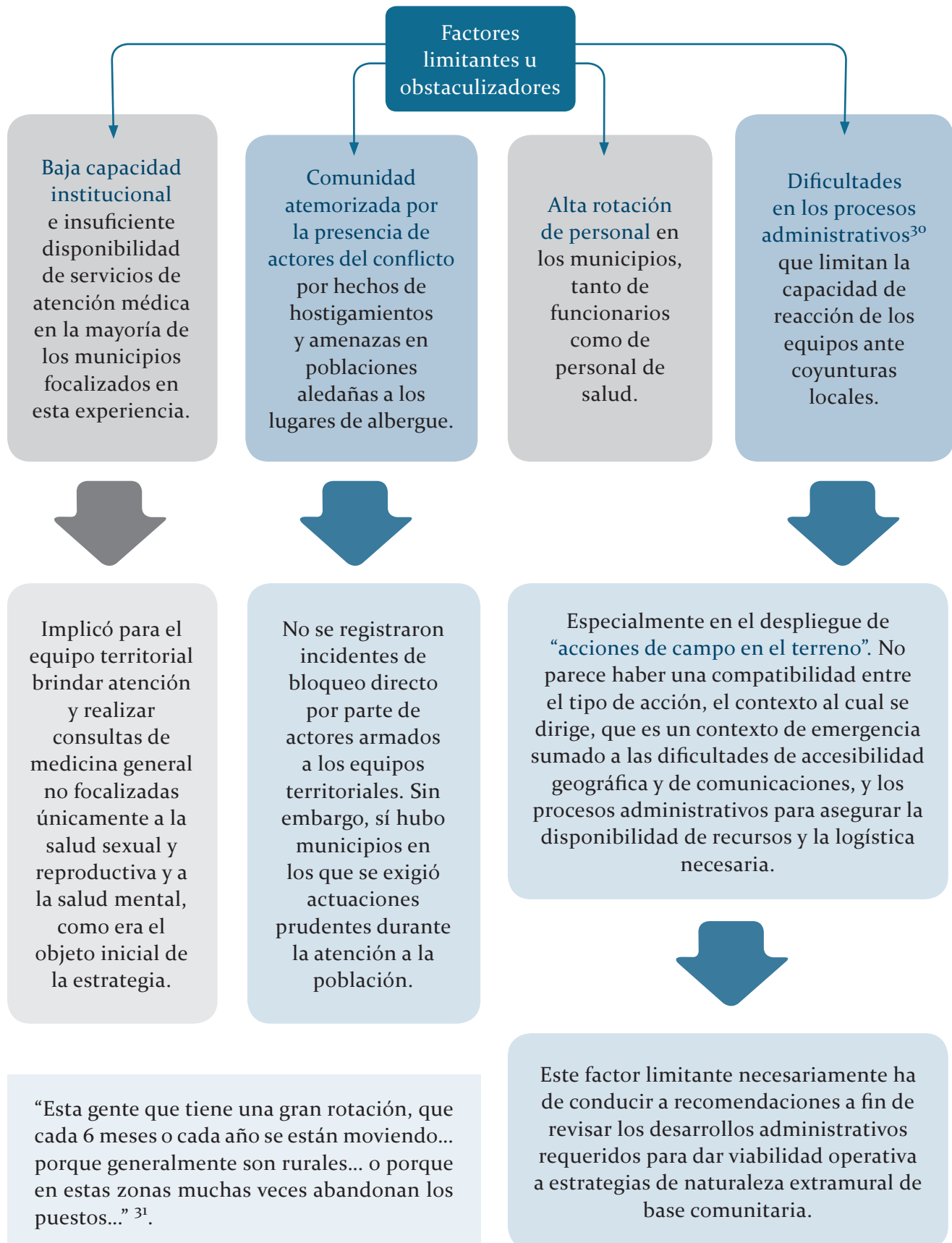
29 Testimonio entrevista a miembro del equipo técnico nacional.

30 Este hallazgo estuvo referido en todas las fuentes consultadas para realizar la sistematización de la experiencia, por lo que se recomienda a las entidades gestoras del proyecto registrar particular atención al respecto.

31 Testimonio entrevista a miembro del equipo técnico nacional.



2.3.6. Factores limitantes u obstaculizadores de la cuarta etapa



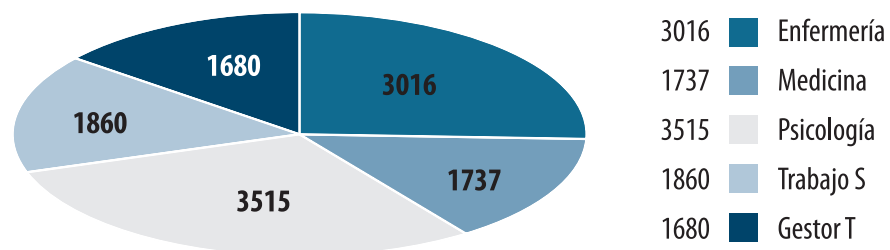
Consolidado de personas atendidas por eje disciplinar

La población atendida encontró en los equipos territoriales una respuesta en salud a la que difícilmente habría accedido con la infraestructura y dinámica de oferta institucional en salud disponible en los municipios

La atención brindada a la población damnificada por la emergencia, desde los distintos ejes disciplinares, alcanzó una cobertura de 11.808 personas, destacándose que la población atendida encontró en los equipos territoriales una respuesta en salud a la que difícilmente habría accedido con la infraestructura y dinámica de oferta institucional en salud disponible en los municipios.

Figura 6

Personas atendidas por eje disciplinar



Otras actividades colectivas desarrolladas a lo largo de la experiencia corresponden a talleres y mesas con participación de diversos actores locales y regionales, así como actividades de asistencia técnica, registrándose en este tópico 61 actividades de asistencia técnica a Clopad, 20 actividades de asistencia técnica a Crepad, 7 mesas para la superación de barreras de acceso a los servicios de SSR y SM y 112 talleres³² con participación de funcionarios y personas de la comunidad beneficiaria directa de las acciones del proyecto.



Notas bibliográficas

32 Corresponde a la sumatoria de talleres realizados por los integrantes de los equipos territoriales y los integrantes del equipo técnico nacional.

Una de las grandes dificultades fue que la estrategia cursara en medio de un período en el que se produjo el cambio de gobernantes locales y regionales, y en muchos municipios de las directivas de los hospitales públicos

4 La visibilidad y el proceso que inició para desnaturalizar prácticas lesivas que ponen en riesgo a la población, especialmente las niñas, adolescentes y mujeres. En lo operativo, luego de haber obtenido el diagnóstico de situación, el profesional de enfermería promueve la elaboración del plan de acción y la suscripción de actas de compromiso para superar las principales problemáticas identificadas.

5 Se buscó contribuir al empoderamiento comunitario mediante acciones de capacitación y difusión de los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo su apropiación, especialmente desde un enfoque diferencial. Desde lo operativo el profesional de Trabajo social busca promover en las comunidades afectadas por situaciones de emergencias y desastres, la capacidad para ejercer y exigir la garantía de sus derechos, mejorando así su propia salud sexual y reproductiva y, en consecuencia, disminuyendo los factores de riesgo.

6 Con el fin de asegurar y mantener la coordinación y articulación a los procesos de respuesta regionales y la rectoría de la autoridad sanitaria en las regiones, se estableció como mecanismo de acción el aval de los planes por parte de dicha autoridad, de tal manera que ninguna acción del equipo regional estuviera por fuera de los marcos institucionales de respuesta.

7 En contextos como el de esta experiencia, se hace indispensable el enfoque de la salud colectiva más allá del enfoque de la salud individual, siendo fundamental la adopción de perspectivas como la que otorga la Atención Primaria en Salud. Esta propuesta se fundamenta, por una parte, en la participación comunitaria como actor clave en la promoción, recuperación y mantenimiento de la salud y, por otra, en la perspectiva de la salud colectiva como prioridad en cuya respuesta están presentes actores de otros sectores del desarrollo y no como responsabilidad exclusiva del sector salud. Esto sustenta una vez más la pertinencia de la actuación sistémica facilitada en lo estructural por el Sistema Nacional de Atención y Prevención de Desastres SNPAD.

2.4.2. Factores favorables de esta cuarta etapa

Uno de los factores que favoreció la experiencia es el posicionamiento técnico como rector de la política nacional de salud del que goza el Ministerio de Salud en las regiones, no solamente en el plano sectorial sino en los Clopad y Crepad como estructuras del Sistema Nacional de Prevención y Atención de Emergencias. Esto permitió llevar a cabo las acciones coordinadas y permear las dinámicas locales para la gestión y respuesta ante la emergencia en los temas priorizados de salud sexual y reproductiva y salud mental.

