

PREPARE Eje Cafetero

PREPARACIÓN PARA REDUCIR EL
IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO
DE LOS TERREMOTOS



PROTOCOLO Respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre en el eje cafetero

Documento para discusión



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

miyamoto. EARTHQUAKE +
STRUCTURAL
ENGINEERS

PROTOCOLO

Respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre en el eje cafetero. Documento para discusión

Agradecimientos

Programa de Preparación para reducir el impacto social y económico de los terremotos PREPARE

Miyamoto International Inc.

Bureau for Humanitarian Assistance

Agency for International Development - USAID

Coordinador de Proyecto

Jaime Eraso

Primer equipo consultor

Elaboración inicial del protocolo

Sandra Milena Varón Velásquez

Trabajadora social, Magister en Desarrollo Regional y Planificación del Territorio

Segundo equipo consultor

Revisión y elaboración final del protocolo

Lina Andrea Zambrano Hernández

Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres
Universidad de Manizales.

Psicóloga, Especialista y Magister en Salud Pública. Doctoranda en Didáctica y Conciencia Histórica

William Oswaldo Gaviria Gutiérrez

Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres
Universidad de Manizales.

Psicólogo, Magister en Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente.
Doctorando en Conocimiento y Cultura para América Latina

Viviana Ramírez Loaiza

Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres
Universidad de Manizales.

Psicóloga, Magister en Artes Creativas y Salud Mental

Juan Diego Agudelo Orozco

Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres
Universidad de Manizales.

Practicante psicología

Protocolo

Respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastres en el eje cafetero

Documento para discusión

1. Introducción

El gran desastre asociado a la erupción del volcán Nevado del Ruiz o Cumanday en 1985 marca un hito en la historia de Colombia con respecto a la gestión de riesgo de desastres. Tres años después de este suceso se conforma el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres –SNPAD– (Ley 46, 2 de junio de 1988), posicionándose como el primer sistema en manejo de emergencias o desastres en América Latina y el Caribe (UNDRR, 2021). Posteriormente, en el año 1999 específicamente, el Eje Cafetero, especialmente el municipio de Armenia, es impactado por un terremoto que deja alrededor de 1.185 muertos, así como profundos daños estructurales, sociales y económicos en la región (UNDRR, 2021). En el transcurso y el después de este devastador suceso salen un sinnúmero de aprendizajes que nutren lo que desde el 2012 se empieza a conocer en Colombia como el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres por medio de la ley 1523.

Como país realizamos la transición de una organización política enfocada en la administración de desastres, sustentada desde una gestión reactiva ante cualquier emergencia o desastre que era el mandato principal del SNPAD, a una política que integrara acciones de conocimiento y reducción del riesgo de desastres a nivel local, departamental y nacional; incluyendo una mayor profundidad de lo que implicaba la rehabilitación y recuperación de un territorio después de una emergencia o desastre. Esto no quiere decir que esta transición jurídica-administrativa e institucional subestimó la necesidad de seguir fortaleciendo los preparativos para la respuesta. Es menester recordar que, de la población que habita en el país, “cerca del 87% se encuentra expuesta a amenaza sísmica alta e intermedia, más de 82% está expuesta a amenaza alta por movimientos en masa; mientras que alrededor del 14.5% se encuentra expuesta a amenaza por tsunami y más de 0.7% se encuentra expuesta a amenaza volcánica alta y media” (UNGRD, Abril 23, 2020).

Considerando el aumento de pobreza extrema, el aumento en la desigualdad con el incremento en el índice de Gini, los movimientos migratorios, el desplazamiento interno y demás factores sociales, económicos y políticos que llevan a que se incremente la vulnerabilidad en el país (UNDRR, 2021), estas amenazas se configuran en riesgos que pueden dar paso a emergencias o desastres. Considerando que las emergencias o desastres son interpretados como crisis en tanto que, son eventos inesperados que pueden generar desequilibrio en uno o varios elementos del ámbito físico, psicológico, social, ambiental, económico (Cortés, 1993), es necesario que las disciplinas que le ocupan los estudios psicosociales respondan con acciones claras y sin daño en estos momentos de crisis, acompañando especialmente a las personas damnificadas, así como a quienes han brindado una primera respuesta a nivel comunitario e institucional.

En consecuencia, la respuesta psicosocial se convierte en un componente primordial dentro del manejo de desastres, teniendo en cuenta que la salud mental como su núcleo fundante para su respectivo análisis y ejecución, se posiciona como un derecho en la ciudadanía y un bien individual y colectivo que impacta las diferentes esferas de la realidad (lo económico, social, cultural, político).

En este sentido, el propósito del presente protocolo está centrado en proporcionar lineamientos de actuación interinstitucional, y por ende, intersectorial en el ámbito psicosocial durante la fase de respuesta ante una emergencia o desastre asociado a fenómenos naturales y socio-naturales. Este protocolo está dirigido a la región del Eje Cafetero, constituida por los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío, y a su personal psicosocial vinculado en las instancias territoriales que hacen parte del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD), especialmente los Consejos Departamentales y Municipales para la Gestión del Riesgo de Desastres (CDGRD y CMGRD respectivamente), así como aquellas instancias que tienen como mandato el cumplimiento del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y la Política Nacional de Salud Mental en Colombia (Ley 1616 de 2013).

El presente protocolo de respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre en el Eje Cafetero se convierte en un aporte para lograr una gestión integral del riesgo donde las acciones que se realicen en el ámbito de la salud mental ante momentos de crisis puedan incluir consideraciones en el conocimiento y la reducción del riesgo de desastres.

Si bien el presente protocolo está enfocado en situaciones de emergencia y/o desastre asociado a fenómenos naturales y/o socio-naturales, se retoman algunas definiciones que realizan políticas y decretos en el marco de la reparación a víctimas del conflicto armado, específicamente el PAPSIVI, reconociendo sus considerables avances en el enfoque e intervención psicosocial desde el sector público.

Por último, se hace la salvedad que el presente protocolo configura un insumo para la discusión, validación y ajuste por las instancias departamentales y municipales, especialmente por los CDGRD y CMGRD del Eje Cafetero.

2. Marco normativo internacional, nacional y local

El presente protocolo de respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre en el Eje Cafetero se enmarca en un contexto legal a nivel regional, nacional e internacional que a continuación se menciona. La implementación de esta propuesta a nivel municipal y departamental puede posicionarse como aporte al cumplimiento del Artículo 30, parágrafo 2 donde se indica que las instancias de coordinación departamental “deben promover, asesorar y hacer seguimiento al desempeño de las asociaciones de consejos territoriales del orden municipal en su respectiva jurisdicción”

Contexto internacional

Bajo el marco legal y normativo a nivel internacional se presenta la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los Convenios de Ginebra, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, además del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adicionalmente y bajo el mandato de la población priorizada en el enfoque diferencial el cual está inscrito el presente protocolo, se presenta como antecedentes la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares; La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación

contra la Mujer, La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, y la Convención Interamericana sobre derechos de las Personas Adultas Mayores.

La *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, en su Artículo 25, establece “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. Así, para asegurar este derecho en cada ser humano y en cada comunidad, la reducción del riesgo de desastres se convierte en una tarea imperante para todos los estados. En consonancia, el Marco de Sendai se posiciona como principal directriz en una agenda 2015-2030 para diseñar “medidas integradas e inclusivas de índole económica, estructural, jurídica, social, sanitaria, cultural, educativa, ambiental, tecnológica, política e institucional que prevengan y reduzcan el grado de exposición a las amenazas y la vulnerabilidad a los desastres, aumenten la preparación para la respuesta y la recuperación y refuercen de ese modo la resiliencia”. Ahora bien, para alcanzar este objetivo, este marco establece como una de sus prioridades: “aumentar la preparación para casos de desastre a fin de dar una respuesta eficaz y reconstruir mejor en los ámbitos de la recuperación, la rehabilitación y la reconstrucción”. Particularmente, a nivel nacional y local, exhortan por “reforzar los planes de recuperación para prestar servicios de apoyo psicosocial y salud mental a todas las personas necesitadas”.

En complemento, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible refiere en su objetivo tres “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Para ello, este ODS determina como una de sus metas para el 2030 “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”. Por su parte *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* establece en su Artículo 12, Primer punto “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Se hace hincapié, además, en los cuatro Convenios de Ginebra, especialmente en el III convenio (CICR, 12 de agosto de 1949) relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, específicamente su artículo 3° en el que se detalla que todas las personas involucradas directamente o no en medio de un enfrentamiento “serán, en todas las circunstancias, tratadas con humanidad, sin distinción alguna de índole desfavorable basada en la raza, el color, la religión o la creencia, el sexo, el nacimiento o la fortuna o cualquier otro criterio análogo”. Más adelante se hace énfasis que “Un organismo humanitario imparcial, tal como el Comité Internacional de la Cruz Roja, podrá ofrecer sus servicios a las Partes en conflicto”. Estos convenios no solo permiten entender el rol primordial de los organismos de socorro, sino, además, la necesidad de que toda respuesta esté centrada en las personas y la dignidad humana, independientemente de la crisis que esté sucediendo en territorio. En este mismo sentido, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966) determina en su artículo 2, primer inciso, que “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.

Bajo este, es importante citar algunas convenciones y declaraciones que sustentan el enfoque diferencial; en cuanto es esta mirada la que permite reconocer la necesidad de realizar una serie de acciones ajustadas que permitan involucrar a poblaciones históricamente marginalizadas.

La *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* en su Artículo 11 especifica que todos los estados parte adoptaran “todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales”. Ahora bien, reconociendo la dinámica migratoria que está teniendo el país y que hace que se asumen otro tipo de desafíos en los momentos de respuesta a emergencias o desastres, es importante tener como mandato el artículo 43, especialmente su inciso E, de la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*, en el que “Los trabajadores migratorios gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo en relación con (...) e) El acceso a los servicios sociales y de salud, siempre que se hayan satisfecho los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes”

En lo que respecta a una atención diferenciada a la mujer, a la niñez y al adulto mayor, quienes son reconocidos como población priorizada en momentos de emergencia o desastre, se presenta dentro del marco normativo del protocolo de respuesta psicosocial tres convenciones. *La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, específicamente su artículo 10 que declarara* “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres”. En el inciso H se cita como medida “el Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia (...)”. *La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, especialmente el Artículo 17* que determina que “Los Estados Partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental (...)”.

Por último, la *Convención Interamericana sobre derechos de las Personas Adultas Mayores*, haciendo hincapié en su artículo 29 que alude a las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias; “Los Estados Parte tomarán todas las medidas específicas que sean necesarias para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres, de conformidad con las normas de derecho internacional, en particular del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario. Los Estados Parte adoptarán medidas de atención específicas a las necesidades de la persona mayor en la preparación, prevención, reconstrucción y recuperación en situaciones de emergencias, desastres o conflictos”.

Por último, se reitera la importancia de acciones que reconozcan particularidades culturales así como la diversidad de cosmovisiones que tenemos en el país que se convierten en una de las bases primordiales para definir planes de respuesta psicosocial en cada territorio. De ahí que sea importante enfatizar el artículo 5° de *La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial*; “los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos”, dando prioridad a su inciso sexto que establece “El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales”.

Contexto nacional

El marco normativo a nivel nacional es cobijado por: la Constitución Política de Colombia, Ley 1523 del 24 de abril de 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”, así como el decreto 2157 del 20 de diciembre de 2017 que exige la implementación de su artículo 42 en entidades públicas y privadas; La Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones” y la resolución 04886 del 7 de noviembre de 2018 que exhorta por una Política Nacional de Salud; por último y no menos importante, la resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio del cual se estructura el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 para Colombia.

El artículo 13 de la *Constitución Política de Colombia* declara que “[...] El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”. Considerando la condición de vulnerabilidad que se genera alrededor de una emergencia o desastre, especialmente para el ámbito de la salud asignado al presente protocolo, el artículo 49 (Artículo modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009) declara que, “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

La Ley 1523 del 24 de abril de 2012 “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”, permite evidenciar el principio de corresponsabilidad que se convierte en mandato en las acciones de gestión del riesgo de desastres (en adelante GRD), a través de su artículo 2, “La gestión del riesgo es responsabilidad de todas las autoridades y de los habitantes del territorio colombiano. En cumplimiento de esta responsabilidad, las entidades públicas, privadas y comunitarias desarrollarán y ejecutarán los procesos de gestión del riesgo, entendiéndose: conocimiento del riesgo, reducción del riesgo y manejo de desastres, en el marco de sus competencias, su ámbito de actuación y su jurisdicción, como componentes del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (...)”.

El artículo subsiguiente de la ley (Artículo 3) establece los principios generales que guían las acciones, para el presente caso, de respuesta a emergencias “Los principios generales que orientan la gestión del riesgo son: igualdad, protección, solidaridad social, autoconservación, participativo, diversidad cultural, interés público o social, precaución, sostenibilidad ambiental, gradualidad, sistémico, coordinación, concurrencia, subsidiariedad, oportuna información”. El artículo 28 dictamina la conformación de los consejos territoriales con el respectivo parágrafo los cuales cumplen un rol y una función esencial para una respuesta psicosocial efectiva en momentos de emergencia y/o desastre; “Los consejos territoriales están dirigidos por el gobernador o alcalde de la respectiva jurisdicción e incorporarán a los funcionarios de la gobernación o alcaldía y de las entidades descentralizadas del orden departamental, distrital o municipal y representantes del sector privado y comunitario”; en su parágrafo 1º, determina que “Los Consejos Territoriales podrán invitar a sus sesiones a técnicos, expertos, profesionales, representantes de gremios o universidades para tratar temas relevantes a la gestión del riesgo.

Así mismo, podrán convocar a representantes o delegados de otras organizaciones o a personalidades de reconocido prestigio y de relevancia social en su respectiva comunidad para lograr una mayor integración y respaldo comunitario en el conocimiento y las decisiones de los asuntos de su

competencia”. Adicionalmente, en el artículo 35 se cita la estrategia nacional para la respuesta a emergencias donde la salud entra como una prestación de servicio básico prioritaria.

Para el año 2017, sale el *Decreto 2157 del 20 de diciembre, "por medio del cual se adoptan directrices generales para la elaboración del plan de gestión del riesgo de desastres de las entidades públicas y privadas en el marco del artículo 42 de la ley 1523 de 2012*. Este decreto puntualiza que “el Plan de Gestión del Riesgo de Desastres de las Entidades Públicas y Privadas busca garantizar, en el área de influencia afectada por la entidad, la protección de las personas y sus bienes, salud, medios de vida y bienes de producción, así como los activos culturales y ambientales [...]”. De ahí la importancia de entender el principio de corresponsabilidad que exhorta la ley de gestión del riesgo de desastres para situaciones de respuesta, específicamente en el ámbito de la salud.

Paralela a esta normatividad en el contexto de la GRD, Colombia presenta una normatividad, además, en el ámbito de la salud mental que permitirá entender la importancia del desarrollo del presente protocolo. La *Ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones* resulta fundamental como referente contextual en cuanto posiciona la salud mental como un derecho que debe garantizarse plenamente en el territorio nacional bajo “una Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Adicionalmente, el artículo 27 exhorta por la garantía de participación en la sociedad civil para la definición de planes, programas y protocolos en el ámbito de la salud mental. Desde esta posición colaborativa, el artículo 30 establece las “Funciones del Consejo Nacional de Salud Mental”, en su punto tercero, “Plantear acciones de articulación intersectorial y transectorial que impacten la prevención y la atención integral en salud mental”.

El 2 de noviembre de 2018 se emite la Resolución 4886 “*Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*”. La Estrategia de Gobernanza multinivel establecido en la Política Nacional de Salud Mental permite entender que hay una “responsabilidad compartida entre los distintos niveles de gobierno y permite a las autoridades públicas combinar sus experiencias para un mejor resultado del proceso de planificación e implementación de las políticas públicas (...)”. Bajo el mismo epígrafe se establecen los sujetos de especial protección de la presente política “mujeres, niños, niñas y adolescentes, grupos étnicos, población LGBTI, personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, población en emergencias y desastres, población privada de la libertad, migrantes y otras poblaciones vulnerables”. Adicionalmente, una de las estrategias mencionadas para lograr esta gobernanza multinivel es el “Fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental”; lo cual exige respuestas diferenciales para los sujetos de especial protección por parte del Estado y la sociedad; “implica, de una parte, el reconocimiento de otras culturas o prácticas culturales en razón de la diversidad regional y local, y de otra, promover las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel comunitario, familiar e individual, así como la identidad de los grupos étnicos”.

Estas acciones en el marco de la salud mental deben estar alineadas con el *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social)*. Entre todas sus prioridades, la Gestión Integral del riesgo en salud pública se resalta como un eje estratégico que “se centra en identificar los potenciales riesgos que pueden afectar la salud integral de las personas y comunidades, prevenirlos, evaluarlos e intervenirlos mediante acciones efectivas y respetuosas de la diversidad y cosmovisiones que comprenden de manera distinta lo que afecta los procesos de salud-enfermedad, y lo que puede ser una amenaza para la salud individual y colectiva”. Adicionalmente, la salud ambiental se establece como un pilar fundamental de la salud pública y por tanto como prioridad para el presente plan decenal. Bajo este mandato, se establece que “(...) es

necesario avanzar en el fortalecimiento, preparación de la respuesta y gestión adecuada del riesgo en emergencias y desastres naturales con impactos en la salud pública”. Por último, en este plan decenal que cobija a la fecha cualquier tipo de acción en el ámbito de la salud, exhorta el cumplimiento para el año 2031 del módulo orientador “Gestión de las amenazas individuales y colectivas en salud pública”; por medio del cual se establece como una de las estrategias “la gestión integral del riesgo de emergencias y desastre”.

Uno de los antecedentes normativos de este importante plan decenal para Colombia es la *Ley 1751 del 16 de febrero del 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud”*. El Artículo 9 establece que “es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud”; de ahí que la orientación de un protocolo de respuesta psicosocial sea importante para garantizar esta equidad en el ámbito de la salud mental.

Contexto regional - Eje Cafetero

A nivel regional se presenta como un instrumento clave el “Plan Estratégico Regional 2021-2033. Una estrategia para la reactivación económica, la recuperación social y la sostenibilidad ambiental de la región RAP¹ Eje Cafetero”. En este plan, se plantea la Gestión de Riesgos como una prioridad, identificando escenarios de riesgos para la región a partir de los planes departamentales y municipales de gestión del riesgo de desastres. Asimismo, este plan se encuentra alineado a la Misión Sistema de Ciudades establecido en el CONPES 3819² el cual presenta cuatro líneas de actuación: “[I] planear el Sistema de Ciudades en relación con el ordenamiento territorial nacional, [II] completar la planeación del sistema ambiental nacional en relación con el Sistema de Ciudades, [III] apoyar las ciudades en el manejo del riesgo de desastres, [IV] articular la planeación de las áreas rurales y la planeación urbana para ordenar el territorio”. En consonancia, este plan define como uno de los resultados esperados la “Formulación del Plan Regional de Gestión del Riesgo y Atención de Desastres en alineación con planes departamentales y municipales”, en el marco de la séptima Política del Hecho Regional Territorio Sostenible nominada “El Aumento y Mejoramiento de la Resiliencia y la Prestación de Servicios Ecosistémicos”.

Adicionalmente, Caldas, Quindío y Risaralda, han adoptado por medio de decreto la política nacional de salud mental. Para el caso de Caldas, se genera el Decreto No 0188 de 2018. En Quindío mediante el Decreto 098 del 4 de abril del 2022 y Risaralda, por medio del Decreto 1072 de 2020 desde el cual se crea el Consejo Departamental de Salud Mental.

3. Marco teórico-conceptual

El presente protocolo se configura bajo las comprensiones contemporáneas de los fenómenos sociales de riesgo, emergencia y desastres. Guardando sinergia también con las agendas internacionales, así

¹ “La Región Administrativa y de Planificación Eje Cafetero (RAP EC) tiene como propósito articular esfuerzos entre los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima para alcanzar objetivos de desarrollo centrales del sector económico, social, ambiental y tecnológico, a través de la dirección del Plan Estratégico Regional (PER), en los próximos 12 años” (RAP Eje Cafetero, 2021, p.16)

² El Sistema de Ciudades “busca establecer un marco de largo plazo para orientar, articular y hacer más eficientes a los propósitos de desarrollo, las actuaciones de las entidades nacionales en las ciudades y regiones del país, en concordancia con las condiciones específicas de cada lugar y con las políticas de las entidades territoriales” (DNP, 2014).

como la Política Nacional aplicable en la materia (Ley 1523 de 2012). Así, dos escenarios robustos han de ser tenidos en cuenta, por un lado, la construcción social del riesgo, la emergencia y el desastre y por el otro, lo psicosocial en cuanto enfoque y respuesta en los contextos de emergencia o desastre.

¿Por qué las emergencias o los desastres no son naturales?

Comprender el riesgo y el desastre como construcciones políticas, económicas, educativas y culturales, marca un hito para los estudios, programas y acciones relacionadas con la gestión del riesgo de desastres. Se deja de lado, la visión sobrenatural -es decir, aquello que sobrepasa cualquier tipo de responsabilidad humana- como única causa de los desastres, para transitar a un análisis sobre las predisposiciones sociales, institucionales y comunitarias conducentes a que la materialización de un riesgo se convierta en una interrupción parcial o total del funcionamiento cotidiano de un territorio (Maskrey, 1993).

En consecuencia, estas predisposiciones, nominadas actualmente como vulnerabilidades (Wilches-Chaux, 1993), permiten hacer un reconocimiento fundamental, si no se intervienen o transforman, el riesgo aumenta y con ello, la magnitud de una posible emergencia o desastre. Así, los fenómenos naturales no son los causantes de los desastres; “los desastres son riesgos no manejados” (Narvaez, Lavell y Pérez, 2009, p.29); son riesgos construidos que se intensifican cada vez más en cuanto la vulnerabilidad de la población aumenta (García, 2002)

Con base en lo anterior, el peligro asociado a un fenómeno natural no es equivalente a una emergencia o desastre, Las dinámicas de la naturaleza vinculadas a una erupción volcánica, movimiento en masa o inundación no pueden ser vistas, por sí mismas, como emergencias o desastres. Este entendimiento, le asigna una responsabilidad, para el presente caso, a las ciencias sociales y de la salud en comprender y transformar las vulnerabilidades en los territorios, toda vez que es allí donde radica el centro de la prevención.

La emergencia y el desastre solo se materializan si se presenta una amenaza y unas condiciones de vulnerabilidad que impiden una respuesta efectiva y oportuna ante diferentes tipos de riesgo. Plantear entonces que los “desastres son naturales” es evadir las responsabilidades sociales, políticas, económicas, culturales, estructurales, institucionales y territoriales indispensables para la reducción de un riesgo. De ahí que se nombre que el desastre es construido; es construido en la medida que hay vulnerabilidad.

En consecuencia, la gestión del riesgo de desastres, no está enfocada solamente en saber responder ante un desastre o recuperarse después de un evento catastrófico; lo que también busca es reducir los riesgos ya existentes y futuros. A esto se le llama la gestión correctiva y prospectiva del riesgo de desastre, respectivamente (Narvaez, Lavell y Pérez, 2009).

Ahora bien, para el presente protocolo, la gestión reactiva, es decir, aquella enfocada en los preparativos para la respuesta, la rehabilitación y recuperación; es la base para entender conceptualmente qué se entiende por respuesta psicosocial. Esto no quiere decir que no se tenga ningún tipo de análisis o acciones correctivas o prospectivas bajo este direccionamiento. Los tres subprocesos se visibilizan como ejes interrelacionados (Narvaez, Lavell y Pérez, 2009).

Por último, es importante entender que desde la Ley 1523 de 2012, por la cual se crea la Política de Gestión del Riesgo de Desastres en Colombia, se determinan tres subprocesos así como se verá en la sección de respuesta psicosocial: el conocimiento del riesgo, la reducción del riesgo y el manejo de

desastres. La gestión del riesgo reactiva tendría una relación más directa con el último subproceso. Ahora bien, esta relación estrecha no desconoce la interacción con las demás, tal que como la misma Ley inspira, todos los procesos se encuentran en nota de co-dependencia.

¿Qué es el enfoque y la respuesta psicosocial?

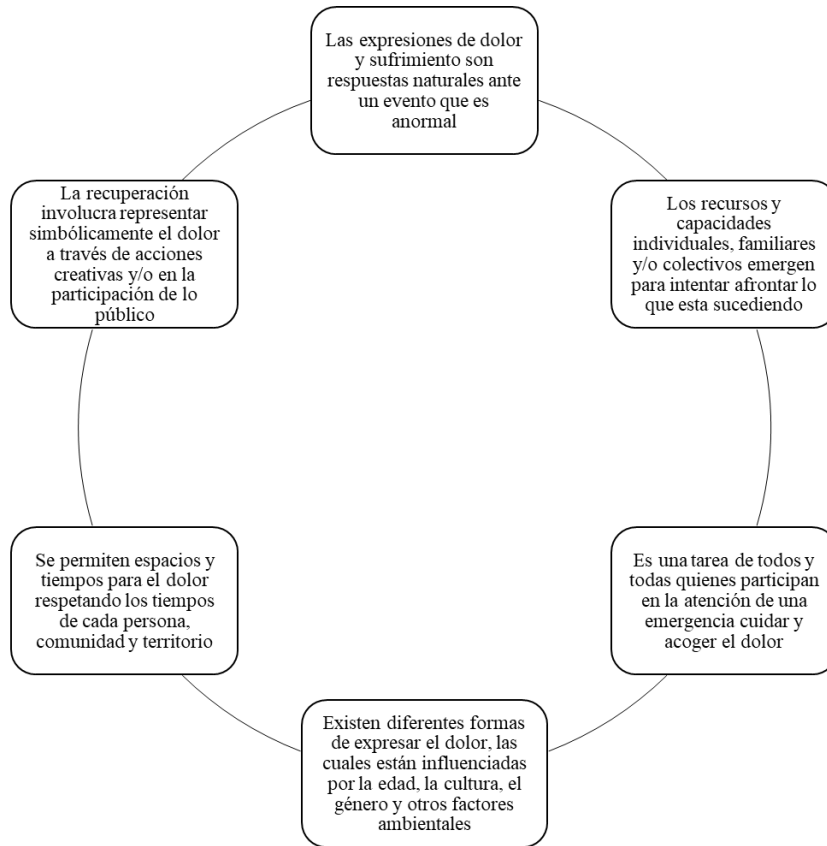
Se entiende como enfoque aquel marco que define la manera como se analiza la realidad y las acciones inmersas en ella. Para el presente caso, lo psicosocial como enfoque implica una visión transversal a la planeación, ejecución, desarrollo y evaluación de planes, proyectos, programas y acciones donde se reconoce la interrelación de los factores psicológicos y sociales como potenciales humanos que hacen posible “el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos (...)” (PAPSIVI, 2017).

En este sentido, el enfoque psicosocial busca integrar acciones que propendan por el fortalecimiento de la dignidad humana. La promoción y cuidado de la salud mental se convierte en uno de los núcleos de acción más importantes para llevar a cabo esta misión la cual está atravesada por una visión que reconoce y fomenta la capacidad humana y ecológica, así como la diversidad cultural y desarrollos de conocimientos no occidentales; de ahí que el enfoque diferencial sea parte sustantiva de una respuesta psicosocial ante emergencias y desastres (UNGRD, 2016).

Ahora bien ¿por qué hablar primero de enfoque y después de respuesta? el enfoque psicosocial permite entender que la realidad es compleja, y que planear y llevar a cabo una respuesta a una persona o grupo damnificado así como a quienes han brindado una primera respuesta a nivel comunitario e institucional debe integrar la mirada anteriormente mencionada; considerando que “si bien todas las personas en situación de riesgo necesitan apoyo, a menudo poseen capacidades y están en contacto con redes sociales, de manera que pueden contribuir al sostén de sus familias y participar activamente en la vida social, religiosa y política” (IASC, 2007, p.5).

Así, una respuesta psicosocial no es encontrar un diagnóstico psicopatológico ni ver a una persona damnificada como si fuera solo un sujeto en trauma. En contraste, el presente protocolo adopta las seis premisas definidas por la Unidad para las Víctimas (Decreto 4800 de 2011) como orientaciones del enfoque psicosocial, y por tanto, como una guía metodológica del enfoque. La figura 1 muestra una síntesis de ellas bajo el contexto de emergencias y desastres asociados a fenómenos naturales o socio-naturales.

Figura 1. Premisas clave del enfoque psicosocial



Síntesis realizada por las y los autores.

Información recuperada de: Ministerio de Salud y Protección social - MSPS. (2011). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI.

Lo psicosocial como enfoque, acentúa la identificación y reconocimiento de la diversidad humana como potencia para la actuación. Sabernos diversos posibilita la edificación amplia de acciones toda vez que no hay un privilegio al reduccionismo patológico, sino una apertura a las esferas de la vida. Lo psicosocial como enfoque se pregunta por las relaciones, emociones, dinámicas económicas, políticas, culturales, educativas, espirituales, étnicas, históricas y desde allí se proponen líneas de actuación que, particularmente para momentos de emergencia o desastre, se encuentran direccionadas por técnicas o instrumentos que permitan reducir el impacto emocional y físico de los eventos catastróficos. Así, el presente protocolo adopta *los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)* y *la Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastre (EDAN)* como medios fundamentales, no siendo los únicos, para una atención psicosocial oportuna e informada. A continuación, se definen ambas estrategias, así como conceptos clave para el presente protocolo:

Primeros auxilios psicológicos: Es una técnica de atención psicológica utilizada especialmente en momentos inusuales en la dinámica cotidiana del ser humano y que presenta un carácter potencialmente traumático para el bienestar de un ser humano, familia o comunidad. “De acuerdo a la OMS, PAP es recomendable puesto que fomenta factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo, según varios estudios y el consenso de muchas entidades

de ayuda humanitaria. Estos factores pueden ser: 1) sentirse seguro, conectado con otros, en calma y con esperanza; 2) tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y 3) sentirse capaz de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades” ((MINSAL, ONEMI, CIGIDEN y JICA, 2019, p.37)

Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastre (EDAN): es un instrumento recomendado por la Organización Panamericana de la Salud con el fin de definir el impacto en un territorio que la emergencia o el desastre tuvo en el sector salud. La aplicación de este instrumento permite tomar decisiones basadas en ‘información técnica de calidad, que permita diagnosticar, priorizar, planificar la intervención y solicitar recursos para la respuesta a emergencias de forma eficaz’ (OPS, 2010, p.I).

Atención psicosocial: conjunto de actividades enfocadas a la reducción del sufrimiento emocional en personas y comunidades, favoreciendo el afrontamiento y recuperación ante situaciones potencialmente traumáticas, a través del reconocimiento de sus capacidades y habilidades para la construcción de una vida digna en sus contextos de desarrollo. En manuales internacionales la atención psicosocial está asociada con el acompañamiento psicosocial y/o el apoyo psicosocial.

Amenazas naturales: “se originan en la dinámica propia de la tierra, como sismos, sequías, erupciones volcánicas” (UNGRD, 2016, p.13)

Amenazas socio-naturales: “aparentemente son naturales, pero en su ocurrencia e intensidad intervienen los seres humanos como las inundaciones y los deslizamientos” (UNGRD, 2016, p.13)

Desastre: “resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción” (UNGRD, 2016, p.8)

Emergencia: “caracterizada por la alteración o interrupción intensa y grave de las condiciones normales de funcionamiento u operación de una comunidad, causada por un evento adverso o por la inminencia del mismo, que obliga a una reacción inmediata y que requiere la respuesta de las instituciones del Estado, los medios de comunicación y de la comunidad en general” (UNGRD, 2016, p.8)

Gestión del Riesgo de Desastres (GRD): la ley 1523 de 2012, define por medio de su artículo 1° la GRD como un proceso social orientado a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres, con el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible”.

En complemento, el Plan Decenal de Salud Colombia 2022-2030 establece que la GRD requiere de una “gestión intersectorial de políticas públicas, planes y programas para la identificación y conocimiento del riesgo, prevención, mitigación y reducción de los riesgos y vulnerabilidades frente a las emergencias y desastres, así como su manejo; el desarrollo de sistemas de evaluación y análisis de riesgos y de la capacidad de gestión y respuesta; el fortalecimiento de las capacidades, gestión de infraestructura y desarrollo de sistemas y planes sectoriales de gestión integral del riesgo (p.143)

La planificación, ejecución y evaluación de planes, programas y medidas que se realizan en la gestión del riesgo de desastres debe alinearse con una perspectiva de desarrollo sostenible que no solo implica cumplir requerimientos ante estándares internacionales, tales como los referenciados en el marco normativo; también, y con un carácter prioritario, debe integrarse como un proceso de gestión del desarrollo global, sectorial, territorial, urbano, local, comunitario o familiar; y de la gestión ambiental

Respuesta Psicosocial: la respuesta hace parte de la gestión del riesgo reactiva y del manejo de desastres que según la ley 1523 de 2012 se basa en “la ejecución de las actividades necesarias para la atención de la emergencia como accesibilidad y transporte, telecomunicaciones, evaluación de daños y análisis de necesidades, salud y saneamiento básico, búsqueda y rescate, extinción de incendios y manejo de materiales peligrosos, albergues y alimentación, servicios públicos, seguridad y convivencia, aspectos financieros y legales, información pública y el manejo general de la respuesta, entre otros.”. Asimismo, establece que “la efectividad de la respuesta depende de la calidad de preparación”.

Considerando este contexto, la respuesta psicosocial es un proceso reactivo por medio del cual se busca restablecer el ejercicio pleno de derechos, contribuir al bienestar y cuidado propiciado por entornos seguros en los que participan el sistema familiar, social y cultural. La respuesta psicosocial tiene en cuenta la gestión prospectiva en cuanto es menester analizar la generación de posibles riesgos ante las decisiones venideras, así como la gestión correctiva del riesgo.

Salud mental: desde la ley 1616 de 2013 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental en Colombia, se define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. Bajo esta definición se entiende que la salud mental se aleja de perspectivas que solo se fundamentan en la ausencia de enfermedad y/o problema mental (IASC, 2007).

La salud mental, entonces, resulta ser “un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos (...)” (PAPSIVI, 2017). Por tanto, la salud mental se incorpora en perspectivas de bienestar en cuanto es fuerza esencial para el desarrollo humano, social, económico y político.

Vulnerabilidad: La vulnerabilidad hace referencia a una predisposición a sufrir daños y pérdidas (Narvaez, Lavell y Pérez, 2009). Esta predisposición se da por el conjunto de decisiones que el ser humano toma para sí mismo, para un territorio y/o comunidad que lleva a que cada vez más aumente su exposición; por ello, “toda causa de vulnerabilidad y toda expresión de vulnerabilidad, es social” (Narvaez, Lavell y Pérez, 2009, p.16). Es importante, además, entender que la vulnerabilidad no es equiparable a la pobreza.

4. Metodología

El presente protocolo de respuesta psicosocial en escenarios de emergencias o desastres asociados a fenómenos naturales y socio-naturales en el Eje Cafetero, son el producto del trabajo direccionado por USAID-BHA, liderado por la compañía Miyamoto International en el marco del programa

PREPARE EJE CAFETERO “Preparación para Reducir el Impacto Social y Económico de los Terremotos”.

4.1 Antecedentes metodológicos

El presente protocolo tiene como antecedentes los productos realizados en el marco de consultoría desarrollada en el año 2022 que tuvo como responsabilidad el análisis de cuatro (4) encuentros con algunas instituciones del sector gubernamental, académico y de la sociedad civil del Eje Cafetero. Estas mesas participativas se direccionaron bajo el objetivo de entender las respuestas psicosociales que se habían dado hasta la fecha desde cada entidad.

Según información del documento “Línea base para la elaboración de protocolos de respuesta y recuperación psicosocial en situaciones de emergencia y/o desastres originadas por eventos de diferente tipo a nivel local y regional Eje cafetero”, en estas mesas participaron: Oficina Municipal para la Gestión del Riesgo de Desastres OMGERD Armenia (Quindío), Unidad Departamental de Gestión del Riesgo de Desastres UDEGER Quindío, Hospital Mental de Filandia, Fundación Construyéndonos Quindío, Universidad San Buenaventura sede Armenia, Universidad del Quindío, Grupo Scout de Emergencias de Armenia, Secretaría de Salud de Armenia, Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE Quindío, Observatorio Psicosocial para la Gestión del Riesgo de Desastres-Universidad de Manizales; Dirección Territorial de Salud de Caldas, la Jefatura de Gestión del Riesgo, Medio Ambiente y Cambio Climático JEDEGER Caldas, Cruz Roja de Caldas, Secretaría de Medio Ambiente Gobierno de Caldas, Dirección de Gestión del Riesgo (DIGER) Pereira, Dirección de Gestión del Riesgo DIGER Dosquebradas (Risaralda), Cruz Roja de Risaralda, Gobernación de Risaralda, Paz y flora SAS Risaralda, Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres UNGRD desde la Estrategia Nacional de Fortalecimiento a Organizaciones Comunitarias y Comunitarias.

4.2 Desarrollo metodológico

Tabla I.

Fases metodológicas			
Fase I	Revisión documental	Temática: consultoría previa (2022)	3 documentos
		Temática: protocolos de respuesta psicosocial y/o atención psicosocial	5 documentos
		Temática: respuesta psicosocial en emergencias y desastres	10 artículos científicos 5 libros resultados de investigación
Fase II	Recolección de experiencias	Simposio Interdepartamental de GRD, Salud Mental y Perspectiva Psicosocial en la ciudad de Manizales (Octubre, 2022)	1 grabación (audio y video)
Fase III	Análisis de información	Análisis de contenido categorial	Matriz de análisis doble entrada
Fase IV	Resultados	Sistematización de información	Informe final
Fase V	Validación	Reunión de validación con Miyamoto	Informe final

5. Respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre

Consideraciones iniciales

La respuesta psicosocial se enmarca en el proceso de manejo de desastres referido por la Ley 1523 de 2012. Es importante enfatizar que el mismo guarda total relación con el conocimiento y la reducción del riesgo, así como se menciona en el marco teórico-conceptual. Esta sinergia se hace fundamental, toda vez que una planeación adecuada de la respuesta requiere de los insumos brindados por los otros dos procesos. La figura 1 resume la articulación de procesos de la GRD en Colombia.

Figura 3. Procesos y sub procesos de la GRD en Colombia



Fuente: UNGRD, 2017, p. 13

El conocimiento del riesgo, leído en clave de respuesta psicosocial, permite conocer y re-conocer los escenarios posibles de afectación, así como sus particularidades territoriales, ello va a permitir a los equipos psicosociales planear su trabajo de repuesta, teniendo muy presente las formas y modos de comunicación que se emplean en las comunidades e instituciones. A su vez, el monitoreo, análisis y evaluación del riesgo configura insumos fundamentales para la respuesta psicosocial toda vez que permite precisar en qué momento deben alistarse equipos psicosociales, tanto los comunitarios como los institucionales.

Por su parte, la reducción del riesgo, a través de la intervención prospectiva brinda información a los equipos psicosociales respecto a las formas en las que se está ordenando el territorio, tanto desde la visión institucional como de la comunitaria, esto posibilita detectar posibles conflictos culturales, económicos o políticos y desde allí planear la respuesta. Adicionalmente, la intervención correctiva permite saber sobre las acciones de mitigación que se vienen desarrollando, cómo se han vinculado las comunidades e instituciones a este proceso y con base en ello configurar la identificación de capacidades y potencialidades que podrían ser de relevancia en la respuesta. Por último, una lectura de la protección financiera, articulada a la respuesta psicosocial, posibilita precisar los recursos disponibles, institucionales y comunitarios.

Para finalizar, el manejo de desastres está compuesto por cuatro sub-procesos, dos de ellos asociados a la preparación y los dos restantes a la ejecución. Así, se tienen preparación y ejecución de la respuesta; así como preparación y ejecución de la recuperación. El presente protocolo se concentra en los primeros dos sub-procesos con el fin de brindar orientaciones de respuesta psicosocial en sinergia con *las Guías del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Desastres* (2007).

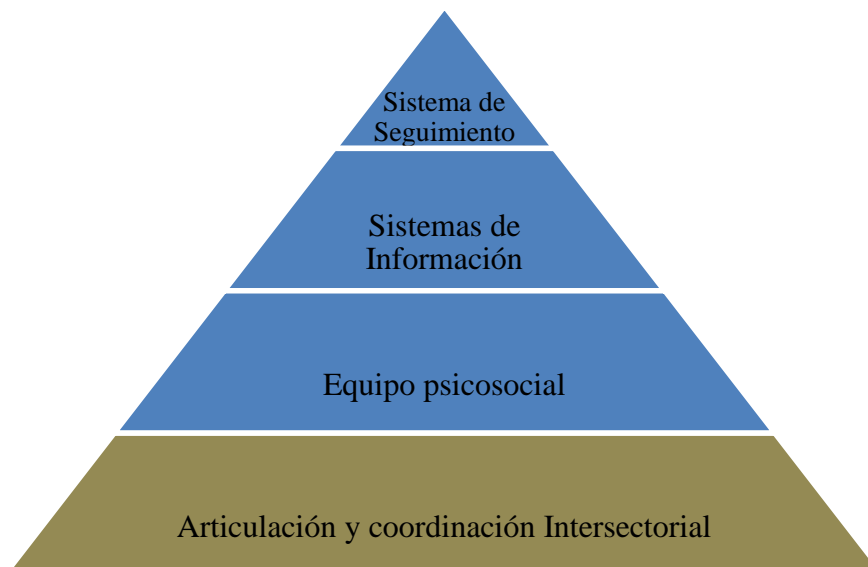
5.1 Preparación de la respuesta psicosocial

Tanto la preparación como la ejecución de la respuesta psicosocial toman como principal referencia “la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes” comúnmente conocida por sus siglas IASC MHPSS. Si bien estas guías resultan ser la base para los apartados posteriores en cuanto se posiciona como un instrumento base a nivel internacional, la información a continuación descrita es contextualizada a Colombia, específicamente a la región del Eje Cafetero, en el marco del SNGRD.

El presente protocolo se enfoca en la respuesta mínima que las instancias territoriales encargadas deben adoptar para proteger y atender la salud mental de la población, así como intervenir en factores sociales que pueden ser riesgosos y/o protectores para la población civil, así como para quienes se encuentran como primeros respondientes. Con Respuesta mínima se entiende que son “respuestas de alta prioridad que deben ponerse en práctica tan pronto como sea posible” (IASC, 2007, p.23); asimismo, se especificarán acciones adicionales que permiten fortalecer la respuesta y que serán diferenciadas en la síntesis **Protocolo. Respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre en el eje cafetero** (Anexo 1).

El presente protocolo toma como base la articulación y coordinación intersectorial con el fin de planear y consolidar: (1) Equipo de trabajo y formación, (2) Sistema de información para la toma de decisiones y (3) Sistema de seguimiento (Figura 2)

Figura 2. Marcos de acción en preparativos de la respuesta psicosocial



Fuente: autores

Articulación y coordinación intersectorial

Para lograr una respuesta psicosocial efectiva, se requiere una articulación entre el sector gubernamental, organismos de socorro, academia, representantes comunitarios y demás organizaciones de sociedad civil que tengan injerencia en la gestión del riesgo de desastres de la región del Eje Cafetero. Esta articulación intersectorial tendrá representación de diferentes sectores los cuales asumirán responsabilidades específicas en el momento de la emergencia. La coordinación estará a cargo del personal profesional psicosocial de la instancia territorial de gestión del riesgo de desastres (CMGRD, CDGRD) de la mano con la secretaría de salud, quienes tendrán una comunicación directa con el o la coordinadora del CMGRD o CDGRD con el fin de comunicar la toma de decisiones.

A nivel departamental y municipal la articulación y coordinación intersectorial tendrá la representación de:

1. Instancia territorial de gestión del riesgo de desastres (CDGRD o CMGRD)
2. Secretaría de salud
3. Secretaría de planeación
4. Secretaría de educación
5. Organismos de socorro
6. Representantes de Juntas de Acción Comunal o Juntas de Acción Local
7. Representantes comunidades étnicas (Consejos Regionales Indígenas de la región, así como representación de los Consejos Comunitarios Afro descendientes).
8. Universidades que tengan experiencia en GRD
9. Representante de Organizaciones No Gubernamentales Nacionales e Internacionales
10. Policía Nacional
11. Hospitales E.S.E
12. Equipos psicosociales establecidos en la región desde el sector público y privado
13. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
14. Servicio Geológico Colombiano
15. Medios de comunicación

Adicionalmente, se exhorta para que haya representación de la Secretaria de la mujer, Secretaria de desarrollo social y asuntos étnicos en los lugares que cuenten con esta representatividad, CRIDEC, el CRIR, así como representación de los Consejos Comunitarios Afro descendientes.

Son propósitos de la articulación y coordinación intersectorial:

1. Implementar el protocolo de respuesta psicosocial ante emergencias o desastres considerando las Estrategias Municipales y/o Departamentales para la Respuesta a Emergencias (EMRE, EDRE).
2. Tomar decisiones frente a los roles y responsabilidades por parte de cada una de las entidades participantes para una respuesta psicosocial oportuna y coordinada, tomando como base la articulación en los siguientes escenarios y acciones que son clave en el momento de una emergencia:
 - Sistemas de alerta
 - Centros de reserva

- Albergues
 - Accesibilidad y transporte
 - Telecomunicaciones
 - Evaluación de daños y análisis de necesidades
 - Salud
 - Saneamiento básico
 - Búsqueda y rescate
 - Extinción de incendios
 - Manejo de materiales peligrosos
 - Servicios públicos
 - Seguridad y convivencia
 - Aspectos financieros y legales
 - Información pública
3. Articular instancias de otras regiones y/o a nivel nacional, en caso de ser necesario, en el marco del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
 4. Definir los equipos psicosociales que estarán en terreno, así como las rutas de comunicación que se tendrán para una respuesta efectiva, estos equipos se conformarán con base en la capacidad instalada público-privada que se ha desarrollado.
 5. Monitorear la atención integral de respuesta psicosocial y protección a la salud mental de las personas y comunidades afectadas, los organismos de socorro en servicio, así como coordinar los instrumentos de evaluación a aplicar según el contexto.
 6. Gestionar y entregar información oportuna y clara desde un enfoque de acción sin daño para medios de comunicación, instituciones y comunidades involucradas, en el marco de los principios de: sentido de cuidado, calma, capacidad individual y colectiva, conexión y esperanza (Hobfoll et al., 2007).
 7. Definir planes de formación, simulaciones y simulacros al equipo psicosocial con el fin de garantizar una capacidad y coordinación entre sus miembros para una atención integral, con enfoque etno-diferencial y de género.

Equipo psicosocial

La edificación de un equipo para la respuesta psicosocial es fundamental, en tanto conforma el talento humano que ha de estar disponible para acompañar una emergencia o desastre. Es por ello que se requiere estos equipos sean especializados y no de creación espontánea; en otras palabras, precisan de una formación específica que garantice un accionar sin daño, y a su vez, una comunicación directa e inteligible con las demás entidades.

Así, los equipos psicosociales deben estar conformados por profesionales en: psicología, trabajo social, desarrollo familiar, derecho, psiquiatría y auxiliares de enfermería. Según las dinámicas territoriales, se sugieren perfiles profesionales como: gerontólogo/a, pedagogo/a (infantil, reeducativa, adulto mayor), antropólogo/a, sociólogo/a, comunicador/a social, terapeuta ocupacional, epidemiólogo/a (Miyamoto International, 2022), fonoaudiología, nutrición, fisioterapia, salud

ocupacional y saneamiento ambiental. **El talento humano referido podrá ser encontrado en las instituciones que integran el proceso de articulación y coordinación intersectorial.**

Asimismo, considerando los territorios gobernados bajo el derecho propio, se articularán acciones con quien respecte a nivel comunitario para integrar al equipo representantes comunitarios que cumplan un rol esencial en la salud física y mental en la(s) comunidad(es) afectadas (ej. Jaibanás en comunidades indígenas embera, curanderas(os) en comunidades afro).

Las personas que integran estos equipos requieren cualificación en:

- Gestión del Riesgo de Desastres, haciendo especial énfasis en los fenómenos potencialmente amenazantes y en las dinámicas de vulnerabilidad que se presentan en su territorio. Asimismo, la manera cómo opera el Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (Figura 2).
- Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) con enfoque psicosocial, diferencial, de género y etno-territorial.
- Rutas de atención con enfoque diferencial, de género y etno-territorial a la población afectada por emergencias o desastres (Tabla 2).
- Atención psicosocial a integrantes de los CDGRD y CMGRD, así como a los organismos de apoyo en situaciones de emergencia o desastre y representantes del proceso de articulación y coordinación intersectorial.

Figura 2. Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de desastres



Fuente: UNGRD, Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, Estructura

Tabla II. Grupos específicos y prioritarios del enfoque diferencial

Grupo	Descripción
Etéreo	Niños, niñas, adolescentes y adultos mayores
Intervinientes	Personas que se encuentran en primera línea para la respuesta psicosocial de la emergencia o desastre
Personas con enfermedades crónicas	Personas dependientes de tratamientos médicos específicos
Personas en situación de discapacidad	Personas con discapacidades físicas, psicosociales, cognitivas
No nacionales o no locales	Personas extranjeras, inmigrantes, desplazadas, refugiadas
Pueblos indígenas, Afrodescendientes* y población Rrom*	Poblaciones étnicas que tienen como fundamento prácticas culturales y cosmogonías específicas que dan forma a una construcción de realidad colectiva
Población privada de libertad	Personas en situación de cumplimiento penitenciario
Personas afectadas	Personas directamente afectadas por la emergencia o desastre a nivel social, económico, material, psicológico y/o cultural.
Género	Personas que por su orientación sexual y género se han visto marginalizadas del territorio que habitan así como de entidades y personas que afectan directamente su cotidianidad
Personas con problemas previos de salud mental	Personas que cuentan con una psicopatología previa al evento y que puede potenciarse sus consecuencias en medio o posterior al evento
Personas y comunidades expuestas a dos o más eventos	Dado el contexto de múltiple amenaza que tiene el país, las comunidades pueden experimentar cadenas de afectación.
Familiares o personas cercanas de personas fallecidas o desaparecidas	Personas directamente afectadas por personas fallecidas o desaparecidas a raíz del evento
Víctimas del conflicto armado interno*	Personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Artículo 3, Ley 1448 de 2011).

Los ítems con asterisco (*) fueron adicionados teniendo en cuenta el contexto colombiano.

Síntesis realizada del anexo 2 denominado “*Clasificación grupos específicos de los potencialmente afectados*” en el marco del Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, Santiago de Chile (MINSAL, ONEMI, CIGIDEN y JICA, 2019).

El presente protocolo hace la salvedad que en el mismo nivel organizacional del CDGRD y CMGRD se encuentran los sistemas de gobierno propio de las comunidades que aplique: jurisdicción especial indígena (decreto 1953 de 2014) y la ley 70 de 1993 para comunidades afrodescendientes.

Bajo el marco de la Ley 1523 de 2012, los equipos psicosociales conformados en los departamentos y municipios también podrán adelantar acciones de conocimiento y reducción del riesgo, contribuyendo a la dinamización del SNGRD.

Sistema de información para la toma de decisiones

Un equipo conformado y en sinergia intersectorial requiere disponer de un sistema que permita registrar las atenciones realizadas en campo, así como las necesidades que con las personas afectadas se van identificando, toda vez que estas necesidades han de ser comunicadas a la coordinación general

del equipo para que desde allí puedan ser abordadas, de igual manera, esta información va a dar la ruta para configurar la estrategia de seguimiento. Este sistema de información tiene como base una ficha de atención que las personas, integrantes de los equipos psicosociales, diligenciarán en el marco de cada atención que realicen, esta debe estar discriminada como Ficha de atención individual, Familiar o Grupal (Anexo 2).

Sistema de seguimiento

Reconociendo que los efectos psicosociales de una emergencia o desastre pueden tomar días, semanas o meses en aparecer, se hace necesario que las coordinaciones del equipo psicosocial en articulación con el Consejo Territorial para la Gestión del Riesgo de Desastres definan un sistema de seguimiento a la población afectada. Por defecto, todas las personas que fueron atendidas y de quienes se levantó ficha de atención psicosocial requieren seguimiento, cada territorio definirá la periodicidad del mismo, ahora bien, se recomienda hacer uso de la siguiente clasificación:

Tabla III

Tipo de seguimiento	Nivel de afectación en salud	Descripción	Tiempo máximo de respuesta
Seguimiento primario	ALTO	Requieren acompañamiento psiquiátrico, psicológico, médico o medicamentos inmediato, que al no tenerlo PONE EN RIESGO SU VIDA. Se hará seguimiento familiar primario si una o más personas cumplen esta característica.	24 horas
Seguimiento secundario	MEDIO	Requieren acompañamiento psiquiátrico, psicológico, médico o medicamentos para tramitar lo sucedido, pero que la ausencia de esta atención en lo inmediato NO PONE EN RIESGO SU VIDA.	Debe realizarse en no más de tres (3) días luego de la atención inicial.
Seguimiento terciario	BAJO	NO requieren acompañamiento psiquiátrico, psicológico, médico o medicamentos para tramitar lo sucedido.	Puede realizarse ocho (8) días posterior a la primera atención.
Seguimiento preventivo	BAJO	Identifica el estado de salud de las personas que se vieron afectadas por la emergencia y de ser necesario activar rutas de atención para las necesidades emergentes.	Se realiza de manera mensual hasta por un periodo de doce (12) meses

Elaboración autoras y autores

5.2 Ejecución de la respuesta psicosocial

Considerando el impacto de la emergencia o desastre se activarán los CMGRD y CDGRD que tengan injerencia en el territorio afectado, así como consejos comunitarios en caso tal aplique jurisdicción especial. Asimismo, se activará el Comité Nacional de manejo de desastres en caso tal de ser necesario para acompañar a los CMGRD y CDGRD.

El equipo requiere una coordinación general, misma quien será la encargada de recibir y entregar información al Puesto de Mando Unificado -PMU- o Comando Unificado, así como de direccionar las acciones específicas de atención. A su vez, cada equipo tendrá una coordinación en campo, desde

allí se establecerán las comunicaciones y solicitudes a la coordinación general, así como el seguimiento al cumplimiento de acciones en campo (Figura 3).

Durante la ejecución de la respuesta a emergencias y desastres los equipos psicosociales estarán prestos a (1) Brindar atención psicosocial a personas y comunidades afectadas, (2) Realizar atención psicosocial a personal de organismos de socorro, grupos de apoyo e integrantes de los CMGRD y CDGRD, (4) Sistematizar las fichas de atención psicosocial individual, grupal y familiar, (5) Realizar los seguimientos a la población afectada y (6) Realizar atención en salud mental al equipo psicosocial. Los aspectos mencionados contemplan:

Brindar atención psicosocial a personas y comunidades afectadas

1. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) individuales y grupales en la zona del evento, albergues, o lugares priorizados según la situación de emergencia, a través de visitas domiciliarias, de manera virtual o por medio de una línea telefónica específica.
2. Gestión para tramitar documentos de identificación que se han perdido, así como asuntos administrativos que algunas personas o familias requieren en medicina legal y albergues.
3. Brindar información respecto a ayudas materiales que serán dadas por parte de las instituciones de gobierno y otro tipo de organizaciones.
4. Acompañar los procesos de entrega de ayudas humanitarias.
5. Apoyar la comunicación de los procesos de actualización de información en el marco de la atención que se está adelantando, desde una comunicación sin daño, especialmente cuando se esté informando sobre cuerpos y personas heridas encontradas.
6. Articulación con el sistema de salud para propiciar atención especializada en el menor tiempo posible.
7. Asesorar Instituciones de Educación, Juntas de Acción Comunal, Juntas de Acción Local y estancias de Gobiernos propios en relación a los efectos que puede desencadenar una situación de emergencia o desastre.
8. Adelantar acciones para la protección de poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad que posibiliten un acompañamiento diferenciado, bajo la perspectiva de acción sin daño.
9. Definir estrategias de cuidado emocional y protección de la salud mental para las personas afectadas que deben adelantar tramites en medicina legal, hospitales, policía, bomberos, ICBF, comisarías y demás sitios que puedan estar relacionados con la atención de la emergencia o el desastre.
10. Realizar las evaluaciones de daños y análisis de necesidades en salud mental de la población afectada (EDAN – Psicosocial)
11. Remisión de casos para atención especializada en salud física o psicológica.
12. Generar espacios grupales con las personas afectadas para escuchar necesidades prioritarias para su recuperación (ej. gestiones judiciales, acciones simbólicas, solicitudes económicas) y retroalimentación de la atención psicosocial recibida si aplica

Realizar atención psicosocial a personal de organismos de socorro, grupos de apoyo e integrantes de los CMGRD y CDGRD

1. Crear de espacios que permitan a organismos de socorro y grupos de apoyo tramitar la carga emocional y física que implica la atención de la emergencia.
2. Articular la atención psicosocial de los organismos de socorro y grupos de apoyo con los procesos de seguridad y salud en el trabajo, vinculando la ARL para tal fin.

3. Apoyar los procesos de comunicación entre organismos de socorro y demás entidades que se encuentran adelantando la atención de la emergencia o desastre en la zona.
4. Disponer escenarios de conversación y trámite de la carga emocional y física con los integrantes de los CDGRD y CMGRD, prestando especial atención al alcalde(sa), secretarios(as), y demás funcionarios públicos que participen en el proceso de atención de la emergencia.
5. Activar rutas, de ser necesario, con los servicios de salud del departamento o municipios para una atención especializada.

Sistematizar las fichas de atención psicosocial individual, grupal y familiar

1. Definir un sistema de registro de información de las fichas elaboradas.
2. Diligenciar en el sistema establecido la información de las fichas elaboradas.
3. Establecer un conjunto de responsables que estén prestos a revisar las fichas registradas.
4. Configurar una estrategia para gestionar las acciones por desarrollar que han sido consignadas en las fichas de atención.

Realizar los seguimientos a la población afectada

1. Adelantar los procesos de seguimiento primario, secundario, terciario o preventivo que se hubiesen definido para las personas y comunidades afectadas.
2. Identificar nuevas necesidades con base en el impacto generado por la situación de emergencia o desastre y activar las rutas que fuesen necesarias para su atención, incluyendo los elementos asociados a la ayuda humanitaria.

Realizar atención en salud mental al equipo psicosocial

1. Adelantar acciones que propendan por la salud mental y el cuidado emocional del equipo psicosocial antes, durante y después de los procesos de atención psicosocial.
2. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) individuales y/o grupales en las zonas de atención en las que se encuentre el equipo.
3. Sistematizar las atenciones realizadas al equipo psicosocial.
4. Activar rutas, de ser necesario, con los servicios de salud del departamento o municipios para la atención de los integrantes del equipo psicosocial.

Anexo 1
Síntesis: Protocolo
Respuesta psicosocial en situaciones de emergencia o desastre en el eje cafetero

Logo institucional	PROTOCOLO DE RESPUESTA PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA O DESASTRE EN EL EJE CAFETERO		Adoptado por	
	Documento para discusión		Versión	
Actualizado a		Institución responsable	Validación	
Propósito	Definir las funciones necesarias para la atención psicosocial en situaciones de emergencia o desastre			
Alcance	Este protocolo está dirigido a todas las entidades que tengan injerencia en la atención psicosocial en emergencias y desastres, actuando bajo la coordinación general del CDGRD/CMGRD			
Prioridades	Determinar las responsabilidades de la atención psicosocial en clave de articulación coordinación intersectorial			
Normas de seguridad	Solo el personal con entrenamiento en atención psicosocial, bajo la coordinación del CDGRD/CMGRD y la secretaria de salud podrá participar en las labores definidas			
Actividades de preparación conjunta	Definir la coordinación general para la respuesta psicosocial y los equipos psicosociales disponibles con base en la articulación intersectorial e institucional			
	Establecer sistema de información para la toma de decisiones con base en la respuesta psicosocial			
	Definir un sistema de seguimiento a la población afectada, organismos de socorro, grupos de apoyo e integrantes de CDGRD y CMGRD			
Observaciones	Este protocolo tiene relevancia en la medida que esté articulado a los procesos de preparativos para la respuesta psicosocial que se hubiesen definido en cada uno de los Departamentos y Municipios, aspecto que incluye la formación y entrenamiento de los equipos, así como los ejercicios de simulación y simulacro respectivos.			
	El presente protocolo se configuró bajo la lógica de un "documento para discusión", razón por la cual se hace necesario un proceso de discusión, ajuste y validación por parte de instituciones de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, sector académico y privado.			

Anexo 2
Fichas de atención psicosocial³

Plan de atención psicosocial [Municipio/Departamento]											
Ficha individual y familiar (Primer contacto)											
Identificación del profesional											
N° de ficha						Nombre del profesional					
Fecha de atención						Institución que representa					
Tipo de evento						Profesión					
Lugar de intervención						Tipo de evento					
Tipo de atención		Intervención individual						Intervención familiar			
Población atendida		Población afectada						Organismo de socorro			
		Personal psicosocial						Comunidad general			
		Otra. ¿cuál?									
Datos de la persona / Representante familiar											
Nombres y apellidos de la persona afectada (o representante familiar)											
Documento de identidad								Teléfono de contacto			
Dirección (si el inmueble no se encuentra en condiciones para ser habitado debe indicarse el lugar del albergue o residencia temporal)				Barrio		Zona Rural		Zona Urbana			
Edad	Lugar de nacimiento					EPS	Si	¿Cuál?		No	
Grupo étnico	Mestizo	Indígena		Afrodescendiente		Rrom/Gitano		Otro			
	Género	Masculino	Femenino		LGBTIQ+		No binario		Otro		
Población víctima del conflicto armado			Si	Hecho victimizante					No		
Persona con discapacidad			Si	¿Cuál?					No		
Núcleo familiar (con quien vive)											
Nombre			Doc. Identidad			EPS		Edad	Relación	Teléfono	
Red de apoyo (personas con las que no vive)											
Nombre		Parentesco				Teléfono			Lugar de residencia		
Condición PREVIA de salud física y mental / medicamentos											
<p>ej. enfermedades crónicas, afectación por otra emergencia en los últimos meses, diagnósticos físicos y psicológicos que afecten el día a día. Debe especificarse si la persona refiere una patología existente antes de la emergencia o desastre, así como si consume medicamentos, indicando tipo y dosis. De igual forma dejar en claro si en el momento de la atención tiene la medicación o se debe gestionar.</p>											
Atención psicosocial REALIZADA											
Primero Auxilios Psicológicos			Gestión social			Atención médica			¿Cuál?		
Acciones POR REALIZAR, remisiones o necesidades específicas											

³ Las presentes fichas de atención fueron adaptadas con base en la información brindada por la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Manizales.

Duplicado de documentos	¿Cuáles?				
Gestión de medicamentos	¿Cuáles?				
Atención en salud (física y/o mental)	¿Cuál?				
Procedimiento médico	¿Cuál?				
Gestión social	¿Cuál?				
Afiliación a salud					
Ninguna					
Observaciones finales					
<p>Describa la sintomatología de mayor relevancia presente en la persona o comunidad. Consigne elementos adicionales que considere de relevancia.</p>					
Tipo de seguimiento REQUERIDO					
Primario (Atención dentro de las 24 horas siguientes)		Presencial		Telefónico	Virtual
Secundario (Atención dentro de los 3 días siguientes)		Presencial		Telefónico	Virtual
Terciario (Atención dentro de los 8 días siguientes)		Presencial		Telefónico	Virtual
Preventivo (Atención dentro de los 30 días siguientes)		Presencial		Telefónico	Virtual
EN CASOS DE EVACUACIÓN, DESAPARECIDOS, HERIDOS O FALLECIDOS FAVOR DILIGENCIAR					
Nombre					
Sexo		Parentesco		Edad	
Situación de la persona		Evacuada	Desaparecida	Herida	Fallecida
Gestión realizada					
Acciones por realizar					
Observaciones					
Firma del profesional		Tarjeta profesional / Código			
Firma del usuario		Documento de identidad			

Plan de atención psicosocial [Municipio/Departamento]						
Ficha individual y familiar (seguimiento)						
Identificación del profesional						
N° de ficha		Nombre del profesional				
Fecha de atención		Institución que representa				
Tipo de evento		Profesión				
Lugar de intervención		Tipo de evento				
Tipo de atención	Intervención individual			Intervención familiar		
Población atendida	Población afectada			Organismo de socorro		
	Personal psicosocial			Comunidad general		
	Otra. ¿cuál?					
Datos de la persona / Representante familiar						
Nombres y apellidos de la persona afectada (o representante familiar)						
Documento de identidad			Teléfono de contacto			
Dirección (si el inmueble no se encuentra en condiciones para ser habitado debe indicarse el lugar del albergue o residencia temporal)						
		Barrio				
Participantes						
Nombre	Doc. Identidad	EPS	Edad	Relación	Teléfono	
Condición PREVIA de salud física y mental / medicamentos						
Atención psicosocial REALIZADA						
Primero Auxilios Psicológicos		Gestión social		Atención médica		¿Cuál?
Observaciones finales						
Tipo de seguimiento REQUERIDO						
Primario (Atención dentro de las 24 horas siguientes)		Presencial		Telefónico		Virtual
Secundario (Atención dentro de los 3 días siguientes)		Presencial		Telefónico		Virtual
Terciario (Atención dentro de los 8 días siguientes)		Presencial		Telefónico		Virtual
Preventivo (Atención dentro de los 30 días siguientes)		Presencial		Telefónico		Virtual
Firma del profesional		Tarjeta profesional / Código				
Firma del usuario		Documento de identidad				

Plan de atención psicosocial [Municipio/Departamento]						
Ficha de atención grupal						
Datos de atención						
N° de ficha		Fecha de atención		Tipo de evento		
Nombre profesional(es)	Profesión			Institución que representa		
Población atendida	Población afectada			Organismo de socorro		
	Personal psicosocial			Comunidad general		
	Otra. ¿cuál?					
Datos del grupo						
N° de participantes	N° discriminado por género	Masculino		Femenino		
		LGBTIQ+		No binario		
		Otro				
Edad	0-9	10-17	18-59	60+		
Lugar de la intervención		Área rural		Área urbana		
Dirección		Comuna				
Tipo de atención						
PAP Grupal		Educativa		Informativa		
Condición previa de salud física y mental del grupo						
Informe de atención psicosocial grupal						
Acciones por realizar y / o remisiones (especificar nombres y datos de los usuarios)						
Observaciones finales						
Firma profesional		Tarjeta profesional/Código				
Firma del representante del grupo		Doc. de identidad				

Referencias bibliográficas

Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). (12 Agosto 1949). Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra (“Tercer Convenio de Ginebra”). Recuperado de: <https://www.refworld.org/es/docid/58d56b564.html>

Congreso de Colombia. (24 de abril de 2012). “Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones” [Ley 1523 de 2012]. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=47141>

_____ (2 de junio de 1988). “Por la cual se crea y organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, se otorga facultades extraordinarias al Presidente de la República, y se dictan otras disposiciones”. [Ley 46 DE 1988]. Recuperado de: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1788525>

_____ (21 de enero de 2013). “Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”. [La Ley 1616 de 2013]. Recuperado de: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1685110>

_____ (20 de diciembre de 2017). “Por medio del cual se adoptan directrices generales para la elaboración del plan de gestión del riesgo de desastres de las entidades públicas y privadas en el marco del artículo 42 de la Ley 1523 de 2012”. [Decreto 2157 de 2017]. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=199583>

_____ (7 de noviembre de 2018). “Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”. [Resolución 04886 de 2018]. Recuperado de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=93348>

_____ (14 de julio de 2022). “Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 con sus capítulos diferenciales: indígena para los pueblos y comunidades indígenas de Colombia, población víctima de conflicto armado, el pueblo Rrom y la población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera”. [Resolución 1035 de 2022]. Recuperado de: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30044423>

Corte Constitucional. (2015). Constitución Política de Colombia. Recuperado de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>

Cortés, E. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre. *Cuadernos de Crisis*, 1(2). Recuperado de: https://www.agr.una.py/descargas/biblioteca_digital_gestion_riesgos/L/La%20percepci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20del%20Riesgo%20y%20el%20desastre.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Misión Sistema de Ciudades*. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Vivienda%20Agua%20y%20Desarrollo%20Urbano/Sistema%20Ciudades/LibroMisi%C3%B3n%20Sistema%20Ciudades.pdf>

- _____ (2014). CONPES 3819, Política Nacional para Consolidar El Sistema de Ciudades en Colombia. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/259Econ%C3%B3micos/3819.pdf>
- Hobfoll S.E., Watson P., Bell C.C., Bryant R.A., Brymer M.J., Friedman M.J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4):283-315. Doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283
- García, V. (2002). "Historical Disaster Research". En Susanna M. Hoffman y Anthony Oliver-Smith (coords.), *Catastrophe & Culture: The Anthropology of Disaster*, Santa Fe-Oxford, School of American Research Press-James Currey, 2002, p. 49-66.
- Inter-Agency Standing Committee IASC. (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Recuperado de: https://inee.org/sites/default/files/resources/IASC_Guidelines_Mental_Health_Psychosocial_SP.pdf
- Maskrey, A. (1993). *Los desastres no son naturales*. La Red. Recuperado de: <https://www.desenredando.org/public/libros/1993/ldnsn/>
- Ministerio de Salud y Protección social - MSPS. (2011). Programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Víctimas_PAPSIVI.aspx
- MINSAL, ONEMI, CIGIDEN y JICA. (2019). Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, Santiago de Chile. Recuperado de: <https://reliefweb.int/report/chile/modelo-de-proteccion-de-la-salud-mental-en-la-gestion-del-riesgo-de-desastres>
- Narvaez, L. Lavell, A. y Pérez, G. (2009). *La gestión del riesgo de desastres : un enfoque basado en procesos*. Lima: PREDECAN
- Organización Panaméricana de la Salud OPS. (2010). *Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastre: Guía para equipos de respuesta*. Washington, D.C. Recuperado de: <https://reliefweb.int/report/world/edan-evaluacion-de-daños-y-analisis-de-necesidades-de-salud-en-situaciones-de-desastre>
- Organización de los Estados Americanos OEA. (2015). *Convención Interamericana sobre derechos de las Personas Adultas Mayores*. Recuperado de: https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- Organización de las Naciones Unidas ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (217 [III] A). Paris. Recuperado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- _____ (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*. Recuperado de: <https://www.refworld.org/es/docid/5c92b8584.html>
- _____ (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf

_____ (1969). *La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial>

_____ (1981). *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

_____ (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/convention-rights-persons-disabilities>

_____ (2015). *Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015 - 2030*. Recuperado de: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf. (Consultado 21.08.2018).

_____ (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/common-agenda/sustainable-development-goals>

_____ (2021). *La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-protection-rights-all-migrant-workers>

RAP Eje Cafetero. (2021). “Plan Estratégico Regional 2021-2033. Una estrategia para la reactivación económica, la recuperación social y la sostenibilidad ambiental de la región RAP4 Eje Cafetero”. Recuperado de: https://ejecafeterorap.gov.co/wp-content/uploads/2021/10/PER-2_compressed.pdf

UNDRR (2021), *Informe de evaluación regional sobre el riesgo de desastres en América Latina y el Caribe, Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR)*. Recuperado de: <https://www.undrr.org/media/76541/download?startDownload=true>

UNICEF. (1989). *La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Unidad para la Gestión del Riesgo de Desastres UNGRD. (Abril 20, 2020). Colombia, un país con múltiples amenazas geológicas, pero ¿por qué sucede esto?, en la UNGRD se lo explicamos”. *Gobierno de Colombia*. Recuperado de: <http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Noticias/2020/Colombia-un-pais-con-multiples-amenazas-geologicas-pero-por-que-sucede-esto-en-la-UNGRD-se-lo-explicamos.aspx>

_____ (2017). *Terminología sobre Gestión del Riesgo de Desastres y Fenómenos Amenazantes*. ISBN Digital: 978-958-56017-4-1. Recuperado de:

⁴ “La Región Administrativa y de Planificación Eje Cafetero (RAP EC) tiene como propósito articular esfuerzos entre los departamentos de Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima para alcanzar objetivos de desarrollo centrales del sector económico, social, ambiental y tecnológico, a través de la dirección del Plan Estratégico Regional (PER), en los próximos 12 años” (RAP Eje Cafetero, 2021, p.16)

<http://repositorio.gestiondelriesgo.gov.co/bitstream/handle/20.500.11762/20761/Terminologia-GRD-2017.pdf;jsessionid=6030F475CD2922DF6AA86A4984811D24?sequence=2>

_____ (s.f.). Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, Estructura. Recuperado de: <https://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Estructura.aspx>

Wilches-Chaux, G. (1993). “Capítulo II. La Vulnerabilidad Global”. En: A. Maskrey, *Los Desastres no son Naturales*. LA RED. Recuperado de: <https://www.desenredando.org/public/libros/1993/ldns/html/cap2.htm>