

***Plan Marco Subregional para la protección de la Salud Mental en situaciones de
Emergencias y Desastres***

**PLAN MARCO SUBREGIONAL PARA PROTECCIÓN DE LA
SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

SECTOR SALUD / CENTROAMERICA

Agosto, 2004

INDICE

Contenido	Página
I. Introducción	3
II. Justificación	3
III. Antecedentes	4
IV. Visión	6
V. Misión	6
VI. Objetivos	6
VII. Estrategias	7
VIII. Metodología	7
IX. Seguimiento y evaluación	8
X. Plan de Acción	9
ANEXO 1. Recomendaciones a los países	13
ANEXO 2. Glosario de términos	17

I. INTRODUCCION

El presente Plan es el producto de un proceso participativo de los países de Centroamérica (Ministerios de Salud y otras instituciones nacionales), con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS. Tuvieron un papel decisivo los Coordinadores de las Unidades de Desastres (o Gestión de Riesgo) y los Jefes de Programas de Salud Mental de los Ministerios de Salud.

El documento pretende contribuir con los objetivos del Marco Estratégico de Reducción de la Vulnerabilidad y los Desastres en Centro América, adoptado en la XX Reunión Ordinaria de Presidentes de Centroamérica, República Dominicana y Belice, de la Declaración de Guatemala, (Octubre de 1999) y el Plan Regional de Reducción de Desastres (PRRD) aprobado por CEPREDENAC en el año 2000. En la XIX RESSCAD (2003) los ministros de salud aprobaron el Plan Subregional de Reducción de la Vulnerabilidad en el Sector Salud, que ofrece un marco referencial al Plan.

El Plan involucra a las instituciones que conforman el Sector Salud y su propósito es facilitar los mecanismos de cooperación técnica entre países, fortalecer los Planes Nacionales y desarrollar la capacidad de respuesta. Se ha desarrollado con una visión amplia e integral que incorpora acciones de promoción de la salud, prevención de los trastornos psíquicos, atención curativa y de rehabilitación psicosocial en situaciones de desastres.

II JUSTIFICACIÓN

El Sector Salud en cada país tiene la responsabilidad de incluir el componente salud mental dentro de una estrategia integral de reducción de vulnerabilidad y preparativos ante situaciones de desastres. El Plan Subregional ofrece un marco referencial y metodológico, así como define las áreas estratégicas de acción, cuya prioridad se hizo aún más evidente tras el impacto del Huracán Mitch.

Nuestros países comparten similares amenazas, como son la actividad sísmica, volcanes, huracanes, inundaciones, deslizamiento de tierra, maremotos y sequías. También deben vigilarse con interés las amenazas provocadas por el hombre, sobre todo los conflictos sociales y políticos, desplazamientos forzados, las emergencias tecnológicas y el terrorismo. Por otro lado la degradación ambiental, el crecimiento demográfico acelerado y desordenado, la pobreza y otros elementos han contribuido al incremento de la vulnerabilidad de la población. No obstante también existen particularidades en cada país que marcan diferencias.

En situaciones de desastres naturales y emergencias no sólo se producen muertes, enfermedades físicas, daños a la infraestructura sanitaria y pérdidas económicas, sino también un serio impacto en el estado de salud mental de la población. Anteriormente, la respuesta ante los eventos críticos era visualizada desde un modelo biomédico con énfasis en la identificación de síntomas, tratamientos medicamentosos y hospitalización. Sin embargo, en la medida en que el paradigma de la atención sanitaria a los desastres ha evolucionado, los problemas psicosociales se han enfocado de manera más integral y en un contexto comunitario.

En las dos últimas décadas, se ha producido una evolución de la comprensión y abordaje de la salud mental en Latinoamérica. La Declaración de Caracas (1991) y posteriores Resoluciones del Consejo Directivo de la OPS (1997 y 2001) enfatizan en el desarrollo de servicios de salud mental de base comunitaria y descentralizados.

Consecuentemente, el hospital psiquiátrico deja de ser el eje de las acciones de atención en salud mental

La mayoría de los países centroamericanos realizan esfuerzos por reorientar los servicios psiquiátricos y desarrollar modelos centrados en la Atención Primaria en Salud. La reestructuración de los servicios ha permitido cambiar los esquemas de trabajo y hace posible que ante situaciones de desastres u otras emergencias estén en mejores condiciones de afrontar los desafíos existentes. También la incorporación del tema de gestión del riesgo entendido desde la perspectiva no sólo de la amenaza, sino de la vulnerabilidad, ha contribuido a fortalecer el abordaje comunitario de la salud mental que utiliza, preferentemente, los espacios de trabajo grupal

En situaciones de desastres y emergencias se destacan tres grandes grupos de problemas psicosociales:

- El miedo y la aflicción
- Trastornos psicopatológicos o enfermedades psiquiátricas.
- Desorden social, violencia y consumo de sustancias adictivas

De lo anterior se derivan tres mensajes

- No pensar solo en la psicopatología, sino también en la amplia gama de problemas sociales.
- La necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental
- Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos - en gran proporción - por personal no especializado

III ANTECEDENTES

Los países centroamericanos han sufrido históricamente múltiples eventos traumáticos como desastres naturales (huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, etc.) y conflictos armados internos (como los de Guatemala, Nicaragua y El Salvador) en un contexto de altos niveles de pobreza e inequidades sociales. Como consecuencia de lo anterior, en la región se han desarrollado numerosas experiencias de atención psicosocial en diferentes situaciones, las lecciones aprendidas han sido muchas.

La OPS/OMS, desde abril del 2000, inició la ejecución del "Proyecto Centroamericano para la Reducción de la Vulnerabilidad frente a los Desastres en los países afectados por el Huracán Mitch", el cual centró sus esfuerzos en tres componentes: la organización comunitaria en situaciones de desastres, la reducción de la vulnerabilidad en las instalaciones de salud y sistemas de agua, así como el fortalecimiento de la capacidad del sector salud en materia de prevención, preparación, mitigación y respuesta.

Previo a la elaboración de este Plan Subregional de Protección de la Salud Mental en situaciones de Desastres se realizó una evaluación de la situación existente en las naciones del Proyecto. A tales efectos se desarrollaron reuniones de consulta en Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Honduras. A continuación se enumeran de forma resumida las principales debilidades y fortalezas identificadas.

Fortalezas o condiciones de viabilidad

Es importante destacar los esfuerzos realizados por las Unidades de Desastres y los Programas de Salud Mental de los Ministerios de Salud, para mejorar la capacidad de respuesta en los aspectos de salud mental. Se identificaron muchas fortalezas, como las siguientes.

- Disponibilidad de algunos profesionales especializados (psiquiatras y psicólogos) capacitados en el tema de gestión del riesgo. Se evidenció motivación y sensibilización de este personal.
- Se muestra interés, por parte de las Universidades, en contribuir a los procesos de capacitación en salud mental en situaciones de desastres.
- Existencia de convenios interinstitucionales para la formación de recursos humanos.
- En la mayoría de países se han descentralizado recursos y servicios de salud mental hacia el ámbito local. Se han creado algunas Unidades de Salud Mental en la Atención Primaria y en Hospitales Generales.
- Existen elementos de diagnósticos previos en los cuales se han identificado necesidades de prevención y atención psicosocial.
- Las estructuras institucionales encargadas de la prevención y atención de desastres se han fortalecido en los últimos años.
- Los Programas de Salud Mental de los Ministerios de Salud conocen el tema y están anuentes a incorporar el componente de desastres y emergencias.
- Diversos organismos con planes de actuación en desastres, están incorporando el tema de salud mental.
- Se ha fortalecido la organización comunitaria. Existen posibilidades de aprovechar las estructuras locales existentes para promover la sensibilización en el tema.
- Existen experiencias documentadas sobre los procesos de atención en salud mental en situaciones de desastres. Se ha generado un proceso de aprendizaje de lecciones, en especial posterior al huracán Mitch.
- En algunos países existen antecedentes y experiencias de trabajo en salud mental con poblaciones que fueron afectadas por conflictos armados.
- La mayoría de países de la región cuentan con legislación vigente para intervenir en el tema de gestión del riesgo.
- Apoyo de organismos internacionales para el desarrollo de acciones específicas.

Debilidades o variables críticas

Es evidente que el Sector Salud se ha fortalecido en su capacidad de respuesta en todos los países, sin embargo es necesario identificar algunos puntos críticos.

- Todos los Ministerios de Salud cuentan con oficinas de desastres, sin embargo, es necesario continuar fortaleciéndolas para que puedan asumir el liderazgo en el sector.
- La salud mental en situaciones de desastres no ha sido aún debidamente priorizada por el Sector Público, en la mayoría de los países. No se ha incorporado de una manera regular y efectiva el Componente Salud Mental dentro de los Programas de Atención Sanitaria en situaciones de emergencias.
- La planificación para situaciones de desastres, se ha visto limitada a planes institucionales y no sectoriales.
- No se cuenta con estrategias comunes ni complementariedad, entre diferentes instituciones, que favorezcan los procesos de toma de decisión e intervención.

- No son buenos los mecanismos de coordinación entre las instituciones públicas, privadas, académicas y de prestación de servicios de salud, así como ONGs y otros entes que desarrollan acciones de salud mental
- Los mecanismos de evaluación y seguimiento en los diferentes ámbitos de acción son limitados.
- La descentralización y las responsabilidades dadas a los municipios o regiones sanitarias no han sido precedidas por la formación de una capacidad local de manejo de emergencias.
- Debilidades en las estrategias de capacitación para la prevención y mitigación de las consecuencias psicosociales de los desastres, dirigidos a la población y personal institucional. Los procesos de capacitación en los países han sido generados de manera muy puntual y no con un carácter de programa sistemático o regular.
- No ha existido una adecuada difusión de la legislación y normativas vigentes en cada país sobre el tema de desastres.
- Pobre información de la población, en el tema psicosocial
- Debilidad de mecanismos de coordinación subregional, entre los Ministerios de Salud de los países miembros de la RESSCAD
- En todos los países existen instrumentos jurídicos que dan las bases legales para el desarrollo de actividades emergentes frente a los desastres, sin embargo es necesaria la integración de estas acciones bajo un enfoque de sistema, que hace más fuerte al sector salud.

IV. VISIÓN

El Sector Salud de Centroamérica fortalecido en su capacidad de desarrollar preparativos y una respuesta adecuada ante situaciones de desastres, mediante la incorporación del componente salud mental e incluyendo acciones conjuntas de carácter subregional

V. MISIÓN

El Sector Salud de los países centroamericanos, mediante el fortalecimiento institucional y mecanismos de coordinación, aunarán esfuerzos para mejorar la capacidad de respuesta en salud mental, ante situaciones de desastres.

VI. OBJETIVOS

Objetivo General:

Reducir la vulnerabilidad y disminuir los efectos psicosociales en la población, derivados de las situaciones de desastres, en los países miembros de la RESSCAD.

Objetivos Específicos:

1. Identificar y establecer mecanismos de coordinación y acciones de cooperación técnica entre los países miembros de la RESSCAD, que fortalezcan la capacidad de respuesta en salud mental del Sector Salud, en situaciones de desastres
2. Fortalecer la capacidad institucional de las Unidades de Desastres y Programas de Salud Mental en los Ministerios de Salud
3. Introducir y desarrollar el Componente Salud Mental en la atención sanitaria en situaciones de emergencias.

VII. ESTRATEGIAS

1. Coherencia interprogramática en el Sector Salud
2. Abordaje integral con enfoque de Atención Primaria, que incluye la promoción de la salud mental, prevención específica, asistencia curativa y rehabilitación
3. Desarrollo de los recursos humanos.
4. Enfoque de vulnerabilidad y riesgo.
5. Privilegiar el uso de metodologías de trabajo grupales.
6. Abordaje diferenciado de la niñez y uso de la estrategia niño-niño y niño-adulto
Los juegos, deportes y otras actividades expresivas son elementos fundamentales para la atención integral de los niños, niñas y adolescentes
7. Enfoque de derechos humanos
8. Enfoque étnico, lingüístico, cultural y religioso
9. Enfoque de equidad de género.
10. Coordinación interdisciplinaria y multisectorial que favorece la participación de Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales
11. Flexibilidad y adecuación a las condiciones locales.
12. Desarrollo de las capacidades de monitoreo y evaluación

VIII. METODOLOGÍA

La metodología empleada en la elaboración del Plan fue participativa. Los Coordinadores de las Unidades de Desastres y los Jefes de Programas de Salud Mental de los Ministerios de Salud, autoridades del Sector y otros actores aportaron sus ideas y experiencias.

El proceso se desarrolló de la siguiente manera:

1. Visita de un consultor a varios países (Honduras, Guatemala, El Salvador y Nicaragua) para actualizar la situación existente en el campo de la salud mental en situaciones de desastres
2. Elaboración de un documento que recopiló los principales elementos del recorrido.
3. Realización de un Taller en Guatemala donde se presentó el documento y se discutió la propuesta de una "Guía para la elaboración de los Planes Nacionales de Salud Mental en situaciones de Desastres". Posteriormente se aprobó mediante consenso de los expertos participantes.
4. La Guía se remitió a los países junto con la recomendación de realizar talleres nacionales que fueron auspiciados por la OPS.
5. Realización de Talleres Nacionales con establecimientos de compromisos para el seguimiento del proceso, así como definición de criterios y aportes al Plan Marco Subregional.
6. Diseño de un primer borrador del Plan Marco con los criterios recopilados en los Talleres Nacionales
7. Taller Centroamericano para la discusión y aprobación del Plan Marco (Managua, julio del 2004)
8. Elaboración de la versión final del Plan (Panamá, agosto del 2004)

IX. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1. Difusión del Plan en los países de la Subregión
2. Control sistemático y evaluación del cumplimiento de las acciones.
3. Los avances del Plan serán presentados anualmente ante la RESSCAD, mediante el informe del país coordinador del Plan Subregional de Reducción de Vulnerabilidad del Sector Salud.

El seguimiento e informes periódicos, a nivel de país, será responsabilidad de los Programas de Salud Mental respectivos, con el apoyo de las Unidades de Desastres y la OPS.

X. PLAN DE ACCIÓN

Línea de acción No. 1: Fortalecimiento de los mecanismos de coordinación y cooperación técnica entre países, con el apoyo de la OPS.

Actividades / Tareas	Responsable	Fechas de cumplimiento
Diseño e intercambio de experiencias y documentación técnica: • Elaboración de instrumentos, herramientas e indicadores de trabajo en el campo de la SM, que puedan ser validados y usados por todos los países de la subregión. - EDAN-SM y Guía para la incorporación del componente SM en los planes locales / municipales de emergencia (2004) - Módulos de Capacitación y Guía para la atención de SM en albergues (2005). • Selección por cada país de los materiales y experiencias valiosas para el desarrollo de un proceso de intercambio, con el apoyo de las oficinas locales de la OPS. • Selección de los materiales que serán objeto de publicación a nivel de la subregión	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	2004 - 2005 Diciembre 2004 2005 2004-2005 2005
Cooperación en procesos de capacitación: • Selección en cada país, de especialistas con buen nivel de conocimiento en el tema que pueden formar parte de un grupo de trabajo para perfeccionar los procesos de capacitación. • Desarrollar taller subregional con este equipo, para intercambiar criterios, preparar temas y materiales, así como formular las estrategias, metodologías y contenidos de la capacitación para cada nivel. • Desarrollar Taller de validación de la documentación propuesta, así como de material de buen nivel tecnológico	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	Diciembre 2004 Primer semestre 2005 Segundo semestre 2005

Plan Marco Subregional para la protección de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres

que pueda ser usado por los países (CD Interactivos, VHS, libros, etc)			
Proyectos de cooperación entre países. • Selección de temas por los países, según necesidades existentes y la experiencia desarrollada • Definición de mecanismos y planeamiento de proyectos (bilaterales, multilaterales, TCC u otros.).	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	Enero - marzo 2005	
Organización y formación de un equipo especializado subregional para actuar en situaciones de desastres. • Selección en cada país, con apoyo de OPS, de los expertos que pueden formar parte de una fuerza de tarea para actuar en situaciones de desastres, en cualquier lugar que ocurra • Desarrollar un taller subregional con este equipo, para capacitarlo y uniformar criterios de actuación.	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	Diciembre 2004 Primer semestre 2005	

Línea de acción No. 2: Fortalecimiento de las Unidades Técnicas que atienden las áreas de de Gestión de Riesgo y Salud Mental en los Ministerios de Salud de los países.

Actividades / Tareas	Responsable	Fecha de cumplimiento / Mecanismo de seguimiento
Apoyar, a los países, en un proceso de actualización, perfeccionamiento e incorporación de nuevos conocimientos, a nivel central: • Apoyo al desarrollo de los equipos de SM y Desastres de los Ministerios mediante actividades de cooperación entre los países y acciones de capacitación apoyadas por la OPS. • Taller subregional con los equipos gerenciales (SM y Desastres) de los Ministerios de Salud.	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	2005 / según calendario establecido oportunamente. Segundo semestre 2005
Revisión del marco legal existente en los países, para establecer las propuestas correspondientes.	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	2005 / según calendario establecido oportunamente.
Sensibilizar en el tema SM en desastres a actores políticos y comunicadores sociales, así como promover campañas nacionales de información, mediante: • Creación de un grupo de trabajo subregional • Elaboración de materiales e intercambio de experiencias entre países (con el apoyo de la OPS).	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	2005

Línea de acción No. 3: Desarrollo del Componente Salud Mental en los Planes Nacionales de Atención Sanitaria en situaciones de Desastres y Emergencias.

Actividades / Tareas	Responsable	Fecha de cumplimiento / Mecanismo de seguimiento
Seguimiento del proceso de implementación de los Planes Sectoriales Nacionales de SM en situaciones de desastres, con la cooperación técnica de la OPS.	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	A partir de octubre 2004
Selección de dos Departamentos o municipios en cada país para implementar de manera piloto el Plan a nivel local. • Selección de los lugares mediante acuerdo entre los actores nacionales. • Implementación del Plan Local • Taller Subregional de presentación de experiencias al concluir el primer año de trabajo de los proyectos locales.	-Unidades técnicas y autoridades de los Ministerios de Salud, con apoyo de la OPS/OMS.	Diciembre 2004 2005 Primer semestre 2006

ANEXO 1

RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE LOS PLANES NACIONALES DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRES

Como producto de los talleres desarrollados y la experiencia adquirida este plan establece recomendaciones generales a los países para desarrollar sus planes nacionales, especialmente en lo referente a resultados esperados y líneas generales de acción:

Resultado esperado	Líneas de acción sugeridas
R. 1. Capacidad para realizar un diagnóstico de salud mental rápido en situación de emergencia (Evaluación de daños y análisis de necesidades psicosociales).	Debe existir un Análisis de la Situación de Salud Mental (ASSM) en los territorios y/o países, el cual sirva de base y permita realizar con más eficiencia la evaluación de daños y análisis de necesidades psicosociales que debe ejecutarse en el período inmediato posterior al desastre. Los grandes aspectos de un diagnóstico rápido incluyen: • Evaluación general y sociodemográfica de la comunidad • Determinación de daños y análisis de necesidades • Evaluación de los servicios de salud • Establecimiento de prioridades y grupos metas para la actuación inmediata.
R. 2. Se dispone de atención en salud mental para los sobrevivientes y miembros de los equipos de respuesta, con un adecuado y eficiente modelo de intervención en crisis	Incluir el componente Salud Mental en el análisis de las Salas Situacionales. Realizar un inventario nacional de recursos humanos especializados, niveles de coberturas, así como la red de apoyo existente. Valorar la disponibilidad de los recursos de salud mental que se pueden movilizar en situaciones desastres y emergencias, así como la desconcentración del personal especializado y/o capacitado. La atención psicosocial (individual y grupal) por personal no especializado (maestros, socorristas, personal voluntario y de ayuda humanitaria, Promotores Comunitarios y trabajadores de la Atención Primaria en Salud) es un eje fundamental del trabajo. Implica la organización, apoyo y supervisión del trabajo del personal no especializado, así como la implementación de planes emergentes de entrenamiento in situ, y en paralelo con las intervenciones. Atención clínica especializada directa a casos con trastornos psíquicos más complejos, que implica la organización de los servicios en los diferentes niveles (Equipos especializados de tipo móvil o ubicados transitoriamente en lugares seleccionados, unidades de salud mental en diferentes

	instituciones (ONGs y OG), servicios de salud mental de la Atención Primaria, servicios de psiquiatría en hospitales generales y hospitales psiquiátricos) Privilegiar las estrategias y acciones de atención grupal y en espacios comunitarios, más que centrar el trabajo en la atención individual de casos. Establecimiento o actualización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos. Atención integral priorizada a grupos de riesgo: - Identificación de grupos específicos de alta vulnerabilidad - Atención a grupos con gran nivel de afectación - Atención a mujeres y ancianos - Atención a niños(as) y adolescentes - Atención a desplazados, en especial aquellos en condición de albergados o refugiados Diseño e implementación de acciones de atención psicosocial y autocuidado para los miembros de los equipos de respuesta.
R 3 Miembros de equipos de respuesta, personal de APS y agentes comunitarios capacitados en la temática psicosocial	Garantizar disponibilidad de material de apoyo docente y bibliográfico Distribución de publicaciones de salud mental. Actualización y capacitación del personal de salud, así como líderes y agentes comunitarios en tiempos de normalidad Los grupos metas más importantes para el proceso de capacitación son trabajadores de Atención Primaria, personal con responsabilidad en la administración de albergues y refugios, voluntarios, socorristas, personal de ayuda humanitaria, maestros, líderes y promotores comunitarios. Continuidad y seguimiento del proceso de capacitación. Prever procesos de entrenamiento in situ en situaciones de emergencia si las circunstancias lo requieren.
R 4 Se desarrollan acciones de promoción y educación para la salud, en especial con grupos de niños, niñas y adolescentes, así como en las	Asegurar la disponibilidad de material educativo popular diferenciado según grupos de edades y grado de vulnerabilidad. Actividades grupales psicoeducativas, en situación de emergencia, con.

escuelas. Las organizaciones comunitarias participan en actividades psicoeducativas.	• Grupos y familias muy afectados por el desastre • Evacuados y albergados. • Niños, niñas y adolescentes. • Grupos de mujeres. • Otros grupos comunitarios organizados. Brindar especial atención al trabajo con grupos de niños (as) y jóvenes, utilizando como espacios de abordaje la escuela, los albergues y la comunidad, usando técnicas dinámicas expresivas y lúdicas. Se enfatiza en el trabajo niño-niño y la capacitación a maestros. Desarrollar las capacidades de los adolescentes como recursos potenciales para la intervención como líderes, promotores sociales y organizadores en los diferentes momentos de la emergencia. Acciones para apoyar la organización comunitaria, participación social y auto responsabilidad. • Identificación de organizaciones y líderes comunitarios. • Motivación y organización de la población para la autoayuda y ayuda mutua. • Promover la participación de la población en la planificación y ejecución de las acciones en situaciones de emergencia.
R. 5. El Sector Salud asesora y apoya las tareas de comunicación social.	Asesoría a las autoridades para lograr un sistema coherente y eficiente de comunicación social. Sensibilización a los actores políticos significativos. Utilizar los instrumentos legales existentes en cada país para definir una política de información veraz, confiable, genuina y orientadora en situaciones de riesgo y desastres. Sensibilizar y capacitar a los medios de comunicación en el manejo responsable de la comunicación en relación al tema salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Información y motivación sobre el tema psicosocial a los prestadores directos de servicios. Apoyo en el diseño de mensajes a la población, a los diferentes niveles.

	Neutralización y manejo del rumor Evaluación de las respuestas de la población, para instrumentar de manera flexible las acciones inmediatas de comunicación social. Promoción de campañas comunitarias en períodos de riesgo (época de lluvias o huracanes, etc.).
R. 6 Mecanismo de coordinación funcionado, a los diferentes niveles, para desarrollar el Plan de Salud Mental	Definición de los mecanismos de coordinación interinstitucional, intra e intersectoriales. Identificación de las organizaciones e instituciones que actúan en salud mental Definición y fortalecimiento de los mecanismos de cooperación y establecimiento de redes. Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud en el tema. Compromiso de las organizaciones para implementar y dar seguimiento a los planes. Reuniones periódicas de seguimiento y evaluación entre los diferentes actores nacionales. Intercambio y sistematización de experiencias

Otras recomendaciones:

1. Definición de funciones, tareas y responsabilidades de los Programas o Unidades Técnicas participantes (SM y Desastres).
2. Delimitación de las acciones según los tiempos o etapas de la situación de emergencia propiamente dicha, período post-crítico y recuperación)
3. Definir mecanismos claros de seguimiento y supervisión.
4. Establecer un sistema de información e indicadores mínimos para evaluar el proceso en desarrollo.
5. Establecer las acciones para garantizar la continuidad y sostenibilidad

ANEXO 2

GLOSARIO DE TERMINOS

Salud Mental. Es un estado de bienestar individual y social que le permite a la persona un adecuado funcionamiento familiar y grupal, ser productivo y afrontar las adversidades. No es solo la ausencia de síntomas o malestar emocional.

Psicosocial: término muy amplio que sirve para designar el conjunto de factores individuales y de la sociedad que se conjugan en las experiencias vitales del ser humano. En la práctica se ha usado en ocasiones como sinónimo de salud mental y en otras para diferenciarlo de este término cuando se quiere hablar de las reacciones normales del ser humano y no sólo de lo patológico. En el documento lo utilizamos para referirnos a los elementos sociales y del psiquismo de las personas que conforman un sistema.

Amenaza: Factor externo, con respecto al sujeto o sistema expuesto, que representa la potencial ocurrencia de un suceso dañino de origen natural o provocado por el ser humano.

Vulnerabilidad: Factor interno - de un sujeto, objeto o sistema expuesto a una amenaza - que corresponde a su disposición intrínseca para ser dañado

Riesgo: Riesgo es el producto de la amenaza por la vulnerabilidad. Es la probabilidad de que un suceso exceda un valor específico de daños (sociales, de salud, ambientales y económicos).

Prevención: Actividades destinadas a evitar el evento o brindar protección frente a los desastres al controlar los efectos de los fenómenos naturales o de otro tipo.

Mitigación: Reducción del impacto.

Preparativos: Actividades previas al desastre diseñadas para fortalecer la capacidad de respuesta.

Equipo de primera respuesta: Personal que actúa de manera inmediata cuando ocurre un desastre, incluye una amplia gama de trabajadores como voluntarios, bomberos, socorristas, rescatistas, personal de ayuda humanitaria, de organizaciones locales, líderes comunitarios, policía, fuerzas armadas, trabajadores de Atención Primaria en Salud, etc.

Unidades Técnicas: Son las unidades o equipos administrativos de los ministerios de salud que se encargan de determinado tema. En el documento se usan para designar las estructuras que funcionan actualmente en el nivel central de los ministerios correspondientes y atienden las áreas de Salud Mental y Emergencias.