

**PAQUETE DE
SERVICIOS
INICIALES MÍNIMOS**

PSIM



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

**PARA LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA (SSR)
EN SITUACIONES
DE CRISIS:
MÓDULO DE
APRENDIZAJE
A DISTANCIA**



Agradecimientos

El módulo actual sobre el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se basa en la revisión del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, “Capítulo 3: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos”, del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, llevada a cabo en 2018. Esta versión del módulo de aprendizaje a distancia, bajo la dirección de la Comisión de Mujeres para los Refugiados (Women's Refugee Commission) y el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, fue revisada por la consultora independiente Heather Lorenzen y diseñada por Little Man Project. Un grupo de tareas integrado por voluntarios también asumió la dirección y orientación general del proyecto. Algunos de los miembros del grupo de tareas son Raya Alchukr (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Melissa García (International Consortium for Emergency Contraception/Management Sciences for Health), Alison Greer (Secretaría del IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis/ Comisión de Mujeres para los Refugiados), Virginie Jouanicot (Save the Children), Sandra Krause (Comisión de Mujeres para los Refugiados) y Chelsea L. Ricker (consultora independiente). El grupo de tareas desea expresar su agradecimiento a Luna Mehrain de International Planned Parenthood Federation (IPPF), Danielle Jurman y Nadine Cornier del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y Sarah Rich, Hilary Wartinger y Lily Jacobi de la Comisión de Mujeres para los Refugiados por sus aportes. Los siguientes subgrupos de trabajo del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis también contribuyeron con la revisión y corrección final de este módulo: SSR para adolescentes, Violencia de género, Insumos, Salud materna y del recién nacido, PSIM para SSR, Servicios de aborto seguro y Anticoncepción voluntaria.

Las traducciones que conforman la versión en español de este módulo estuvieron a cargo de Gabriela Haymes y fueron revisadas por Bélgica Alvarez, Sofía De Anda, Carolina Posada, Lina Rojas, Ingrid Villalobos y Mariana Zavala.

El módulo original, creado en 2007, de aprendizaje a distancia sobre el PSIM para SSR fue principalmente desarrollado por Julia Matthews, exintegrante de la Comisión de Mujeres para los Refugiados; Sandra Krause de la Comisión de Mujeres para los Refugiados y Sarah Chynoweth de IPPF. Diana Quick de la Comisión de Mujeres para los Refugiados se ocupó de la supervisión editorial y del proyecto. La revisión del módulo que se realizó en 2011 tuvo por objeto reflejar el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* de Sandra Krause y Sarah Chynoweth, revisado en 2010, y fue editado por Diana Quick con el aporte de los siguientes colegas del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis: Ribka Amsalu, Wilma Doedens, Brad Kerner, Cecile Mazzacurati, Chen Reis, Marian Schilperoord y Mihoko Tanabe.

El módulo original de aprendizaje a distancia sobre el PSIM para SSR fue posible gracias al apoyo generoso de la Bill & Melinda Gates Foundation. La revisión de 2011 fue posible gracias al apoyo generoso del UNFPA, la Reproductive Health Access Information Services in Emergencies (RAISE) Initiative, y el programa del gobierno australiano Overseas Aid Program. La revisión actual se materializó gracias al apoyo generoso de un donante anónimo.

Sobre la Comisión de Mujeres para los Refugiados y el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis

La Comisión de Mujeres para los Refugiados trabaja para mejorar las condiciones de vida y proteger los derechos de mujeres, niños, niñas y jóvenes que sufren desplazamientos a causa de conflictos y crisis. Investigamos cuáles son sus necesidades, identificamos soluciones y trabajamos a favor de la adopción de programas y políticas orientados a fortalecer su resiliencia e impulsar cambios en las prácticas humanitarias. Desde nuestra fundación en 1989, hemos tenido una destacada actuación como expertos en abordar las necesidades de mujeres, niños y niñas refugiados, y las políticas que pueden protegerlos y empoderarlos. El Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis desarrolla su actividad en el marco de la Comisión de Mujeres para los Refugiados.

El IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis es una coalición amplia y sumamente colaborativa que trabaja para extender y fortalecer el acceso a servicios de SSR de calidad para las personas afectadas por situaciones de conflicto y desastres naturales. Formada en 1995 como el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados (Inter-Agency Working Group on RH in Refugee Situations), la coalición trabaja para documentar deficiencias, logros y enseñanzas extraídas; evaluar el estado de la SSR en el terreno; establecer estándares técnicos para la prestación de servicios de salud reproductiva; recabar evidencias y difundirlas a los responsables de formular políticas, a los administradores y a los profesionales; y abogar por la inclusión de personas afectadas por situaciones de crisis en los temarios de desarrollo global y humanitarios. La conducción del IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis es responsabilidad de un Comité Directivo de 19 miembros entre los que se incluyen organismos de la ONU y organizaciones no gubernamentales humanitarias, de desarrollo, de investigación y de incidencia. En 2018, contaba con más de 2800 miembros individuales pertenecientes a 450 organismos.

Publicado en septiembre de 2006

Revisado en noviembre de 2007

Revisado en febrero de 2011

Revisado en junio de 2019

ÍNDICE

Acerca del Módulo de Aprendizaje a Distancia sobre el PSIM para SSR	1
Introducción	5
Unidad 1: ¿Qué es el PSIM para la SSR?	8
Unidad 2: Asegurarse de que el Sector/Grupo Temático de Salud Identifique a una Organización para que Lidere la Implementación del PSIM	23
Unidad 3: Prevenir la Violencia Sexual y Responder a las Necesidades de las Personas Sobrevivientes	39
Unidad 4: Prevenir la Transmisión del VIH y de Otras ETS y Reducir la Morbilidad y Mortalidad Debido a estas Enfermedades	65
Unidad 5: Prevenir el Exceso de Morbilidad y Mortalidad Materna y Neonatal	87
Unidad 6: Prevenir Embarazos no Deseados	111
Unidad 7: Planificar que los Servicios de SSR Integrales Formen Parte de la Atención Primaria de la Salud	124
Unidad 8: Otras Prioridades de SSR para el PSIM	138
Unidad 9: Realizar Pedidos	151
Módulo del PSIM para SSR Posterior a la Prueba	166
Apéndice A: ¿Cuáles Son los Objetivos del PSIM para SSR?	171
Apéndice B: Lista de Verificación de Monitoreo del PSIM para SSR	174
Apéndice C: Calculadora del PSIM para SSR	180
Apéndice D: Propuesta de Proyecto Modelo	184
Apéndice E: Planilla de Incidencia del PSIM para SSR	189
Apéndice F: Resumen del PSIM para SSR	190
Apéndice G: Lista de Verificación Específica para Adolescentes	192
Apéndice H: Respuestas a los Cuestionarios	194

LISTA DE SIGLAS

Acnur	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AE	Anticonceptivos de emergencia
APA	Atención posterior al aborto
Botiquines ISR	Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva en Contextos de Emergencia (Inter-Agency Emergency Reproductive Health)
CERF	Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas (Central Emergency Response Fund)
DIU	Dispositivo intrauterino
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
HeRAMS	Sistema de Monitoreo de la Disponibilidad de Recursos de Salud (Health Resources Availability Monitoring System)
IAFM	Manual de Campo Interinstitucional (Inter-Agency Field Manual)
IASC	Comité Permanente entre Organismos (Inter-Agency Standing Committee)
IAWG	Grupo de Trabajo Interinstitucional (sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis) [Inter-Agency Working Group (on Reproductive Health in Crises)]
IPPF	International Planned Parenthood Federation
LGBTQIA	Personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y asexuales

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (para Salud Sexual y Reproductiva)
SAS	Servicios de aborto seguro
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SPRINT	Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Contextos de Crisis y Posteriores a una Crisis (Sexual and Reproductive Health Programme in Crisis and Post-Crisis Situations)
SR	Salud reproductiva
SSR	Salud sexual y reproductiva
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNOCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas
VG	Violencia de género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

ACERCA DEL MÓDULO DE APRENDIZAJE A DISTANCIA SOBRE EL PSIM PARA SSR

El módulo de aprendizaje a distancia sobre el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se propone ampliar el conocimiento que tienen los actores y las partes interesadas del sector humanitario acerca de los servicios de SSR prioritarios que deben ponerse en marcha al inicio de una crisis humanitaria y deben incrementarse de manera gradual para brindar una cobertura equitativa en situaciones de crisis prolongadas y en la recuperación. Esto incluye la planificación y la implementación de servicios de SSR integrales tan pronto como resulte posible después de una crisis.

El PSIM para SSR se articuló por primera vez en 1996 en la versión de prueba en el campo de la publicación *Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados: Manual de Campo Interinstitucional, un recurso desarrollado por el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva (SR) en Situaciones de Crisis. El Manual de Trabajo Interinstitucional (IAFM) se finalizó en 1999 y tuvo una amplia difusión*¹. Luego, el PSIM para SSR se actualizó y revisó en el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios: Revisión de 2010 para evaluación en el campo y nuevamente en el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, 2018*. La versión 2018 del *Manual de Trabajo Interinstitucional* representa el consenso de los representantes de las instituciones que trabajan en SSR en el sector humanitario y refleja la mejor evidencia disponible sobre práctica clínica e implementación de programas a fines de 2017. El proceso de revisión fue dirigido por el Grupo de Tareas de Revisión del *IAFM*, integrado por más de 50 personas de 21 organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales internacionales e instituciones académicas, y guiado por un consultor con experiencia en la materia.

Salvo que se indique una referencia específica, la información proporcionada en este módulo de aprendizaje se basa en la revisión realizada en el año 2018 del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*.

¹ *Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados: Manual de Campo Interinstitucional* (Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, 1999).

¿Cuáles son los contenidos nuevos de la versión de 2018 del PSIM para SSR?

En la última revisión del PSIM para SSR, se incorporó un objetivo nuevo sobre prevención del embarazo no deseado, que incluye las siguientes actividades prioritarias:

- ▶ Asegurar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada, reversible y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos [en los casos en los que ya se usaban antes de la crisis], y anticoncepción de emergencia) en los centros de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda.
- ▶ Proporcionar información, incluidos los materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, así como asesoramiento sobre anticoncepción, que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad del cliente, la igualdad y la no discriminación.
- ▶ Asegurar que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

Otro cambio introducido en el PSIM para SSR son las referencias explícitas a los servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admite la ley. Además de incorporar asesoramiento sobre opciones con respecto al embarazo y la prestación de servicios de aborto en la máxima medida prevista por ley o la derivación hacia esos servicios cuando se brinde atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual, ahora el capítulo sobre el PSIM para SSR incluye servicios de aborto seguro, en la máxima medida que lo admite la ley, como “otra actividad prioritaria” independiente. Por último, se han mejorado las pautas sobre atención materna y del recién nacido, prevención y tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual y planificación para servicios de SSR integrales.

¿Para quiénes está diseñado el módulo de aprendizaje a distancia del PSIM para SSR?

El módulo incorpora un conjunto multisectorial de actividades que deben implementar los trabajadores del sector humanitario que operan en salud, diseño y administración de campamentos, logística, servicios comunitarios, protección y otros sectores. El módulo está dirigido, principalmente, a miembros de los equipos de respuesta a emergencias y otros socorristas humanitarios, dado que se centra en las poblaciones afectadas por crisis, como conflictos armados y desastres naturales. No obstante, también puede consultarse como parte de las iniciativas de preparación para emergencias y al ampliar servicios para asegurar una cobertura más integral y equitativa en crisis prolongadas y durante los procesos de recuperación.

¿Cuánto tiempo llevará completar el módulo?

Completar el módulo llevará aproximadamente entre 5 y 7 horas.

Al finalizar el módulo de aprendizaje a distancia del PSIM para SSR, los destinatarios deberían poder:

- ▶ definir y comprender cada componente del PSIM para SSR;
- ▶ explicar la importancia y los aspectos que salvan vidas del PSIM para SSR en contextos de crisis humanitaria;
- ▶ explicar la importancia de abordar la SSR como una parte central de la respuesta de salud general, la coordinación del sector/grupo temático de salud y la coordinación con otros sectores, como el sector/grupo temático de protección;
- ▶ enumerar el rol y las funciones del organismo a cargo de SSR/coordinador dentro del sector/grupo temático de salud;
- ▶ explicar las acciones más importantes que el sector/grupo temático de salud debe llevar a cabo en una crisis humanitaria para prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes;
- ▶ describir las intervenciones prioritarias para prevenir la transmisión del VIH y otras ETS, y reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades en la fase más temprana de las situaciones de crisis;
- ▶ explicar las intervenciones prioritarias para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal al inicio de una emergencia;
- ▶ enumerar las intervenciones prioritarias para prevenir los embarazos no deseados;
- ▶ indicar cómo planificar la integración de servicios de programas de SSR integrales en la atención primaria de la salud tan pronto como la situación lo permita;
- ▶ explicar cómo asegurar el acceso a servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley; y
- ▶ describir cómo hacer pedidos internacionales de insumos del PSIM para SSR o cómo obtenerlos a nivel local.

¿Cómo debería tomarse el módulo de aprendizaje a distancia del PSIM para SSR?

Se ha elaborado un módulo de aprendizaje de autoinstrucción. Debe leerse en el orden de las unidades de aprendizaje y, posteriormente, se puede utilizar como referencia. El participante debe leer cada unidad en forma entera, completar los cuestionarios correspondientes a la unidad y resolver la evaluación posterior que incluye preguntas de todas las unidades. **La versión en línea del módulo de aprendizaje a distancia es interactiva; incluye ejercicios de aprendizaje virtual para reforzar el material de las unidades y vínculos a otros recursos en la web².** En esta versión del módulo, se incorporan estudios de casos y enseñanzas extraídas de respuestas humanitarias previas en las que participaron miembros del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis.

2 El sitio web del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis se encuentra disponible en <http://www.iawg.net>.



Para obtener más orientación e información: Los participantes deben consultar la versión completa de 2018 del Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, en www.iawg.net/iafm.

Recuerde:

A lo largo de toda la capacitación, verá referencias a los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia (ISR). Los Botiquines ISR revisados de 2019 se encontrarán disponibles para su adquisición a principios de 2020. Si usted está realizando este módulo de aprendizaje a distancia **antes de que los Botiquines ISR de 2019 se encuentren disponibles**, consulte la información sobre los Botiquines ISR que se encuentran disponibles en la actualidad en *Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations)* (quinta edición, 2011)³.

¿En qué formato e idiomas se encuentra disponible el módulo sobre el PSIM para SSR?

El módulo se encuentra disponible en línea en el sitio web del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (www.iawg.net) y en el sitio web de la Comisión de Mujeres para los Refugiados (www.womensrefugeecommission.org). Se pueden solicitar copias impresas enviando un mensaje de correo electrónico a info@wrcommission.org o a info.iawg@wrcommission.org.



Aviso: Se debe tener en cuenta que el módulo de aprendizaje a distancia sobre el PSIM para SSR se encuentra disponible sin cargo. Completar el módulo sobre el PSIM para SSR no implica que se garantice el empleo en una institución humanitaria.

¿Existe alguna vía para brindar comentarios sobre posibles mejoras o hacer preguntas sobre el módulo del PSIM para SSR?

Sí, puede enviar un mensaje de correo electrónico a info.iawg@wrcommission.org.

¿Existe la posibilidad de certificar que se ha completado el módulo del PSIM para SSR?

Los participantes que hayan completado la evaluación posterior con una puntuación de al menos 80 % recibirán automáticamente un certificado de finalización que se puede imprimir y guardar.

³ Se puede acceder a una versión en línea de este recurso visitando www.iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

INTRODUCCIÓN

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es un conjunto de actividades prioritarias que salvan vidas, que deberá implementarse desde el inicio de una emergencia. Estos servicios deberán ampliarse y sostenerse para asegurar que se brinde una cobertura equitativa en situaciones de crisis prolongada y en los procesos de recuperación, al tiempo que se planifica cómo integrar la SSR integral en la atención primaria de la salud en el menor plazo posible.

La morbilidad y mortalidad relacionadas con la SSR son temas de fundamental importancia, y las mujeres y niñas en emergencias humanitarias se ven afectadas de manera desproporcionada por condiciones que implican un riesgo para la vida, debido a que enfrentan mayores obstáculos en el acceso a servicios de salud⁴. Desatender las necesidades de SSR en contextos de crisis humanitaria acarrea graves consecuencias, que incluyen la morbilidad y mortalidad evitables, tanto de la madre como del recién nacido; consecuencias evitables de embarazos no deseados, como abortos inseguros; y casos evitables de violencia sexual y sus consecuencias, como embarazos no deseados, aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), aumento de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y problemas de salud mental a largo plazo, incluida la depresión.

El PSIM define qué servicios de SSR son más importantes para prevenir la morbilidad y mortalidad, y para proteger, al mismo tiempo, el derecho a la vida con dignidad en contextos de crisis humanitaria. El PSIM es un estándar para los actores humanitarios y cuenta con el respaldo de las obligaciones legales internacionales asumidas por los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos básicos, incluida la SSR. Todas las personas, incluidas las afectadas por crisis, tienen un derecho humano fundamental a la SSR. Para ejercer este derecho, las poblaciones afectadas deben tener un entorno propicio y acceso a información y servicios de SSR, de modo tal que puedan tomar decisiones libres e informadas. El PSIM para servicios de SSR proporcionado durante una emergencia humanitaria debe basarse en las necesidades de las poblaciones afectadas por crisis, respetar sus valores religiosos y éticos, así como las referencias culturales, y debe cumplir con los estándares internacionales en materia humanitaria y de derechos humanos.

Pese a ser un estándar reconocido a nivel internacional, las evaluaciones llevadas a cabo por la Comisión de Mujeres para los Refugiados y sus socios en 2003^{5,6}, 2004⁷ y 2005⁸ mostraron que,

4 *Maternal Mortality in Humanitarian Crises and Fragile Settings* (Fondo de Población de las Naciones Unidas, noviembre de 2015), <https://www.unfpa.org/resources/maternal-mortality-humanitarian-crises-and-fragile-settings>.

5 *Still in Need: Reproductive Health Care for Afghan Refugees in Pakistan* (Women's Refugee Commission, octubre de 2003), <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/359-still-in-need-reproductive-health-care-for-afghan-refugees-in-pakistan>.

6 *Displaced and Desperate: Assessment of Reproductive Health for Colombia's Internally Displaced Persons*, Marie Stopes International y Women's Refugee Commission, (Reproductive Health Response in Crises Consortium, febrero de 2003), <https://www.womensrefugeecommission.org/srh-2016/resources/72-displaced-and-desperate-assessment-of-reproductive-health-for-colombia-s-internally-displaced>.

7 *Lifesaving Reproductive Health Care: Ignored and Neglected, Assessment of the Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad* (Women's Refugee Commission y Fondo de Población de las Naciones Unidas, agosto de 2004), <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/photo-essays/60-our-fuel-and-firewood-team-in-kenya>

8 *Reproductive Health Priorities in an Emergency: Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami-Affected Areas in Indonesia* (Women's Refugee Commission, febrero de 2005) https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/id_misp_eng.pdf.

a menudo, la implementación del PSIM para SSR se pasó por alto durante las emergencias, y pocos trabajadores del sector humanitario estaban familiarizados con sus objetivos y actividades. Desde aquel momento, se han logrado avances en el objetivo de generar conciencia sobre el PSIM para SSR. En septiembre de 2009, a través de una consulta entre distintas instituciones convocada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública, se celebró el Consenso de Granada, que estableció un compromiso y un marco de acción nuevos. Un componente fundamental del Consenso de Granada consistió en ampliar la cobertura equitativa del PSIM para SSR y mantener estos servicios durante crisis prolongadas y a lo largo de los procesos de recuperación; y al mismo tiempo, incorporar servicios de SSR integrales a través del fortalecimiento de los sistemas de salud⁹. Las evaluaciones interinstitucionales realizadas en 2007 y 2010 señalaron que existe una mayor conciencia acerca de los servicios de SSR prioritarios del PSIM para SSR que deberían implementarse. No obstante, los servicios no se encontraban disponibles en forma sistemática¹⁰.

En 2013 y 2015, en las evaluaciones interinstitucionales realizadas en entornos de crisis, se determinó la disponibilidad sostenida del PSIM para servicios de SSR y, en general, un alto nivel de conocimiento del PSIM para SSR entre los evaluados¹¹. Una evaluación interinstitucional del PSIM para SSR que tuvo lugar en Jordania en 2013, después de la llegada de refugiados sirios, demostró un mayor reconocimiento y apoyo del PSIM para SSR a través de un fuerte liderazgo del Ministerio de Salud, los organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales. La coordinación era adecuada a nivel nacional y de los campamentos, pero resultó insuficiente en áreas urbanas en las cuales había una baja participación de los beneficiarios y un conocimiento limitado de los servicios¹². Dos años más tarde, en la evaluación del año 2015 en Nepal, después del terremoto que tuvo lugar en el país, se habían producido notables avances; a los pocos días del sismo, se creó el grupo de trabajo de SSR (subgrupo temático de SSR), los fondos y suministros eran suficientes y había una fuerte conciencia del PSIM para SSR entre los profesionales del sector humanitario. Los compromisos y las inversiones en materia de SSR antes de la crisis, la existencia del PSIM para SSR en las actividades de preparación y el emplazamiento previo de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia fueron factores claves para el éxito. Algunas de las principales limitaciones observadas en la respuesta del PSIM para SSR de Nepal fueron una activación más lenta de la coordinación a nivel de distrito y la falta de conocimiento comunitario acerca de cuestiones de SSR, incluidos los beneficios de solicitar atención y las ubicaciones de los servicios para violencia sexual, ETS y VIH. Después de la evaluación, se creó el Plan de Implementación Financiada para Planificación Familiar de Nepal (2015–2020), y se llevaron a cabo capacitaciones del PSIM para SSR a nivel central y de distrito sobre la preparación para desastres y los planes de respuesta del distrito¹³.

9 *Sexual and Reproductive Health During Protracted Crises and Recovery: Report on an Expert Consultation Held in Granada, Spain, 28–30 September 2009*, Publicación preliminar (Organización Mundial de la Salud, 2010).

10 *Four Months On: A Snapshot of Priority Reproductive Health Activities in Haiti: An Inter-Agency MISP Assessment Conducted by CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and the Women's Refugee Commission May 17–21, 2010* (Women's Refugee Commission, octubre de 2010); *Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad Hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya* (Women's Commission for Refugee Women and Children, septiembre de 2008), https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/ken_misp.pdf.

11 Sandra K. Krause, Sarah K. Chynoweth y Mihoko Tanabe, "Sea-Change in Reproductive Health in Emergencies: How Systemic Improvements to Address the MISP Were Achieved", *Reproductive Health Matters*, 25, n.º 51 (13 de diciembre de 2017): 7–17, doi: 10.1080/09688080.2017.1401894.

12 Sandra Krause, Holly Williams, Monica A. Onyango, Samira Sami, Wilma Doedens, Noreen Giga, Erin Stone y Barbara Tomczyk, "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package", *Conflict and Health* 9, Supl. 1 (2 de febrero de 2015): S4, <http://www.conflictandhealth.com/content/9/S1/S4>.

13 Anna Myers, Samira Sami, Monica Adhiambo Onyango, Hari Karki, Rosilawati Anggraini y Sandra Krause, "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package (MISP) For Reproductive Health in Nepal Post-Earthquake", *Conflict and Health* 12, n.º 35 (15 de agosto de 2018), <https://doi.org/10.1186/s13031-018-0170-0>.

Estos son algunos ejemplos de los logros alcanzados a lo largo de los años para garantizar la disponibilidad del PSIM para SSR al inicio de las respuestas humanitarias. Pese a que se han realizado grandes avances, se requiere un esfuerzo mayor para garantizar su implementación universal en situaciones de crisis aguda. El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis: módulo de aprendizaje a distancia de la Comisión de Mujeres para los Refugiados y el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis es un recurso y una herramienta que ofrece orientación sobre cómo implementar un PSIM de calidad para servicios de SSR, y contribuye a concienciar sobre la importancia de abordar la necesidad de servicios de SSR prioritarios en contextos de crisis.





UNIDAD 1: ¿QUÉ ES EL PSIM PARA LA SSR?

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es un conjunto coordinado de actividades y servicios de SSR prioritarios que salvan vidas y que deberá implementarse al inicio (dentro de las 48 horas, siempre que sea posible) de cada emergencia humanitaria.

El PSIM para SSR se propone prevenir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la SSR y, al mismo tiempo, proteger el derecho de la comunidad afectada a vivir con dignidad. Sus objetivos son asegurar la identificación de una organización que lidere la implementación del PSIM para la SSR, prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes, evitar la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con estas enfermedades, prevenir la excesiva morbilidad y mortalidad materna y neonatal, prevenir embarazos no deseados y planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible. Otras actividades prioritarias del PSIM para SSR incluyen el acceso a servicios de aborto seguro en la máxima medida admitida por la ley.

Este conjunto de actividades prioritarias debe ser implementado al inicio de una crisis, en forma coordinada, por personal capacitado. El PSIM para SSR se puede implementar sin una evaluación profunda de las necesidades de SSR, en razón de que la evidencia documentada ya justifica su uso. Sin embargo, inicialmente se precisa alguna información demográfica y sobre la situación y la salud de la población afectada por la crisis y, para ello, se utilizarán los mecanismos de coordinación de salud, de modo que las actividades y las iniciativas de incidencia del PSIM para SSR puedan llevarse a cabo de manera óptima. Es importante señalar que estas actividades constituyen un requisito mínimo, y se espera que se mantengan en el tiempo, se mejore su calidad y se amplíen con otros servicios y programas de SSR integrales tan pronto como la situación lo permita.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ enunciar los objetivos y las prioridades del PSIM para SSR;
- ▶ explicar por qué el PSIM para SSR constituye una prioridad en emergencias humanitarias;
- ▶ explicar la importancia de involucrar a las poblaciones afectadas por la crisis en la planificación e implementación del PSIM para servicios de SSR; y
- ▶ explicar cómo monitorear el PSIM para SSR y obtener el financiamiento necesario.

Objetivos y actividades del PSIM para SSR

Existen seis objetivos del PSIM para SSR y otra prioridad. Estos son:

Asegurarse de que el sector/grupo temático de salud identifique una organización para que lidere la implementación del PSIM. La organización de SSR líder¹⁴:

- ▶ designa a un coordinador de SSR para que proporcione apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud;
- ▶ organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados a fin de facilitar la acción coordinada y procurar la implementación del PSIM para SSR;
- ▶ informa al sector/grupo temático de salud, al subsector/subgrupo temático de violencia de género, o en las reuniones de coordinación nacional sobre VIH, acerca de cuestiones relacionadas con la implementación del PSIM;
- ▶ junto con los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH, asegura el mapeo y análisis de los servicios de SSR existentes;
- ▶ comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de SSR en coordinación con los sectores/grupos temáticos de salud y logística; y
- ▶ procura que la comunidad sepa qué servicios de SSR están disponibles y dónde pueden conseguirse.

Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes:

- ▶ trabajando con otros grupos temáticos, en especial, el grupo temático de protección y el subgrupo temático de violencia de género, para poner en marcha medidas de prevención en el ámbito comunitario, local y distrital, incluidos establecimientos de salud para proteger a las poblaciones afectadas, en especial, mujeres y niñas, contra la violencia sexual;
- ▶ prestando atención clínica y haciendo derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual; y
- ▶ estableciendo espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir a las personas sobrevivientes de violencia sexual y brindarles atención clínica y derivaciones



14 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios: Versión revisada 2018* (Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, 2018), <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

Prevenir la transmisión del VIH y otras ETS, y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades:

- ▶ estableciendo el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre;
- ▶ asegurando la aplicación de precauciones estándares;
- ▶ garantizando la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y, según corresponda (p. ej., si la población ya los utilizaba), procurando la provisión de preservativos femeninos;
- ▶ respaldando que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscrito antes de la emergencia en programas de tratamiento antirretroviral, a fin de que puedan continuar con su tratamiento; entre esas personas se incluyen las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil;
- ▶ proporcionando profilaxis posterior a la exposición (PPE) a los sobrevivientes de violencia sexual, según corresponda; y para casos de exposición laboral;
- ▶ contribuyendo a la provisión de profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas en pacientes que se determine que tienen VIH o ya diagnosticados con VIH; y
- ▶ cerciorándose de que en los establecimientos de salud se ofrezcan diagnósticos sindrómicos y tratamiento para ETS.

Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos:

- ▶ garantizando que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal de emergencia vital, y que se pueda acceder a ellos, como por ejemplo:
 - en los hospitales que reciben derivaciones: personal médico idóneo e insumos para la provisión de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral;
 - en los establecimientos de salud: asistentes de parto idóneos e insumos para partos vaginales y provisión de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica;
 - en el ámbito comunitario: información para la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de atención obstétrica y neonatal de emergencia, y sobre la importancia de buscar atención en establecimientos de salud; a las mujeres que estén visiblemente embarazadas y a los asistentes de parto se les deben proporcionar botiquines de parto higiénico para promover partos higiénicos en el hogar cuando resulte imposible acceder a un establecimiento de salud.
- ▶ estableciendo un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas todos los días de la semana para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el establecimiento de salud y el hospital;
- ▶ garantizando la disponibilidad de atención vital posterior al aborto en establecimientos de salud y hospitales; y
- ▶ garantizando la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud o no exista la certeza de que se va a poder acceder.

Prevenir embarazos no deseados:

- ▶ asegurando la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada reversible y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos [en los casos en los que ya se usaban] y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda;
- ▶ proporcionando información, que incluya los materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y asesoramiento sobre anticoncepción que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad del cliente, la igualdad y la no discriminación; y
- ▶ asegurando que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

Planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible.

- ▶ Trabajar con los socios del sector/grupo temático de salud para abordar los seis elementos centrales del sistema de salud: la prestación de servicios, el personal de salud, el sistema de información de salud, los productos básicos médicos, el financiamiento y la gobernanza, y el liderazgo.

Otra prioridad

- ▶ También es importante garantizar que en los centros de salud y establecimientos hospitalarios haya servicios de abortos seguros disponibles en la máxima medida que lo admita la ley.

¿Qué es la salud sexual y reproductiva (SSR)?

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo definió la SSR como “un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”¹⁵.

Esta definición implica que las mujeres, los hombres y los adolescentes, incluso los que viven en contextos de crisis humanitaria, tienen derecho a:

- ▶ una vida sexual satisfactoria y segura;
- ▶ la libertad de decidir si desean tener hijos, cuándo y con qué frecuencia;
- ▶ información sobre el acceso a métodos anticonceptivos de su elección que sean de calidad,
- ▶ seguros, eficaces, asequibles y aceptables;
- ▶ servicios de atención de la salud adecuados que permitan tener embarazos y partos seguros, y protejan la salud de sus bebés;

¹⁵ Naciones Unidas, “*Programme of Action*” (adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5–13 de septiembre de 1994), párrafo 7.2, https://unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.

- ▶ información sobre prevención y tratamiento del VIH y las ETS; e
- ▶ intervenciones y estrategias para la regulación de la fertilidad en la máxima medida admitida por la ley.

¿Por qué el PSIM para SSR es una prioridad?

Los componentes del PSIM para SSR representan acciones críticas en materia de salud que salvan vidas, y que deben implementarse de manera simultánea con otras actividades vitales. El PSIM para SSR resulta esencial para reducir las muertes, enfermedades y discapacidades al tiempo que se protege el derecho a la vida con dignidad. Las comunidades afectadas por la crisis tienen derecho a acceder a estos servicios y a recibir información integral sobre SSR a fin de poder realizar elecciones libres e informadas.



Si el PSIM para SSR no se tiene en cuenta o no se considera una prioridad en una respuesta humanitaria, use estos puntos en sus acciones de incidencia ante las Naciones Unidas (ONU), los responsables nacionales de la adopción de políticas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros actores.

El PSIM para SSR:

- ▶ es un estándar mínimo universal de respuesta a desastres reconocido en todo el mundo;
- ▶ es un criterio vital mínimo del Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas (CERF) elegible para el financiamiento por este fondo;
- ▶ está integrado en la directriz para el grupo temático de salud global; y
- ▶ está integrado en la revisión de 2018 de los estándares para SSR y VIH de los Estándares Mínimos de Sphere para Respuestas Humanitarias.

¿Cuáles son las posibles consecuencias de no tener en cuenta el PSIM para SSR en un contexto de emergencia?

Cuando no se implementa el PSIM para SSR, se pone en riesgo la vida de las personas afectadas por crisis. Por ejemplo, las mujeres y las niñas pueden quedar expuestas al riesgo de sufrir violencia sexual al intentar acceder a alimentos, leña, agua y baños. Es posible que el lugar donde viven no sea adecuado para protegerlas de intrusos, o pueden encontrarse en una situación habitacional en la cual no tengan privacidad. Es posible que quienes ocupan posiciones de poder exploten a personas vulnerables, especialmente a las mujeres y las niñas, exigiéndoles favores sexuales a cambio del acceso a artículos esenciales.

Si no se tiene en cuenta el PSIM para SSR, es posible que los establecimientos de salud no tengan servicios disponibles para el manejo clínico de las personas que sobreviven a hechos de violencia sexual. Además, no observar las precauciones estándares en lugares donde se brinda atención de la salud puede permitir que se transmita el VIH y otras infecciones a pacientes o a trabajadores de la salud; y no asegurar los medicamentos para la prevención y el tratamiento del VIH (PPE y TAR)

y el tratamiento para las ETS en las clínicas puede aumentar las tasas de transmisión. Asimismo, la falta de métodos anticonceptivos puede dar como resultado embarazos no deseados y, si no se cuenta con un sistema de derivaciones que permita trasladar a los pacientes que necesitan servicios básicos o integrales de atención obstétrica y neonatal de emergencia a un establecimiento de salud con el equipamiento necesario, las mujeres y los recién nacidos pueden morir o sufrir enfermedades o lesiones a largo plazo (p. ej., fístula obstétrica).

El PSIM para SSR ofrece un resumen de las medidas básicas que se deben tomar para salvar vidas, preservar la salud, y evitar estas y otras consecuencias negativas.

¿Quiénes tienen la responsabilidad de implementar el PSIM para SSR?

El sector/grupo temático de salud y el Ministerio de Salud tienen la responsabilidad de asegurar que se implementen las actividades prioritarias del PSIM para SSR. No obstante, no todas las actividades del PSIM para SSR se limitan al sector/grupo temático de salud. Por ejemplo, las actividades para prevenir y dar respuesta a los hechos de violencia sexual se relacionan, de manera transversal, con los sectores/grupos temáticos de protección; alimentación/nutrición; educación; agua, saneamiento e higiene; y albergue. La función crítica que debe desempeñar el sector/grupo temático de salud en la implementación del PSIM para SSR se refleja en las herramientas y la orientación del grupo temático de salud del Comité Permanente entre Organismos (IASC)¹⁶.

¿Cuáles son los principios fundamentales de los programas de SSR en contextos de crisis humanitaria?

Los principios son valores desarrollados a través de consultas con actores interesados del sector humanitario y del sector de SSR, y deberían usarse para ayudar a orientar las acciones. Estos son:

- ▶ trabajar conformando alianzas respetuosas con las personas que reciben atención, los proveedores y los socios locales e internacionales;
- ▶ garantizar la equidad satisfaciendo las diversas necesidades de SSR de las personas y asegurar que los servicios y suministros sean asequibles o gratuitos, accesibles para todas las personas, y de alta calidad;
- ▶ proporcionar información y opciones integrales, con base empírica y accesibles sobre los suministros y servicios disponibles;
- ▶ asegurar la participación eficaz y significativa de los afectados, y brindar atención centrada en la persona que reconozca el poder de los pacientes para tomar decisiones autónomas, así como las diversas opciones de servicios y productos básicos que tienen a su disposición;
- ▶ asegurar que se proteja la privacidad y confidencialidad de todas las personas y que todas ellas reciban un trato digno y respetuoso;
- ▶ promover la igualdad con respecto a la edad, sexo, género e identidad de género, estado civil, orientación sexual, ubicación (p. ej., ámbito rural o urbano), discapacidad, raza, color, idioma, religión, opinión política o de otra naturaleza, nacionalidad, grupo étnico o grupo social; patrimonio, nacimiento u otras características;

16 *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster* (Comité Permanente entre Organismos, 2009), <https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/>.

- ▶ reconocer y abordar dinámicas de género y poder en los establecimientos de atención de la salud para garantizar que, al recibir o brindar servicios de salud, no haya coerción, discriminación ni violencia/maltrato/falta de respeto/abuso;
- ▶ lograr la participación y la movilización de la comunidad, incluidas poblaciones que suelen estar marginadas, como los adolescentes, en iniciativas de extensión a la comunidad para informar a esta sobre la disponibilidad y la ubicación de los servicios y los productos básicos del PSIM; y
- ▶ monitorear los servicios y suministros, y compartir la información y los resultados con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

¿De qué manera se involucran las poblaciones y las comunidades afectadas por la crisis?

Si bien puede resultar difícil en los primeros días de una crisis, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para asegurar que las poblaciones afectadas, que incluyen a mujeres, adolescentes y hombres, se involucren en la planificación e implementación del PSIM para servicios de SSR desde el inicio de una emergencia. Para que todos los miembros de la población participen, es importante ponerse en contacto con grupos con vulnerabilidades particulares, como lesbianas, gais, bisexuales, personas transgénero, queer, intersexuales y asexuales (LGBTQIA) y personas con discapacidad, al tiempo que se toman medidas para asegurar su protección. Como mínimo, las comunidades afectadas deben estar informadas acerca de los beneficios de solicitar servicios —como atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual, anticoncepción y atención obstétrica y neonatal de emergencia—, y cómo y dónde acceder a estos servicios.

A fin de mejorar el acceso en la comunidad y lograr mayor equidad, y para promover servicios inclusivos, las organizaciones pueden examinar los datos de los programas para comprender qué usos reciben los servicios y forjar alianzas con grupos locales con el objeto de brindar educación e información a grupos que tienen una escasa representación. Al alentar la participación de diversos grupos comunitarios, es posible desarrollar alianzas respetuosas y mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de SSR.

Definiciones de LGBTQIA

Lesbiana	Una mujer que se siente atraída de manera emocional, sentimental o sexual hacia otras mujeres.
Gay	Una persona que se siente atraída de manera emocional, sentimental o sexual hacia personas del mismo género.
Bisexual	Una persona que se siente atraída de manera emocional, sentimental o sexual hacia más de un sexo, género o identidad de género, aunque no necesariamente al mismo tiempo, del mismo modo o en igual grado.
Transgénero	Un término general para las personas cuya identidad y/o expresión de género es diferente de las expectativas culturales basadas en el sexo que se les asignaron al nacer. Ser transgénero no implica una orientación sexual específica. Por lo tanto, las personas transgénero pueden identificarse como heterosexuales, gais, lesbianas, bisexuales, etcétera.
Queer	Un término que suele utilizarse para expresar identidades y orientaciones fluidas.
Personas que se cuestionan su identidad de género	Un término que suele utilizarse para describir personas que están en el proceso de exploración de su orientación sexual o identidad de género.
Intersexual	Un término general que suele utilizarse para describir una amplia gama de variaciones físicas naturales. En algunos casos, estos rasgos son visibles en el nacimiento, y en otros, recién se manifiestan en la pubertad. Es posible que algunas variaciones cromosómicas de este tipo no tengan ninguna manifestación física.
Asexual	La falta de atracción o deseo sexual por otras personas.

Fuente: "Glossary of Terms", Human Rights Campaign, consultado el 8 de abril de 2019, <https://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>.

¿Qué herramientas se encuentran disponibles para colaborar con los proveedores de servicios en lo referente a brindar información a las comunidades acerca del PSIM para SSR?

La Comisión de Mujeres para los Refugiados ha desarrollado Plantillas universales y adaptables de información, educación y comunicación sobre el PSIM para SSR destinadas a poblaciones afectadas por la crisis, que abordan la importancia de solicitar atención después de una agresión sexual y acceder a atención para complicaciones obstétricas, como así también Plantillas de información, educación y comunicación para la planificación familiar, cuya finalidad es colaborar con los proveedores de servicios en lo referente a brindar información a los clientes¹⁷. Estas plantillas están orientadas a tres objetivos del PSIM para SSR y se proponen ayudar a los proveedores

¹⁷ Descargue las plantillas de información, educación y comunicación en <http://iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp> y las plantillas sobre planificación familiar en <http://iawg.net/resource/universal-and-adaptable-information-education-and-communication-templates-on-family-planning/>

de servicios en sus acciones para informar a las comunidades, en diversos entornos de crisis humanitaria, acerca de los servicios que se encuentran disponibles y los beneficios que aporta solicitar atención.

¿Dónde puedo encontrar estos y otros recursos para la implementación del PSIM para SSR?

En la página de recursos “MISP for SRH Area of Focus” (Área de interés del PSIM para SSR) del sitio web del IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, encontrará materiales y recursos para la implementación. Esto incluye materiales de información, educación y comunicación, herramientas de evaluación para los procesos del PSIM para SSR, listas de verificación, la calculadora del PSIM para SSR —que calcula las estadísticas de SSR necesarias en materia de incidencia, programas y recaudación de fondos (ver Apéndice C)— y muchos materiales más.

¿Por qué es importante asegurar que se aborden las necesidades y capacidades de los adolescentes?

En el período posterior a una crisis, la disgregación de las familias y comunidades, y la pérdida de oportunidades de educación, empleos y otras actividades significativas son dificultades comunes para los adolescentes, y pueden afectar enormemente su capacidad para protegerse a sí mismos. Es posible que, como consecuencia de un desplazamiento, hayan perdido el contacto con su familia, redes de pares, instituciones religiosas, agentes de apoyo social y servicios de salud, lo cual puede hacer que se vuelquen hacia entornos violentos o no saludables. Ante el quiebre de la ley y el orden, los adolescentes, sobre todo las niñas, son especialmente vulnerables a sufrir coerción, explotación y violencia sexual, así como también a ser forzadas a casarse tempranamente, lo cual aumenta aún más los riesgos de embarazo no deseado, complicaciones durante el embarazo y el parto, abortos inseguros y ETS, incluido el VIH.

La resiliencia y la amplitud de recursos con que cuentan los adolescentes pueden ayudarles a afrontar sus circunstancias y a brindar apoyo a sus comunidades. Se les deben brindar oportunidades para participar en el diseño, la coordinación y la implementación de servicios del PSIM para SSR accesibles, aceptables y apropiados, orientados a que sus necesidades se tengan en cuenta y se aborden desde el inicio de la emergencia¹⁸.

¿Por qué es importante tener en cuenta las poblaciones urbanas, las poblaciones móviles y los programas remotos para la implementación del PSIM para SSR?

En cada una de estas situaciones, brindar servicios de salud puede resultar complejo por las dificultades de seguridad, logísticas o de comunicación.

Poblaciones urbanas: El mundo está atravesando un rápido proceso de urbanización global. En la actualidad, el 55 % de la población mundial vive en áreas urbanas, y se prevé que, para el año

18 Save the Children y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (UNFPA, 2010), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf.

2050, el 68 % de la población global vivirá en áreas urbanas¹⁹. Aproximadamente el 60 % del total de refugiados y el 80 % de las personas desplazadas internamente viven en áreas urbanas en las cuales existe un mayor acceso a oportunidades, como el empleo²⁰. No obstante, a menudo, los sistemas de salud en contextos urbanos ya operan al máximo de su capacidad y es posible que no puedan absorber el ingreso de personas afectadas por la crisis.

Poblaciones móviles: En los últimos años, se ha observado un aumento en las poblaciones móviles y las migraciones. Algunos de los obstáculos que no permiten que los migrantes accedan a servicios de salud son la falta de información, las barreras idiomáticas, los costos y el temor a ser detenidos o deportados²¹.

Programas remotos: Las características cambiantes de las crisis han generado dificultades logísticas y de seguridad que pueden restringir la capacidad de las organizaciones humanitarias para brindar alivio, de manera segura y eficaz, a algunas poblaciones afectadas por desastres y conflictos²². Los programas remotos se han vuelto más habituales en contextos frágiles y de conflictos prolongados, en los cuales el acceso es muy restringido.

Para las mujeres y adolescentes afectadas por las crisis, obtener servicios de salud y de otro tipo suele ser un desafío en estos contextos, debido a los obstáculos que enfrentan en los planos cultural, social, económico y de seguridad. Además, es posible que no tengan información sobre los servicios que existen y dónde buscarlos. Diversos estudios han determinado que las mujeres embarazadas que viven en áreas afectadas por conflictos o que son forzadas a desplazarse tienen tasas más altas de complicaciones relacionadas con el embarazo. Esto ocasiona mayores tasas de muertes maternas y neonatales que, a menudo, son el resultado de un menor acceso a servicios y estándares de atención más bajos²³.

Todos los actores deberían trabajar en forma conjunta para abordar estos desafíos, y proteger la seguridad y el bienestar de las personas que viven en estos contextos²⁴. Dado que la provisión de atención de la salud difiere entre los distintos países y las distintas situaciones, un enfoque recomendado es llevar a cabo un mapeo rápido de los establecimientos y sistemas de salud disponibles, lo cual incluye el Ministerio de Salud, las ONG y los servicios religiosos. Si se trata de

19 *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision* (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2018), <https://population.un.org/wup/Publications/Files/WUP2018-KeyFacts.pdf>.

20 Hans Park, "The Power of Cities", Agencia de la ONU para los Refugiados, 25 de noviembre de 2016, <https://www.unhcr.org/innovation/the-power-of-cities>.

21 *New Walled Order: How Barriers to Basic Services Turn Migration into a Humanitarian Crisis* (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, julio de 2018), <http://media.ifrc.org/wpcontent/uploads/sites/5/2018/07/Migration-policy-Report-Final-LR.pdf>.

22 Simran Chaudhri, Kristina Cordes y Nathan Miller, *Humanitarian Programming and Monitoring in Inaccessible Conflict Settings: A Literature Review* (OMS, febrero de 2017), <https://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf>.

23 Olivia Tulloch, Fortunate Machingura y Claire Melamed, *Health, Migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development* (Overseas Development Institute, julio de 2016), <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/10761.pdf>; A.D. Akol, S. Caluwaerts y A.D. Weeks, "Pregnant Women in War Zones", *BMJ* (20 de abril de 2016), 353, <https://doi.org/10.1136/bmj.i2037>

24 A continuación se incluye más información sobre programas remotos y poblaciones móviles y migrantes: *To Stay and Deliver, Good practice for humanitarians in complex security environments* (OCHA, 2011), https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Stay_and_Deliver.pdf. *HUMANITARIAN PROGRAMMING AND MONITORING IN INACCESSIBLE CONFLICT SETTINGS: A Literature Review* (Grupo Temático Global de Salud de la OMS, febrero de 2017), <http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/remote-lit-review.pdf>. Antonio Donini y Daniel Maxwell, "From face-to-face to face-to-screen: remote management, effectiveness and accountability of humanitarian action in insecure environments", *International Review of the Red Cross*, 95, págs. 383-413 doi:10.1017/S1816383114000265. Peta Sandison, *Limited Access Humanitarian Programming Operational Guidance for Managing Programme Quality* Versión 1 (Oxfam, enero de 2017), <https://www.medbox.org/limited-access-humanitarian-programming/download.pdf>. *Health of refugees and migrants: Practices in addressing the health needs of refugees and migrants* (Región de África de la OMS, 2018), www.who.int/migrants/publications/AFRO-Practices.pdf.

poblaciones móviles, los servicios deberían mapearse en el lugar donde están ubicados los grupos temáticos/sectores y en otras áreas/países a lo largo de rutas migratorias comunes. Debe brindarse información precisa a mujeres, adolescentes y otros grupos con vulnerabilidades específicas sobre cómo y dónde acceder a los servicios que pueden necesitar cuando existe una lista amplia para consultar. Otro enfoque posible consiste en entablar alianzas con organizaciones locales que forman parte de una estructura comunitaria y están mejor preparadas para encontrar soluciones a nivel local, a fin de lograr que ninguna persona quede desatendida y que se llegue a todas las partes afectadas por la crisis y que necesitan servicios.

¿Cómo puede monitorearse la implementación del PSIM para SSR?

La **lista de verificación del PSIM para SSR** (ver Apéndice B) se puede usar para monitorear la prestación de servicios de SSR en cada emergencia humanitaria. Esto puede realizarse mediante la comunicación verbal de la información por parte de los coordinadores de SSR y/o mediante visitas de observación. Al inicio de la respuesta humanitaria, el monitoreo debe efectuarse con una frecuencia semanal. Una vez que los servicios están completamente establecidos y acordados, debe realizarse un monitoreo y una evaluación de rutina a fin de determinar los avances para lograr un PSIM de calidad y servicios de SSR integrales.

El **Sistema de Monitoreo de la Disponibilidad de Recursos de Salud (Health Resources Availability Monitoring System, HeRAMS)** es otra herramienta que permite monitorear la implementación del PSIM para SSR y brindar apoyo para la coordinación y la toma de decisiones entre actores del sector de salud²⁵. HeRAMS es un sistema informático basado en software que se desarrolló para respaldar el monitoreo y la evaluación de la situación de los establecimientos de salud, y la disponibilidad de servicios y recursos de salud en diferentes áreas afectadas por emergencias, según el tipo de servicio y el nivel de atención. Las cuatro áreas monitoreadas por HeRAMS son establecimientos de salud, recursos para servicios de salud, servicios prestados (incluidos los específicos del PSIM para SSR) y los motivos por los cuales los servicios no se encuentran disponibles.

El **Conjunto de herramientas del sistema de información de salud de emergencia**, desarrollado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), incluye indicadores clave de SSR para orientar la recopilación de datos a nivel de los establecimientos de salud, que se recabarán desde el inicio de una emergencia²⁶. Estos datos pueden utilizarse para analizar deficiencias y solapamientos en la cobertura de servicios dentro de los mecanismos de coordinación del sector/grupo temático de salud, y para hallar soluciones e implementarlas.

¿Cómo puede una institución obtener financiamiento para brindar apoyo a las actividades del PSIM para SSR?

Dado que el PSIM para SSR cumple con los criterios vitales del Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas (CERF)²⁷, las ONG pueden acceder a fondos del CERF presentando propuestas para proyectos que forman parte del proceso de planificación y llamamientos humanitarios. Los fondos mancomunados basados en los países (Country-based Pooled Funds,

25 Se puede consultar más información sobre HeRAMS en <https://www.who.int/hac/herams/en/>.

26 "Health Information System Toolkit", Acnur, consultado el 8 de abril de 2019, <https://www.unhcr.org/protection/health/4a3374408/health-information-system-toolkit.htm/>.

27 Lifesaving Criteria and Sectoral Activities (Central Emergency Response Fund, 2010) <https://cerf.un.org/>.

CBPF) ofrecen otra opción de financiamiento, al igual que los Planes de Respuesta Humanitaria. Las propuestas deben describir las actividades prioritarias de SSR que se establecen en el PSIM como los primeros componentes de SSR que se deben abordar, seguidos por una expansión de los programas de SSR tan pronto como la situación lo permita.

Las organizaciones que respondan a una crisis también deberían incluir financiamiento destinado actividades del PSIM para SSR en las propuestas presentadas a donantes, como el Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio Exterior (Department of Foreign Affairs and Trade, DFAT) de Australia, la Oficina de Población, Refugiados y Migración (Bureau for Population, Refugees, and Migration, BPRM) de los Estados Unidos, Global Affairs Canada (GAC), el Departamento de Desarrollo Internacional (Department for International Development, DFID) del Reino Unido, la Dirección General de Protección Civil y Ayuda Humanitaria (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations, ECHO), el Ministerio de Relaciones Exteriores de Dinamarca, el Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos, la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (Norwegian Agency for Development Cooperation), la Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero (Office of U.S. Foreign Disaster Assistance, OFDA), la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (Sida), Acnur, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y donantes privados que pueden brindar apoyo para actividades de respuesta a emergencias (para ver un ejemplo de una propuesta de financiamiento, ir al Apéndice D)²⁸.

Puede resultar útil citar los estándares de SSR y de VIH de Sphere en las propuestas. En la edición de 2018 de *The Sphere Handbook*, las actividades prioritarias del PSIM para SSR se incluyen en los estándares sobre salud sexual y reproductiva: “Estándar 2.3.1 Atención de la salud reproductiva materna y del recién nacido”, “Estándar 2.3.2 Violencia sexual y manejo clínico de la violación” y “Estándar 2.3.3 VIH”²⁹.

¿Qué insumos son necesarios para implementar el PSIM para SSR y dónde pueden obtenerlos los organismos?

Se han reunido medicamentos, equipos e insumos esenciales para implementar el PSIM para SSR en botiquines preembalados especialmente diseñados: los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia (ISR). Estos botiquines, administrados por el UNFPA en representación del IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis están diseñados para aplicarse de manera global en la fase inicial de cualquier emergencia aguda. No obstante, es posible que algunos de los medicamentos y dispositivos médicos incluidos en los botiquines no sean adecuados para todos los contextos. Esto resulta inevitable, dado que son botiquines de emergencia estandarizados, han sido diseñados para ser usados en todo el mundo, están previamente embalados y se encuentran listos para su envío inmediato. Es posible que no en todos los contextos se necesiten todos los botiquines; esto depende de la disponibilidad de insumos que hubiera en cada lugar antes de la crisis y de la capacidad que tengan los establecimientos de salud. Además, algunos productos básicos esenciales no están incluidos en los Botiquines ISR, pero pueden ordenarse como productos básicos complementarios en circunstancias específicas

28 “Guidelines for Proposals”, USAID, consultado el 8 de abril de 2019, <https://www.usaid.gov/what-we-do/working-crises-and-conflict/crisis-response/resources/guidelines-proposals>; “Funding Opportunities”, Departamento de Estado de los EE. UU., consultado el 8 de abril de 2019, <https://www.state.gov/j/prm/funding>; “Funding for Humanitarian Aid”, Dirección General de Protección Civil y Ayuda Humanitaria, consultado el 8 de abril de 2019, http://ec.europa.eu/echo/funding-evaluations/funding-humanitarian-aid_en; Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio Exterior de Australia (sitio web), consultado el 8 de abril de 2019, <https://dfat.gov.au>.

29 *The Sphere Handbook 2018* (Sphere, 2018), <https://www.spherestandards.org/handbook>.

para ser agregados a los botiquines principales. La cuestión de los insumos debe analizarse en las reuniones del sector/grupo temático de salud y/o del subsector/grupo de trabajo, como así también en la fase de preparación para emergencias.

Para evitar que, durante las emergencias, se interrumpa la provisión de insumos de SSR que salvan vidas, los actores humanitarios deberían tener en cuenta que es fundamental fortalecer cadenas de suministro que resulten sostenibles a nivel local; no solamente durante la expansión de los servicios para establecer programas de SSR integrales, sino también en la fase aguda de una emergencia, cuando se está implementando el PSIM para SSR. Dado que los problemas de logística son comunes en contextos de crisis, particularmente en lo concerniente a insumos de salud, los socios del subsector/grupo de trabajo de SSR y el sector/grupo temático de salud deben trabajar en estrecha colaboración con el sector/grupo temático de logística y otros socios del área de salud. Los actores humanitarios pertinentes deberían empeñarse en asegurar la integración de insumos de salud de carácter humanitario en la planificación logística, identificar rápidamente los insumos de SSR basados en necesidades y asegurar que se incluyan en las adquisiciones generales de insumos médicos, a fin de evitar que se produzcan desabastecimientos o faltantes.

i

Para obtener más información acerca de suministros y logística, consulte la unidad 9, capítulo 4 del *IAFM* de 2018, y el *IARH Kit Manual* (2019) y los materiales que lo acompañan.

¿El PSIM para SSR es solamente para emergencias agudas?

El PSIM para SSR no solamente se aplica a crisis agudas. El marco establecido en el *Consenso de Granada sobre salud sexual y reproductiva en crisis prolongadas y períodos de recuperación* incluye asegurar los componentes clínicos del PSIM para SSR, lograr una cobertura equitativa y mantener los servicios a medida que se incorporan a programas de SSR integrales en situaciones de crisis prolongadas y a lo largo del período de recuperación³⁰. Es importante tener en cuenta que, en algunos entornos que han sufrido crisis prolongadas o están en la etapa posterior a una crisis, aún no se cuenta con los servicios clínicos prioritarios del PSIM para SSR. En este caso, los programas de SSR existentes no deberían suspenderse ni reducirse, sino mejorarse inmediatamente a fin de incluir todos los servicios prioritarios del PSIM para SSR.

¿Qué se puede hacer para prepararse para una emergencia en países proclives a desastres y conflictos?

Las comunidades locales, los representantes de los distritos y los estados, y los organismos humanitarios, de respuesta ante desastres y de desarrollo deberían dar prioridad a la SSR en sus políticas de manejo de emergencias de salud, incluidos los planes de contingencia y de preparación para emergencias. En el marco de tales planes, se podría capacitar a trabajadores de la salud nacionales, locales y de las comunidades en el PSIM para SSR; identificar un sistema para mapear los servicios disponibles antes y al inicio de una emergencia; identificar estrategias de coordinación

30 *Granada Consensus on Sexual and Reproductive Health in Protracted Crises and Recovery* (Escuela Andaluza de Salud Pública, UNFPA y OMS), consultado el 8 de abril de 2019, https://www.who.int/hac/techguidance/pht/reproductive_health_protracted_crises_and_recovery.pdf.

y comunicación; planificar recursos humanos de emergencia y desarrollar planes de logística para almacenar, gestionar, ordenar y distribuir suministros del PSIM para SSR. A continuación se presentan dos ejemplos de recursos para brindar apoyo a tales esfuerzos de preparación:

La **Iniciativa Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Contextos de Crisis y Posteriores a una Crisis (Sexual and Reproductive Health Programme in Crisis and Post-Crisis Situations, [SPRINT])** en el Este y el Sudeste de Asia y en el Pacífico se desarrolló con financiamiento del gobierno australiano después de la novena reunión del IAWG sobre SR en Contextos de Crisis de octubre de 2006, celebrada en Sydney, Australia. El objetivo de la iniciativa es mejorar el acceso a servicios e información de SSR para poblaciones que viven en contextos de crisis humanitarias. En la actualidad, se encuentra en su tercera fase y se centra en el Sur y el Sudeste de Asia y en el Pacífico, y tiene como propósito asegurar que:

- ▶ el contexto de políticas y financiamiento brinde cada vez mayor apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en contextos de crisis humanitarias;
- ▶ se aumente la capacidad nacional de coordinar la implementación del PSIM para SSR en situaciones de crisis; y
- ▶ el PSIM para SSR se ponga en práctica de manera oportuna en contextos de crisis.

La Iniciativa SPRINT es administrada por International Planned Parenthood Federation (IPPF) y trabaja en estrecha colaboración con socios como UNFPA, la Comisión de Mujeres para los Refugiados y otros miembros del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Para obtener más información sobre la Iniciativa SPRINT y el trabajo humanitario de IPPF, visite www.ippf.org/our-priorities/humanitarian.

La **Iniciativa de Asociación para la Capacitación (Training Partnership Initiative) del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis** se formó en 2006 para abordar deficiencias en el servicio clínico que afectan la implementación del PSIM para SSR. La Iniciativa de Asociación para la Capacitación del IAWG se centra en un enfoque integrado, inclusivo y amplio, orientado a incrementar la capacidad regional, nacional y local para coordinar y brindar, de manera eficaz, servicios de SSR de calidad desde el inicio de una emergencia, y para llevar adelante una planificación efectiva y la implementación de servicios de SSR amplios e integrados. Para obtener más información sobre la Iniciativa de Asociación para la Capacitación del IAWG, visite iawg.net.

Unidad 1: Puntos clave

- ▶ Los seis objetivos del PSIM para SSR incluyen: asegurar que se identifique una organización que lidere la implementación del PSIM para SSR; prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes; prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS, y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades; prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos; prevenir embarazos no deseados y planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible. Otras actividades prioritarias del PSIM para SSR incluyen el acceso a servicios de aborto seguro en la máxima medida admitida por la ley.

- ▶ El PSIM para SSR resulta esencial para reducir las muertes, enfermedades y discapacidades al tiempo que se protege el derecho a la vida con dignidad.
- ▶ Se deben realizar todos los esfuerzos posibles para asegurar que las poblaciones afectadas por la crisis, que incluyen a mujeres, adolescentes y hombres, se involucren en la planificación e implementación de servicios del PSIM para SSR desde el inicio de una emergencia. Como mínimo, las comunidades afectadas deben estar informadas acerca de los beneficios de solicitar servicios —como atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual, anticoncepción y atención obstétrica y neonatal de emergencia—, y cómo y dónde acceder a estos servicios.
- ▶ La lista de verificación del PSIM para SSR puede usarse para monitorear la prestación y coordinación de los servicios de SSR en emergencias humanitarias.
- ▶ Las organizaciones que respondan a una crisis también deberían incluir financiamiento destinado al PSIM para actividades de SSR en las propuestas que se presenten a los donantes.

UNIDAD 2: ASEGURARSE DE QUE EL SECTOR/GRUPO TEMÁTICO DE SALUD IDENTIFIQUE A UNA ORGANIZACIÓN PARA QUE LIDERE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM



La coordinación de las actividades del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) como parte de la respuesta del sector/grupo temático de salud general es esencial en varios niveles, incluso dentro de cada organismo que responda a la emergencia, así como en los niveles subnacional, nacional e internacional. La coordinación dentro de los diversos niveles y entre estos, al igual que en los distintos sectores, es fundamental para garantizar una respuesta de SSR efectiva, ya que ayuda a identificar y salvar brechas en la provisión de servicios, a prevenir la superposición de programas, a fortalecer la incidencia y a apoyar la aplicación de estándares y la rendición de cuentas para que las poblaciones afectadas por crisis puedan acceder a servicios de SSR vitales.

Desde el inicio de la respuesta en cada contexto de crisis humanitaria, el sector/grupo temático de la salud debe identificar a una organización de SSR líder para asegurar la coordinación. Puede ser el Ministerio de Salud, un organismo de las Naciones Unidas (ONU) o una organización no gubernamental (ONG) nacional o internacional. La organización designada, que será la que se considere que tiene la mayor capacidad para cumplir esta función, destina de inmediato un coordinador de SSR de tiempo completo durante un período mínimo de entre tres y seis meses. El coordinador de SSR brinda a los socios de salud apoyo operativo y técnico y facilita una planificación coordinada a fin de garantizar que se dé prioridad a la SSR y se presten los servicios del PSIM para SSR de manera efectiva. Para poder brindar dicho apoyo, es importante que esta persona cuente con suficientes conocimientos técnicos de todos los componentes del PSIM para SSR y con habilidades de coordinación.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ describir la importancia de tener un organismo de SSR líder y un coordinador de SSR, e
- ▶ identificar los roles y las funciones del coordinador de SSR.



Objetivos y actividades del PSIM para SSR

ASEGURARSE DE QUE EL SECTOR/GRUPO TEMÁTICO DE SALUD IDENTIFIQUE A UNA ORGANIZACIÓN PARA QUE LIDERE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM. LA ORGANIZACIÓN DE SSR LÍDER:

- ▶ designa a un coordinador de SSR para que proporcione apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud;
- ▶ organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados a fin de facilitar la acción coordinada para implementar el PSIM;
- ▶ informa al grupo temático de salud, al subsector/grupo temático de violencia de género, o en las reuniones de coordinación nacional sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), acerca de cuestiones relacionadas con la implementación del PSIM;
- ▶ junto con los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH, asegura el mapeo y análisis de los servicios de SSR existentes;
- ▶ comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de SSR en coordinación con los sectores/grupos temáticos de salud y logística; y
- ▶ procura que la comunidad sepa qué servicios de SSR están disponibles y dónde pueden conseguirse.

¿Cuáles son las actividades del coordinador de SSR?

Desde el inicio de una respuesta humanitaria, el sector/grupo temático de salud debe identificar a una organización de SSR líder. La organización de SSR líder debe establecer un coordinador de SSR que se desempeñe dentro del sector/grupo temático de salud.

Las siguientes son las tareas que, en general, llevará adelante el coordinador de SSR:

Coordinador de SSR: Tareas

El coordinador de SSR es responsable de ayudar a los socios del sector/grupo temático de salud a implementar el PSIM para SSR y planificar la prestación de servicios de SSR integrales. Sus funciones son las siguientes:

- ▶ actuar en coordinación, comunicarse y colaborar con el sector/grupo temático/los actores de salud, violencia de género y VIH, y participar activamente en las reuniones de coordinación de salud y otras reuniones intersectoriales proporcionando información y planteando cuestiones e inquietudes estratégicas y técnicas;
- ▶ organizar periódicamente reuniones de coordinación de SSR en el ámbito nacional y en los ámbitos subnacionales/regionales y locales pertinentes con todos los actores interesados clave, incluidos el Ministerio de Salud, ONG locales e internacionales, como organizaciones de desarrollo que trabajen en relación con la SSR, organismos de las Naciones Unidas pertinentes, grupos de la sociedad civil, representantes intersectoriales (en materia de

protección, violencia de género y VIH), y representantes comunitarios de poblaciones que suelen ser marginadas, como adolescentes, personas con discapacidad, y personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y asexuales (LGBTQIA), a fin de facilitar la implementación del PSIM para SSR;

- ▶ compilar datos demográficos básicos e información sobre SSR de las poblaciones afectadas a fin de respaldar las actividades de incidencia, la implementación y la planificación del PSIM para SSR y prestar servicios de SSR integrales;
- ▶ identificar, comprender y brindar información sobre los elementos de las políticas, protocolos, reglamentaciones y normas consuetudinarias nacionales y del país receptor, que:
 - apoyen los servicios de SSR para la población afectada y
 - generen obstáculos y limiten el acceso a servicios de SSR;
- ▶ junto con los mecanismos de coordinación de salud, violencia de género y VIH, apoyar un ejercicio de mapeo/análisis de situación de los servicios de SSR existentes (incluidos proveedores de servicios locales especializados que ya estén trabajando con subpoblaciones, como personas LGBTQIA y personas que realizan trabajo sexual), identificar las necesidades, capacidades y deficiencias del programa de SSR, y realizar un ejercicio de planificación en coordinación con todos los actores interesados pertinentes, con el objetivo de establecer servicios de SSR efectivos, eficientes y sostenibles;
- ▶ ayudar a los socios de salud a buscar financiamiento para SSR mediante procesos de planificación y llamamiento humanitarios, incluido el proceso de llamamiento urgente de ayuda internacional (Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia de las Naciones Unidas [*Central Emergency Relief Fund, CERF*] y fondos mancomunados basados en los países) y el Plan de Respuesta Humanitaria, en coordinación con el sector/grupo temático de salud;
- ▶ brindar orientación técnica y operativa sobre la implementación del PSIM para SSR, así como orientación a los socios de salud acerca del PSIM para SSR, los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR) en Contextos de Emergencia³¹, y otros recursos; y
- ▶ respaldar la adquisición y distribución coordinadas de Botiquines ISR, ayudar a los socios en la recabación de datos básicos sobre consumo de insumos y planificar sistemas de adquisición y distribución de SSR estables a largo plazo.

El coordinador de SSR opera en el contexto del mecanismo de coordinación general del sector/grupo temático de salud a fin de obtener y utilizar información para lo siguiente:

- ▶ velar por que se realice un monitoreo de los servicios del PSIM para SSR a fin de garantizar la calidad y sostenibilidad; utilizar la lista de verificación del PSIM para SSR (ver apéndice B) para monitorear los servicios;
- ▶ procurar que todos los niveles se comuniquen con regularidad e informar al mecanismo de coordinación de salud general las conclusiones principales y los problemas que deban solucionarse;
- ▶ recabar y aplicar datos sobre la provisión de los servicios, analizar hallazgos, identificar soluciones a las deficiencias de los servicios y planificar la prestación de servicios de SSR integrales;

31 Para más información sobre los Botiquines ISR, ver la unidad 9.

- ▶ facilitar reuniones de planificación con todos los actores interesados para identificar sinergias, necesidades, deficiencias y oportunidades; y
- ▶ ayudar a que se establezcan servicios de SSR integrales centrados en el cliente tan pronto como sea posible en el término de entre 3 y 6 meses desde el inicio de la emergencia.

Adolescentes

Es posible que el PSIM para SSR no aborde todas las necesidades de los adolescentes y también podría ocurrir que no se puedan incorporar todos los principios de SSR para adolescentes al implementarlo. Dada esta situación, el coordinador de SSR debe conseguir que los adolescentes participen de manera significativa en la coordinación, el diseño de proyectos y la implementación en materia de SSR, y debe respaldar la provisión de servicios de SSR específicos para adolescentes. Un recurso útil que puede consultarse son las Herramientas de SSR para Adolescentes en Contextos Humanitarios preparadas por Save the Children y el UNFPA para obtener orientación adicional sobre el establecimiento y la prestación de servicios del PSIM para SSR³². Ver apéndice E para consultar una versión actualizada de la lista de verificación de servicios de SSR específicos para adolescentes que se encuentra en las herramientas.

¿Por qué es prioritario establecer un coordinador de SSR?

Las evidencias indican que, si no hay experiencia técnica ni acciones de coordinación adecuadas para respaldar la respuesta de SSR, los servicios críticos de PSIM para SSR suelen no ser tomados en cuenta, no se les otorga prioridad o se los implementa de manera aislada.

¿Quiénes deben participar en las reuniones de los grupos de trabajo sobre SSR?

Una de las responsabilidades del coordinador de SSR es organizar periódicamente reuniones de coordinación de SSR. En estas reuniones deben participar los actores pertinentes en la respuesta de salud humanitaria; por ejemplo:

- ▶ el Ministerio de Salud y otros ministerios pertinentes;
- ▶ las organizaciones de desarrollo, humanitarias y de la sociedad civil locales e internacionales y actores del sector privado con conocimientos y experiencia en materia de SSR;
- ▶ donantes;
- ▶ el grupo de trabajo o grupo temático en materia de protección y su Área de Responsabilidad sobre violencia de género;
- ▶ representantes de las comunidades afectadas; y

32 *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en Contextos Humanitarios*: En conjunto con el Manual de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva en Contextos Humanitarios (Save the Children y UNFPA, septiembre de 2009), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf.

- ▶ organismos de las Naciones Unidas, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (UNOCHA), y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Como socios en el mecanismo de coordinación, las agencias son responsables de plantear cuestiones relacionadas con la SSR para que se las analicen en las reuniones generales de los sectores/grupos temáticos de salud.

Coordinación de la SSR en los ámbitos nacional y subnacional

A fin de entender la coordinación de la SSR en los ámbitos nacional y subnacional, es importante recordar que los mecanismos de coordinación en un contexto de refugiados son distintos de los que se aplican en un contexto de poblaciones desplazadas internamente.

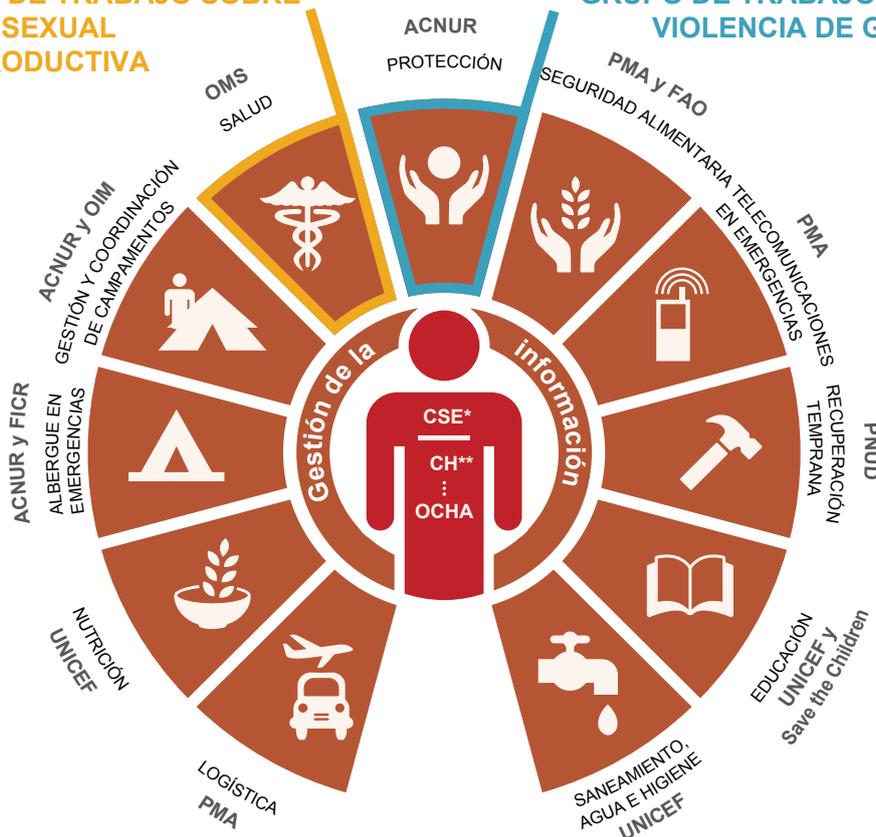
- ▶ Si usted opera en un contexto de refugiados, Acnur es responsable de la coordinación general de la respuesta.
- ▶ Si usted opera en un contexto de desplazamiento interno, UNOCHA es responsable de la coordinación general utilizando el denominado “abordaje por grupos” (según se describe en la página 28).

Si bien estas estructuras de coordinación funcionan distinto, es importante recordar que los socios siguen estando obligados a procurar que el PSIM para SSR se implemente al inicio de cada emergencia.

Si desea más información sobre las diferencias entre los mecanismos de coordinación de la respuesta a refugiados y poblaciones desplazadas internamente, consulte la capacitación sobre coordinación humanitaria *Building A Better Response* (<https://www.buildingabetterresponse.org/>) o ingrese en los sitios web de UNOCHA y Acnur.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

GRUPO DE TRABAJO SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO



* **Coordinador del Socorro de Emergencia**
 ** **Coordinador Humanitario**

Fuente: "What Is the Cluster Approach?" Humanitarian Response, consultado el 8 de abril de 2019 <https://www.humanitarianresponse.info/en/about-clusters/what-is-the-cluster-approach>.

Siglas de los organismos globales líderes

Acnur	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
FAO	Organización para la Alimentación y la Agricultura
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OMS	Organización Mundial de la Salud
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PNUMA	Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
Unicef	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

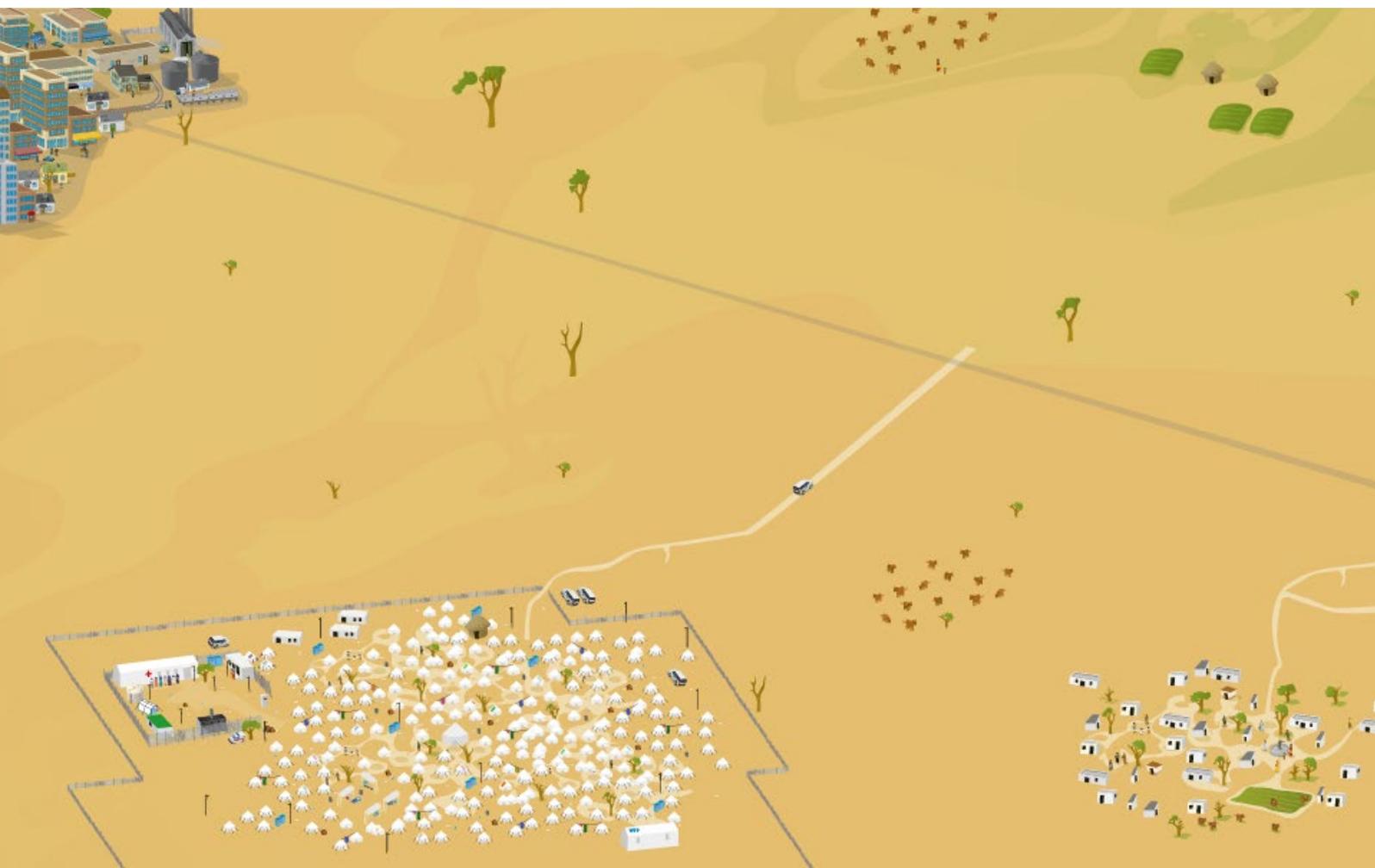
Es importante tener en cuenta que es posible que, a nivel nacional, la responsabilidad por el liderazgo y la coordinación se asigne a distintos organismos que tienen más competencias en el terreno.

¿Qué apoyo necesita el coordinador de SSR?

El coordinador de SSR debe contar con personal administrativo, de comunicaciones y de logística para lo siguiente:

- ▶ ayudar con la organización de las reuniones de coordinación de SSR;
- ▶ identificar y asegurar la efectiva inclusión de grupos de la sociedad civil local, entre ellos, redes y organizaciones que representen a mujeres, adolescentes, personas LGBTQIA, personas con discapacidad y otros miembros de la comunidad afectados por crisis;
- ▶ realizar y publicar actas de las reuniones;
- ▶ comunicar actualizaciones de situación, capacitaciones y recursos relacionados; y
- ▶ trabajar con los sectores/grupos temáticos de salud y logística para ordenar, almacenar y distribuir insumos de SSR.

Pueden encontrarse recursos relacionados con el PSIM para SSR que resulten útiles para el coordinador de SSR y otras personas en iawg.net.



¿Cuáles son algunos de los aspectos de las reuniones de coordinación o los grupos de trabajo de SSR sólidos y que obtienen buenos resultados?

Las reuniones de coordinación o los grupos de trabajo de SSR sólidos y que obtienen buenos resultados:

- ▶ tienen tareas acordadas (que se concentran en implementar y desarrollar PSIM para SSR);
- ▶ son bien administrados y utilizados para la planificación estratégica y la resolución de problemas, a fin de garantizar la cobertura de servicios del PSIM para SSR;
- ▶ cuentan con la activa participación del Ministerio de Salud para liderar o coliderar el esfuerzo de coordinación;
- ▶ se comunican a todos los actores interesados y están abiertos a todos los organismos pertinentes y miembros de comunidades afectadas, incluso representantes de poblaciones que a menudo son marginadas (p. ej., adolescentes, personas con discapacidad o personas LGBTQIA);
- ▶ se realizan en un lugar accesible y con regularidad, por lo general, una vez por semana al inicio de una emergencia; y
- ▶ aprovechan el tiempo de manera eficiente y se basan en un programa orientado a la acción a fin de garantizar una cobertura equitativa e integral de las actividades de PSIM para SSR.

La facilitación de las reuniones debe:

- ▶ apoyar la participación equitativa, la escucha activa y la toma de notas;
- ▶ reforzarse mediante la distribución de las actas luego de la reunión, actas que también deben publicarse en el sitio web de Humanitarian Response (humanitarianresponse.info), y el coordinador de SSR debe asegurarse de que los puntos clave se incluyan en los informes de situación del grupo temático de salud y se comuniquen a UNOCHA para que esta prepare sus informes de situación como parte del aporte del sector/grupo temático de salud;
- ▶ incluir a nuevos organismos y personal en rotación revisando el PSIM para SSR y el plan de acción del grupo de trabajo al inicio de cada reunión; diferentes organizaciones pueden tomar la iniciativa al inicio de la reunión para distribuir y revisar la hoja de incidencia y el resumen del PSIM de SSR (este último también conocido como el “ayudamemoria”) (apéndices E y F).

¿De qué forma puede mantenerse la coordinación de SSR después de una crisis aguda o durante una crisis prolongada?

Los coordinadores internacionales de SSR deben, cuando inicie su tarea, hacer participar activamente al Ministerio de Salud o identificar una contraparte local para que lidere o colidere el esfuerzo de coordinación. Esto garantizará una transición fluida durante cualquier período de

movimiento de personal que se produzca mientras se esté intentando que el Ministerio de Salud asuma la coordinación en materia de SSR.



Situación de Nepal luego de los terremotos de 2015: Preparación y coordinación del PSIM para SSR

Antes de los terremotos de 2015 en Nepal, el Gobierno y los socios habían efectuado compromisos e inversiones en SSR, y el PSIM para SSR se incluyó dentro de las actividades de preparación, incluida la coordinación y emplazamiento previo de Botiquines ISR. En el término de dos días desde que se produjo el devastador terremoto, se inició un mecanismo de coordinación de SSR a cargo del grupo temático de salud en Katmandú³³. Este esfuerzo estuvo encabezado por la División de Salud Familiar del Departamento de Servicios de Salud y el UNFPA.

De inmediato se activaron el liderazgo y la colaboración entre los socios para lograr obtener ayuda de donantes y llegar a las comunidades afectadas. A nivel nacional, Nepal designó su grupo de trabajo sobre SSR como subgrupo de SR. Se informó que las reuniones en Katmandú comenzaron pronto; los principales actores interesados, incluidos el Departamento de Servicios de Salud, organismos de las Naciones Unidas, ONG locales e internacionales, y adolescentes, participaron en las reuniones de coordinación del subgrupo temático de SR. En las áreas rurales, la Oficina de Salud Pública del Distrito encabezó las iniciativas de respuesta, por ejemplo, estableciendo hospitales temporales, campamentos móviles de SR y mecanismos de distribución de insumos, lo que permitió que el PSIM para SR formara parte de las iniciativas para llegar a una mayor cantidad de comunidades rurales distantes.

¿Qué mecanismos globales ofrecen apoyo normativo y técnico para el PSIM de SSR?

Grupo Temático de Salud Mundial: El Grupo Temático de Salud Mundial, dirigido por la OMS, abarca a alrededor de 700 socios en el ámbito nacional, de los cuales 55 participan estratégicamente a nivel global. Estas organizaciones trabajan de manera colaborativa para garantizar acciones de salud predecibles y responsables, lo que incluye SSR en contextos de crisis³⁴. En el caso de las crisis de refugiados, Acnur es el organismo a cargo de la coordinación, incluso respecto de SSR.

El Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis: El Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis es una coalición amplia y sumamente colaborativa que trabaja para ampliar y fortalecer el acceso a servicios de SSR de calidad para las personas afectadas por situaciones de conflicto y desastres naturales. La conducción del grupo es responsabilidad de un Comité Directivo de 19 miembros que incluyen organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales humanitarias, de desarrollo, de investigación y de incidencia. Con más de 2800 miembros individuales provenientes de 450 organismos en 2018, el grupo colabora con los miembros a través de reuniones cada dos años (desde 2017) en las que socios locales e internacionales comparten actividades y recursos, ponen en marcha iniciativas colaborativas y analizan las cuestiones en el terreno que se

33 Myers y otros, "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package".

34 El sitio web del Grupo Temático de Salud Mundial es http://www.who.int/hac/global_health_cluster.

van a abordar³⁵. En el IAWG sobre SR en Situaciones de Crisis participan 12 subgrupos de trabajo activos a través de los cuales los miembros tratan temas fundamentales vinculados con la SSR. Los subgrupos de trabajo establecen sus propias tareas y las actualizan anualmente. El subgrupo de trabajo sobre el PSIM para SSR se reúne de manera periódica mediante teleconferencia para abordar sus tareas, compartir hallazgos e identificar áreas de mejora. Las conclusiones de estas reuniones y las medidas que se implementan a partir de las tareas establecidas contribuyen a una respuesta más coordinada y efectiva respecto del PSIM para SSR ante nuevas emergencias. Este es un ejemplo de cómo las medidas a nivel mundial pueden apoyar actividades en el terreno. Para obtener más información sobre cómo participar en el IAWG sobre SR en Situaciones de Crisis, ingrese en iawg.net.

Grupo Temático de Logística: El Grupo Temático de Logística, dirigido por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), brinda coordinación y gestión de información para apoyar la toma de decisiones operativas y mejorar la previsibilidad, la oportunidad y la eficiencia de la respuesta humanitaria de emergencia. Cuando es necesario, el Grupo Temático de Logística también facilita el acceso a servicios de logística comunes.

El Área de Responsabilidad sobre violencia de género: En el Área de Responsabilidad sobre violencia de género, dirigida por el UNFPA, se reúnen organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas, académicos y otros actores con el objetivo común de garantizar una prevención de la violencia de género, una mitigación del riesgo y una respuesta en contextos humanitarios, que ayuden a salvar vidas y que sean predecibles, responsables y efectivas. También trabaja para fortalecer la preparación del sistema en general y la capacidad técnica para responder a emergencias humanitarias. El Área de Responsabilidad sobre violencia de género se encuentra dentro del Grupo Temático de Protección Mundial³⁶.



La realidad de la implementación del PSIM para SSR en Jordania

En marzo de 2011, la situación de conflicto social en Siria provocó un éxodo masivo de ciudadanos sirios hacia países vecinos, entre ellos, Jordania³⁷. Los organismos de asistencia se aseguraron de que la respuesta humanitaria tuviera en cuenta las necesidades de SSR de los refugiados, y se basaron en las pautas del Ministerio de Salud jordano sobre atención materna, del recién nacido y posterior al aborto; prevención y tratamiento de VIH; y planificación familiar.

En 2013, la Comisión de Mujeres para los Refugiados, el UNFPA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades llevaron a cabo una evaluación conjunta para determinar el estado de implementación del PSIM para servicios de SSR con respecto a los refugiados sirios en el campamento de refugiados de Zaatari y el área urbana de Irbid (Jordania), como parte de la evaluación global de SR en contextos afectados por crisis. Los resultados revelaron que los organismos de salud a cargo abordaron el PSIM garantizando fondos e insumos y estableciendo puntos de contacto, servicios y mecanismos de coordinación de SR.

35 Si desea más información sobre las reuniones del IAWG, puede encontrarla en http://iawg.net/event_type/annual-meeting.

36 "What we do", Área de Responsabilidad sobre violencia de género (sitio web), consultado el 19 de junio de 2019, <http://gbvaor.net>.

37 Krause y otros, "Reproductive Health Services for Syrian Refugees".

El UNFPA organizó reuniones de coordinación semanales en Zaatari, que se concentraron específicamente en refugiados dentro del campamento, y reuniones mensuales en Amán (Jordania), que se concentraron en la afluencia de refugiados y la crisis en general. Sin embargo, en Irbid y en otras áreas urbanas con presencia de muchos refugiados no había suficiente coordinación. Los servicios de salud materna y del recién nacido, incluidas las transferencias de sangre seguras, funcionaban en áreas urbanas. Esto fue posible debido al nivel de atención materna y neonatal que ya existía en Jordania.

El desafío era que los refugiados alojados en las áreas urbanas no eran tan visibles como aquellos en el campamento de Zaatari, lo cual los hacía más vulnerables. Por ejemplo, se carecía de información sobre los tipos de servicios que tenían a su disposición y dónde podían conseguirlos. En Zaatari, los socios regionales ofrecían atención materna y neonatal de avanzada, pero había falencias en cuanto a la prevención de la violencia sexual y la prestación de servicios de atención clínica para personas sobrevivientes. Se creyó que esto se debía a que los proveedores de salud no prestaban atención a la prevención de la violencia sexual y a responder a esos casos.

En términos generales, esta evaluación reveló que en la respuesta en el terreno había una mayor conciencia sobre el PSIM para SSR. También puso de manifiesto los problemas de trabajar en un contexto urbano y la importancia de asegurarse de que quienes resultan afectados por las crisis tengan conocimiento de los servicios y puedan acceder a ellos.

Unidad 2: Puntos clave

- ▶ Es importante tener un organismo de SSR líder y un coordinador de SSR porque sin experiencia técnica adecuada y coordinación de actores interesados que respalden la respuesta de SSR, los servicios críticos y vitales del PSIM para SSR suelen ser ignorados, y las intervenciones se ofrecen de manera aislada o no se incluyen dentro de las prioridades. Esto puede poner en riesgo la vida de las poblaciones afectadas.
- ▶ La función del coordinador de SSR, con el apoyo del organismo de SSR líder, es brindar asistencia operativa y técnica, organizar reuniones periódicas con todos los actores interesados pertinentes, compartir información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de SSR, cerciorarse de que la comunidad sepa sobre los servicios de SSR, trabajar con los sectores/grupos temáticos de salud y logística para conseguir insumos, y con los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH para preparar un mapeo y análisis de los servicios de SSR actuales y de las deficiencias y desafíos relacionados con la implementación del PSIM para SSR.
- ▶ Todos los actores pertinentes que participen en la respuesta de salud humanitaria deben intervenir en las reuniones de coordinación de SSR (Ministerio de Salud, ONG internacionales, organizaciones de la sociedad civil, el sector privado que trabaja en SSR, donantes, representantes del grupo de trabajo/grupo temático sobre protección —incluida el Área de Responsabilidad sobre violencia de género— de las comunidades afectadas y organismos de las Naciones Unidas).

Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
<p>A veces, si los actores humanitarios no comprenden la SSR o no le otorgan la prioridad adecuada, puede ser difícil implementar el PSIM para SSR en el marco de una respuesta de salud general. ¿Cómo puede garantizarse que a la SSR y al PSIM para SSR se les otorgue prioridad y que se los integre adecuadamente?</p>	<p>Hacer hincapié en que el PSIM para SSR es un estándar mínimo universal aceptado que se refleja en El Manual Esfera (The Sphere Handbook), los criterios vitales del CERF, el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios y la Guía del Grupo Temático de Salud.</p> <p>Alentar a todo el personal técnico y gerencial que participe en la respuesta humanitaria a completar el módulo de aprendizaje a distancia de PSIM para SSR y a compartir los recursos pertinentes, como las hojas de incidencia y el resumen de PSIM para SSR (apéndices C y E).</p> <p>Realizar capacitaciones sobre servicios del PSIM para SSR que salvan vidas como parte de las iniciativas de preparación y colaborar con el Ministerio de Salud y otras organizaciones gubernamentales pertinentes antes de una emergencia, si fuera posible.</p> <p>Llevar a cabo una evaluación de la preparación para emergencias del PSIM para SSR.</p>
<p>Al principio de una emergencia, es posible que el UNFPA y otros organismos especializados en SSR aún no estén operando en el terreno. Quizás la seguridad sea deficiente y la capacidad del personal sea baja. En ese contexto, ¿qué puede hacer un organismo para abordar la SSR?</p>	<p>Si su organismo participa en la respuesta de salud, debe cerciorarse de incluir el PSIM para SSR en su programación. Su organismo o algún otro podrían ofrecerse en las reuniones del sector/grupo temático de salud para estar a cargo de cuestiones de SSR y establecer reuniones periódicas de grupos de trabajo sobre SSR para facilitar la implementación del PSIM para SSR.</p> <p>Si su organismo no puede ofrecer todas las actividades de PSIM para SSR recomendadas, debe evaluar la capacidad de servicio de otros actores de salud/de SSR, y establecer un sistema eficaz de derivaciones para aquellos servicios que su organismo no pueda proporcionar.</p>
<p>¿Cómo puede identificarse a la contraparte que va a liderar o coliderar la iniciativa de coordinación de SSR?</p>	<p>Si existe capacidad, el Ministerio de Salud debe liderar o coliderar la iniciativa de coordinación. El Ministerio de Salud podría informar sobre las organizaciones locales existentes y sus capacidades. Elaborar un mapa de los actores locales existentes que implementan la programación de SSR con el objeto de identificar candidatos para liderar o coliderar la iniciativa de coordinación.</p>

¿De qué manera puede incluirse a las poblaciones marginadas en las iniciativas de coordinación?

Con el grupo de trabajo sobre SSR, identificar en las poblaciones afectadas por crisis representantes de adolescentes, mujeres, personas con discapacidad y personas LGBTQIA locales, y otros grupos a menudo marginados. Invitar a esos líderes a que envíen representantes a las reuniones del grupo de trabajo sobre SSR.

¿Qué puede hacerse con respecto a los miembros del grupo de trabajo de SSR que nunca han oído hablar del PSIM para SSR?

En las primeras semanas y meses de las reuniones del grupo de trabajo sobre SSR, se debe comenzar brindando una breve orientación sobre el PSIM para SSR. Se recomienda compartir el resumen del PSIM para SSR (también conocido como el “ayudamemoria”) y explicar que el objetivo general del grupo de trabajo sobre SSR es trabajar colaborativamente para garantizar que todas las poblaciones afectadas por crisis puedan acceder al PSIM para SSR completo. Si existe un alto nivel de rotación de personal y nuevos organismos se incorporan a las reuniones del grupo de trabajo sobre SSR, se debe revisar el PSIM para SSR y el plan de acción del grupo de trabajo al inicio de cada reunión.



LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR: COORDINACIÓN

La lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR puede usarse para monitorear la prestación de servicios de SSR en contextos humanitarios.

1. Organismo de SSR líder y coordinador de SSR			
		Sí	No
1.1	Organismo de SSR líder identificado y coordinador de SSR que opera dentro del sector/grupo temático de salud		
	Organismo líder		
	Coordinador de SSR		
1.2	Reuniones de actores interesados en SSR establecidas y que se realizan periódicamente ³⁸	Sí	No
	Nacional (MENSUALMENTE)		
	Subnacional/distrito (CADA DOS SEMANAS)		
	Local (SEMANALMENTE)		
1.3	Los actores interesados pertinentes dirigen las reuniones de los grupos de trabajo sobre SSR o participan en ellas.	Sí	No
	Ministerio de Salud		
	El UNFPA y otros organismos de las Naciones Unidas pertinentes		
	ONG internacionales		
	ONG locales		
	Protección/Violencia de género		
	VIH		
	Organizaciones de la sociedad civil, incluidos grupos marginados (adolescentes, personas con discapacidad, personas LGBTQIA)		
1.4	Con los aportes de los sectores/grupos temáticos de salud/protección/violencia de género y de los programas nacionales de VIH, velar por el mapeo y examen de los servicios de SSR existentes.		
2. Características demográficas			
2.1	Población total		
2.2	Cantidad de mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años, que se estima representan el 25 % de la población)		
2.3	Cantidad de hombres sexualmente activos (que se estima representan el 20 % de la población)		
2.4	Tasa bruta de nacimientos (población nacional local o afectada, estimada en 4 % de la población)		

38 La frecuencia de las reuniones aumenta en cuanto se inicia una crisis.

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué insumos se necesitan para coordinar la implementación del PSIM para SSR?

Botiquines ISR (2019)

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la adquisición de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Productos básicos complementarios

No hay un Botiquín ISR específico para el primer objetivo del PSIM. Sin embargo, hay un botiquín de productos básicos complementarios para administración y capacitación que solo debería adquirirse cuando en el país sea imposible conseguir los insumos administrativos.

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. El UNFPA ofrecerá productos básicos complementarios en 2020.

Nivel de provisión	Artículo	Para complementar
Coordinación	Botiquín 0 - Administración y capacitación	Todos los botiquines

Cuestionario sobre la unidad 2: Coordinación del PSIM para SSR

1. El organismo de SSR líder debe destinar de inmediato un coordinador de SSR de tiempo completo durante un período mínimo de un año para que proporcione apoyo operativo y técnico a los socios de salud y para que facilite una planificación coordinada a fin de garantizar que se dé prioridad a la SSR y se presten los servicios del PSIM para SSR de manera efectiva.

Verdadero o Falso

2. En el PSIM para SSR, la organización de SSR líder es responsable de todo lo siguiente, salvo:
 - a. De organizar reuniones periódicas con actores interesados pertinentes.
 - b. De elaborar un mapa de los servicios de SSR existentes individuales y separados de los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH.
 - c. De designar a un coordinador de SSR.
 - d. De compartir información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de SSR.
 - e. De procurar que la comunidad sepa qué servicios de SSR están disponibles y dónde pueden conseguirse.
3. ¿Quiénes deben participar en las reuniones de los grupos de trabajo sobre SSR?
 - a. Representantes de la comunidad afectada
 - b. ONG
 - c. Organizaciones de la sociedad civil
 - d. Coordinador de cuestiones relacionadas con la violencia de género
 - e. Todos los anteriores
4. Entre los elementos de una coordinación de SSR con resultados positivos se incluyen todos los siguientes salvo:
 - a. Tener tareas acordadas.
 - b. Hacer participar al Ministerio de Salud para que lidere o colidere la iniciativa de coordinación.
 - c. Contar con apoyo administrativo, de comunicaciones y logístico adecuado.
 - d. Reunirse mensualmente o dos veces al mes al inicio de una emergencia.
5. La lista de verificación del PSIM para SSR puede usarse para monitorear la prestación y coordinación del servicio de SSR en emergencias humanitarias.

Verdadero o Falso



UNIDAD 3: PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SOBREVIVIENTES

La violencia sexual es una de las formas de violencia más generalizadas y constituye un grave problema de salud pública. Empeora en situaciones de conflicto, migración forzada y catástrofes naturales, y se calcula que una de cada cinco mujeres y niñas experimentan violencia sexual en contextos humanitarios complejos³⁹. Todos pueden experimentar violencia sexual, incluidas mujeres, hombres, adolescentes, personas con discapacidad, niñas y niños pequeños, adultos mayores, personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y asexuales (LGBTQIA), personas de minorías étnicas y religiosas, y trabajadores sexuales, entre otros. Todos los actores que responden ante una emergencia deben conocer los riesgos de violencia sexual y coordinar actividades multisectoriales para evitarlos y proteger a las poblaciones afectadas, en especial, a mujeres, niñas y otras personas en riesgo.

Algunas de las medidas de protección son las siguientes:

- ▶ acceso seguro a establecimientos de salud;
- ▶ baños separados por sexo y duchas que se cierran por dentro;
- ▶ suficiente iluminación en el campamento y en los establecimientos de salud; y
- ▶ viviendas divididas o tiendas familiares individuales para que haya privacidad.

Los actores humanitarios también deben procurar que absolutamente todas las mujeres y niñas y todos los hombres y niños que hayan experimentado violencia sexual reciban atención clínica y servicios psicosociales, protección y otros servicios de apoyo tan pronto como sea posible luego del incidente. La violencia sexual es una experiencia traumática que puede acarrear para los sobrevivientes diversas consecuencias físicas, psicológicas, personales y sociales graves y negativas, a corto y a largo plazo, que deben abordarse. La violencia sexual reduce la posibilidad de mujeres y niñas, al igual que de otras poblaciones en riesgo, de tener una participación significativa en las oportunidades de desarrollo, mantenimiento de la paz y educativas, y en las actividades económicas. Familias y comunidades enteras sufren profundamente debido a los efectos que la violencia sexual tiene en distintos niveles.

Un recurso importante en el que se describe el conjunto de intervenciones mínimas multisectoriales destinadas a prevenir la violencia sexual en contextos de emergencia y a responder a esas situaciones es la publicación denominada *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action*, del Comité Permanente entre Organismos (IASC)⁴⁰, donde se recomiendan intervenciones para todas las áreas sectoriales antes de una emergencia, durante la fase aguda de

39 Alexander Vu, Atif Adam, Andrea Wirtz, Kiemanh Pham, Leonard Rubenstein, Nancy Glass, Chris Beyrer y Sonal Singh, "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis", PLOS Currents Disasters, 18 de marzo de 2014, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.

40 Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action (sitio web), consultado el 8 de abril de 2019, <https://gbvguidelines.org>.

la emergencia y una vez que la crisis inmediata se morigera. También hay disponible una matriz de referencia de estas pautas.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar qué es la violencia sexual y por qué es prioritario prevenirla y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes;
- ▶ hacer una lista de qué medidas deben tomarse para prevenir la violencia sexual;
- ▶ describir los elementos de la atención clínica para las personas sobrevivientes de violencia sexual;
- ▶ explicar quiénes son responsables de prevenir los incidentes de violencia sexual y de encargarse de ellos si se producen;
- ▶ describir por qué motivos la violencia sexual no se denuncia; y
- ▶ comprender qué son un código de conducta y un mecanismo de denuncias.

Objetivos y actividades del PSIM para SSR:

PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SOBREVIVIENTES.

Para prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes desde el inicio de una emergencia, el coordinador de salud sexual y reproductiva (SSR), los administradores de programas y los proveedores de servicios deben colaborar con el sector/grupo temático de salud para lo siguiente:

- ▶ trabajar con otros grupos temáticos, en especial, el grupo temático de protección y el subgrupo temático de violencia de género, para poner en marcha medidas de prevención en el ámbito comunitario, local y distrital, incluidos establecimientos de salud para proteger de actos de violencia sexual a las poblaciones afectadas, en especial, mujeres y niñas;
- ▶ brindar atención clínica y hacer derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobreviven a actos de violencia sexual; y
- ▶ establecer espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir a sobrevivientes de violencia sexual y brindarles atención clínica y derivaciones adecuadas.

¿Qué es la violencia sexual?

La violencia sexual es una violación de derechos humanos fundamentales que adopta muchas formas, como la violación, el acoso sexual, los embarazos/abortos forzados, la explotación sexual y la trata con fines sexuales. Se define como todo acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o propuestas sexuales no deseados, o actos tendientes a la trata de una persona con fines sexuales, mediante coacción, amenazas de sufrir daños o fuerza física, por parte de cualquier persona, independientemente de cuál sea la relación con la víctima, en cualquier entorno, lo que

incluye, sin carácter restrictivo, en el hogar y en el trabajo. El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para SSR aborda principalmente las siguientes tres áreas de violencia sexual:

Violación/intento de violación: La violación consiste en un contacto sexual no consensual. Puede incluir la invasión de cualquier parte del cuerpo con un órgano sexual o la invasión de la abertura genital o anal con cualquier objeto o parte del cuerpo. La violación y el intento de violación implican el uso o la amenaza de uso de fuerza, y/o la coerción. La tentativa de violar a alguien que no culmina en penetración se considera intento de violación.

Abuso sexual: La intrusión física de índole sexual efectiva o la amenaza de tal intrusión, por la fuerza o en condiciones de desigualdad o coerción.

Explotación sexual: Cualquier abuso efectivo o intento de abuso de una persona en situación de vulnerabilidad o en un contexto de diferencias de poder o de confianza con fines sexuales, como por ejemplo, para obtener algún rédito económico, social o político a partir de la explotación sexual de otra persona.

¿Por qué resulta prioritario prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes?

Durante situaciones de emergencia, como conflictos o desastres naturales, el riesgo de violencia, explotación y abuso aumenta, y existe la posibilidad de que las desigualdades de género y otras de índole social preexistentes se agraven. Es posible que las personas pierdan una vivienda segura o tengan oportunidades económicas limitadas y se encuentren en una situación de inestabilidad, y eso puede dar lugar a actos oportunistas de violencia sexual cometidos por agresores que pueden o no ser conocidos por las víctimas. En algunos contextos de conflicto o posteriores al conflicto, la violencia sexual se utiliza como táctica de guerra. Además, los sistemas nacionales y las redes de apoyo comunitario y social pueden debilitarse y es posible que, en un entorno de impunidad, los agresores no se vean obligados a responder por sus actos.

Las personas sobrevivientes de violencia sexual pueden sufrir depresión y ansiedad, suicidarse o intentar hacerlo, contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), quedar embarazadas o ser rechazadas o incluso asesinadas (práctica a veces denominada “crimen de honor”) por sus familias o por miembros de sus comunidades. Asimismo, el impacto de la violencia sexual es múltiple: afecta la salud física y mental de la persona sobreviviente así como su bienestar social y, al mismo tiempo, puede tener consecuencias en su familia y hasta en la comunidad en general. El mayor riesgo de violencia sexual y el temor a sufrirla también puede incrementar prácticas perniciosas destinadas a “proteger” a mujeres y niñas, como matrimonios a temprana edad y/o forzados, aumentar la cantidad de incidentes de violencia doméstica e infligida por la pareja, y causar la pérdida de la movilidad para mujeres y niñas.

Una vez que la situación se estabiliza y todos los elementos del PSIM para SSR se han implementado, puede abordarse la amplia gama de cuestiones de violencia de género, como violencia doméstica, violencia infligida por la pareja, matrimonios a temprana edad y/o forzados, mutilación genital

femenina, esterilización o embarazo forzados, prostitución forzada o coercitiva, y trata de mujeres, niñas y niños.

¿Quiénes resultan más afectados por la violencia sexual?

Cualquier persona, de cualquier sexo, género o edad o con cualquier nivel de capacidad puede experimentar violencia sexual. La mayoría de los agresores en casos de violencia sexual denunciados en comunidades afectadas por crisis —y en la mayoría de los contextos del mundo— son hombres que cometen actos de violencia contra mujeres y niñas⁴¹. Los agresores suelen ser las parejas (incluidos cónyuges) u otras personas conocidas de las víctimas (familiares, amigos o miembros de la comunidad). Sin embargo, los hombres y los niños también están en riesgo de sufrir violencia sexual, en especial, en contextos de conflicto y cuando son objeto de detenciones o torturas⁴². Las niñas adolescentes, las personas con discapacidad (en especial, con discapacidades intelectuales) y las personas LGBTQIA son excepcionalmente vulnerables, porque suelen ser blanco de explotación sexual y violación y las protecciones sociales con las que cuentan son más endeble⁴³.

Es importante reconocer que cualquiera puede experimentar violencia sexual y garantizar que todos puedan tener a su disposición servicios integrales y de calidad a los que puedan acceder.

Durante las crisis, ¿en qué momento se producen las situaciones de violencia sexual?

Las situaciones de violencia sexual pueden ocurrir en cualquier momento durante un desplazamiento, incluso antes de abandonar el propio hogar, durante la huida, mientras la persona se encuentra en el país de asilo, durante la repatriación y reintegración, y en refugios temporales para poblaciones desplazadas internamente. Pueden producirse en comunidades afectadas por crisis después de un desastre natural o conflicto, e incluso entre aquellos que no fueron desplazados de sus hogares.

¿Quiénes son responsables de prevenir los incidentes de violencia sexual y de responder a ellos?

Todos los actores humanitarios son responsables de prevenir la explotación sexual, denunciar abusos y garantizar que se brinde imparcialmente asistencia humanitaria, sin que haya actitudes sesgadas o discriminación por motivo de edad, sexo, género o identidad de género, estado civil, orientación sexual, ubicación (p. ej., ámbito rural o urbano), discapacidad, raza, color, idioma, opinión política o de otro tipo, religión, nacionalidad, origen étnico o social, bienes, nacimiento u otras características. Los actores humanitarios también son responsables de garantizar que las personas sobrevivientes tengan acceso a atención clínica y a otros servicios de apoyo.

41 "Violence Against Women", OMS, 29 de noviembre de 2017, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.

42 Sarah Chynoweth, *Sexual Violence Against Men and Boys in the Syria Crisis* (Acnur, octubre de 2017), <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60864>.

43 *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence* (Women's Refugee Commission, febrero de 2016), <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/document/download/1455>.

Debe aplicarse un enfoque multisectorial y de múltiples niveles para proteger a la población afectada por crisis y responder de manera apropiada a la violencia sexual. El grupo temático de protección mundial, que responde a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), es responsable de garantizar que la protección se incorpore e integre en otros sectores y que se proporcione la ayuda que solicite el grupo temático de protección del país. El equipo de trabajo dentro del grupo temático de protección se subdivide en cinco Áreas de Responsabilidad, entre ellas, protección infantil, que depende del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), y violencia de género, que depende del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El objetivo general establecido del Área de Responsabilidad sobre violencia de género es “elaborar mecanismos de protección eficaces e inclusivos, que promuevan un abordaje coherente, integral y coordinado de la violencia de género en el terreno, incluso con respecto a la prevención, la atención, el apoyo, la recuperación y las medidas para que los agresores respondan por sus actos”⁴⁴.

En el terreno, la coordinación para abordar la violencia sexual debe abarcar a todos los sectores técnicos (p. ej., protección; salud; educación; logística; aguas, saneamiento e higiene; servicios comunitarios; seguridad/polición; planificación de centros, etc.) y todas las áreas geográficas afectadas por crisis. La atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual se encuadra dentro de las funciones y responsabilidades del sector/grupo temático de salud con el organismo de SSR a cargo designado⁴⁵. El coordinador de SSR, con el grupo de trabajo sobre SSR y el sector/grupo temático de salud, deben trabajar con el organismo a cargo del Área de Responsabilidad sobre violencia de género para respaldar un proceso que permita identificar una clara división de roles y responsabilidades entre socios de salud y entre todos los programas del sector/grupo que responden a las necesidades de los sobrevivientes. Esto incluye servicios de justicia/legales, protección, seguridad, psicosociales y comunitarios. Los representantes de las comunidades afectadas, los socios de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las autoridades gubernamentales deben orientar este proceso y las reuniones del sector/grupo pertinente, y/o participar en ellos.

Además, para garantizarles a las personas sobrevivientes un mecanismo de derivaciones coordinado, centrado en la persona sobreviviente y confidencial, debe haber vínculos con grupos de autoayuda comunitarios, incluso formados por adolescentes, personas con discapacidad, poblaciones LGBTQIA y trabajadores sexuales.

Actividad del PSIM para SSR:

Poner en marcha medidas preventivas en el ámbito comunitario, local y distrital para proteger a las poblaciones afectadas contra la violencia sexual

¿Cuáles son algunas de las situaciones que ponen a las mujeres y niñas en riesgo de sufrir violencia sexual?

Las mujeres y niñas que han sido desplazadas o que viven en situaciones de conflicto o en otros contextos de emergencia pueden enfrentar un mayor riesgo de sufrir violencia sexual en los

44 En <http://gbvaor.net> puede encontrar más información acerca del Área de Responsabilidad sobre violencia de género.

45 Comité Permanente entre Organismos, Humanitarian Response, <https://www.humanitarianresponse.info/en>.

siguientes casos:

- ▶ si carecen de documentación personal para buscar raciones de alimentos, asistencia o servicios esenciales y dependen de hombres para su subsistencia diaria;
- ▶ cuando solo los hombres (personas allegadas afectadas, miembros de las comunidades de acogida o actores humanitarios) son responsables de distribuir comida y otros artículos esenciales;
- ▶ si deben viajar a puntos de distribución alejados para buscar alimentos, leña para cocinar, combustible y agua sin seguridad ni otra protección;
- ▶ si las habitaciones donde duermen no están cerradas y están desprotegidas o con poca iluminación; y
- ▶ si los baños de hombres y mujeres y las instalaciones para lavarse no están separadas, si no pueden cerrarse desde adentro o si se encuentran en áreas inseguras de un campamento o asentamiento.

La falta de protección policial y los contextos de desgobierno también pueden contribuir a agudizar la violencia sexual. Podría ocurrir que los propios policías, el personal militar, los trabajadores del sector humanitario, los administradores de campamentos u otros funcionarios gubernamentales obliguen a mujeres y niñas a participar en actividades sexuales a cambio de seguridad, servicios u otra ayuda. Si no existen organizaciones independientes, como Acnur u ONG internacionales que ayuden a garantizar la seguridad personal dentro de un campamento, la cantidad de incidentes suele aumentar. Deben contratarse y estar disponibles oficiales de sexo femenino ya que, a menudo, mujeres y niñas se sienten más cómodas denunciando sus inquietudes sobre protección e incidentes de violencia a otras mujeres.

¿Cuáles son las principales medidas que deben tomarse para prevenir la violencia sexual?

Las reuniones de coordinación de salud y protección deben abordar de manera sistemática la violencia sexual para facilitar la respuesta concertada del coordinador de SSR y de otros actores del sector. Deben acordarse e implementarse procedimientos operativos y de coordinación confidenciales para evaluar y responder a situaciones de riesgo o para mitigar riesgos⁴⁶.

Como parte del trabajo del mecanismo del sector/grupo temático de salud general, el coordinador de SSR y el personal del programa de SSR deben asegurarse de que el sector/grupo temático de salud humanitaria y los actores de salud hagan lo siguiente:

- ▶ Garanticen el acceso seguro a servicios de salud básicos, incluidos servicios de SSR para mujeres, hombres, adolescentes y niños y niñas.
- ▶ Diseñen establecimientos de salud y los ubiquen de forma tal de mejorar la seguridad física y material y para que sean accesibles a personas con discapacidad, previa consulta con la población, en especial con las mujeres, los adolescentes, las personas con discapacidad y otras poblaciones marginadas.
- ▶ Consulten con los proveedores de salud y los clientes sobre temas de seguridad física y material con respecto al acceso a establecimientos de salud y dentro de esas instalaciones.

46 Si desea conocer los instrumentos y recursos existentes para facilitar las operaciones, ingrese en la red de socorristas de víctimas de violencia de género en <https://gbvresponders.org/resources>.

- ▶ Se cercioren de que los establecimientos de salud se encuentren ubicados en lugares seguros y con suficiente iluminación nocturna en los caminos.
- ▶ Se cercioren de que en los establecimientos de salud haya espacios confidenciales, proveedores de salud capacitados y los insumos esenciales para brindar atención clínica a las personas sobrevivientes de violencia sexual.
- ▶ Analicen la necesidad de contar con personal de seguridad en los ingresos al establecimiento.
- ▶ Ubiquen por separado baños y duchas para hombres y mujeres en el establecimiento de salud y garanticen que las puertas se puedan trabar desde el interior⁴⁷.
- ▶ Contraten y capaciten a mujeres entre los proveedores de servicios, los trabajadores de salud comunitarios, el personal del programa e intérpretes⁴⁸.
- ▶ Garanticen que todos los idiomas de los subgrupos étnicos estén representados entre los proveedores de servicios o asegurar que haya intérpretes para esos idiomas.
- ▶ Informen a los proveedores de servicios y a todos los demás miembros del personal de los establecimientos sobre la importancia de mantener la confidencialidad, lo que incluye proteger la información y los datos de las personas sobrevivientes.
- ▶ Controlen que los trabajadores de la salud y todos los demás miembros del personal de los establecimientos hayan firmado y cumplan un código de conducta contra la explotación y abuso sexual.
- ▶ Se cercioren de que se pongan en práctica los códigos de conducta y los mecanismos de denuncia de actos de explotación y abuso sexual (que garanticen la protección de quienes formulan la denuncia), así como las medidas de investigación pertinentes para el cumplimiento de lo dispuesto en los códigos de conducta.

Actividad del PSIM para SSR:

Asegurar la disponibilidad de atención clínica y derivaciones a otros servicios de apoyo para las personas sobrevivientes.

Principios rectores al momento de responder a las necesidades de los sobrevivientes de violencia sexual

Todos los actores humanitarios que respondan a las necesidades de personas sobrevivientes deben respetar los siguientes principios rectores en todo momento:

- ▶ Seguridad
- ▶ Respeto
- ▶ Confidencialidad
- ▶ No discriminación

47 WASH, *Protection and Accountability: Briefing Paper* (Acnur, 2017), <http://wash.unhcr.org/download/wash-protection-and-accountability>.

48 *Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence: A Clinical Handbook* (OMS, septiembre de 2014), http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136101/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?sequence=1

¿Por qué para los profesionales de la salud es fundamental abordar la violencia sexual?

A menudo, los servicios de salud son el primer (y a veces el único) punto de contacto de las personas que sobreviven a hechos de violencia sexual. La calidad de la atención proporcionada puede tener efectos a corto y a largo plazo sobre el bienestar del sobreviviente e influir en su deseo de denunciar el incidente. Por lo tanto, todos los proveedores de servicios de salud (incluso quienes no trabajen en establecimientos equipados para prestar atención clínica a sobrevivientes de violencia sexual) deben estar preparados para brindar ayuda psicosocial inicial.

La ayuda psicosocial inicial incluye:

- ▶ escuchar con empatía y validar;
- ▶ identificar las necesidades emocionales, psicológicas y físicas inmediatas;
- ▶ atender la situación de seguridad (protección) y salud inmediata de la persona sobreviviente en ese momento, incluidas sus necesidades de salud mental, mediante la derivación a apoyo psicosocial;
- ▶ tranquilizar a la persona sobreviviente diciéndole que lo ocurrido no es su culpa o que no debe culparse;
- ▶ preguntarle a la persona sobreviviente qué necesita o qué le preocupa;
- ▶ identificar y ofrecer información sobre otros servicios de apoyo; y
- ▶ apoyar las decisiones de las personas sobrevivientes.

¿Qué es un enfoque centrado en la persona sobreviviente?

Un enfoque centrado en la persona sobreviviente significa que se priorizan los derechos, las necesidades y los deseos de esa persona. Este enfoque puede orientar a los proveedores de servicios de salud cuando traten a personas que han experimentado violencia sexual. Tiene por objeto crear un ámbito de contención en el que los derechos de la persona sobreviviente se respeten, se garantice la seguridad y se trate a dicha persona con dignidad y respeto.

¿Cuáles son las principales medidas que deben tomarse al crear servicios clínicos?

Todos los actores humanitarios deben respetar los derechos de los sobrevivientes de violencia sexual a la vida, a la autodeterminación, a una atención de salud de buena calidad, a la no discriminación, a la privacidad, a la confidencialidad, a la información y al respeto. Las personas sobrevivientes deben tener acceso a atención clínica, incluido el asesoramiento psicosocial de apoyo, así como a anticoncepción de emergencia y a profilaxis posterior a la exposición para VIH, tan pronto como sea posible después del incidente.

Para asegurarse de que los servicios de salud puedan proporcionar tal atención cuando se inicie

una respuesta a una crisis humanitaria, los coordinadores de SSR y el personal del programa deben:

- ▶ establecer un área de consulta privada, no estigmatizante, que cuente con un fichero que pueda cerrarse con llave;
- ▶ establecer protocolos claros y una lista de derechos del paciente en los idiomas de los proveedores y de los pacientes;
- ▶ contar con suficientes insumos y equipos;
- ▶ contratar a prestadores de servicios femeninos y masculinos que dominen los idiomas locales y capacitar a acompañantes e intérpretes masculinos y femeninos;
- ▶ dar participación a mujeres, adolescentes de ambos sexos y otras poblaciones en riesgo, como personas con discapacidad y grupos LGBTQIA, en decisiones sobre accesibilidad y aceptabilidad de servicios;
- ▶ con el director del grupo temático de salud, asegurarse de que haya servicios y un mecanismo de derivación, incluido transporte al hospital en caso de complicaciones con riesgo para la vida, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Qué se puede hacer para informar a la comunidad acerca de los servicios disponibles?

Una vez que se hayan establecido servicios, los coordinadores de SSR y el personal del programa deben informar a la comunidad sobre lo siguiente:

- ▶ los horarios y lugares donde se ofrecen los servicios;
- ▶ la importancia de buscar atención médica inmediata luego de haber sufrido violencia sexual, a más tardar dentro de las 72 horas para prevenir el VIH y dentro de las 120 horas para prevenir el embarazo (en ambos casos, cuanto antes mejor); y
- ▶ qué servicios de salud se ofrecen a sobrevivientes que no pueden buscar atención inmediata.

Deben utilizarse varios formatos e idiomas para garantizar la accesibilidad (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas, de manera gráfica) y el material debe distribuirse a través de actividades de extensión comunitarias (grupos de mujeres, jóvenes, personas LGBTQIA y personas con discapacidad) y otros canales de comunicación adecuados (p. ej., escuelas, parteras, trabajadores de la salud comunitarios, líderes comunitarios, mensajes de radio o folletos informativos en los baños de mujeres).

¿Cuáles son las principales medidas que deben tomarse para garantizar que los proveedores sean idóneos y que puedan brindar servicios de manera no discriminatoria, imparcial y centrada en las personas sobrevivientes?

Cuando sea necesario y posible, el coordinador de SSR, junto con el grupo de trabajo sobre SSR y el sector/grupo temático de salud, debe organizar sesiones informativas o breves capacitaciones de actualización sobre atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual.

¿Cuáles son los elementos de la atención clínica para las personas sobrevivientes de violencia sexual?

Comunicación comprensiva: Asegurarse de que los proveedores de servicios puedan brindar apoyo comprensivo y confidencial a la persona sobreviviente mediante una comunicación que sea precisa, clara, neutral y que implique una escucha activa y empática sin que se presione al sobreviviente a responder. Los proveedores deben informar a la persona sobreviviente sobre las opciones de atención con las que cuenta; estimular y abordar sus preguntas e inquietudes, y obtener su consentimiento verbal o escrito para todos los aspectos de su atención. Los proveedores de servicios deben tener cuidado de no hacer promesas ni decir cosas (en especial, con respecto a la seguridad) que no puedan garantizarse.

Antecedentes y examen físico⁴⁹: El objetivo principal de la indagación de antecedentes y del examen físico es determinar qué atención clínica se necesita. Durante este proceso, la salud y el bienestar de la persona sobreviviente son la principal prioridad. Se debe permitir que, si esa persona lo desea, elija a otra de su confianza para que esté presente al momento del examen. En el caso de niños y niñas, esa persona puede ser su tutor (siempre que no haya sido el que cometió la agresión) o, si este no existiera, una persona de apoyo capacitada. El sobreviviente siempre debe poder elegir el sexo de esa persona; esto es obligatorio en el caso de niños y niñas. Se indaga sobre los antecedentes y se realiza un examen médico exhaustivo (en el cual se evitan, tanto como sea posible, los procedimientos invasivos, de conformidad con las pautas de la Organización Mundial de la Salud [OMS])⁵⁰. Los proveedores deben asegurarse de que la persona sobreviviente comprende cada paso y presta su consentimiento para él. La indagación de antecedentes incluye lo siguiente:

- ▶ preguntas sobre la agresión limitadas a lo necesario para brindar la atención médica y, cuando corresponda (si existe capacidad para analizar y utilizar la evidencia), toma de muestras para evidencias forenses;
- ▶ información médica general;
- ▶ antecedentes médicos y ginecológicos de mujeres y niñas; y
- ▶ evaluación del estado mental; para eso se le preguntará a la persona sobreviviente cómo se siente y se tomará nota de las emociones que manifieste durante el examen.

Se debe llevar un registro cuidadoso y por escrito de todas las medidas y derivaciones (médicas, psicosociales, de seguridad, legales, de apoyo comunitario) para facilitar la atención de seguimiento. Asegúrese de que la documentación esté disponible para procesos judiciales si el sobreviviente decide iniciarlos.

Durante este proceso, debe asegurarse a las personas sobrevivientes que son ellas las que tienen el control, que no están obligadas a hablar de nada con lo que no se sientan cómodas y que pueden interrumpir el proceso en cualquier momento. La persona sobreviviente tiene derecho a decidir si la examinan o no, y puede negarse a cualquier parte del examen. Deben explicarse todos los aspectos del examen y antes de tocar al sobreviviente debe obtenerse su consentimiento. Deje que la persona sobreviviente en cualquier momento haga preguntas y que acepte o no cualquier aspecto

49 Puede encontrarse un modelo de formulario de antecedentes y examen en las págs. 44 a 47 de *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (OMS, 2004), http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf.

50 *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons* (OMS, 2004), http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Management_2005_rev-1.pdf.

del examen y del tratamiento.

Recolección de evidencias forenses y relacionadas con el sistema médico-legal⁵¹, cuando sea posible y necesario:

- ▶ El coordinador de SSR, junto con la persona a cargo del Área de Responsabilidad sobre violencia de género y expertos legales, deben determinar el estado del sistema médico-legal nacional, incluidas las leyes y políticas pertinentes sobre violencia sexual, y compartir esta información con las partes interesadas.
- ▶ Cuando sea posible y puedan utilizarse, deben recolectarse, almacenarse, analizarse y utilizarse evidencias forenses solo si la persona sobreviviente presta su consentimiento después de que se le haya explicado cada procedimiento detalladamente. La gestión clínica de sobrevivientes de violencia sexual tiene prioridad con respecto al proceso médico-legal.

Tratamiento y asesoramiento compasivo y confidencial: El tratamiento clínico de las personas sobrevivientes de violencia sexual puede iniciarse sin que haya un examen previo si así lo decide la persona sobreviviente. Esto se analizará más detalladamente en esta sección, e incluirá:

- 1. anticoncepción de emergencia;**
- 2. pruebas de embarazo, información sobre opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/derivación para un aborto seguro, en la máxima medida que lo admita la ley;**
- 3. tratamiento preventivo de ETS;**
- 4. PPE para prevenir la transmisión del VIH;**
- 5. prevención de la hepatitis B y del virus del papiloma humano (VPH);**
- 6. atención de heridas y prevención del tétanos;**
- 7. derivación para otros servicios, como servicios de salud, psicológicos y sociales; y**
- 8. atención de seguimiento.**

Primero deben tratarse las complicaciones con riesgo de vida y debe realizarse una derivación a establecimientos de salud de más alto nivel, si corresponde. Un recurso útil que orienta a los proveedores de atención de la salud sobre cómo gestionar la atención médica luego de la violación de mujeres, hombres y niños y niñas es la guía de 2004 *Clinical Management of Rape Survivors: A Guide to the Development of Protocols for Use in Refugee and Internally Displaced Persons*⁵².

Además, la OMS, Acnur y el UNFPA cuentan con un programa de educación virtual para proveedores de atención de la salud llamado *Gestión clínica de personas sobrevivientes a una violación*, disponible en línea en inglés y en francés⁵³.

51 Puede encontrar más información sobre recolección forense en el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, 2018 (IAWG, noviembre de 2018), pág. 27, <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

52 *Clinical Management of Rape Survivors: A Guide to the Development of Protocols for Use in Refugee and Internally Displaced Persons* (OMS, 2004), <https://www.unhcr.org/protection/health/403a0b7f4/clinical-management-rape-survivors-developing-protocols-use-refugees-internally.html>.

53 “Clinical Management of Rape Survivors”, OMS, consultado el 8 de abril de 2019, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en>.

1. Anticoncepción de emergencia

Los anticonceptivos de emergencia pueden impedir embarazos no deseados y deben proporcionarse a las sobrevivientes, tan pronto como sea posible y en el término de 120 horas luego de experimentar violencia sexual⁵⁴.

Métodos anticonceptivos de emergencia comunes

Píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola: Son el tipo de anticonceptivo de emergencia más fácil de conseguir y contiene 1,5 mg de levonorgestrel.

Plazo: Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden usarse hasta 120 horas (5 días) después de haber mantenido relaciones sin protección, pero son más efectivas cuanto antes se tomen.

Seguridad: Las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola son seguras para todas las mujeres, niñas y adolescentes en edad reproductiva, incluso para aquellas a quienes se les recomienda no utilizar anticonceptivos orales combinados como método anticonceptivo permanente, ya que la dosis de hormonas es bastante baja y las píldoras se usan durante un período breve.

Evaluación clínica: Antes de administrar píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola, no es necesario realizar ninguna prueba ni examen clínicos (incluidas pruebas de embarazo).

Mecanismo de acción: Las píldoras anticonceptivas de emergencia demoran o impiden la ovulación. Otro posible mecanismo es que pueden evitar la unión del óvulo con el espermatozoide. No tienen efecto tras la fertilización y no pueden interrumpir un embarazo ya existente ni afectarlo. Es decir, las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola no son abortivas.

Efectos secundarios: Las píldoras anticonceptivas de emergencia son seguras y no existe ninguna situación en la que el riesgo de usarlas sea mayor que sus beneficios. Los efectos secundarios son menores y pueden incluir patrones de sangrado alterados, náuseas, dolor de cabeza, dolor abdominal, sensibilidad en los senos, mareos y fatiga. Si dentro de las dos horas de haber tomado una dosis se producen vómitos (algo inusual), la dosis debe repetirse y puede administrarse un antiemético si lo hubiera.

Asesoramiento: Hay una baja posibilidad de que las píldoras no funcionen. Informe a la clienta que la menstruación debe producirse alrededor de la misma fecha que se produciría normalmente, pero que puede adelantarse o retratarse hasta una semana. Si esa persona no ha tenido su período dentro de la semana posterior a su fecha habitual, debe volver para realizarse una prueba de embarazo o analizar sus opciones en caso de embarazo⁵⁵.

Uso reiterado: Las píldoras anticonceptivas de emergencia son seguras y eficaces para prevenir el embarazo si se toman más de una vez, incluso dentro del mismo ciclo menstrual, y no hay límites en cuanto a la cantidad de veces que pueden tomarse. Sin embargo, se recomienda utilizar un método

54 Puede encontrar más información sobre anticonceptivos de emergencia y elegibilidad médica en el sitio web del International Consortium for Emergency Contraception: <http://www.ec-ec.org/ecmethod>.

55 "How to Be Reasonably Certain a Client Is Not Pregnant (checklists)", FHI360, 2015, <https://www.fhi360.org/resource/how-be-reasonably-sure-client-not-pregnant-checklists>.

anticonceptivo continuo, ya que esta sería la manera más efectiva de prevenir un embarazo.

Además, a aquellas mujeres que reúnan los requisitos médicos pertinentes también se les puede insertar un **dispositivo intrauterino (DIU) de cobre** en el término de cinco días desde que hayan mantenido relaciones sexuales sin protección, incluso en casos de violencia sexual. Esta es una medida muy efectiva de anticoncepción poscoito, que evita más del 99 % de los embarazos. Como el riesgo de ovulación es bajo hasta el séptimo día del ciclo menstrual, el DIU de cobre puede insertarse aunque hayan pasado cinco días de producido el acto de violencia sexual, cuando pueda calcularse el momento de la ovulación y siempre que la inserción no se realice más de cinco días después de la ovulación.

Los proveedores deben brindar a las sobrevivientes información y asesoramiento completos sobre este servicio (con cuidado de evitar nuevos traumas), de modo que puedan decidir de manera voluntaria e informada si usan o no las píldoras anticonceptivas de emergencia o si optan por que se les coloque un DIU. El asesoramiento debe incluir información sobre los riesgos, beneficios, efectos secundarios y complicaciones. Solo debe colocar el DIU un proveedor idóneo y únicamente tras haber realizado un examen pélvico.

Si se coloca un DIU, hay que asegurarse de proporcionar un tratamiento completo contra ETS, incluidos antibióticos para tratar empíricamente las posibles ETS o una enfermedad inflamatoria pelviana. El DIU puede retirarse en cualquier momento del siguiente período mensual de la mujer o dejarse colocado como método anticonceptivo continuo.

Si las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola no están disponibles dentro del país, pueden usarse **anticonceptivos orales hormonales combinados** (método Yuzpe).

- ▶ Se necesitan dos dosis de píldoras anticonceptivas orales combinadas. Las píldoras anticonceptivas orales combinadas contienen diferentes dosis; el proveedor debe calcular que cada dosis contenga estrógeno (100–120 mcg de etinilestradiol) y progestina (0,50–0,60 mg levonorgestrel o 1,0–1,2 mg norgestrel).
- ▶ La primera dosis debe tomarse tan pronto como sea posible después de mantener relaciones sexuales sin protección (preferiblemente en el término de 72 horas, pero puede tomarse hasta 120 horas o 5 días después), y la segunda dosis debe tomarse 12 horas después que la primera.
- ▶ Si dentro de las dos horas de haber tomado una dosis se producen vómitos, la dosis debe repetirse.
- ▶ Las píldoras anticonceptivas de emergencia hormonales combinadas son menos efectivas y tienen más efectos secundarios que las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola y que el acetato de ulipristal.

2. Pruebas de embarazo, información sobre opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/derivación para un aborto seguro, en la máxima medida que lo admita la ley

Realice la prueba de embarazo cuando la sobreviviente se presente por primera vez, pero si esa prueba no estuviera disponible, no se niegue a proporcionar los métodos anticonceptivos de

emergencia. Proporcione pruebas de embarazo adicionales en las visitas de la semana dos y en la visita de seguimiento del mes uno. Proporcione información precisa sobre las opciones con respecto al embarazo, como continuar con el embarazo y la crianza, continuar con el embarazo y colocar al niño/a en adopción, y tener un aborto, según corresponda, así como asesoramiento neutral para facilitar que se tome una decisión informada. Si la sobreviviente está embarazada como consecuencia de un acto de violencia sexual y desea un aborto, brinde servicios de aborto seguro o una derivación para que se reciba esa atención, en la máxima medida que lo permita la ley.

3. Tratamiento preventivo de ETS

A las personas sobrevivientes se les deben proporcionar antibióticos para tratar preventivamente la gonorrea, la infección por clamidia y la sífilis, según sea necesario y si así lo desean⁵⁶. Si en el área hay otras ETS prevalentes (como tricomoniasis o chancroide), brinde también tratamiento preventivo para estas infecciones.

4. Profilaxis posterior a la exposición para prevenir la transmisión del VIH

La posibilidad de que el VIH se transmita después de un acto de violencia sexual puede reducirse si la PPE se administra rápidamente⁵⁷. La PPE debe ofrecerse e iniciarse tan pronto como sea posible (a más tardar dentro de las 72 horas desde la exposición y durante 28 días) para todas las personas que hayan estado expuestas a una posible transmisión del VIH. El embarazo no es una contraindicación para la PPE (es decir, no es una condición para la cual no debe brindarse tratamiento).

5. Prevención de la hepatitis B y del VPH

Proporcione la vacuna contra la hepatitis B en el término de 14 días de la agresión, salvo que la persona sobreviviente haya recibido la vacunación completa. Considere proporcionar la vacuna contra el VPH a cualquiera que tenga menos de 26 años, salvo que la persona sobreviviente haya recibido la vacunación completa.

6. Atención de heridas y prevención del tétanos

Limpie laceraciones, cortes y quemaduras y suture heridas limpias en el término de 24 horas. Proporcione profilaxis antitetánica si hay grietas en la piel o la mucosa y si la persona sobreviviente no tiene aplicada la vacuna antitetánica o si se desconoce el estado de vacunación.

7. Derivaciones para intervenciones más amplias en caso de crisis

Con el consentimiento de la persona sobreviviente o si esta lo solicita, ofrezca derivarla a los siguientes recursos:

- ▶ un hospital en caso de complicaciones que supongan un riesgo para la vida o que no puedan tratarse en el establecimiento de salud actual;
- ▶ servicios de protección o sociales si la persona sobreviviente no tiene un lugar seguro

56 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, págs. 30 y 31.

57 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, págs. 32 y 33.

donde ir cuando abandone el establecimiento de salud; y

- ▶ servicios psicosociales o de salud mental si están disponibles; enlaces con puntos de contacto sobre violencia de género y de protección para identificar los servicios sociales disponibles en el contexto. Esto puede incluir servicios ofrecidos por las poblaciones afectadas, centros de mujeres y otros grupos de apoyo.

8. Atención de seguimiento

- ▶ Si fuera posible, se recomienda brindar atención de seguimiento luego de una violación a las dos semanas y luego un mes, tres meses y seis meses después del incidente.
- ▶ Continúe brindando apoyo y atención directos, monitoree las necesidades de salud mental y derive a servicios de apoyo psicosocial o de salud mental según sea necesario.
- ▶ Ofrezca pruebas de embarazo en las semanas dos y cuatro luego del incidente.
- ▶ Monitoree la cicatrización de las heridas y haga un seguimiento del cronograma de vacunación contra el tétanos según sea necesario.
- ▶ Cuando corresponda, converse sobre profilaxis o tratamiento de ETS, incluidas la PPE o la vacuna contra la hepatitis B (con dosis adicionales al mes y a los seis meses), pruebas de VIH a los tres y a los seis meses, y estado del embarazo y opciones con respecto al embarazo.



La realidad de la implementación del PSIM para SSR en Jordania

Según la evaluación del PSIM para SSR realizada en 2013 en Jordania por la Comisión de Mujeres para los Refugiados, la planificación para responder a la violencia sexual era inadecuada tanto en los campamentos como en ámbitos urbanos⁵⁸. Los desafíos se relacionaban con una escasa cantidad de proveedores entrenados, la falta de gestión clínica nacional de un protocolo para violaciones y el uso de anticoncepción de emergencia y PPE. Además, era tabú hablar sobre violencia sexual en la comunidad, y muchas personas no sabían qué servicios estaban disponibles. Debido a estos factores y al temor a represalias, resultaba difícil para las personas sobrevivientes elegir de manera informada y buscar atención.



Práctica reconocida: Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual en Cox's Bazar (Bangladés)

- ▶ En las fases iniciales de la emergencia, las organizaciones utilizaban incentivos, como vales de transporte, para promover el uso de servicios dependientes de establecimientos y los lugares donde se brindaban. La implementación temprana de un programa de voluntariado comunitario también ayudó a informar a las comunidades sobre la disponibilidad y la

58 Krause y otros, "Reproductive Health Services for Syrian Refugees."

ubicación de los servicios para sobrevivientes de violencia sexual⁵⁹.

- ▶ Hubo una activa coordinación entre el subgrupo temático de SSR y el grupo temático de protección/subsector de violencia de género, lo que ayudó a poner en marcha rápidamente medidas para proteger a las poblaciones afectadas, en especial, mujeres y niñas, contra situaciones de violencia sexual.
- ▶ Al principio de la respuesta, expertos del subgrupo temático de SSR y del subsector de violencia de género facilitaron sesiones de capacitación en gestión clínica de personas sobrevivientes de violencia sexual.
- ▶ Se crearon de inmediato lugares seguros para mujeres cerca de los establecimientos de salud, lo cual permitió tener un vínculo cercano con ellas y realizar derivaciones fácilmente y con celeridad.

Consideraciones especiales para poblaciones específicas

Niños y niñas

El coordinador de SSR debe comprender y difundir información sobre las leyes específicas del país con respecto a la edad de consentimiento para tratamientos, el profesional que puede brindar consentimiento legal para la atención clínica si se sospecha que el agresor es uno de los padres o el tutor (por ejemplo, un funcionario judicial, de la policía o de servicios comunitarios) y los requisitos y procedimientos de denuncia obligatorios cuando los proveedores de servicios sospechan o saben que se encuentran frente a un caso de abuso infantil. No deben realizarse exámenes anales o vaginales al tacto o con espéculo en niños y niñas, salvo que sea absolutamente necesario. En esos casos, debe derivarse a los niños y niñas a un especialista. Los protocolos en los que se muestren las dosis de medicamentos apropiadas deben estar publicados o ser de fácil acceso para los proveedores de servicios.

Hombres sobrevivientes

Es menos probable que hombres sobrevivientes denuncien un incidente por vergüenza, criminalización de las relaciones entre personas del mismo sexo, actitudes negativas o indiferentes de los proveedores y falta de reconocimiento de la importancia del problema. Los hombres sobrevivientes sufren traumas físicos y psicológicos y deberían tener acceso a servicios confidenciales, respetuosos y no discriminatorios que les brinden atención integral.

Personas con discapacidad (intelectual y física)

Las personas con discapacidad, incluidas mujeres, niñas, niños y hombres con discapacidad, tienen más riesgo de sufrir violencia sexual y a menudo son seriamente discriminados por los proveedores de servicio. Los cuidadores (generalmente mujeres o niñas) de personas con discapacidad también pueden ser objeto de violencia y explotación debido la situación de aislamiento, la cual puede limitar su acceso a ayuda social, económica y material. Las organizaciones de personas con discapacidad en la comunidad de acogida suelen tener información que los proveedores de salud pueden utilizar para garantizar que se brinde atención clínica a esta población, que muchas veces está oculta.

59 Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

Personas LGBTQIA	<p>Las personas LGBTQIA enfrentan diversos factores de riesgo en relación con la violencia sexual y es importante reconocer que cada población tiene necesidades independientes y enfrenta riesgos distintos. Las personas LGBTQIA pueden sufrir situaciones de discriminación por parte de los proveedores de salud, lo cual los inhibe de intentar obtener servicios de SSR. Si se colabora con grupos de la comunidad LGBTQIA o grupos que defienden los derechos de estas personas y se trabaja para lograr que los establecimientos de salud sean más respetuosos de la diversidad, los servicios de salud críticos podrían ser más accesibles para esta población.</p>
Personas que realizan trabajo sexual	<p>Las personas que realizan trabajo sexual suelen enfrentarse a proveedores de salud que los estigmatizan y discriminan, y que, quizás, no aborden seriamente la violencia sexual en contra de este grupo. Los actores humanitarios deben trabajar con esta población para elaborar una programación de atención de SSR.</p>
Minorías étnicas y religiosas	<p>Las minorías étnicas y religiosas enfrentan niveles de estigmatización y discriminación que las tornan más vulnerables a situaciones de violencia sexual, incluida la opresión y el acoso. Es importante capacitar a quienes tienen personas a su cuidado, a los proveedores de servicios de salud y a cualquier otra persona responsable de proteger derechos con respecto a prácticas no discriminatorias relacionadas con la prestación de servicios de SSR.</p>

Abordar la violencia sexual

¿Por qué a menudo los incidentes de violencia sexual no se denuncian?

Incluso en contextos que no son de crisis, la violencia sexual a menudo no se denuncia por diversos factores, como el temor a sufrir represalias, la vergüenza, la estigmatización, la sensación de impotencia, el desconocimiento de los beneficios que puede tener buscar servicios y apoyo; la falta de fiabilidad de los servicios de salud pública y otros servicios; la falta de confianza en los servicios; y la falta de confidencialidad. Todas estas circunstancias se agravan en contextos humanitarios, lo que aumenta la probabilidad de que no se denuncien los incidentes de violencia sexual dentro de la población. Si bien una parte fundamental de la respuesta es garantizar la gestión clínica de la violencia sexual y otros servicios, el abordaje de la violencia sexual también debe incluir un ámbito en el que las mujeres estén protegidas y contenidas y que les permita acceder a esta atención.

Incluso si no hubiera casos denunciados, deben ofrecerse estos servicios. ***Todo el personal humanitario debe dar por sentado que las situaciones de violencia sexual existen y debe considerarlas una cuestión de protección seria y que pone en riesgo la vida. Asimismo, debe tomar medidas como las descritas para minimizar los riesgos de violencia sexual a través de sus intervenciones sectoriales, independientemente de la presencia o ausencia de evidencias concretas.***

¿Cuáles son algunos de los mecanismos que utilizan los organismos para abordar la violencia sexual?

Código de conducta

Un código de conducta contra la explotación y el abuso sexual es un conjunto de pautas establecidas por un organismo, que promueve que su personal respete los derechos humanos fundamentales, la justicia social, la dignidad humana y los derechos de mujeres, hombres, niños y niñas. También informa al personal que su obligación de ser respetuosos es condición para su contratación. Un código de conducta exigible es un elemento esencial de la rendición de cuentas humanitaria frente a los beneficiarios. Todos los organismos humanitarios, incluidos aquellos que participan en la implementación del PSIM para SSR, deben tener un código de conducta y políticas para evitar la explotación y el abuso sexual. Los organismos deben cerciorarse de que todo el personal haya asumido el compromiso de seguir las pautas y que haya recibido orientación con respecto a sus responsabilidades. Un recurso adecuado que puede ayudar a los organismos a elaborar tales pautas es *Protection from Sexual Exploitation and Abuse Implementation Quick Reference Handbook*, de Core Humanitarian Standards Alliance⁶⁰. Otro recurso es *IASC Champion on Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment*⁶¹.

Un código de conducta es relevante para todo el personal, tanto internacional como local. Los organismos deben garantizar que el personal contratado por organizaciones locales o las personas contratadas por la comunidad local suscriban y reciban orientación sobre el código de conducta y la oportunidad de analizarlo. También debe informarse a los beneficiarios y a las comunidades afectadas, los cuales deben familiarizarse con las normas y los sistemas pertinentes del lugar para poder usarlos en caso de violación. El coordinador de SSR debería promover la creación de un sistema de denuncia confidencial y de seguimiento de situaciones de explotación y abuso sexual.

Seis principios del equipo operativo del IASC sobre protección contra la explotación y el abuso sexual que deben incluirse en los códigos de conducta de las Naciones Unidas y de las organizaciones no gubernamentales

- ▶ La explotación y el abuso sexual por parte de trabajadores del sector humanitario constituyen actos de conducta indebida grave y, por lo tanto, causales de desvinculación del empleo.
- ▶ Se prohíbe la actividad sexual con menores (personas de menos de 18 años), independientemente de cuál sea la edad para la mayoría de edad o la edad de consentimiento local. No puede invocarse como defensa tener una creencia equivocada sobre cuál es la edad de un niño o niña.

60 Corinne Davey y Lucy Heaven Taylor, *PSEA Implementation Quick Reference Handbook* (Core Humanitarian Standards Alliance, julio de 2017), <http://www.pseataaskforce.org/uploads/tools/1499958998.pdf>.

61 IASC Champion on Sexual Exploitation and Abuse and Sexual Harassment, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-champion-sexual-exploitation-and-abuse-and-sexual-harassment>.

- ▶ Se prohíbe el intercambio de dinero, oportunidades de empleo, artículos o servicios por sexo, incluidos favores sexuales u otros comportamientos humillantes, degradantes o de explotación. Esto incluye el intercambio de asistencia que corresponde a los beneficiarios.
- ▶ Se prohíbe toda relación sexual entre quienes brindan asistencia y protección humanitaria y las personas beneficiarias, que implique un aprovechamiento indebido de un rango o cargo. Estas relaciones socavan la credibilidad y la integridad del trabajo de ayuda humanitaria.
- ▶ Cuando los trabajadores del sector humanitario temen o sospechen una situación de abuso o explotación sexual por parte de un compañero de trabajo, sea del mismo organismo o no, deben comunicar su inquietud a través de los mecanismos de denuncia que haya establecido el organismo.
- ▶ Los trabajadores del sector humanitario están obligados a crear y mantener un entorno en el que se impidan las situaciones de explotación y abuso sexual y se fomente la implementación de su código de conducta. Los administradores de todos los niveles tienen las responsabilidades específicas de apoyar y diseñar sistemas que preserven ese entorno⁶².

Mecanismo de denuncia

Las denuncias sobre explotación y abuso sexual deben abordarse con absoluta seriedad. Los organismos deben diseñar un sistema de respuesta que permita lidiar correctamente con las denuncias que se les presenten. Estos mecanismos deben ser seguros, confidenciales, transparentes y accesibles. Incluyen lo siguiente:

- ▶ **Procedimientos internos claros y establecidos para la formulación de denuncias** de modo que el personal, las comunidades y las personas afectadas por la crisis sepan de qué manera y en qué momento denunciar confidencialmente casos de explotación y abuso sexual. Esto es especialmente importante si su organismo es el único que proporciona servicios en la comunidad. Los beneficiarios/las personas afectadas por la situación de crisis deben participar en el proceso para diseñar un sistema que sea seguro y accesible para todos.
- ▶ **Una cultura en el lugar de trabajo que estimule el debate y el cuestionamiento sobre cuáles son los comportamientos adecuados para proteger a los beneficiarios contra la explotación y abuso sexual.** Esa cultura le permite al personal poner en conocimiento de un supervisor las conductas que sean cuestionables.
- ▶ **Derivación rápida y adecuada de las denuncias de explotación y abuso sexual para su investigación.** Los organismos pueden asegurarse de estar preparados para llevar adelante investigaciones sólidas y comprometidas cuando haya denuncias. Deben responder con rapidez para ayudar a los sobrevivientes de esos casos⁶³.
- ▶ **Medidas disciplinarias apropiadas y sanción de actos de explotación y abuso sexual,** que pueden incluir la finalización del contrato, el descenso de categoría, una multa y la

62 Citado en *Protection from Sexual Exploitation and Abuse (PSEA) Inter-Agency Cooperation in Community-Based Complaint Mechanisms: Global Standard Operating Procedures* (IASC, mayo de 2016), <https://fscluster.org/document/iasc-psea-Inter-Agency-cooperation>.

63 Para consultar ejemplos de incidentes, ver el anexo 4 en *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide* (Comité Permanente entre Organismos, 2016), <https://interagencystandingcommittee.org/accountability-affected-populations-including-protection-sexual-exploitation-and-abuse/documents-50>.

suspensión sin goce de sueldo. Si el acto constituye un delito penal, puede derivarse a las autoridades de aplicación de la ley pertinentes⁶⁴.

- ▶ **Un acuerdo en el que se establezca que todos los documentos originales de acusación se conservarán en los archivos pertinentes de la oficina del organismo para su registro.** Se debe preservar la confidencialidad de los documentos, a los que solo podrá acceder el personal pertinente.



Si usted sabe de alguien que haya sido objeto de explotación o abuso sexual, denuncie el incidente de manera confidencial a una autoridad pertinente según se dispone en el mecanismo de denuncia.

Unidad 3: Puntos clave

- ▶ Violencia sexual se define como todo acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o propuestas sexuales no deseadas, o actos tendientes a la trata sexual de una persona, mediante coacción, amenazas de sufrir daños o fuerza física, por parte de cualquier persona, independientemente de cuál sea la relación con la víctima, en cualquier entorno, lo que incluye, sin carácter restrictivo, en el hogar y en el trabajo. El PSIM para SSR aborda principalmente la violación/intento de violación, el abuso sexual y la explotación sexual. Una vez que la situación se estabiliza y que se han implementado todos los elementos del PSIM para SSR, puede atenderse una gama más amplia de cuestiones relacionadas con la violencia de género.
- ▶ La violencia sexual es una violación de los derechos humanos que afecta la salud física y mental de la persona sobreviviente así como su bienestar social y que, al mismo tiempo, puede tener consecuencias en su familia y hasta en la comunidad.
- ▶ Durante situaciones de emergencia, como conflictos o desastres naturales, el riesgo de violencia, explotación y abuso aumenta, en especial, para mujeres y niñas.
- ▶ Las niñas adolescentes, las personas con discapacidad (en especial, discapacidad intelectual) y las poblaciones LGBTQIA son excepcionalmente vulnerables a la violencia sexual porque suelen ser blanco de explotación sexual y violación.
- ▶ Todos los actores humanitarios son responsables de prevenir la explotación y el abuso sexual, de denunciarlos y de garantizar que se brinde imparcialmente asistencia humanitaria, sin que haya actitudes sesgadas o discriminación por motivo de edad, sexo, género e identidad de género, estado civil, orientación sexual, ubicación (p. ej., ámbito rural o urbano), discapacidad, raza, color, idioma, opinión política o de otro tipo, religión, nacionalidad, origen étnico o social, situación económica, nacimiento u otras características.
- ▶ Para prevenir y proteger a la población afectada y responder debidamente a la violencia sexual, se necesita aplicar un enfoque multisectorial que siga un procedimiento operativo estándar en cada contexto.
- ▶ Los principios rectores al momento de responder a las necesidades de los sobrevivientes

64 *Inter-Agency PSEA-CBCM Best Practice Guide.*

de violencia sexual incluyen seguridad, confidencialidad, respeto y no discriminación.

- ▶ Un enfoque centrado en la persona sobreviviente significa que se priorizan los derechos, las necesidades y los deseos de estas personas.
- ▶ Entre los elementos de la atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual se incluyen la comunicación comprensiva; los antecedentes y el examen físico; el sistema médico-legal y la recolección de evidencias forenses cuando sea posible y necesario; y el tratamiento y asesoramiento compasivos y confidenciales, incluidos los anticonceptivos de emergencia, las pruebas de embarazo, la información sobre opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/derivación para un aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley, el tratamiento preventivo de las ETS, la PPE, la prevención de la hepatitis B y el VPH, la atención de heridas y la prevención del tétanos, además de la derivación para servicios adicionales, como otros servicios de salud, psicológicos y sociales.
- ▶ El coordinador de SSR y el personal del programa deben informar a la comunidad sobre la importancia de buscar atención médica inmediata luego de haber sufrido violencia sexual y sobre el tipo de servicios disponibles para las personas sobrevivientes de violencia sexual, dónde se brindan y los horarios de atención.
- ▶ Entre los motivos por los que la violencia sexual a menudo no se denuncia se encuentran, por ejemplo, el temor a sufrir represalias, la vergüenza, la estigmatización, la sensación de impotencia, el desconocimiento de los beneficios que puede tener buscar atención y apoyo; la falta de fiabilidad de los servicios de salud pública y otros servicios; la falta de confianza en los servicios; y la falta de confidencialidad.
- ▶ Todos los organismos humanitarios, incluidos aquellos que participan en la implementación del PSIM para SSR, deben tener un código de conducta y políticas para poder lidiar con las situaciones de explotación y abuso sexual.
- ▶ Los organismos deben diseñar un mecanismo de respuesta seguro, confidencial, transparente y accesible para poder lidiar correctamente con las denuncias de explotación y abuso sexual que se les presenten.

Desafíos y soluciones

Desafíos

¿Qué sucede si los miembros del personal tienen capacidad escasa y carecen de las habilidades básicas para brindar servicios psicosociales?

Soluciones

¿Qué sucede si los miembros del personal tienen capacidad escasa y carecen de las habilidades básicas para brindar servicios psicosociales? Probablemente el personal local pueda ayudar a identificar a las personas locales más adecuadas que no juzguen a las personas, demuestren una actitud de contención y cuenten con habilidades de comunicación adecuadas para cumplir con esta función.

Es fundamental que todo el personal que entre en contacto con una persona sobreviviente respete los deseos de esa persona y se asegure de que se conserve la confidencialidad y la privacidad de toda la información médica y sobre el estado de salud, tanto de esa persona como de sus familiares.

Los miembros del personal deben comunicarse con la persona sobreviviente de manera tal de comunicarle información precisa y con una actitud atenta y sin juzgarla.

Pueden establecerse programas de capacitación sobre ayuda psicosocial una vez que la situación se estabilice. Durante la etapa aguda de una emergencia pueden proporcionarse programas de capacitación en el ámbito de trabajo, según sea necesario. También sería útil brindar esta capacitación como parte de la preparación para emergencias.

Entre las fuentes recomendadas que se concentran en estrategias de vinculación para trabajar con personas sobrevivientes de violencia sexual se incluyen las siguientes:

- *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*⁶⁵
- *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings (primera edición)*⁶⁶

65 *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings* (IASC, junio de 2007), http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007. En la página web del IASC "Mental Health and Psychosocial Support" (Apoyo de salud mental y psicosocial), <https://interagencystandingcommittee.org/product-categories/mental-health-and-psychosocial-support> pueden encontrarse otras herramientas.

66 *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for Health and Psychosocial Service Providers in Humanitarian Settings* (Comité Internacional de Rescate [International Rescue Committee, IRC] y Unicef, 2012), <http://gbvaor.net/wp-content/uploads/2012/10/Caring-for-Child-Survivors-of-Sexual-Abuse-Guidelines-for-Health-and-psychosocial-service-providers-in-Humanitarian-settings-IRC-UNICEF-2012-ENGLISH.pdf>.

- *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused*⁶⁷
- *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action*⁶⁸
- *Establishing GBV Standard Operating Procedures Guide*⁶⁹

¿Qué pueden hacer los trabajadores de salud locales y los miembros de la comunidad en contextos donde hablar sobre violencia sexual es tabú o donde hay una fuerte resistencia a abordar ese tema?

Incluso en los contextos donde se desalienta categóricamente conversar sobre violencia sexual, es importante encontrar maneras innovadoras de abordar ese tema. Por ejemplo, una ONG local que trabaja con una población de refugiados con una cultura extremadamente conservadora organizó talleres sobre “salud familiar” para mujeres refugiadas, en los que se trataban una amplia gama de cuestiones de salud, como la violencia sexual. De esta manera, la comunidad se interiorizó sobre esa temática, incluso sobre por qué, dónde y cuándo buscar atención médica si ellas o alguien que conocían eran agredidas.

¿Qué sucede si el personal no ha recibido capacitación en atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual?

Es importante que las organizaciones empleen personal de SSR capacitado en la gestión clínica de personas sobrevivientes de violencia sexual.

Se debe trabajar con las capacidades existentes del personal local y planificar capacitaciones sobre atención clínica de personas sobrevivientes de violencia sexual tan pronto como sea posible.

También es útil incluir la capacitación sobre atención clínica de personas sobrevivientes de violencia sexual como elemento de la preparación para emergencias.

67 *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines* (OMS, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>.

68 *Responding to Children and Adolescents Who Have Been Sexually Abused : WHO Clinical Guidelines* (OMS, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf?sequence=1>.

69 *Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery* (IASC, 2015), https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/10/2015_IASC_Gender-based_Violence_Guidelines_full-res.pdf.

LISTA DE VERIFICACIÓN: PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SOBREVIVIENTES

La lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR puede usarse para supervisar la prestación de servicios de SSR en contextos humanitarios.

3. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes			
		Sí	No
3.1	Existen mecanismos multisectoriales coordinados para prevenir la violencia sexual.		
3.2	Acceso seguro a establecimientos de salud		
	Porcentaje de establecimientos de salud con medidas de seguridad (baños separados por sexo, que se cierran por dentro; iluminación en torno al establecimiento de salud; sistema para controlar el ingreso al establecimiento y el egreso de él [como guardias o recepción])		%
3.3	Servicios de salud confidenciales para tratar a personas sobrevivientes de violencia sexual	Sí	No
	Porcentaje de establecimientos de salud que brindan gestión clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual: (cantidad de establecimientos de salud que ofrecen atención/todos los establecimientos de salud) x 100		%
	Anticoncepción de emergencia (AE)		
	Prueba de embarazo (no necesaria para acceder a anticoncepción de emergencia o profilaxis posterior a la exposición [PPE])		
	Embarazo		
	PPE		
	Antibióticos para prevenir y tratar ETS		
	Vacuna antitetánica/Inmunoglobulina antitetánica		
	Vacuna contra la hepatitis B		
	Servicios de aborto seguro		
	Derivación a servicios de salud		
	Derivación a servicios de aborto seguro		
	Derivación a servicios de apoyo psicológico y social		
3.4	Cantidad de incidentes de violencia sexual denunciados a los servicios de salud		
	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual elegibles que reciben PPE en el término de 72 horas de producido un incidente: (cantidad de personas sobrevivientes elegibles que reciben PPE en el término de 72 horas de producido un incidente/cantidad total de personas sobrevivientes elegibles para recibir PPE) x 100		%
3.5	Información sobre los beneficios y la ubicación de la atención para sobrevivientes de violencia sexual		

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué insumos se necesitan o qué Botiquines ISR podrían ordenarse para brindar atención clínica a personas sobrevivientes de violencia sexual?

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población⁷⁰.

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la compra de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 3	Tratamiento luego de una violación
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 5	Tratamiento de ETS
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 8	Manejo de complicaciones por abortos
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino

Productos básicos complementarios

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. El UNFPA ofrecerá los productos básicos complementarios en 2020.

Nivel de provisión del servicio	Artículo	Para complementar
Comunidad/puesto de salud	Misoprostol*	Botiquín 2B, 6A, 8
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Mifepristona	Botiquín 8

* El misoprostol también puede adquirirse para complementar los Botiquines 6A y 8 para los establecimientos de atención primaria de la salud.

Cuando sea posible, es importante registrar previamente los Botiquines ISR y los productos básicos antes de una crisis y evitar adquirir medicamentos que no están registrados o permitidos en un país durante una emergencia humanitaria.

70 Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Cuestionario sobre la unidad 3: Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes

1. Si una persona sobreviviente no se siente cómoda con un examen y se niega a realizarlo, el proveedor de salud debe explicar que el tratamiento y el medicamento solo pueden proporcionarse tras un examen.

Verdadero o Falso

2. La atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual incluye todo salvo:
 - a. Antecedentes y examen físico.
 - b. Comunicación comprensiva.
 - c. Tratamiento preventivo de ETS
 - d. Prueba de embarazo; solo si esta fuera negativa, se deberá administrar PPE
 - e. Anticonceptivos de emergencia tan pronto como sea posible en el término de 120 horas desde la violación
 - f. Información sobre opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/ derivación para un aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley

3. Es más probable que hombres sobrevivientes denuncien un incidente de violencia sexual.

Verdadero o Falso

4. Los responsables de los actos de violencia sexual suelen ser las parejas u otros conocidos de la persona sobreviviente.

Verdadero o Falso

5. ¿Qué debe hacer si sospecha que un miembro del personal viola los principios básicos de protección contra la explotación y el abuso sexual?
 - a. Investigar para determinar si el miembro del personal los incumple
 - b. Conversar con el miembro del personal y decirle que deje de hacerlo
 - c. Denunciar al miembro del personal con su supervisor o punto de contacto para prevenir la explotación y el abuso sexual
 - d. Nada

UNIDAD 4: PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y DE OTRAS ETS Y REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDO A ESTAS ENFERMEDADES



En 2013, 1,6 millones de personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) resultaron afectadas por emergencias humanitarias; el 68 % de ellas carecía de acceso a tratamiento⁷¹. La relación entre transmisión de VIH y contextos humanitarios es compleja y depende de la interacción dinámica de diversos factores, que incluyen los siguientes:

- ▶ la prevalencia del VIH y la vulnerabilidad de algunos grupos dentro de la población en la región de origen y la población de acogida;
- ▶ el nivel de interacción entre poblaciones desplazadas y vecinas;
- ▶ la duración de la situación de desplazamiento; y
- ▶ la ubicación y el grado de aislamiento de la población desplazada (p. ej., refugiados urbanos frente a los que se asientan en campamentos).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH, pueden potenciarse en condiciones de crisis, cuando el acceso a medios de prevención, tratamiento y atención es limitado. Sin embargo, los hallazgos en contextos de conflicto también demuestran que, en algunas circunstancias, cuando se aísla a las personas desplazadas y estas tienen menos movilidad, la prevalencia del VIH es menor que en los países vecinos⁷². Un recurso importante en el que se describe el conjunto de intervenciones mínimas multisectoriales para prevenir y responder al VIH en contextos humanitarios es Inter-Agency Standing Committee Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings⁷³.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar qué significa uso seguro y racional de una transfusión de sangre y qué hacer para facilitararlo;
- ▶ describir cuáles son las precauciones estándares, por qué son importantes, y cómo cerciorarse de que se usen;
- ▶ explicar la importancia de garantizar la disponibilidad de preservativos lubricados gratuitos;
- ▶ explicar la importancia de un tratamiento continuo con antirretrovirales y de proporcionar una profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas;
- ▶ identificar a las personas que deberían recibir profilaxis posterior a la exposición (PPE); y
- ▶ describir la gestión sindrómica de las ETS.

71 *HIV in Humanitarian Emergencies* (Onusida, 2015), <https://www.unhcr.org/566961609.pdf>.

72 Brady W. Bennett, Brandon D. L. Marshall, Annie Gjelsvik, Stephen T. McGarvey y Mark N. Lurie, "HIV Incidence Prior To, During, and After Violent Conflict in 36 Sub-Saharan African Nations, 1990–2012: An Ecological Study", *PLoS One* 10, N.º 11 (12 de noviembre de 2015), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0142343>.

73 *IASC Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings, 2010* (IASC, 2 de septiembre de 2010), <https://interagencystandingcommittee.org/hiv-humanitarian-situations/documents-public/iasc-guidelines-addressing-hiv-humanitarian-settings>.

Objetivos y actividades del PSIM para SSR:

PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y DE OTRAS ETS Y REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDO A ESAS ENFERMEDADES.

A fin de prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS, el coordinador de SSR, los administradores de programas y los proveedores de servicios deben trabajar con los socios del sector/grupo temático de salud para lo siguiente:

- ▶ establecer el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre;
- ▶ asegurar la aplicación de precauciones estándares;
- ▶ garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y, según corresponda (p. ej., si la población ya los utilizaba), procurar la provisión de preservativos femeninos;
- ▶ respaldar que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscrito antes de la emergencia en programas de tratamiento antirretroviral, a fin de que puedan continuar con su tratamiento; entre esas personas se incluyen las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil;
- ▶ proporcionar PPE a sobrevivientes de violencia sexual según corresponda, y en el caso de exposición laboral;
- ▶ apoyar la provisión de profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas a pacientes que se determine que tienen VIH o ya diagnosticados con VIH;
- ▶ garantizar que en los establecimientos de salud se ofrezcan diagnósticos sindrómicos y tratamiento para ETS.

¿Por qué es prioritario prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades?

Las ETS son la causa de una gran parte de la carga global de los problemas de salud. Abordar el problema del VIH continúa siendo un desafío constante, especialmente en contextos de crisis humanitaria, a pesar de los significativos avances realizados en las últimas tres décadas en respuesta a la epidemia del VIH a nivel mundial. Si bien una proporción significativa de las personas afectadas por emergencias humanitarias son personas en riesgo de VIH o que viven con VIH, es posible que el acceso a prevención, tratamiento y atención del VIH no sean algo que suela priorizarse durante las emergencias. Las características que definen una emergencia compleja, como el conflicto, el desplazamiento masivo, la pérdida de los medios de subsistencia, la inseguridad alimentaria, la inestabilidad social, la falta de empleo, el estrés infraestructural y la destrucción e indefensión ambiental, pueden aumentar la vulnerabilidad de las poblaciones afectadas y su riesgo ante el VIH. Es necesario hacer todo lo posible por colaborar con las iniciativas orientadas a detener nuevas infecciones y proporcionar tratamiento a quienes lo necesitan.

¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo que pueden ayudar a propagar el VIH en entornos afectados por crisis?

Si las ETS, incluidas las infecciones por VIH, no se abordan o controlan, pueden aumentar en las poblaciones afectadas por crisis, por muchos motivos^{74,75,76}:

- ▶ Es posible que haya menor acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH debido al colapso de la infraestructura sanitaria (por ejemplo, falta de equipo de protección personal o de agujas/jeringas limpias, etc.).
- ▶ Es posible que el personal sienta que están demasiado ocupados como para seguir las precauciones estándares o que no sea conscientes de su importancia.
- ▶ El colapso de las estructuras sociales y comunitarias puede aumentar la incidencia de violaciones, explotación sexual y sexo transaccional para conseguir lo que se necesite para subsistir, así como la alteración de las normas sociales sobre comportamiento sexual.
- ▶ Es posible que se exacerben las desigualdades existentes, la estigmatización y la marginación de poblaciones clave en riesgo de VIH y de quienes viven con VIH.
- ▶ Es posible que aumente el desplazamiento de la población a un área donde haya mayor prevalencia del VIH.
- ▶ El acceso a preservativos es limitado o no existe, o no se les da prioridad como parte de la respuesta de emergencia.
- ▶ Las personas afectadas por una crisis son más vulnerables a las ETS por muchos motivos, como la situación de pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a servicios de salud, la movilidad y la desprotección frente a la violencia o la explotación por parte de personal militar, miembros de fuerzas de mantenimiento de la paz y otras personas.
- ▶ Es posible que los adolescentes comiencen a tener relaciones sexuales a más temprana edad.
- ▶ Es más probable que las personas tomen riesgos sexuales, como tener contactos sexuales sin utilizar preservativos.

Es importante señalar, sin embargo, que la transmisión del VIH entre poblaciones afectadas por crisis es una cuestión compleja. No hay datos que respalden la presunción habitual de que la mayor vulnerabilidad de estas poblaciones se traduce en más infecciones por VIH. En épocas de conflicto y desplazamiento, varios factores en competencia e interacción afectan la transmisión del VIH⁷⁷.

74 *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings* (IASC, 2010).

75 *Strategies to Support the HIV-Related Needs of Refugees and Host Populations* (Onusida y Acnur, octubre de 2005) http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1157-refugees_en.pdf.

76 *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings* (IASC, 2004), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidelines-hiv-emergencies.pdf>.

77 Bennett y otros, "HIV Incidence in 36 Sub-Saharan African Nations, 1990–2012".

Transmisión del VIH

El VIH se transmite a través de cuatro fluidos corporales: sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna. La principal vía de transmisión del VIH es el ingreso de fluidos infectados al torrente sanguíneo de una persona no infectada, por lo general, al mantener relaciones sexuales sin protección, mediante sangre infectada o por transmisión materno-infantil. Si bien la mayoría de las infecciones suelen ser consecuencia de relaciones sexuales sin protección, la proporción de las vías de transmisión varía según el contexto.

Actividad del PSIM para SSR:

Uso seguro y racional de las transfusiones de sangre

Es fundamental utilizar de manera racional y segura la sangre a fin de prevenir la transmisión del VIH y de otras infecciones que pueden transmitirse mediante transfusiones, como las hepatitis B y C, la malaria y la sífilis. La sangre incorrectamente analizada o no analizada y el uso correcto de sangre y productos sanguíneos aumenta el riesgo de transmisión de VIH y de otras infecciones de quienes reciban esos fluidos. En el caso de una transfusión de sangre contaminada con el VIH, la posibilidad de que el VIH se transmita al receptor es de casi el 100 %. No deben realizarse transfusiones de sangre si no se cuenta con instalaciones, insumos y personal idóneo adecuados. Si se realiza correctamente, la transfusión de sangre puede salvar vidas. Sin embargo, para evitar el riesgo de infección y la escasez de sangre, también es importante reducir el número de transfusiones innecesarias. Las transfusiones de sangre innecesarias puede reducirse si se garantiza el uso clínico apropiado de la sangre, se evitan las transfusiones y se utilizan alternativas a ese procedimiento.

Utilice el criterio estándar para transfusiones de sangre establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷⁸:

Una transfusión de sangre racional incluye lo siguiente:

- ▶ Transfundir sangre solo en circunstancias en las que esté en riesgo la vida y cuando no haya otra alternativa.
- ▶ Utilizar medicamentos para prevenir o reducir el sangrado activo (p. ej., oxitocina y misoprostol).
- ▶ Cuando sea posible, utilizar sustitutos de la sangre para reemplazar el volumen perdido, como sustitutos basados en cristaloides (Ringer lactato, solución salina normal).

Una transfusión de sangre segura incluye lo siguiente:

- ▶ Examinar toda la sangre de transfusión para detectar, como mínimo, VIH 1 y 2, hepatitis B y C, y sífilis, utilizando los análisis químicos más adecuados. Una prueba de detección del VIH no es suficiente para determinar el estado del virus. Si bien los servicios de donación de sangre no deben considerarse una forma de acceder a la prueba de VIH, si el resultado de un donante es positivo, se le debe comunicar a esa persona tal resultado. Luego, se le

⁷⁸ La página web de la OMS sobre transfusiones de sangre es <http://www.who.int/bloodsafety/en>.

debe recomendar que se ponga en contacto con servicios clínicos, donde se le realizarán nuevas pruebas para confirmar su estado de VIH y, si se confirma, debe ponérsela en contacto con los servicios correspondientes.

- ▶ Recolectar sangre solo de donantes voluntarios y no remunerados con bajo riesgo de adquirir infecciones que pueden transmitirse mediante transfusiones, y elaborar criterios rigurosos para la selección de donantes de sangre.
- ▶ Conectar los servicios de transfusión de sangre con servicios de asesoramiento y pruebas de VIH tan pronto como estos se establezcan como parte de la respuesta integral, y derivar a los donantes para que reciban asesoramiento sobre VIH y se les realicen pruebas de VIH antes de examinar su sangre.
- ▶ Agrupar según los sistemas sanguíneos ABO y de factor Rh(D) y, si hay tiempo, establecer compatibilidades
- ▶ Solo transfundir a las mujeres en edad reproductiva sangre con el tipo de factor Rh apropiado.
- ▶ Asegurar una práctica de transfusión segura junto a la camilla y la eliminación segura de bolsas de sangre, agujas y jeringas⁷⁹.

¿Qué deben hacer el coordinador de SSR y el administrador de programas para ofrecer transfusiones de sangre racionales y seguras?

El coordinador de SSR y el administrador de programas deben trabajar con los socios del sector/grupo temático de salud para garantizar lo siguiente:

- ▶ Que los hospitales a los que se deriven tengan suficientes insumos para realizar transfusiones de sangre seguras y racionales.
- ▶ Que el personal esté suficientemente familiarizado con las prácticas de transfusión de sangre seguras y tenga acceso a insumos que reduzcan la necesidad de realizar transfusiones.
- ▶ Que se consigan donantes seguros. Pueden elegirse donantes seguros mediante un cuestionario para los voluntarios y proporcionando información clara a los posibles donantes sobre los requisitos para la seguridad de la sangre. Es importante conseguir donantes voluntarios y no pedir al personal que done sangre.
- ▶ Que se implementen procedimientos operativos estándares para la transfusión de sangre. Estos son componentes esenciales de los sistemas de calidad de cualquier organización y se utilizan para que haya congruencia en las actividades que se realicen. Todos los miembros del personal que realicen transfusiones de sangre deben aplicar tales procedimientos operativos estándares. Deben mantenerse copias en todos los idiomas locales, en un lugar central y se los debe publicar allí donde se realice el procedimiento, de modo tal que puedan consultarse fácilmente.
- ▶ La responsabilidad por la decisión de transfundir está asignada y debe responder el personal médico.
- ▶ Al personal se le informan los protocolos, y deben seguirse los procedimientos en todo

⁷⁹ Para obtener más información sobre cómo elegir donantes seguros, visite http://www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en.

momento para garantizar una práctica de transfusión de sangre segura al lado de la camilla.

- ▶ Los productos de desecho, como bolsas de sangre, agujas y jeringas, deben eliminarse de manera segura.
- ▶ Los lugares donde se analiza la sangre y donde se realiza la transfusión cuentan con fuentes de iluminación confiables. Para reducir al mínimo el riesgo de errores, hay que evitar tanto como sea posible realizar transfusiones de sangre durante la noche, salvo que haya suficiente iluminación⁸⁰.

Actividad del PSIM para SSR:

Asegurar la aplicación de precauciones estándares

Es importante que el coordinador de SSR haga hincapié en la importancia de las precauciones estándares durante las primeras reuniones de coordinación de salud y de SSR. Se debe tener en cuenta, en especial, que es posible que el personal de limpieza y otros empleados de apoyo, que a menudo son nuevos, no hayan trabajado antes en el ámbito de la salud y, por lo tanto, no hayan recibido suficiente capacitación.

¿Cuáles son las precauciones estándares?

Las precauciones estándares son las medidas de control de infecciones que reducen el riesgo de que se transmitan patógenos en sangre y de otro tipo (como VIH y hepatitis B y C) a pacientes y trabajadores de la salud mediante la exposición a la sangre o fluidos corporales. De acuerdo con los principios sobre “precauciones estándares”, debe considerarse que la sangre y los fluidos corporales (como semen, secreciones vaginales y leche materna) de todas las personas están infectadas con el VIH, independientemente de que se sepa o se sospeche el estado de la persona.

¿Por qué las precauciones estándares son especialmente importantes en contextos de crisis humanitaria?

En contextos de crisis humanitarias, es posible que haya escasez de insumos o infraestructuras de salud y una mayor carga de trabajo. Es posible que el personal del sector de la salud tome algunos atajos con respecto a los procedimientos, con lo cual se pone en peligro la seguridad tanto de los pacientes como del personal. Por lo tanto, es fundamental que se cumpla con las precauciones estándares. La supervisión periódica puede ayudar a reducir el riesgo de exposición laboral en el lugar de trabajo.

¿Cuáles son los requisitos mínimos para el control de infecciones?

Las precauciones estándares son los requisitos mínimos para el control de infecciones. Es fundamental garantizar que todo el personal (tanto médico como de apoyo) que trabaje en ámbitos de atención de la salud comprenda las precauciones estándares⁸¹.

80 Para obtener más información sobre seguridad de la sangre, visite http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en.

81 Para obtener más información sobre prevención de infecciones, consulte “Evidence, Guidelines and Publications”, de la OMS, en <http://www.who.int/infection-prevention/publications> e *Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers*, de EngenderHealth, en <https://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>.

Las precauciones estándares son las siguientes:

▶ Lavado de manos frecuente:

- Lávese las manos con agua y jabón antes y después de tener contacto con un paciente.
- Ofrezca a todos los proveedores de servicios instalaciones e insumos de lavado de manos, a los que puedan acceder sin dificultades.

▶ Uso de guantes:

- Utilice guantes no esterilizados de uso único para todos los procedimientos en donde se entre en contacto con la sangre o con otros fluidos corporales potencialmente infecciosos.
- Lávese las manos antes de ponerse y sacarse los guantes. Deseche los guantes de inmediato después de su uso. Exíjale al personal que manipule materiales y objetos punzantes que utilice guantes de uso intensivo y que cubra cualquier corte o quemadura que tenga con un vendaje impermeable. Asegúrese de que haya suficientes insumos disponibles.
 - **Nota:** Asegúrese de que haya un suministro suficiente y sostenible de guantes para llevar adelante todas las actividades. Nunca reutilice ni vuelva a esterilizar guantes de uso único, ya que se vuelven porosos.

▶ Use vestimenta de protección:

- Batas o delantales impermeables, cuando pueda haber salpicaduras de sangre o de otros fluidos corporales.
- Exija al personal que utilice mascarillas y protectores oculares cuando exista la posibilidad de exposición a cantidades de sangre abundantes.

▶ Manipulación segura de objetos punzantes:

- Minimice la necesidad de manipular agujas y jeringas.
- Utilice jeringas y agujas estériles descartables para cada inyección.
- Establezca el área de trabajo donde se aplicarán inyecciones para reducir el riesgo de lesiones.
- Utilice viales de dosis única en lugar de viales de múltiples dosis. Si se usan estos últimos, no deje la aguja en el tapón. Una vez abiertos, guarde los viales de dosis múltiples en un refrigerador.
- No vuelva a colocar el capuchón de las agujas.
- Informe a los pacientes sobre la posición correcta para las inyecciones y colóquelos en esa posición.
- Elimine las agujas y elementos punzantes en cajas de seguridad impermeables y a prueba de pinchaduras. Asegúrese de que haya a mano y fuera del alcance de los niños recipientes resistentes a las pinchaduras para la eliminación de los elementos punzantes. Los objetos punzantes nunca deben tirarse en cestos o bolsas de residuos comunes.

▶ Eliminación de materiales de residuos:

- Queme todos los residuos médicos en áreas separadas, preferiblemente dentro del

predio del establecimiento de salud.

- Entierre todos los artículos que representen una amenaza, como objetos punzantes, en un pozo cubierto que se encuentre a, por lo menos, 10 metros de una fuente de agua.

► Procesamiento de los instrumentos usados (en el siguiente orden):

1. Descontamine los instrumentos para matar los virus (VIH y hepatitis B) y hacer que sea más seguro manipularlos.
2. Limpie los instrumentos para retirar los residuos antes de esterilizarlos o de realizar una desinfección profunda.
3. Esterilice (para eliminar todos los patógenos) los instrumentos a fin de minimizar el riesgo de infecciones durante los procedimientos. Se recomienda usar un autoclave a vapor. Es posible que una desinfección profunda (hirviendo o remojando el instrumento en una solución clorada) no elimine las esporas.
4. Utilice o almacene debidamente los instrumentos de inmediato luego de su esterilización.

► Mantenimiento:

- Limpie las salpicaduras de sangre o de otros fluidos corporales de inmediato y con cuidado aplicando una solución clorada al 0,5 %.

¿Qué deben hacer los coordinadores de SSR para respaldar las políticas del sector/grupo temático de salud sobre exposición laboral?

Es posible que, aunque se apliquen y cumplan precauciones estándares, haya exposición laboral al VIH. Los coordinadores de SSR deben impulsar y brindar asistencia dentro del sector/grupo temático de salud para garantizar que se establezcan e implementen políticas sobre exposición laboral, como por ejemplo, las siguientes:

- Mantener en todo momento la confidencialidad del trabajador de la salud expuesto y de la persona que sea la fuente de la exposición.
- Evaluar el riesgo de transmisión del VIH en caso de exposición laboral: el tipo de exposición (lesión percutánea, salpicadura en membranas mucosas, etc.), el tipo de material expuesto (sangre, otros fluidos corporales, etc.) y la posibilidad de que el paciente fuente tenga el VIH.
- Informar al paciente fuente sobre las pruebas de VIH y realizarle una si obtiene su consentimiento.
- Informar al trabajador expuesto sobre las implicancias de la exposición, la necesidad de PPE, cómo tomarla y qué hacer en caso de efectos secundarios.
- Preparar una historia clínica y examinar al trabajador expuesto solo después de haber obtenido su consentimiento informado; recomendarle que busque asesoramiento voluntario sobre VIH y que se realice la prueba; y cuando corresponda, proporcionarle PPE. No es necesario realizar una prueba de VIH (ni para el paciente fuente ni para el trabajador de la salud) antes de administrar la PPE y no se debe forzar a nadie a realizarse la prueba.

- ▶ Capacitar acerca de cómo reducir el riesgo mediante la revisión de la secuencia de eventos.
- ▶ aconsejar al trabajador expuesto que utilice preservativos para prevenir la transmisión secundaria durante los siguientes tres meses.
- ▶ Proporcionar asesoramiento voluntario y pruebas de VIH en el tercero y en el sexto mes después de la exposición, independientemente de que el trabajador expuesto haya recibido PPE.
- ▶ Completar un informe de incidente.

¿Cómo pueden trabajar los coordinadores de SSR con los socios del sector/grupo temático de salud para garantizar que se apliquen las precauciones estándares?

- ▶ Cerciorarse de que en cada establecimiento de salud se publiquen los protocolos de aplicación de precauciones estándares en todos los idiomas locales, y de que los encargados de la supervisión exijan su cumplimiento.
- ▶ Asegurarse de que en todos los niveles de prestación de servicios de salud haya insumos disponibles para implementar los protocolos de precauciones estándares.
- ▶ Organizar en los servicios sesiones de orientación sobre precauciones estándares para los trabajadores de la salud y el personal auxiliar cuando sea necesario.
- ▶ Establecer sistemas de supervisión, como listas de verificación sencillas, para garantizar el cumplimiento con protocolos.
- ▶ Asegurarse de que se publiquen las medidas de primeros auxilios para casos de exposición laboral en todos los idiomas locales, y de que el personal esté informado y sepa dónde denunciar de manera confidencial y obtener PPE si fuera necesario.
- ▶ Revisar los informes de incidentes de exposición laboral periódicamente para determinar cuándo y cómo se produjo la exposición e identificar inquietudes de seguridad y posibles medidas de prevención.

Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y, cuando corresponda (p. ej., si la población ya los utilizaba), procurar la provisión de preservativos femeninos

Los preservativos son métodos de protección fundamentales para prevenir la transmisión del VIH, otras ETS y embarazos no planificados. Asegúrese de que haya áreas accesibles y privadas donde se ofrezcan preservativos masculinos lubricados y, cuando corresponda (p. ej., si la población ya los usaba antes de la crisis), también preservativos femeninos, y de que se promueva su uso desde los primeros días de la respuesta humanitaria. Ordene de inmediato suficientes insumos de preservativos de calidad. (Ver el recuadro a continuación sobre cómo calcular la cantidad correcta de preservativos masculinos que se vayan a ordenar).

Preservativos femeninos

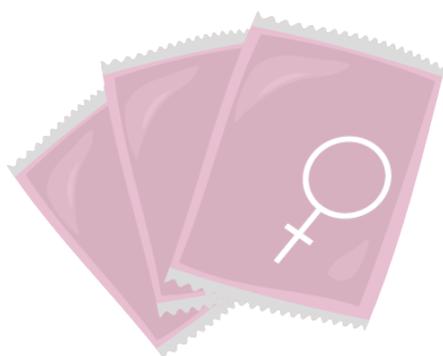
Los preservativos femeninos son un método que permite a mujeres y niñas ser ellas quienes tomen la iniciativa de protegerse contra el VIH y otras ETS, y embarazos no deseados. Esto es especialmente importante ya que muchas mujeres y niñas carecen de poder en su relación y, por ende, no pueden negociar el uso del preservativo masculino con sus parejas. Entre la población, los preservativos femeninos suelen ser más costosos y no tan conocidos como los masculinos. En muchos ámbitos, no deben comprarse preservativos femeninos al inicio de una emergencia aguda. Sin embargo, pueden comprarse al inicio de una emergencia si se sabe que en la comunidad afectada se utilizaban preservativos femeninos antes de la emergencia. Al planificar servicios de SSR integral, se debe analizar si es posible conseguir un suministro estable de preservativos femeninos, si la comunidad afectada no estuviera familiarizada con ellos. Una vez que se haya llegado a la etapa de estabilidad de la emergencia, debe informarse a la población sobre este método y capacitar a mujeres, niñas, hombres y niños sobre su uso correcto.

Calcular insumos para 3 meses de preservativos masculinos para una población de 10 000

Hombres sexualmente activos = 20 %	$10\,000 \times 0,2 = 2000$ hombres
Porcentaje de hombres sexualmente activos que utilizan preservativos = 20 %*	$2000 \times 0,2 = 400$ usuarios
Preservativos por hombre que se utilizan por mes = 12	$400 \times 12 = 4800$ preservativos
Desperdicio o pérdida = 20 %	$4800 \times 0,2 = 960$ preservativos
Preservativos utilizados por mes + desperdicio o pérdida	$4800 + 960 = 5760$ preservativos
Calcular para un suministro para 3 meses**	$5760 \times 3 = 17\,280$ preservativos

* El 20 % es una estimación general que puede modificarse si nueva información de encuestas o estudios previos indica que el uso de preservativos es mayor o menor.

** Los preservativos suelen venir en cajas de 144 unidades. Este es el contenido de un Botiquín ISR 1A.



¿En dónde puede ordenar preservativos el personal humanitario?

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) puede enviar rápidamente al terreno cantidades a granel de preservativos de calidad como parte de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR) en Contextos de Emergencia. Los preservativos masculinos están disponibles en el Botiquín ISR 1 y los preservativos femeninos en el Botiquín ISR de Productos Básicos Complementarios 1B (desde 2020). Estos Botiquines ISR incluyen suficientes insumos para cubrir las necesidades de una población de 10 000 personas por tres meses (ver los cálculos más abajo). También se incluyen folletos que explican el uso correcto de los preservativos masculinos y femeninos. Para obtener información detallada sobre cómo ordenar Botiquines ISR, ver la unidad 9.

Si una organización desea comprar preservativos a granel es fundamental garantizar que dichos preservativos, tanto los masculinos como los femeninos, sean de calidad. En el mercado hay muchas marcas de preservativos. Asegúrese de que la oficina de adquisiciones que se ocupa de la compra a granel para emergencias solo se provea de preservativos aprobados por la OMS y el UNFPA y que agregue a todos los envíos un certificado en el idioma pertinente, en el que se declare que un laboratorio independiente ha evaluado la calidad de cada lote. Los organismos con experiencia limitada en adquisición de preservativos pueden contratarlos a granel a través del UNFPA⁸².

Adolescentes

Sin acceso a información y a servicios adecuados, es más probable que los adolescentes estén expuestos a prácticas sexuales inseguras que podrían dar por resultado embarazos no deseados, abortos inseguros, ETS y VIH. Proporcione información sobre preservativos y acceso gratuitos a estos de manera discreta en los puntos de distribución para adolescentes. Además, asegúrese de que haya disponibilidad de servicios de salud orientados a adolescentes y de que los trabajadores de la salud proporcionen preservativos a los adolescentes que se presenten en los establecimientos.

¿De qué manera deben ofrecerse los preservativos?

Además de proporcionarse preservativos cuando se soliciten en establecimientos de salud, el personal humanitario debe asegurarse de que sea posible acceder a ellos y de que se ofrezcan en áreas privadas dentro de la comunidad. Pueden ofrecerse en establecimientos de salud, así como en otros lugares, como mostradores de ingreso, puntos de distribución de alimentos y de productos que no sean alimentos, oficinas de servicios para los jóvenes y la comunidad, y en cualquier lugar donde la gente se reúna o al cual acuda para tener acceso a servicios o insumos. Puede ser una buena idea ofrecer preservativos en lugares privados, como baños, y abastecer de ellos a hoteles, cafeterías y bares. Además, los preservativos también deben estar disponibles para la comunidad circundante, el personal de organismos de asistencia, el personal en servicios uniformados, los conductores de camiones de entrega de asistencia y otras partes, y ofrecerse con mensajes e información culturalmente apropiados sobre su uso y eliminación correctos.

Es aconsejable analizar la distribución de preservativos con líderes y miembros de la comunidad

⁸² Puede ver la información de contacto en <https://www.unfpaprocedurement.org/home>.

afectada por una crisis a fin de que comprendan la necesidad e importancia de su uso y para garantizar que la distribución se realice de una manera que sea culturalmente apropiada para que la comunidad acepte más los preservativos. Otra opción es consultar con el personal local sobre cómo pueden ofrecerse preservativos de forma sensible a los factores culturales, en especial, para adolescentes y poblaciones clave, como trabajadores sexuales y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que usan drogas inyectables y personas transgénero. Las poblaciones y adolescentes pueden ayudar a identificar en qué lugares se reúnen sus pares, y pueden conseguirse voluntarios que ayuden a distribuir preservativos entre sus compañeros.



Práctica reconocida: Poner a disposición preservativos

Cuando un miembro del personal nacional preguntó por qué había preservativos en el área de los baños, un representante de la organización internacional explicó lo siguiente: “X es una organización internacional y, donde sea que trabajamos en el mundo, ponemos a disposición preservativos para evitar la transmisión de VIH en la región donde trabajamos”. El miembro del personal aceptó esta respuesta como satisfactoria y, de a poco, comenzaron a llevarse los preservativos que había en una canasta en el baño del personal.

Actividad del PSIM para SSR:

Respaldar el suministro de medicamentos antirretrovirales para continuar el tratamiento

Los medicamentos antirretrovirales reducen la transmisión del VIH y el exceso de morbilidad y mortalidad causado por infecciones oportunistas y enfermedades marcadoras de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida).

¿Por qué es prioritario continuar con los medicamentos antirretrovirales?

Es prioritario que quienes ya estaban siguiendo un tratamiento antes de que se produjera la emergencia continúen tomando los medicamentos antirretrovirales, porque la interrupción repentina de tal tratamiento puede causar un deterioro en la salud individual (ya que podrían presentarse infecciones oportunistas y podría evolucionar la inmunodeficiencia), la transmisión potencial (debido a un rebote viral) y el desarrollo de resistencia a los medicamentos antirretrovirales. Las personas que ya estaban inscritas en un programa antes de que se produjera la emergencia, incluidas las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, deben continuar recibiendo los medicamentos antirretrovirales.

¿Cómo puede determinarse quiénes han estado bajo tratamiento y qué régimen estaban recibiendo?

Para determinar quiénes han estado en tratamiento, examine los registros de salud o las fichas de los pacientes y cerciórese de que se preservará la confidencialidad. Cuando sea posible, las redes existentes de personas que viven con VIH pueden ser útiles para difundir información sobre la disponibilidad de terapia antirretroviral para continuar los tratamientos.

Para determinar el régimen, utilice las fichas de tratamiento de los pacientes cuando estén disponibles. En general, será suficiente con el tratamiento de primera línea. Sin embargo, cuando el régimen exacto no esté disponible (p. ej., régimen de segunda línea), el régimen deberá relacionarse con los medicamentos de primera línea equivalentes disponibles, teniendo en cuenta las pautas nacionales y los protocolos de la OMS con respecto a cambio de regímenes⁸³. Según las recomendaciones de la OMS, las personas que ya se encuentran tomando medicamentos antirretrovirales no deben volver a realizarse la prueba de VIH. También se les deben ofrecer preservativos a quienes estén tomando medicamentos antirretrovirales.

¿De qué manera ayuda el coordinador de SSR a suministrar medicamentos antirretrovirales?

El coordinador de SSR debe trabajar junto con el coordinador de VIH (si lo hubiera) o el representante nacional de VIH para apoyar al sector/grupo temático de salud para rápidamente:

1. Comprender el sistema de coordinación de VIH del país. Esto suele hacerse a través de mecanismos dirigidos por el programa nacional de VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida), el equipo de coordinación de VIH de la ONU y las organizaciones de la sociedad civil.
2. Controlar que la población afectada esté incluida en el programa nacional de VIH, incluido el programa nacional de tratamiento antirretroviral.
3. Informar al programa nacional de VIH sobre la necesidad urgente de adaptar sus planes de distribución de medicamentos antirretrovirales y de cotrimoxazol para abordar las necesidades de la población afectada por la crisis.
4. Cuantificar las necesidades utilizando cálculos aproximados de población total y estadísticas previas a la crisis sobre índices de prevalencia y tratamiento (la calculadora del PSIM para SSR puede ayudar en esta tarea, ver apéndice C).
5. Garantizar que se identifiquen puntos de contacto (principalmente proveedores de atención de la salud o redes de personas que viven con VIH) y que la comunidad sepa de qué manera comunicarse con ellos para recibir ayuda sobre cómo obtener tratamiento y atención.
6. Facilitar la continuidad del tratamiento de las mujeres y los niños pequeños que estaban inscritos en el programa de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis antes de la crisis.

83 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach (OMS, junio de 2016), <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>.

7. Garantizar que el VIH se incluya en las evaluaciones de necesidades para orientar la ampliación de los servicios de VIH una vez que la situación se estabilice.

El coordinador de SSR no debería ocuparse de lo siguiente:

- ▶ contratar medicamentos antirretrovirales para tratamiento de primera o segunda línea y cotrimoxazol;
- ▶ identificación y gestión activa de casos; o
- ▶ establecer el sistema de monitoreo nacional.

Estas responsabilidades corresponden al programa nacional de VIH, a Onusida y al equipo de coordinación de VIH de las Naciones Unidas.

Actividad del PSIM para SSR:

Proporcionar PPE a sobrevivientes de violencia sexual y en caso de exposición laboral

Proporcionar PPE a sobrevivientes de violencia sexual forma parte del tratamiento y el asesoramiento compasivos y confidenciales que deben brindarse, como se describe en la unidad 3⁸⁴. Los protocolos de tratamiento para PPE en caso de exposición laboral son los mismos que se aplican en el caso de personas sobrevivientes de violencia sexual.

Actividad del PSIM para SSR:

Ayudar a que se proporcione profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas

¿Por qué es tan importante proporcionar profilaxis con cotrimoxazol a personas que viven con VIH?

El cotrimoxazol es un antibiótico que se usa para evitar la neumonía por pneumocystis y la toxoplasmosis, así como otras enfermedades infecciosas y parasitosis en personas que viven con VIH. Es una intervención que salva vidas, sencilla y con un buen nivel de tolerancia, además de eficiente en función de los costos, y debe implementarse como componente integral del paquete de atención crónica de VIH y como elemento fundamental del tratamiento antirretroviral previo. La profilaxis con cotrimoxazol debe continuar tras el inicio del tratamiento antirretroviral hasta que se demuestre la recuperación del sistema inmune.

84 Puede encontrar más información sobre PPE en el *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios 2018*, págs. 32 y 33.

¿Para quiénes se recomienda el cotrimoxazol?

La profilaxis con cotrimoxazol se recomienda para adultos (incluidas mujeres embarazadas) con enfermedad clínica de VIH grave o avanzada, o un conteo de CD4 de ≤ 350 células/mm³. En contextos con alta prevalencia de malaria o infecciones bacterianas graves, la profilaxis con cotrimoxazol debe iniciarse independientemente del conteo de células CD4 o de la gravedad de la enfermedad clínica. La profilaxis con cotrimoxazol se recomienda para bebés, niños/niñas y adolescentes con VIH independientemente de las afecciones clínicas y autoinmunes⁸⁵. Es prioritario contratar personal que sean adolescentes o miembros de las poblaciones clave. Estas poblaciones también pueden ayudar a identificar lugares donde se reúnen sus pares, incluso a fines de distribuir preservativos.

Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar que se ofrezcan diagnósticos sindrómicos y tratamiento para ETS

¿Qué es la gestión sindrómica de las ETS?

La gestión sindrómica de las ETS es un método de algoritmos (árboles de decisión) basado en síndromes (síntomas y signos clínicos del paciente), a partir del cual, en una única visita, se llega a decisiones sobre tratamientos utilizando protocolos de tratamiento estandarizados. La OMS elaboró las pautas y algoritmos, que aparecen en su publicación *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*⁸⁶. Los antibióticos recomendados por la OMS para el tratamiento sindrómico de las ETS se encuentran en los Botiquines ISR.

¿Por qué la gestión sindrómica y el tratamiento de las ETS son prioritarios?

La transmisión del VIH y de las ETS están estrechamente relacionadas. Algunas ETS facilitan la transmisión del VIH, y como las personas que viven con VIH tienen un sistema inmunológico debilitado, pueden ser más propensas a contagiarse ETS. La gestión sindrómica es predecible, eficiente en función de los costos, satisfactoria para los pacientes y tiene una fuerte base e impacto en la salud pública. Este enfoque es especialmente importante al inicio de una crisis, cuando las probabilidades de que las personas asistan a las visitas de seguimiento son menores y donde quizás resulte difícil, imposible o costoso acceder a laboratorios.

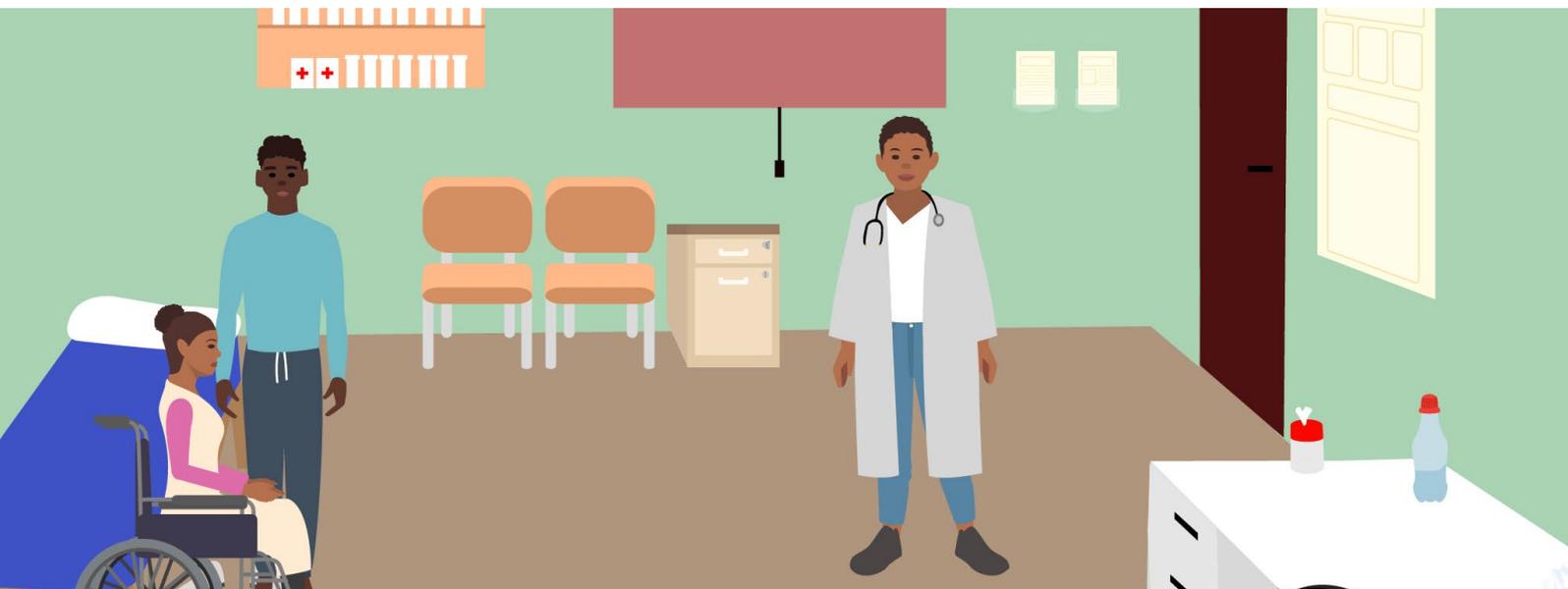
85 *Guidelines on Post-Exposure Prophylaxis for HIV and the Use of Co-trimoxazole Prophylaxis for HIV-related Infections among Adults, Adolescents and Children: Recommendations for a Public Health Approach* (OMS, diciembre de 2014) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145719/9789241508193_eng?sequence=1.

86 *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections* (OMS, febrero de 2004), <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2942e>.



Práctica reconocida: Prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades

- ▶ Antes de la crisis, en Jordania había una política sobre VIH, así como bancos de sangre accesibles y con reservas⁸⁷.
- ▶ Un banco de sangre proporcionó sangre segura para su transfusión tanto en el campamento de Zaatari como en Irbid.
- ▶ En la mayoría de los establecimientos se aplicaron las precauciones estándares, incluido el uso de agujas y jeringas descartables y de recipientes para la eliminación de elementos punzantes.
- ▶ En caso de exposición laboral de un trabajador de la salud al VIH, en Amán podía conseguirse tratamiento posterior a dicha exposición, aunque de manera limitada.
- ▶ En el campamento de Zaatari, podían conseguirse preservativos masculinos en clínicas y en lugares seguros para mujeres.



87 Krause y otros, "Reproductive Health Services for Syrian Refugees". Conflict and Health, 2 de febrero de 2015.

Unidad 4: Puntos clave

- ▶ Si las ETS, incluidas las infecciones por VIH, no se abordan o controlan, pueden aumentar en las poblaciones, cuando el acceso a medios de prevención, tratamiento y atención es limitado.
- ▶ El coordinador de SSR y los administradores de programas deben asegurarse de que la sangre se utilice de manera racional y segura a fin de prevenir la transmisión del VIH y de otras infecciones que pueden transmitirse mediante transfusiones, como las hepatitis B y C y la sífilis.
- ▶ Debe hacerse hincapié en las precauciones estándares (lavado de manos frecuente, uso de guantes y vestimenta de protección, manipulación segura de objetos punzantes, eliminación de materiales de residuos, procesamiento de los instrumentos y limpieza de salpicaduras), y se deben respetar tales precauciones.
- ▶ Deben establecerse y aplicarse en el lugar de trabajo políticas sobre exposición laboral.
- ▶ Deben ofrecerse preservativos masculinos lubricados y, cuando corresponda (por ejemplo, si la población ya los usaba antes de la crisis), preservativos femeninos en áreas accesibles y privadas en establecimientos de salud y en la comunidad, y debe promoverse su uso desde los primeros días de la respuesta humanitaria.
- ▶ Las personas que ya estaban inscritas en un programa antes de que se produjera la emergencia, incluidas las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, deben continuar recibiendo los medicamentos antirretrovirales.
- ▶ Es importante administrar cotrimoxazol para evitar la neumonía por pneumocystis y la toxoplasmosis, así como otras enfermedades infecciosas y parasitosis en personas que viven con VIH.
- ▶ Debe proporcionarse PPE a sobrevivientes de violencia sexual y exposición laboral. No es necesario realizar una prueba de VIH (ni para el paciente fuente ni para el trabajador de atención de la salud) antes de administrar la PPE y no se debe forzar a nadie a realizarse la prueba.
- ▶ La gestión sindrómica de ETS es un protocolo de tratamiento estandarizado que se basa en síndromes (síntomas y signos clínicos del paciente), a partir del cual, en una única visita, se pueden tomar decisiones sobre tratamiento.



Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
¿Qué ocurre si los establecimientos de salud no cuentan con capacidad para realizar pruebas de VIH a los donantes?	No se debe administrar sangre que no haya sido analizada. Se debe abogar activamente ante el Ministerio de Salud, los organismos de las Naciones Unidas (como la OMS y el UNPFA) o una organización humanitaria (como el Comité Internacional de la Cruz Roja) para que establezcan servicios de análisis de sangre.
¿Qué ocurre si la cultura de la población afectada por la crisis se opone al uso de preservativos?	<p>Es importante garantizar la disponibilidad de preservativos. A veces, los trabajadores humanitarios presuponen que algunas culturas van a repudiar que haya una disponibilidad amplia de preservativos. Aunque es posible que tal presunción no sea cierta o no se aplique a toda la población, a veces la existencia de preservativos no se visibiliza o no se los ofrecen.</p> <p>Hay maneras creativas de proporcionar preservativos a quienes desean protegerse o proteger a otros de la transmisión del VIH, como colocar preservativos en áreas accesibles pero menos públicas. Por ejemplo, cuando los médicos en un hospital de Sudán del Sur se dieron cuenta de que los pacientes eran renuentes a solicitar preservativos, decidieron colocarlos en un cesto en un lugar de fácil acceso del hospital (bajo un árbol) de donde se podían tomar sin tener que pedirlos a un proveedor de salud. Los médicos le informaron a la comunidad dónde se había colocado la cesta. Luego de algún tiempo, las personas comenzaron a acercarse por los preservativos y ahora la cesta debe volver a surtirse semanalmente.</p>
¿Qué sucede si los registros de salud o fichas de tratamiento de pacientes con VIH no están disponibles o han sido destruidos?	Por lo general, para las personas que viven con VIH y cuyo tratamiento se desconoce será suficiente el tratamiento de primera línea. Cuando el régimen exacto no esté disponible (p. ej., régimen de segunda línea), el régimen que se indique deberá relacionarse con los medicamentos de primera línea equivalentes disponibles, teniendo en cuenta las pautas nacionales y los protocolos de la OMS con respecto a cambio de regímenes ⁸⁸ .

88 *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*. (OMS, febrero de 2004), http://applications.emro.who.int/aiecf/guide_prise_infections_sexuellement_transmissibles_fr.pdf.

¿Qué sucede si nadie parece estar abordando el VIH?

Converse con el coordinador de SSR para preguntarle directamente o pregunte en la siguiente reunión del sector/grupo temático de salud quién es el representante nacional y qué medidas se están tomando para apoyar la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y de cotrimoxazol para personas que viven con VIH en la población afectada por la crisis. Si en la actualidad no hay servicios disponibles, trabaje con el sector/grupo temático de salud para apoyar al Ministerio de Salud y a otros para que los establezcan.

Solicite información sobre de qué manera el grupo de trabajo sobre SSR puede colaborar con iniciativas existentes o nuevas iniciativas para informar a la comunidad acerca de la disponibilidad y ubicación de servicios para personas con VIH.

Comuníquese con Onusida o el programa de VIH vertical nacional para que se incluya a la población destinataria en los servicios de VIH.



LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR: PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y DE OTRAS ETS Y REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDO A ESTAS ENFERMEDADES

La lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR puede usarse para monitorear la prestación del servicio de SSR en contextos humanitarios.

4. Prevenir el VIH y responder a esa enfermedad			
4.1	Se aplican protocolos de transfusión de sangre seguros y racionales.	Sí	No
4.2	Unidades de sangre examinadas/todas las unidades de sangre donada x 100	%	
4.3	Los establecimientos de salud tienen materiales suficientes para garantizar que se apliquen precauciones estándares.	Sí	No
4.4	Preservativos lubricados disponibles sin cargo	Sí	No
	Establecimientos de salud		
	En el ámbito comunitario		
	Adolescentes		
	Personas LGBTQIA		
	Personas con discapacidad		
	Trabajadores sexuales		
4.5	Cantidad aproximada de preservativos que se consumen en este período		
4.6	Cantidad de preservativos repuestos en los lugares de distribución en este período. Especificar lugares:		
4.7	Medicamentos antirretrovirales disponibles para que las personas inscritas antes de la emergencia para recibirlos puedan continuar el tratamiento (se incluye prevención de la transmisión materno-infantil).		
4.8	PPE disponible para sobrevivientes de violencia sexual; PPE disponible en caso de exposición laboral		
4.9	Profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas		
4.10	Se ofrece diagnóstico y tratamiento sindrómico de ETS en los establecimientos de salud.		

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué insumos se necesitan o qué Botiquines ISR podrían ordenarse para evitar la transmisión del VIH y de otras ETS y para tratar esas enfermedades?

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población^{89,90}.

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la adquisición de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Los Botiquines ISR no incluyen medicamentos antirretrovirales para que puedan continuar el tratamiento quienes se hayan inscrito antes de la emergencia en programas de tratamiento antirretroviral, incluidas mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil; Revise el programa de VIH/Sida vertical o comuníquese con Onusida si desea información sobre fuentes sostenibles de suministros.

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín*
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1	Preservativos masculinos
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 3	Tratamiento luego de una violación
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 5	Tratamiento de ETS
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)	Botiquín 12	Transfusión de sangre

* En los botiquines 2, 4, 6, 8, 9 y 11 se incluyen otros insumos para precauciones estándares.

Productos básicos complementarios

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el contexto y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. En 2020, el UNFPA ofrecerá productos básicos complementarios.

Nivel de prestación de servicios	Artículo	Para complementar
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1B, preservativos femeninos	Botiquín 1

89 La mayoría de los botiquines incluye insumos para garantizar que se puedan tomar las precauciones estándares universales. Además, en cada pedido de botiquines se incluye el *Reference and Training Package*, una biblioteca con materiales que pueden usarse. En <https://www.unfpa.org/resources/emergency-reproductive-health-kits> puede consultarse el cuadernillo de los Botiquines ISR.

90 Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Cuestionario sobre la unidad 4: Prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades

1. La gestión sindrómica de ETS es un método que se utiliza para tratar ETS y que se basa en varias visitas del paciente a la clínica, en las que se aplican protocolos de tratamiento estandarizados.

Verdadero o Falso

2. ¿Qué papel cumple el proveedor de salud en un contexto de emergencia cuando una persona se presenta para continuar con un tratamiento antirretroviral? Seleccionar todas las opciones que correspondan:

- a. Asegura la confidencialidad
- b. Proporciona preservativos
- c. Proporciona cotrimoxazol, según lo recomendado
- d. Proporciona medicamentos antirretrovirales
- e. Aconseja a la persona que vuelva por tratamiento en un par de meses cuando la etapa de la emergencia haya pasado

3. ¿Cuáles de los siguientes son los requisitos mínimos para controlar infecciones (también conocidos como precauciones estándares)?

- a. Manipulación segura de objetos punzantes
- b. Uso de vestimenta de protección
- c. Eliminación de materiales de residuos
- d. Lavado de manos frecuente
- e. Todos los anteriores

4. Pueden ofrecerse preservativos en los siguientes lugares:

- a. Establecimientos de salud
- b. Puntos de distribución de alimentos y de productos que no sean alimentos
- c. Baños
- d. Bares o cafeterías populares en áreas urbanas
- e. Todos los anteriores

5. El coordinador de SSR no debe ocuparse de la contratación de medicamentos antirretrovirales.

Verdadero o Falso

UNIDAD 5: PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL



Las dos terceras partes de las muertes maternas prevenibles y el 45 % de las muertes de recién nacidos se producen en países afectados por conflictos o desastres naturales recientes, o por ambos⁹¹. Las condiciones de vida estresantes y el acceso limitado a proveedores de atención de la salud calificados agravan la vulnerabilidad de las mujeres afectadas por crisis y aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad debido a complicaciones relacionadas con el embarazo.

Existen varios recursos útiles que proporcionan abordajes paso a paso para integrar la atención obstétrica y neonatal de emergencia en la programación humanitaria, como el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios; *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, y la serie de capacitaciones de extensión para actualización clínica de Training Partnership Initiative, un recurso del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva (SR) en Situaciones de Crisis⁹². Uno de los recursos útiles para brindar y mejorar estrategias y programas nacionales de atención neonatal es la publicación *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide and Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations*⁹³.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar por qué es prioritario prevenir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal;
- ▶ explicar qué servicios de parto higiénico y seguro, de atención neonatal esencial y de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral deben ofrecerse y ser accesibles en épocas de crisis;
- ▶ definir los requisitos de un sistema de derivaciones efectivo;
- ▶ enumerar formas de asegurar que se ofrezca atención posterior al aborto y qué hacer si una mujer se presenta para recibir atención; y
- ▶ explicar de qué manera ofrecer insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud.

91 Sarah Zeid, Flavia Bustreo, Maha Taysir Barakat, Peter Maurer y Kate Gilmore, “For Every Woman, Every Child, Everywhere: A Universal Agenda for the Health of Women, Children, and Adolescents”, *The Lancet*, 16 de mayo de 2015, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60766-8).

92 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios. Assisted Vaginal Delivery via Vacuum Extraction — Refresher Training; Uterine Evacuation in Crisis Settings Using MVA — Refresher Training; y BEmONC in Humanitarian Settings: Select Signal Functions*, IAWG, consultado el 8 de abril de 2019, [http://iawg.net/tpi-home/resources.Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors](http://iawg.net/tpi-home/resources.Managing%20Complications%20in%20Pregnancy%20and%20Childbirth%3A%20A%20Guide%20for%20Midwives%20and%20Doctors). (OMS, UNFPA y Unicef, 2017), <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>

93 *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide* (Save the Children, OMS y Unicef, 1 de enero de 2018). <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings>; *Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations* (ACNUR, 2015), <http://www.unhcr.org/protection/health/54bd0dc49/operational-guidelines-improving-newborn-health-refugee-operations.html>.

Objetivos y actividades del PSIM para SSR:

PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL.

Para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal desde el inicio de una emergencia, el coordinador de SSR, los administradores de programas y los proveedores de servicios deben trabajar con el sector/grupo temático de salud para lo siguiente:

- ▶ garantizar que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal vital de emergencia, y que se pueda acceder a ellos;
- ▶ establecer un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas, todos los días de la semana, para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el centro de salud y el hospital;
- ▶ garantizar la disponibilidad de atención posterior al aborto en centros de salud y hospitales; y
- ▶ garantizar la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud o no exista la certeza de que se va a poder acceder.

¿Por qué es prioritario evitar la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal?

En cualquier población afectada por una crisis, la tasa de embarazo en un momento determinado será de aproximadamente el 4 % de la población total. De estas mujeres embarazadas, cerca del 15 % tendrán alguna complicación obstétrica como, por ejemplo, trabajo de parto prolongado o distocia, preeclampsia/eclampsia, infección u otro sangrado grave. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que entre el 9 % y el 15 % de los recién nacidos necesitará recibir atención de emergencia vital⁹⁴. La mayoría de las muertes maternas y de neonatos ocurren cerca del momento del trabajo de parto, del parto o en el período inmediato de posparto. El primer día de vida es el de mayor riesgo para los recién nacidos. En situaciones humanitarias, el colapso de los sistemas de salud puede causar un dramático aumento en la cantidad de muertes maternas y de recién nacidos debido a complicaciones que podrían evitarse en condiciones estables (p. ej., distocia). Este objetivo aborda las causas principales de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal y las intervenciones vitales que deben ofrecerse en cualquier contexto de crisis humanitaria.

¿Por qué se producen muertes debido a complicaciones del embarazo?

Las causas comunes de mortalidad materna son hemorragia (preparto y posparto), sepsia postparto, preeclampsia o eclampsia, complicaciones por abortos, embarazo ectópico y trabajo de parto prolongado o distocia. Las demoras en el acceso a atención vital, que pueden deberse a muchos

94 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios.*

factores, pueden cobrarse la vida de las mujeres. Las demoras que contribuyen a la probabilidad de muerte materna pueden clasificarse mediante un sencillo modelo que se denomina Modelo de las Tres Demoras:

- ▶ **Demora 1:** Demora en la decisión de buscar atención;
- ▶ **Demora 2:** Demora en acceder a la atención (imposibilidad de acceder a transporte, carreteras en mal estado, inseguridad, retenes, toque de queda, etc.); y
- ▶ **Demora 3:** Demora en recibir atención de calidad (falta de personal calificado, falta de equipos/insumos, costo elevado del tratamiento, exigencia de pago anticipado antes de recibir atención, etc.).

El equipo de emergencia debe asegurarse de que se ofrezca atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral y concentrarse de inmediato en que las mujeres no tengan demoras en el acceso a servicios de calidad durante el trabajo de parto y el parto y durante el período inmediatamente posterior al parto.

¿Cuáles son algunas maneras en que se puede lidiar con complicaciones durante el parto?

La OMS calcula que, en una determinada población, es posible que entre el 5 % y el 15 % de todos los partos necesiten una cesárea. Si el porcentaje es alto, puede significar que hay uso de cesáreas no indicadas. Si es bajo, es posible que la provisión de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia no sea adecuada para la población. Las mujeres con emergencias obstétricas y quienes necesiten una transfusión de sangre y cirugía necesitarán que se las derive a un hospital donde se les pueda brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

En contextos donde la mutilación genital femenina tipo III sea común, los coordinadores de SSR y administradores de programas de salud deberán asegurarse de que los proveedores de servicios de SSR estén capacitados en desinfibulación según sea necesario para un parto o de que haya un sistema establecido para derivar a las pacientes a proveedores capacitados. Los proveedores deben asegurarse de que las mujeres y niñas tengan información sobre todos los aspectos del procedimiento y de obtener su consentimiento.

Cálculos de cesáreas que se necesitan sobre la base de una población de 150 000 con una tasa bruta de natalidad del 4 %

Cantidad estimada de nacimientos con vida en un período de 3 meses	$150\,000 \times 0,04 \text{ (CBR)} \times 0,25$	1500 nacimientos
Cantidad de partos que necesitarán una cesárea en un período de 3 meses	$1500 \times 0,05$	75 partos

Cómo asegurar la atención materna y del recién nacido en entornos urbanos y móviles

Se debe trabajar dentro del sector/grupo temático de salud para identificar establecimientos de salud y apoyarlos a fin de que cuenten con insumos médicos y recursos humanos para atender partos normales, proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral, atención esencial del recién nacido y manejar un sistema de derivaciones de emergencia disponible las 24 horas del día todos los días de la semana. Cuando se cobre un “arancel de atención” que represente un obstáculo para el servicio de atención de la salud, se debe promover ante los gobiernos, cuando sea posible, y ante organismos de las Naciones Unidas, como la OMS, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), el libre acceso a servicios de atención de la salud materna y del recién nacido, incluidos servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia.

Las mujeres y las comunidades también necesitan información sobre los signos de peligro de embarazo y dónde pueden buscar atención inmediata. En el caso de poblaciones móviles y en entornos urbanos, es poco probable que las poblaciones afectadas por crisis puedan buscar atención durante el parto o si se producen complicaciones del parto. Asegurarse de que haya información explícita para informar a las mujeres embarazadas y a las comunidades afectadas por crisis cuándo y dónde las mujeres pueden acceder a atención. También debe identificarse de qué manera las comunidades reciben en este momento información, si es que lo hacen, como por ejemplo, a través de la radio, de los teléfonos celulares o por otros medios de comunicación. Para informar a las comunidades, debe considerarse utilizar estos métodos y las planillas adaptables sobre información, educación y comunicación disponibles en iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp.

Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal de emergencia, y que se pueda acceder a ellos

¿Dónde deberían ofrecerse servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal de emergencia?

Las experiencias del pasado han demostrado que, al inicio de una emergencia, puede haber un aumento de los nacimientos que se producirán fuera de establecimientos de salud sin la ayuda de personal de salud capacitado. Como es difícil predecir si va a haber complicaciones del parto, la OMS recomienda que **todos los nacimientos** cuenten con personal de salud idóneo y que se lleven a cabo en instituciones de salud que tengan los recursos y el personal para manejar complicaciones

¿Qué se necesita en los distintos niveles de salud para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal?

Los proveedores de atención de la salud deben promover que en todos los establecimientos de salud haya asistentes idóneos para todos los partos, a fin de prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal cuando sea posible. También deben cerciorarse de que haya suficientes asistentes de parto idóneos, equipos e insumos (en especial medicamentos vitales) y que se informe a las mujeres dónde se encuentran los establecimientos de salud.

A nivel comunitario, debe informarse a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de atención obstétrica y neonatal de emergencia, y sobre la importancia de buscar atención en establecimientos de salud. A las mujeres que estén visiblemente embarazadas y a los asistentes de parto se les deben proporcionar botiquines de parto higiénico para promover partos higiénicos en el hogar cuando resulte imposible acceder a un establecimiento de salud. Cuando se distribuyan los botiquines de parto higiénico, recuerde a las mujeres que sigue siendo importante que, si es posible, den a luz en un establecimiento de salud.

En los **establecimientos de atención primaria de la salud** debe haber asistentes de parto idóneos (incluidas parteras) e insumos para partos vaginales, atención esencial del recién nacido y prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica.

Los **hospitales que reciban derivaciones** deben proporcionar todos los servicios mencionados en el párrafo anterior, y contar con personal médico calificado e insumos para prestar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

Adolescentes

Identifique a adolescentes embarazadas en la comunidad y póngalas en contacto con centros de salud para alentarlas a que den a luz en establecimientos. Incentive a las nuevas madres adolescentes a participar en redes de apoyo de pares mientras están embarazadas y luego del parto.



Funciones fundamentales de la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral*

Asegurar que en todos los centros de salud se brinde atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Esto significa que el personal sea idóneo y cuente con los recursos para hacer lo siguiente:

1. Administrar antibióticos parenterales para tratar la septicemia.
2. Administrar medicamentos anticonvulsivos parenterales (es decir, sulfato de magnesio) para controlar la preeclampsia y eclampsia graves.
3. Realizar partos vaginales asistidos (p. ej., con extracción con ventosa).
4. Retirar manualmente la placenta.
5. Retirar después del parto o de que se haya producido un aborto incompleto aquellos productos de la concepción que hayan quedado retenidos.
6. Realizar reanimación neonatal básica (p. ej., con bolsa y mascarilla).
7. Administrar medicamentos uterotónicos (p. ej., oxitocina parenteral o comprimidos de misoprostol) para el tratamiento de hemorragias posparto y administrar ácido tranexámico intravenoso además de la atención estándar a las mujeres que reciban un diagnóstico clínico de hemorragia posparto.

Procurar que en los hospitales se brinde atención obstétrica y neonatal de emergencia integral. Esto significa que todo el personal esté capacitado y tenga los recursos para ayudar en todas las intervenciones 1 a 7 anteriores y para lo siguiente:

8. Realizar cirugías (por ejemplo, cesárea).
9. Realizar transfusiones de sangre segura observando las precauciones universales para la prevención de infecciones.

* Las funciones fundamentales son intervenciones médicas clave que se utilizan para tratar las complicaciones obstétricas directas que provocan la gran mayoría de las muertes maternas en todo el mundo.

Atención obstétrica y neonatal de emergencia básica

La atención obstétrica y neonatal de emergencia básica debe proporcionarse a nivel del centro de salud para abordar las principales complicaciones del parto, incluidas las complicaciones en los recién nacidos. Si bien lo ideal es que en todos los partos en establecimientos de salud los asistentes al parto sean personas idóneas, ya que eso puede reducir la morbilidad y mortalidad asociadas con el embarazo y el parto, eso no siempre es posible al inicio de una respuesta humanitaria. Sin embargo, por lo menos, hay que garantizar que en cada centro de salud se puedan proporcionar las 24 horas del día, todos los días de la semana, intervenciones de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y derivar a un hospital si se necesitara atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

Atención obstétrica y neonatal de emergencia integral

La atención obstétrica y neonatal de emergencia integral debe proporcionarse en los hospitales

que reciban derivaciones para abordar complicaciones obstétricas. Cuando sea posible, se debe apoyar a los hospitales de países receptores brindándoles personal idóneo, infraestructura y productos básicos médicos, incluidos medicamentos y equipos quirúrgicos, según sea necesario para proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral. Si esto no es posible debido a la ubicación del hospital o a que no se puede cumplir con la mayor demanda, el coordinador de SSR debería trabajar con el sector/grupo temático de salud y con algún organismo como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja o Médicos sin Fronteras u otras organizaciones no gubernamentales (ONG) para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral. Los servicios pueden ofrecerse, por ejemplo, estableciendo un hospital de campaña provisorio o un hospital que reciba derivaciones cerca de la población afectada por la crisis

Signos de peligro clave en el embarazo

- ▶ Sangrado vaginal
- ▶ Convulsiones
- ▶ Fiebre
- ▶ Dolor abdominal intenso
- ▶ Dolor de cabeza intenso
- ▶ Respiración rápida o dificultades para respirar

¿Cuáles son algunos de los medicamentos e insumos vitales que se necesitan para abordar complicaciones maternas y del recién nacido?

Proporcione a las parteras y a otros asistentes de parto idóneos de los centros de salud materiales y medicamentos para llevar adelante los partos, brindar atención del recién nacido, tratar complicaciones y estabilizar a las mujeres antes de trasladarlas al hospital si fuera necesario.

Entre los medicamentos e insumos vitales que deben ofrecerse se incluyen los siguientes:

- ▶ antibióticos para prevenir y controlar infecciones maternas;
- ▶ medicamentos uterotónicos (oxitocina, misoprostol y ácido tranexámico) para la prevención y control de hemorragias posparto.
- ▶ medicamentos anticonvulsivos (sulfato de magnesio) para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia graves.
- ▶ insumos para reanimación neonatal, incluidas bolsa y mascarilla;
- ▶ antibióticos (gentamicina y ampicilina) para tratamiento de infecciones neonatales; y
- ▶ esteroides prenatales (desametasona) para partos prematuros y antibióticos (penicilina y eritromicina) para ruptura prematura de membranas antes de que comience el trabajo de parto, solo en hospitales especializados que reciban derivaciones. Los hospitales especializados que reciban derivaciones deben contar con proveedores médicos idóneos que puedan manejar complicaciones obstétricas, brindar atención intensiva neonatal, calcular con precisión la edad gestacional y administrar esteroides (dexametasona para madurar los pulmones del feto).

La atención esencial del recién nacido

La atención esencial del recién nacido es la atención básica que requiere cada bebé. Aproximadamente dos tercios de las muertes infantiles se producen en los primeros 28 días de vida. La mayoría de esas muertes pueden prevenirse si los trabajadores de la salud, las madres u otros miembros de la comunidad toman algunas medidas fundamentales. Un gran desafío es que entre el 5 % y el 10 % aproximadamente de los recién nacidos no respiran espontáneamente cuando nacen y necesitan asistencia para hacerlo. Las principales razones para que un recién nacido no respire son que el parto se haya adelantado y que durante el parto haya habido incidentes que provocaron asfixia grave.

Signos de peligro del recién nacido

Los siguientes signos de peligro indican a los familiares y trabajadores de salud comunitarios que un recién nacido debe derivarse a un establecimiento de salud: :

- ▶ Alimentación deficiente
- ▶ Ataques o convulsiones
- ▶ Actividad reducida o falta de movimiento
- ▶ Respiración rápida (más de 60 respiraciones por minuto)
- ▶ Hundimiento del pecho grave
- ▶ Temperatura superior a 37,5 °C o por debajo de 35,5 °C
- ▶ Muy poco peso al nacer

El personal médico con capacitación formal puede identificar signos de peligro adicionales.

¿Cuáles son los servicios esenciales para todos los recién nacidos?

- ▶ La atención del recién nacido es parte del proceso continuo de atención de la madre y el bebé. En contextos de crisis humanitaria, se brinda atención esencial del recién nacido en la comunidad, centros de salud y hospitales, y esa atención incluye lo siguiente:
- ▶ Atención térmica: Secar, mantener al bebé abrigado, que el bebé mantenga contacto piel con piel con la madre y retrasar el baño del recién nacido.
- ▶ Prevención de infecciones/higiene: Prácticas de parto higiénico, lavado de manos y limpieza del cordón, de la piel y de los ojos.
- ▶ Ayuda con la alimentación: Contacto directo con la madre, ayuda para una lactancia inmediata y exclusiva, y no descartar el calostro (o la primera leche).
- ▶ Monitoreo: Evaluación frecuente para detectar signos de peligro de infecciones graves y otras condiciones que necesiten atención adicional fuera del hogar o del puesto de salud.
- ▶ Controles de atención posnatal: Atención en el hogar o tan cerca de este como sea posible en la primera semana de vida. Las primeras 24 horas son las más importantes y es prioritario realizar una visita posnatal. Debe hacerse todo lo posible por atender a los recién nacidos en el hogar tan pronto como sea posible después del parto.

Limpeza del cordón con clorhexidina en el hogar

Se recomienda aplicar diariamente gluconato de clorhexidina al 7,1 % al muñón del cordón umbilical durante la primera semana de vida en el caso de bebés que nazcan en el hogar en entornos con un alto nivel de mortalidad neonatal. Es una intervención de bajo costo, aceptable y posible que ha demostrado que reduce la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos relacionadas con infecciones y septicemias. Cuando se haya capacitado a las mujeres para aplicar clorhexidina al cordón antes de la emergencia, puede adquirirse esa sustancia como producto básico complementario de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR) (a principios de 2020).

En el caso de bebés que nazcan en establecimientos de salud o en el hogar pero en entornos con bajo nivel de mortalidad neonatal, se recomienda mantener el cordón limpio y seco.

Nota importante: La OMS ha alertado que el uso del gluconato de clorhexidina al 7,1 en solución acuosa o en gel (10 ml) ha provocado graves lesiones oculares al entrar en contacto involuntariamente con los ojos, entre ellas, ceguera⁹⁵.



95 *Information Exchange System, Alert No. 133 Chlorhexidine 7,1% digluconate (CHX) aqueous solution or gel (10ml) Reports of serious eye injury due to errors in administration* (Organización Mundial de la Salud, febrero de 2019), https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/alert133_chlorhexidine.

¿Qué atención del recién nacido debe proporcionarse en los establecimientos de salud y en los hospitales?

Atención del recién nacido en los establecimientos de salud

Abordar las complicaciones durante el parto y garantizar que el parto sea monitoreado mediante un partograma y que se tomen las medidas correspondientes en caso de que haya complicaciones.

Estar preparado para la reanimación de recién nacidos en cada parto, lo cual incluye secarlos, despejarles las vías aéreas según sea necesario, brindarles estimulación y ventilarlos con bolsa y máscara.

Proporcionar atención neonatal esencial a cada recién nacido.

En el caso de recién nacidos prematuros y con bajo peso o pequeños, donde el bebé y la madre estén clínicamente estables, iniciar contacto de tipo piel con piel entre ellos, favorecer la lactancia inmediata y derivar a un hospital tan pronto como sea posible.

Controlar los signos de posibles infecciones bacterianas graves en recién nacidos; eso incluye diagnosticar, clasificar, proporcionar la primera dosis de antibióticos y derivar a un hospital tan pronto como sea posible.

Atención del recién nacido en hospitales

Garantizar que en el pabellón de partos haya lugar para reanimación de recién nacidos, así como capacidad e insumos para aplicar ventilación con bolsa y mascarilla.

Abordar las complicaciones durante el parto y garantizar que el parto sea monitoreado mediante un partograma y que se tomen las medidas correspondientes en caso de que haya complicaciones.

Proporcionar reanimación de recién nacidos, lo cual incluye secarlos, despejarles las vías aéreas según sea necesario, brindarles estimulación y ventilarlos con bolsa y mascarilla. Continuar controlando a los recién nacidos que tengan dificultades respiratorias.

Proporcionar atención neonatal esencial a cada recién nacido.

Establecer una unidad donde se aplique el método de cuidado Madre Canguro para bebés y madres clínicamente estables; favorecer la lactancia inmediata, y seguir las directrices de la OMS aplicables a bebés prematuros, lo cual incluye controlar los signos graves de infecciones bacterianas en recién nacidos.

El método de cuidado Madre Canguro para bebés prematuros y de bajo peso al nacer

El método de cuidado Madre Canguro es una de las maneras más prometedoras de salvar a bebés prematuros y de bajo peso al nacer en todos los contextos. Esta forma de atención, que se brinda inicialmente en establecimientos de salud, implica enseñarles a los trabajadores de la salud y a cuidadores a mantener a los recién nacidos abrigados las 24 horas del día, al tener al bebé en contacto piel con piel permanente con el pecho de la madre o de quien lo cuide. El método Madre Canguro puede mejorar significativamente la eficacia de otros tratamientos reconocidos para bebés prematuros, como atención térmica, ayuda para la lactancia, prevención y control de infecciones, y reanimación neonatal.



La realidad de la implementación del PSIM para SSR en Nepal

Luego del terremoto ocurrido en Nepal en abril de 2015, el UNFPA calculó que 1,4 millones de mujeres en edad reproductiva habían resultado afectadas, entre ellas 93 000 mujeres embarazadas, de las cuales entre 1000 y 1500 era probable que tuvieran complicaciones⁹⁶. El gobierno y actores nacionales e internacionales pusieron en marcha de inmediato el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva (SSR).

En septiembre de 2015, un equipo del IAWG sobre Salud Reproductiva en Contextos de Crisis realizó una evaluación del PSIM para SSR. Con respecto al objetivo de la prevención de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la evaluación reveló que los establecimientos visitados prestaban servicios para partos normales y que se ofrecía atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Para aumentar los partos en establecimientos de salud en el distrito de Sindhupalchowk, se creó un hospital temporal que brindara atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, con un sistema de derivaciones de emergencia, y se realizaron campañas por radio y televisión para informar a las mujeres sobre los servicios.

Sin embargo, tras el cierre de este hospital temporal, no siempre podía conseguirse atención obstétrica y neonatal de emergencia integral en Sindhupalchowk. En diversos análisis de grupos focales, los participantes informaron que, cuando surgían complicaciones, se evitaba acudir a los puestos de salud cercanos o al hospital del distrito y se iba directamente al hospital del distrito más cercano o a Katmandú para recibir atención de calidad. Algunas de las barreras constantes que existían para poder acceder a la atención de partos en los establecimientos eran los costos directos e indirectos relacionados con poder llegar a los establecimientos, en especial, en distritos alejados.

Se distribuyeron a las mujeres embarazadas en Sindhupalchowk botiquines de parto higiénico y tanto en los distritos de Katmandú como de Sindhupalchowk, se proporcionaron servicios de atención de recién nacidos, con servicios afianzados de cuidado integral en hospitales de más alto nivel en Katmandú. Sindhupalchowk informó que entre los obstáculos que tenían para brindar atención integral del recién nacido se encontraban la falta de equipos o su malfuncionamiento.

96 Myers y otros, "Facilitators and Barriers in Implementing the Minimum Initial Services Package".

Actividad del PSIM para SSR:

Establecer un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día todos los días de la semana

¿Cuándo debe estar disponible un sistema de derivaciones para emergencias obstétricas?

Puesto que la mayoría de las muertes maternas y perinatales se deben a la imposibilidad de conseguir ayuda calificada en forma oportuna para atender las complicaciones del parto, es fundamental tener un sistema coordinado para identificar complicaciones obstétricas y asegurar su tratamiento inmediato y/o derivación a un centro de salud que brinde atención obstétrica y neonatal de emergencia básica o a un hospital con capacidad para atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, según sea necesario. Los coordinadores de SSR deben trabajar en coordinación con el sector/grupo temático de salud y las autoridades del país receptor, así como con las comunidades, para asegurar que, en un contexto de crisis humanitaria, se establezca un sistema de derivación (incluidos medios de comunicación y transporte) durante los primeros días de la crisis.

El sistema de derivación debe posibilitar el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales las 24 horas del día todos los días de la semana. Debe garantizar que mujeres, niñas y recién nacidos que necesiten atención de emergencia sean derivados de la comunidad a un centro de salud donde se les pueda proporcionar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Las pacientes con complicaciones obstétricas y emergencias neonatales que no puedan manejarse en el centro de salud deben estabilizarse y trasladarse al hospital disponible más cercano donde se proporcione atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

¿Cuáles son los requisitos para un sistema de derivaciones efectivo y eficiente?

- ▶ Para lograr un sistema de derivaciones efectivo y eficiente se recomienda lo siguiente:
- ▶ Elaborar políticas, procedimientos y prácticas que deban observarse en los centros de salud y hospitales para garantizar una derivación eficiente⁹⁷.
- ▶ Evaluar los establecimientos que reciben derivaciones para determinar si cuentan con suficientes insumos, personal e infraestructura para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.
- ▶ Determinar la distancia que existe entre la comunidad afectada y los centros de salud operativos y el hospital, así como opciones de transporte en caso de derivación (incluidos conductores, combustible suficiente y teléfonos celulares/radio/teléfonos satelitales) que estén disponibles las 24 horas del día todos los días de la semana.
- ▶ Exhibir en todos los centros de salud los protocolos e indicar en ellos cuándo, dónde y cómo se derivarán pacientes con emergencias obstétricas y neonatales al siguiente nivel de atención.
- ▶ En el contexto de un campamento, negociar con el personal de seguridad de ese lugar el

⁹⁷ Preferentemente, los hospitales y centros de salud deberían contar con políticas y procedimientos sobre derivaciones antes de una crisis humanitaria a fin de garantizar que el sistema de salud esté listo para responder.

acceso vital al hospital que recibe derivaciones a fin de que se puedan transportar pacientes de emergencia durante la noche.

- ▶ Informar a las comunidades sobre los signos de peligro del embarazo y cuándo buscar atención de emergencia en caso de complicaciones del embarazo y durante el parto.
 - Los mensajes deben comunicarse en varios formatos e idiomas (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas, de manera gráfica) para garantizar que sean accesibles y en grupos de debate a través de actividades de extensión comunitarias (grupos de mujeres, personas lesbianas, gais, bisexuales, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales [LGBTQIA] y personas con discapacidad) y otros canales adecuados de acuerdo con el contexto (p. ej., parteras, trabajadores de la salud comunitarios, líderes comunitarios, mensajes de radio o folletos informativos en los baños de mujeres).
- ▶ Cuando sea imposible establecer servicios de derivaciones que estén disponibles las 24 horas del día todos los días de la semana, debe asegurarse de que en los centros de salud haya en todo momento personal calificado para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. Por ejemplo, establecer un sistema de comunicación, como el uso de radios o teléfonos celulares, para obtener orientación y ayuda médica de personal idóneo. El coordinador de SSR también debe trabajar con el sector/grupo temático de salud para resolver el problema y garantizar que las poblaciones puedan acceder a atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral.



Práctica reconocida: Establecimiento de un sistema de derivación en Cox's Bazar (Bangladés)

En Cox's Bazar (Bangladés), el acceso y el transporte a establecimientos de salud y hospitales que reciben derivaciones era problemático debido a las dificultades del terreno⁹⁸. Además de movilizar ambulancias, se utilizaban más de 20 tom toms (una motocicleta con asientos) para transportar a mujeres embarazadas y a otras personas que necesitaran llegar a los establecimientos de salud. Se informaba el número de teléfono del coordinador de los tom tom, y el servicio estaba disponible día y noche. Además, en cada establecimiento había un tom tom estacionado para derivaciones de emergencia.

Act Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar la disponibilidad de atención posterior al aborto en centros de salud y hospitales

La atención posterior al aborto es la estrategia global orientada a reducir las muertes y el sufrimiento asociados con complicaciones que son resultado de abortos inseguros y espontáneos, y constituye una intervención vital. Las muertes y lesiones a causa de abortos inseguros continúan representando

⁹⁸ Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

un grave problema de salud pública que afecta a mujeres, niñas, familias y a comunidades enteras. En todo el mundo, el aborto inseguro, que se define como aquel realizado por personas que no tienen las habilidades necesarias o en entornos que no cumplen con los estándares médicos mínimos, o ambos, representa aproximadamente el 8 % de las muertes maternas, el 97 % de las cuales ocurren en países en desarrollo⁹⁹. Las mujeres y niñas en contextos de crisis humanitarias pueden estar expuestas a mayores riesgos de embarazo no deseado y aborto inseguro.

En muchos países se permite la realización de abortos por una o más de las siguientes causales, que incluyen si el embarazo:

- ▶ pone en riesgo la vida de la mujer;
- ▶ representa una amenaza para la salud física o mental de la mujer;
- ▶ es consecuencia de una violación o de incesto; o
- ▶ el feto presenta una malformación grave.

Todos los países permiten el acceso legal a la atención de emergencia posterior al aborto, independientemente de cuál sea el estatus legal del acceso a servicios de aborto. Las mujeres y niñas también están en riesgo de sufrir abortos espontáneos, y algunas necesitarán atención oportuna y apropiada.

¿Qué debe hacerse si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto?

- ▶ Por lo general, las mujeres que acuden para recibir atención posterior al aborto son pacientes ambulatorias que presentan síntomas como sangrado vaginal, dolor abdominal, fiebre o escalofríos¹⁰⁰. Las mujeres que han sufrido complicaciones más graves pueden acudir con choque, hemorragia, septicemia y lesiones intraabdominales. Las complicaciones graves son más probables en contextos en los que hay acceso limitado al aborto seguro y legal.
- ▶ Si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto, un proveedor de salud idóneo debe hacer lo siguiente:
 - ▶ Realizar una evaluación inicial rápida. Si una mujer presenta signos y síntomas de choque o tiene sangrado vaginal abundante, necesita estabilización inmediata.
 - ▶ Una vez que la evaluación inicial y la estabilización están en marcha, realizar una evaluación clínica más completa para determinar la causa y comenzar el tratamiento. Esto incluye una anamnesis y una exploración física indicada junto con el tratamiento definitivo urgente de las causas subyacentes. El choque en clientas que se presenten para recibir atención después del aborto, por lo general, puede ser hemorrágico o septicémico:
 - El choque hemorrágico es el resultado de pérdida abundante de sangre, que puede ser causada por un aborto incompleto, atonía uterina o lesión vaginal, cervicouterina, uterina o intraabdominal.
 - El choque septicémico es el resultado final de una infección, que puede provenir de un aborto incompleto, endometriosis o lesión intraabdominal.
 - ▶ Realizar una evacuación uterina inmediata, si el tratamiento lo requiere. En el primer trimestre esto suele realizarse mediante aspiración de vacío o el uso de misoprostol. Si la

99 "Induced Abortion Worldwide", Guttmacher Institute, marzo de 2018, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide>; y *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, pág. 48.

100 Puede encontrar más información acerca de la atención posterior al aborto en la unidad 8 sobre servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley.

mujer requiere tratamiento que excede la capacidad del establecimiento donde es atendida, estabilice su condición antes de trasladarla a un servicio de nivel superior.

- ▶ Proporcionar a la paciente profilaxis para el tétanos o derivarla para que se la proporcionen en otro lado. Las mujeres que se han sometido a abortos inseguros con instrumentos no esterilizados están en riesgo de tétanos, en especial, en aquellas comunidades donde se han informado casos de tétanos después de abortos.
- ▶ Proporcionar a todas las mujeres que se presenten para recibir atención después del aborto información, asesoramiento y servicios una vez que se hayan atendido sus necesidades médicas inmediatas.



Práctica reconocida: Atención posterior al aborto en Cox's Bazar (Bangladés)

En Cox's Bazar (Bangladés), una alianza con Ipas permitió el establecimiento inmediato de servicios de atención posterior al aborto¹⁰¹. La asignación de trabajadores de salud capacitados y la disponibilidad de productos básicos adecuados facilitó la prestación de los servicios. Los establecimientos que recibían derivaciones se equiparon con los recursos humanos y productos básicos para estar en condiciones de brindar atención posterior al aborto de manera sistemática.

Actividad del PSIM para SSR:

Garantizar la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención del recién nacido básica

¿Qué materiales básicos pueden ayudar a las mujeres embarazadas a tener un parto higiénico durante una emergencia?

En todos los contextos de crisis humanitaria, hay mujeres y niñas que se encuentran en las etapas avanzadas del embarazo y que, por lo tanto, darán a luz durante la emergencia. Por lo general, al inicio de una respuesta humanitaria, los nacimientos se producen fuera de un centro de salud y sin la ayuda de asistentes de parto idóneos. En muchos lugares son comunes los partos en el hogar. Es importante poner a disposición de todas las mujeres embarazadas botiquines de parto higiénico a fin de mejorar las prácticas asociadas con el nacimiento y la atención esencial del recién nacido cuando sea imposible acceder a establecimientos de salud. Asegúrese de incluir información —en el idioma local— sobre cómo utilizar el botiquín para resaltar la importancia de dar a luz en un establecimiento de salud con la asistencia de un proveedor idóneo y sobre cómo acceder a establecimientos de salud cercanos. La distribución puede hacerse en centros de registro o mediante trabajadores de la salud comunitarios cuando haya una red establecida. En contextos donde no sea posible acceder a establecimientos y donde los asistentes de parto tradicionales estén colaborando con los partos en el hogar, se les puede hacer entrega de paquetes para partos higiénicos.

101 Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

¿Cuál es la mejor manera de obtener paquetes para partos higiénicos?

Los embalajes e insumos de los botiquines para partos higiénicos (Botiquín ISR 2A) para distribución en la comunidad pueden ordenarse al UNFPA a través del proceso de adquisición de Botiquines ISR¹⁰². Dado que estos materiales suelen obtenerse con facilidad en el ámbito local y no vencen, es posible armar estos botiquines en el establecimiento y tenerlos en existencias en entornos donde no se los necesite de inmediato. De ser posible, analice contratar a una ONG local para que fabrique los botiquines, lo cual podría dar lugar a un proyecto de generación de ingresos para las mujeres locales. Si se toma la decisión de adquirir los productos localmente como medida de preparación, es fundamental garantizar la calidad de cada producto que se adquiera; la oficina del UNFPA en el país o la Subdivisión de Servicios de Adquisición de dicho fondo pueden colaborar con esa iniciativa.



Práctica reconocida: Garantizar la disponibilidad de insumos para partos higiénicos

Si la situación lo permite, armar paquetes para partos higiénicos localmente puede ser una buena oportunidad de identificar y organizar a grupos de mujeres y asistentes de parto tradicionales. Esto brinda la oportunidad de informar a todas las mujeres embarazadas y alentarlas a dar a luz en establecimientos de salud y de conversar con ellas sobre el reconocimiento temprano de complicaciones obstétricas y las derivaciones de quienes las tengan. Los grupos de mujeres pueden elaborar los paquetes y entregarlos luego sin cargo a mujeres visiblemente embarazadas. Esto es especialmente útil porque, como los grupos de mujeres son parte de la población afectada por la crisis, lo más probable es que ya sepan quiénes están cerca del momento del parto y necesitan los elementos. A las personas responsables de distribuir los botiquines también se les debe informar sobre los establecimientos más cercanos, las señales de peligro del embarazo y la importancia de dar a luz con un asistente idóneo, de modo que puedan transmitir esta información a las mujeres a quienes visiten.

¿Hay actividades relacionadas con la atención materna que no sean prioritarias en una crisis?

Establecer servicios para brindar atención prenatal y capacitar a parteras son actividades apropiadas que deben llevarse a cabo tan pronto como sea posible. Sin embargo, estas intervenciones no son prioritarias en la emergencia inmediata y no deben desviar la atención de la necesidad más urgente de tener acceso a un parto de calidad en un establecimiento de salud, a servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral, y a atención del recién nacido.

Capacitar a las parteras existentes sobre partos higiénicos y seguros puede esperar hasta que la situación se estabilice. Sin embargo, una actividad que debe llevarse a cabo desde el inicio de una crisis es identificar a parteras y asegurarse de que estén informadas sobre el sistema de derivaciones. Es importante señalar que la definición de “personal idóneo” se ha actualizado de modo de reflejar nuevos datos y la importancia de ser competente para brindar atención durante el parto. La OMS no

¹⁰² Para ordenar botiquines, ingresar en <https://www.unfpaprourement.org/humanitarian-supplies>.

recomienda capacitar nuevos asistentes de partos tradicionales, sino informar a todas las mujeres y a la comunidad sobre señales de peligro del embarazo y facilitar las derivaciones a establecimientos de salud durante la etapa de estabilidad de las emergencias humanitarias, apoyando que se brinde capacitación profesional a las parteras.



Práctica reconocida: Prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad materna y neonatal en Cox's Bazar (Bangladés)

- ▶ El UNFPA y los socios pudieron asignar obstetras y anestesistas (una combinación de personal nacional e internacional) para establecimientos que recibían derivaciones, a fin de que brindaran atención obstétrica y neonatal de emergencia integral¹⁰³.
- ▶ Las parteras, primeras socorristas en todos los niveles del sistema de salud, se capacitaron en estabilización inicial y se les proporcionaron productos básicos e insumos.
- ▶ Se garantizó una cantidad adecuada de parteras para que brindaran servicios las 24 horas del día los 7 días de la semana; también se contó con personas de orientación que ayudaban a las nuevas parteras y las alentaba a brindar atención basada en las evidencias.
- ▶ Muy al principio de la emergencia se distribuyeron botiquines de parto higiénico a través de clínicas de SSR móviles, clínicas estáticas y trabajadores de salud comunitarios. En todo momento se mantuvo un inventario de contingencia para garantizar que hubiera suficientes insumos para satisfacer las necesidades asociadas con nuevas llegadas de personas rohinyás con el transcurso de las semanas.

Unidad 5: Puntos clave

- ▶ Para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, la OMS recomienda que en todos los nacimientos participe personal de salud idóneo y que se realicen en instituciones médicas que cuenten con los recursos y el personal necesarios para manejar complicaciones.
- ▶ Los centros de salud deben contar con asistentes de parto idóneos e insumos para partos vaginales, atención neonatal esencial e intervenciones de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica, así como la posibilidad de derivar pacientes al hospital para que reciban atención obstétrica y neonatal de emergencia integral las 24 horas del día los 7 días de la semana.
- ▶ Los servicios esenciales para todos los recién nacidos incluyen atención térmica, prevención de infecciones/higiene, apoyo para la alimentación, monitoreo y controles de atención posnatal.
- ▶ Se debe proporcionar a las parteras y a otros asistentes de parto idóneos materiales y medicamentos para llevar adelante los partos, brindar atención del recién nacido, tratar complicaciones y estabilizar a las mujeres antes de trasladarlas al hospital si fuera necesario.

103 Visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, febrero de 2018.

- ▶ Debe establecerse un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el centro de salud y el hospital para controlar las complicaciones neonatales y obstétricas.
- ▶ Se debe informar a los miembros de la comunidad sobre las señales de peligro del embarazo y del parto y dónde buscar atención de emergencia en caso de complicaciones del embarazo o durante el parto.
- ▶ Es importante que haya disponibilidad de atención posterior al aborto en los centros de salud y hospitales, ya que las mujeres y niñas en contextos de crisis humanitaria pueden estar expuestas a mayores riesgos de abortos espontáneos, embarazos no deseados y abortos inseguros.
- ▶ Deben ponerse a disposición de todas las mujeres visiblemente embarazadas paquetes de parto higiénico a fin de mejorar las prácticas asociadas con el nacimiento y la atención esencial del recién nacido cuando sea imposible acceder a establecimientos de salud.

Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
<p>¿Qué sucede si es imposible garantizar servicios de derivaciones que estén disponibles las 24 horas del día los 7 días de la semana debido a la inseguridad del área?</p>	<p>Si no tienen acceso a atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral adecuada, es probable que mueran innecesariamente mujeres, niñas y recién nacidos. Por lo tanto, es importante intentar negociar el acceso a un establecimiento adecuado que reciba derivaciones dentro de un sistema de derivaciones de emergencia. Cuando sea imposible establecer servicios de derivación que operen durante las 24 horas, los 7 días de la semana, es fundamental que en los centros de salud haya personal idóneo en todo momento para estabilizar a pacientes con atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. En este contexto, resulta útil establecer un sistema de comunicación, como el uso de radios o teléfonos celulares, para contactarse con personal que esté más preparado y pueda proporcionar orientación y ayuda médica.</p>
<p>¿Qué sucede si la población afectada por la crisis no tenía el hábito de acceder a servicios para partos asistidos?</p>	<p>Como muchas mujeres en países en desarrollo suelen dar a luz en sus hogares, una actividad fundamental que debe llevarse a cabo es asegurarse de que la comunidad (en especial, parteras y asistentes de parto tradicionales) sepa cuáles son las señales de peligro y a dónde derivar de inmediato a las mujeres si fuera necesario. También es importante derivar a los recién nacidos a un establecimientos de salud si muestran alguna señal de peligro.</p>

	<p>Deben proporcionarse incentivos para que los partos se realicen en establecimientos de salud, como vales de transporte y botiquines para recién nacidos.</p> <p>Se deben planificar e implementar capacitaciones y otras oportunidades de adquisición de capacidades para todo el personal de salud capacitado una vez que la emergencia se estabilice y que el PSIM para SSR se haya implementado completamente para garantizar una atención respetuosa y de calidad.</p>
<p>¿Qué más puede usarse para el transporte, además de las ambulancias?</p>	<p>No todos los establecimientos de salud tienen ambulancias. Según el contexto, otras soluciones podrían ser, por ejemplo, carros tirados por burros, camillas, vehículos rentados o bicicletas.</p>
<p>¿Qué se puede hacer si un hospital que recibe derivaciones carece de insumos vitales necesarios para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y atención obstétrica y neonatal de emergencia integral?</p>	<p>Analizar la cuestión durante la reunión de coordinación de SSR y del sector/grupo temático de salud.</p> <p>Trabajar con el UNFPA para determinar si ya hay en el país Botiquines ISR disponibles.</p> <p>Trabajar con organismos de las Naciones Unidas, como la OMS, Acnur y el UNFPA, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el grupo de logística para determinar si pueden ayudar con la adquisición y gestión de insumos.</p> <p>Analizar la cuestión con el Ministerio de Salud o pedir que se envíen los insumos disponibles a los hospitales que reciben derivaciones.</p>

LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR: PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL

La lista de verificación del PSIM para SSR que figura más adelante puede usarse para monitorear la prestación de servicios de SSR en emergencias humanitarias.

5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal			
5.1	Disponibilidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral cada 500 000 personas	Sí	No
	Centro de salud con atención obstétrica y neonatal de emergencia básica: cinco cada 500 000 personas		
	Hospital con atención obstétrica y neonatal de emergencia integral: uno cada 500 000 personas		
5.2	Centro de salud (para garantizar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica durante las 24 horas, los 7 días de la semana)	Sí	No
	Un trabajador de la salud calificado de guardia cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Suficientes insumos disponibles, incluidos insumos neonatales, para respaldar la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica		
5.3	Hospital (para garantizar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral durante las 24 horas, los 7 días de la semana)	Sí	No
	Un trabajador de la salud calificado de guardia cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Un equipo formado por un médico, profesional de enfermería, partera y anestesista de guardia		
	Suficientes medicamentos e insumos para respaldar la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
	Atención posterior al aborto		
	Cobertura de atención posterior al aborto: (cantidad de establecimientos de salud donde se ofrece esa atención/cantidad de establecimientos de salud) x 100		%
	Cantidad de mujeres y niñas que reciben atención después del aborto		
5.3	Sistema de derivación para emergencias obstétricas y neonatales que funciona las durante las 24 horas, los 7 días de la semana (medios de comunicación [radios, teléfonos celulares])	Sí	No
	Transporte desde la comunidad al centro de salud, disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
	Transporte desde el centro de salud hasta el hospital, disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
5.4	Cadena de frío en funcionamiento (para oxitocina y análisis de sangre)		

5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal		
5.5	Proporción de todos los nacimientos en establecimientos de salud: (cantidad de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud durante un determinado período/cantidad de nacimientos que se prevé durante el mismo período) x 100	%
5.6	Se consiguió cubrir la necesidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia: (cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas directas importantes tratadas en establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia durante un determinado período/cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas directas graves que se prevé para la misma área, en el mismo período) X 100	%
5.7	Cantidad de partos por cesárea/cantidad de nacimientos con vida en establecimientos de salud x 100	%
5.8	Insumos y productos básicos para un parto higiénico y la atención del recién nacido	
5.9	Cobertura de los botiquines para partos higiénicos: (cantidad de botiquines para partos higiénicos distribuidos en los entornos donde es imposible acceder a establecimientos de salud/estimación sobre cantidad de mujeres embarazadas) x 100	%
5.10	Cantidad de botiquines para recién nacidos distribuidos, incluidas clínicas y hospitales	
5.11	Comunidad informada sobre el peligro de los signos de complicaciones durante el embarazo y durante el parto, y dónde buscar atención	

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué suministros se necesitan o qué Botiquines ISR podrían ordenarse para realizar partos higiénicos y seguros y brindar atención esencial del recién nacido y servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia?

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población¹⁰⁴.

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la compra de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquines 2A y 2B	Parto higiénico (A: Madre, B: Asistente de parto)
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica, en adelante en este cuadro "AONEB")	Botiquines 6A y 6B	Insumos para asistencia clínica del parto y obstetricia (A: Reutilizable, B: Consumible)
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín 8	Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín 10	Parto asistido con extracción con ventosa
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, en adelante en este cuadro "AONEI")	Botiquines 11A y 11B	Botiquín para cirugías obstétricas y complicaciones obstétricas graves (A: Reutilizable, B: Consumible)
Hospital que recibe derivaciones (AONEI)	Botiquín 12	Transfusión de sangre

* Cuando haya botiquines A y B, significa que estos botiquines pueden utilizarse juntos, pero también pueden ordenarse por separado.

104 Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011>.

Productos básicos complementarios

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. El UNFPA ofrecerá productos básicos complementarios en 2020.

Nivel de prestación de servicios	Artículo	Para complementar
Comunidad/puesto de salud	Clorhexidina	Botiquín 2A
Comunidad/puesto de salud	Misoprostol*	Botiquín 2B, 6A, 8
Comunidad/puesto de salud	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Comunitario)**	Botiquines 2A y 2B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Prendas no neumáticas antishock	Botiquín 6A
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Oxitocina	Botiquín 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín interinstitucional de salud para emergencias (Módulo básico para la malaria)	Botiquín 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Establecimientos de atención de la salud primaria)**	Botiquines 6A y 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Mifepristona*	Botiquín 8
Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB)	Sistema de parto asistido con ventosa manual	Botiquín 10
Hospital que recibe derivaciones (AONEI)	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Hospital)**	Botiquines 11A y 11B

* El misoprostol también puede adquirirse para complementar los botiquines 6A y 8 para establecimientos de atención primaria de la salud.

** Al momento de impresión del IAFM 2018, aún no había botiquines con insumos para el cuidado de recién nacidos.



Cuestionario sobre la unidad 5: Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal

1. ¿Cuál de los siguientes **no** es un servicio esencial para todos los recién nacidos?
 - a. Secar, mantener al bebé abrigado, que el bebé mantenga contacto piel con piel con la madre y retrasar el baño del recién nacido
 - b. Prevención de infecciones/higiene
 - c. Ayuda con la alimentación: descartar el calostro (o la primera leche) y luego apoyar la lactancia o la fórmula si estuviera disponible
 - d. Monitorear para detectar señales de peligro de infecciones serias
 - e. Controles de atención posnatal
2. ¿Dónde debe asegurarse la accesibilidad de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y/o de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral?
 - a. En hospitales que reciben derivaciones
 - b. En centros de salud
 - c. En el ámbito comunitario
 - d. En a y b
3. Los recién nacidos deben derivarse a un establecimiento de salud si tienen actividad reducida o falta de movimiento.

Verdadero o Falso

4. Si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto, lo **primero** que un proveedor de salud idóneo debe hacer es derivarla a un hospital.

Verdadero o Falso

5. ¿Con quiénes debería trabajar el coordinador de SSR para establecer un sistema de derivaciones efectivo al inicio de una crisis humanitaria? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Sector/grupo temático de salud
 - b. Comunidades
 - c. Autoridades del país receptor

UNIDAD 6: PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS



Mejorar el acceso a anticonceptivos como parte de una respuesta de emergencia es un método seguro, efectivo y eficiente en función de los costos para prevenir embarazos no deseados y reducir las muertes maternas y neonatales, los abortos inseguros y las morbilidades relacionadas con el embarazo. Los datos mundiales sugieren que otro 29 % de muertes maternas podría reducirse si se proveyeran métodos anticonceptivos a las mujeres que desean prevenir o demorar un embarazo en ese momento¹⁰⁵. Sin embargo, a medida que los sistemas de salud resultan afectados durante situaciones de desastres naturales y conflictos, el acceso a métodos anticonceptivos es menor. Es fundamental que los coordinadores de salud sexual y reproductiva (SSR), los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios entiendan la importancia de proporcionar métodos anticonceptivos y su potencial para salvar vidas, y que dichos métodos deben formar parte de la programación esencial de los servicios de salud, desde la primera fase de una emergencia hasta la recuperación.

Existen varios recursos útiles que proporcionan información detallada sobre métodos anticonceptivos y criterios de elegibilidad médica, como Contraceptive Delivery Tool for Humanitarian Settings¹⁰⁶ y Family Planning: A Global Handbook for Providers¹⁰⁷.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar por qué prevenir embarazos no deseados es una prioridad que salva vidas;
- ▶ enumerar qué métodos anticonceptivos deben estar disponibles en centros de atención primaria de la salud;
- ▶ explicar qué información debe ofrecerse y cómo asegurarse de que mujeres, adolescentes y hombres tengan conocimientos sobre la disponibilidad de anticonceptivos; y
- ▶ mencionar formas de compartir información sobre la disponibilidad de anticonceptivos con la comunidad.

105 Saifuddin Ahmed, Qingfeng Li, Li Liu y Amy O Tsui, "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries", *The Lancet* 380, N.º 9837 (14 de julio de 2012), págs. 111 a 125, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4).

106 Contraceptive Delivery Tool for Humanitarian Settings (OMS, 2018), <https://apps.who.int/iris/handle/10665/276553>.

107 *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (OMS, 2015), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng?sequence=1; y *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health y USAID, 2018), <http://www.fphandbook.org>.

Objetivos y actividades del PSIM para SSR:

PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS.

Para prevenir embarazos no deseados desde el comienzo de una emergencia, es importante asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos. El coordinador de SSR, los administradores de programas y los proveedores de servicios deben trabajar para lo siguiente:

- ▶ asegurar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada reversible y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos [en los casos en los que ya se usaban] y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda;
- ▶ proporcionar información, incluidos materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y asesoramiento sobre anticoncepción que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad del cliente, la igualdad y la no discriminación;
- ▶ asegurar que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

¿Por qué es prioritario prevenir embarazos no deseados?

Las necesidades de SSR de mujeres, hombres y adolescentes, entre ellas las de anticonceptivos, no desaparecen cuando se ven obligados a huir de sus hogares y comunidades. El desplazamiento y la inseguridad incluso pueden aumentar el deseo y la necesidad de las personas de conseguir dichos métodos, al mismo tiempo que experimentan mayores obstáculos para acceder a ellos. Es posible que quienes huyen durante una emergencia no puedan llevar anticonceptivos con ellos ni obtenerlos en el lugar donde se refugien. Los conflictos y los desastres naturales también exponen a mujeres y niñas a mayores riesgos de violencia sexual y a posteriores embarazos no deseados. Además, las personas siguen manteniendo relaciones sexuales durante situaciones de emergencia. Es posible que las mujeres deseen posponer la maternidad o interrumpir su embarazo en situaciones de emergencia por diversos motivos, como evitar exponer a recién nacidos a los riesgos del desplazamiento. La alteración de las estructuras de contención familiar y social puede presentar otros desafíos, en especial para los adolescentes, quienes, sin acceso a información y servicios adecuados, pueden estar más expuestos a prácticas sexuales inseguras. Por lo tanto, es fundamental que los métodos anticonceptivos se integren adecuadamente a la respuesta humanitaria y que se ofrezcan servicios e insumos para satisfacer la demanda de la población afectada desde el inicio de una emergencia.





La realidad de la implementación del PSIM para SSR en Nigeria

La violencia causada por Boko Haram obligó a que las personas huyeran de sus hogares hacia campamentos de desplazados internos y comunidades de acogida¹⁰⁸. Para responder específicamente a las necesidades de salud de mujeres y niñas, el equipo de respuesta a emergencias del Comité Internacional de Rescate asignó un coordinador de SSR para que lanzara el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para SSR en las áreas recientemente liberadas por el gobierno. Esa organización no gubernamental (ONG), además, contrató a parteras y personal calificado para incrementar el plantel de proveedores del Ministerio de Salud existente en ese momento y ayudarlos. Se ordenaron y entregaron Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR), que incluían equipo de SSR, medicamentos, anticonceptivos e insumos para seis meses. El coordinador de SSR también se encargó de llevar adelante actividades de capacitación en el trabajo para brindar atención clínica a sobrevivientes de violencia sexual, anticoncepción y atención después del aborto. El Comité Internacional de Rescate asistió a un total de cinco clínicas. En el término de cuatro semanas, estableció la única clínica de SR en el campamento para desplazados internos de Bakassi, que brindaba, entre otros, servicios de planificación familiar y donde durante el primer mes se consiguió que 134 personas aceptaran el uso de métodos anticonceptivos.

Enseñanzas extraídas: Los socorristas deben prever poca presencia de personal de salud calificado disponible, largos plazos para la compra de insumos y la contratación de personas, y que se dé poca prioridad a la SSR, y deben prepararse para ello.

Actividad del PSIM para SSR:

Asegurar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada y de acción corta en establecimientos de atención primaria de la salud

Deben ofrecerse de inmediato opciones de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (implantes y dispositivos intrauterinos [DIU]) y de acción corta (píldoras anticonceptivas orales, métodos hormonales inyectables, preservativos masculinos, preservativos femeninos cuando corresponda, p. ej., si la población ya los usaba antes de la crisis, y píldoras anticonceptivas de emergencia) a fin de satisfacer la demanda en la población afectada, y es importante que los proveedores hayan recibido capacitación y sean idóneos para ofrecerlos, y en el caso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada reversible, para retirarlos.

Los proveedores que estén preparados deben comenzar a proporcionar todos los métodos disponibles al inicio de la crisis. Todas las formas de anticoncepción deben proporcionarse de manera confidencial, sin exigir el consentimiento de una pareja, de alguno de los progenitores ni de un cuidador. En los ámbitos comunitarios y de los establecimientos de salud deben ofrecerse preservativos, y todos los que consulten sobre anticonceptivos deben recibir asesoramiento sobre

¹⁰⁸ *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, capítulo sobre el PSIM que incluye estudio de caso, 2018.

doble protección (para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual [ETS], incluido el virus de inmunodeficiencia humana [VIH]). Puede encontrar más información sobre la prestación de servicios de anticoncepción en contextos de crisis humanitaria y los criterios de elegibilidad médica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en who.int/reproductivehealth/publications/humanitarian-settings-contraception/en/ y srhr.org/mecwheel/.

Como parte de la planificación de una programación de SSR integral después de la fase aguda de la emergencia, es importante intentar ampliar la combinación de métodos disponible para la población destinataria. Se debe trabajar con el Ministerio de Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y otros socios a nivel nacional para registrar métodos, ampliar la combinación de métodos y capacitar a los proveedores. A través de la Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA puede conseguirse una variedad de métodos anticonceptivos mayor que la ofrecida en los Botiquines ISR.



Práctica reconocida: Prevención de embarazos no deseados en Cox's Bazar (Bangladés)

- ▶ Al inicio de la emergencia se llevaron adelante negociaciones con el Gobierno para que proporcionara temporalmente a los refugiados métodos de acción corta, que posteriormente se repusieron a través de adquisiciones humanitarias por el UNFPA¹⁰⁹.
- ▶ Se utilizaron materiales informativos, educativos y de comunicación con los que ya contaban los socios y del lugar de origen, en lugar de crear nuevos materiales (aunque el idioma de los refugiados y el de las comunidades de acogida no eran exactamente iguales, sí eran similares, y eso ayudó en alguna medida).

¿Cuáles son algunos factores que deben tenerse en cuenta para determinar la combinación de métodos adecuada en un contexto de crisis humanitaria aguda?

Al determinar qué métodos anticonceptivos ofrecer durante la respuesta humanitaria en la etapa aguda inicial, debe tenerse en cuenta, por ejemplo, qué métodos estaban disponibles para la población destinataria antes de la emergencia y usaba dicha población, y qué métodos están registrados en el país de operación. Deben proporcionarse aquellos métodos que estaban disponibles para la población destinataria antes de la emergencia y de los cuales exista demanda. Sin embargo, es difícil garantizar que, en un contexto de emergencia aguda, pueda lanzarse éticamente un nuevo método que previamente no estaba disponible para la población desplazada o que no se proporcionaba en ese contexto específico a una población que se encuentra en dificultades. Es posible que los proveedores locales no estén familiarizados con el nuevo método, y esto puede frustrar que se brinde asesoramiento y servicios de calidad durante una emergencia aguda. Si un producto no se registró en el país de operación antes de una emergencia, es posible que haya problemas para su llegada y despacho aduanero, aunque existan exenciones a las importaciones para fines humanitarios. Si un producto no está registrado pero resulta necesario para implementar el PSIM para servicios de SSR que son vitales, hay que trabajar con el coordinador de SSR para prever y abordar los problemas que puedan surgir con respecto a las importaciones. Además, al

¹⁰⁹ Comunicaciones, Director, Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, septiembre de 2018.

proporcionar métodos anticonceptivos de acción prolongada que deben retirarse, es importante tener en cuenta si existe una gran probabilidad de que la población afectada continúe migrando y, en ese caso, es posible que no tengan acceso permanente a servicios de remoción. Al planificar para la preparación, debe evaluarse dar prioridad a la aceptación de nuevos métodos (registro y lanzamiento) para permitir que no haya obstáculos en la importación y el uso en caso de una emergencia aguda y con posterioridad a ella como parte del proceso para ampliar el PSIM para lograr una programación de SSR integral.

¿Por qué es importante proporcionar métodos anticonceptivos de acción prolongada?

Las mujeres tienen derecho a poder elegir aquellos métodos anticonceptivos seguros, efectivos y aceptables que prefieran. Es importante que los métodos anticonceptivos de acción prolongada, como el DIU y los implantes, estén disponibles, ya que son sumamente efectivos, no requieren que la persona vaya varias veces a un establecimiento de salud (esto es especialmente importante en contextos de inestabilidad) y el usuario no debe hacer nada (p. ej., tomar una píldora) en un momento en el que debe atender múltiples urgencias. Además, según las evidencias, cuando hay más métodos disponibles, más mujeres encuentran aquel que prefieren y lo usan.

¿De qué manera puede un proveedor garantizar la calidad de la atención?

La prestación de servicios anticonceptivos de calidad hace hincapié en la confidencialidad de la clienta, en su privacidad, y en su elección y consentimiento libres e informados. El asesoramiento también debe incluir información sobre la elegibilidad del método, la efectividad, la gestión y el seguimiento de los posibles efectos secundarios, la orientación sobre la remoción del método y la recuperación de la fertilidad después de la interrupción del método. Las mujeres de todas las edades, incluidas niñas adolescentes, deben recibir información y servicios completos. Salvo la importante excepción de las píldoras anticonceptivas de emergencia y los preservativos, es importante asegurarse de que la clienta no esté embarazada antes de proporcionar los anticonceptivos.

Si una clienta está embarazada, hay que informarle sus opciones: dar a luz y criar al niño, ponerlo en adopción, o brindarle atención de aborto seguro o derivarla para que le presten ese servicio en la máxima medida que lo admita la ley.



Actividad del PSIM para SSR:

Proporcionar información que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad del cliente, la igualdad y la no discriminación

Asegurar que el uso de la anticoncepción sea voluntario

Todas las personas gozan del derecho humano a la autodeterminación reproductiva y, por lo tanto, a tomar decisiones respecto de su salud reproductiva sin ser objeto de violencia, coerción ni discriminación. Por consiguiente, un enfoque para la provisión de anticoncepción que esté basado en los derechos humanos requiere que todos los servicios de anticoncepción se ofrezcan en forma voluntaria e informada.

Los proveedores deben garantizar que los clientes reciban información precisa y sean libres de elegir su método preferido sin ser objeto de influencia indebida o coerción.

Entre los principios fundamentales del carácter voluntario de la provisión de anticoncepción se incluyen los siguientes:

- ▶ Las personas tienen la oportunidad de elegir en forma voluntaria si desean utilizar un método anticonceptivo específico.
- ▶ Las personas tienen acceso a información sobre una amplia variedad de opciones anticonceptivas, incluidos los beneficios, los efectos secundarios y los riesgos para la salud de métodos específicos.
- ▶ Se ofrece a los clientes, ya sea directamente o mediante derivación, una amplia variedad de métodos y servicios de anticoncepción.
- ▶ Se verifica el consentimiento informado y voluntario de todos los clientes que opten por la esterilización, mediante un documento de consentimiento escrito firmado por el cliente.

¿Qué información esencial debe proporcionarse a un cliente que busca un método anticonceptivo?

Es importante que los proveedores compartan la siguiente información con los clientes que busquen un método anticonceptivo:

- ▶ Cómo funciona el método
- ▶ Efectividad del método
- ▶ Uso correcto del método
- ▶ Beneficios del método

- ▶ Efectos secundarios comunes
- ▶ Otros efectos secundarios y riesgos para la salud relacionados con el método
- ▶ Cómo superar los efectos secundarios del método
- ▶ Signos y síntomas que indicarían la necesidad de regresar a la clínica
- ▶ Recuperación de la fertilidad después de la interrupción del método
- ▶ Prevención de ETS
- ▶ El derecho a que se retire el método si así se desea (p. ej., método de anticoncepción reversible de acción prolongada)

Actividad del PSIM para SSR:

Asegurar que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres

¿Qué puede hacerse para asegurar de que mujeres, adolescentes y hombres sepan sobre la disponibilidad de anticonceptivos?

Garantizar que los miembros de la comunidad —incluidos solteros y adolescentes— sepan dónde y cómo conseguir métodos anticonceptivos. La información debe comunicarse en varios formatos e idiomas para que sea accesible (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas, con pictogramas e imágenes). También puede hacerse participar a los líderes comunitarios y a voluntarios locales, incluidos promotores entre pares, para distribuir información sobre la disponibilidad de servicios de anticoncepción. Para ayudar a los proveedores de salud a brindar información sobre planificación familiar, la Comisión de Mujeres para los Refugiados preparó materiales informativos, educativos y de comunicación “universales” sobre temas de planificación familiar. Pueden encontrarse las plantillas en iawg.net/resource/universal-and-adaptable-information-education-and-communication-templates-on-family-planning/.

¿Qué es la anticoncepción de emergencia?

Los anticonceptivos de emergencia son medicamentos o dispositivos que pueden prevenir el embarazo si se usan hasta cinco días (120 horas) después de mantener relaciones sexuales¹¹⁰. Deben utilizarse tan pronto como sea posible para lograr una mayor efectividad. Entre las opciones de anticonceptivos de emergencia se encuentran las píldoras anticonceptivas de emergencia y la inserción de DIU de cobre (ver la unidad 3 para más información sobre anticoncepción de emergencia). Pueden utilizarse después de mantener relaciones sexuales sin protección, en casos de posible falla o uso incorrecto del método anticonceptivo, y luego de sufrir violencia sexual. Las píldoras anticonceptivas de emergencia evitan la ovulación y no interfieren con un embarazo existente. No se necesita realizar una prueba de embarazo para proporcionar las píldoras anticonceptivas de emergencia.

Como parte del PSIM para SSR, debe haber anticoncepción de emergencia para todas las mujeres y niñas independientemente de su edad, estado civil, religión, raza/origen étnico o de que se

¹¹⁰ *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidance* (International Consortium for Emergency Contraception and FIGO, 2018), https://www.cecinfo.org/wp-content/uploads/2018/12/ICEC-guides_FINAL.pdf.

hayan mantenido relaciones sexuales consentidas o no. Puede encontrar más información sobre anticoncepción de emergencia y elegibilidad médica en ec-ec.org/ecmethod/.

Descripción general de las opciones de píldoras anticonceptivas de emergencia

Pueden usarse varios regímenes, como píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola, de acetato de ulipristal y hormonales combinadas (el método Yuzpe, en el que la cliente toma una dosis más alta de píldoras anticonceptivas orales ordinarias)¹¹¹. En todo el mundo, las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola son la forma de anticoncepción de emergencia específica más generalizada; sin embargo, es posible que no estén disponibles en todos los países.

Píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola

- ▶ Una dosis de levonorgestrel de 1,5 mg, que se toma en el término de cinco días (120 horas) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección.
- ▶ La eficacia es mayor cuanto antes se tome desde el momento del coito.
- ▶ Son más efectivas y tienen menos efectos secundarios que las píldoras hormonales combinadas.
- ▶ Son el tipo de píldora anticonceptiva de emergencia más fácil de conseguir.

Acetato de ulipristal

- ▶ Una dosis de acetato de ulipristal de 30 mg, que se toma en el término de cinco días (120 horas) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección.
- ▶ Es más efectivo que las píldoras de progestina sola durante las 73 a 120 horas siguientes a haber mantenido relaciones sexuales sin protección.
- ▶ Es más efectivo y tiene menos efectos secundarios que las píldoras hormonales combinadas.

Píldoras anticonceptivas de emergencia hormonales combinadas

- ▶ Dos dosis de píldoras anticonceptivas orales combinadas, cada una con estrógeno (100–120 mcg de etinilestradiol) y progestina (0,50-0,60 mg levonorgestrel o 1,0-1,2 mg norgestrel).
- ▶ La primera dosis se toma tan pronto como sea posible después de mantener relaciones sexuales sin protección (preferiblemente en el término de 72 horas, pero puede tomarse hasta 120 horas o 5 días después).
- ▶ La segunda dosis debe tomarse 12 horas después que la primera.
- ▶ Si dentro de las dos horas de haber tomado una dosis se producen vómitos, la dosis debe repetirse.
- ▶ Es menos efectiva y tiene más efectos secundarios que las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola y de acetato de ulipristal.

111 *Emergency Contraception, Fact Sheet* (OMS, 2018), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.

Unidad 6: Puntos clave

- ▶ Mejorar el acceso a anticonceptivos como parte de una respuesta de emergencia es un método seguro, efectivo y eficiente en función de los costos para prevenir embarazos no deseados y reducir las muertes maternas y neonatales, los abortos inseguros y las morbilidades relacionadas con el embarazo.
- ▶ En los ámbitos comunitarios y de los establecimientos de salud deben ofrecerse preservativos, y todos los que consulten sobre anticonceptivos deben recibir asesoramiento sobre doble protección (para prevenir embarazos y ETS/VIH).
- ▶ Debe haber anticoncepción de emergencia para todas las mujeres y niñas independientemente de su edad, estado civil, religión, raza/origen étnico o de que se hayan mantenido relaciones sexuales consentidas o no.
- ▶ Todas las formas de anticoncepción deben proporcionarse de manera confidencial sin exigir el consentimiento de una pareja, de alguno de los progenitores o del cuidador.
- ▶ Los elementos que deben tenerse en cuenta al momento de elegir la combinación de métodos en contextos de emergencia con un inicio agudo son, por ejemplo, qué métodos estaban disponibles para la población destinataria antes de la emergencia y usaba dicha población, y qué métodos están registrados en el país de operación.
- ▶ Los proveedores deben garantizar la calidad de la atención haciendo hincapié en la confidencialidad, la privacidad y la elección y el consentimiento informados voluntarios del cliente.
- ▶ Debe brindarse información sobre métodos anticonceptivos, como por ejemplo, cómo funcionan, su efectividad, cómo utilizarlos correctamente, sus beneficios, efectos secundarios comunes, otros efectos secundarios y riesgos para la salud relacionados con el método, cómo superar los efectos secundarios del método, signos y síntomas que indicarían la necesidad de regresar a la clínica, la recuperación de la fertilidad después de la interrupción del método y la prevención de ETS.
- ▶ Deben realizarse acciones para que los miembros de la comunidad —incluidas personas solteras y adolescentes— sepan dónde y cómo acceder a métodos anticonceptivos.
- ▶ La información sobre métodos anticonceptivos debe comunicarse en varios formatos e idiomas para que sea accesible (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas, con pictogramas e imágenes).
- ▶ También puede hacerse participar a los líderes comunitarios y a voluntarios locales, incluidos promotores entre pares, para distribuir información sobre la disponibilidad de servicios de anticoncepción.



Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
<p>¿Qué sucede si no hay proveedores de salud capacitados para proporcionar y retirar métodos de acción prolongada (p. ej., DIU e implantes)?</p>	<p>Junto con las autoridades nacionales, las ONG internacionales deben asignar personal que haya recibido capacitación para proporcionar y retirar métodos anticonceptivos de acción prolongada, y debe derivarse a las mujeres y niñas que soliciten esos métodos a un establecimiento con capacidad para prestar servicios hasta que el personal local se haya capacitado y sea idóneo para proporcionar esos métodos.</p>
<p>¿Qué sucede si los proveedores son renuentes a ofrecer anticonceptivos a algunas clientas (adolescentes, mujeres solteras, etc.)?</p>	<p>Al planificar para extender los servicios del PSIM para SSR y lograr una SSR integral, realice ejercicios de aclaración de valores y capacitaciones sobre derechos de SSR. Teniendo en cuenta que puede haber rotación de personal, continúe realizando tales ejercicios y capacitaciones en diversas etapas de la prestación de servicios¹¹².</p>
<p>¿Qué sucede si los proveedores no conocen toda la variedad de métodos anticonceptivos que existen?</p>	<p>Las ONG internacionales deben asignar personal capacitado en todos los métodos anticonceptivos. Al planificar servicios de SSR integrales que excedan del PSIM para SSR, deben incluirse capacitaciones sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>Si los proveedores no están capacitados sobre métodos de anticoncepción reversibles de acción prolongada, puede establecerse un sistema de derivaciones para garantizar que los clientes tengan acceso al método que elijan.</p>
<p>¿Qué sucede si un método anticonceptivo de emergencia no está disponible?</p>	<p>Los proveedores de salud pueden utilizar píldoras anticonceptivas orales combinadas como método anticonceptivo de emergencia (método Yuzpe):</p> <p>Esto consiste en dos dosis de píldoras anticonceptivas orales combinadas. Cada dosis debe contener estrógeno (100–120 mcg de etinilestradiol) y progestina (0,50-0,60 mg levonorgestrel o 1,0-1,2 mg norgestrel)¹¹³.</p> <p>La primera dosis debe tomarse tan pronto como sea posible después de mantener relaciones sexuales sin protección (preferiblemente en el término de 72 horas pero puede tomarse hasta 120 horas o 5 días después), y la segunda dosis debe tomarse 12 horas después que la primera.</p>

¹¹² Durante la etapa de preparación también deben realizarse ejercicios de aclaración de valores y capacitaciones sobre derechos de SSR.

¹¹³ *Emergency Contraception, Fact Sheet* (OMS, 2018), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.

LISTA DE VERIFICACIÓN: PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS

La lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR puede usarse para monitorear la prestación del servicio de SSR en contextos humanitarios.

6. Prevenir los embarazos no deseados			
6.1	Métodos de corta acción disponibles en por lo menos un establecimiento	Sí	No
6.2	Preservativos		
6.3	Píldoras anticonceptivas de emergencia* ¹¹⁴		
6.4	Píldoras anticonceptivas orales		
6.5	Anticonceptivos inyectables		
6.6	Implantes		
6.7	Dispositivos intrauterinos (DIU)		
6.8	Cantidad de establecimientos de salud que mantienen un mínimo de insumos para tres meses de cada método	Cantidad	
	Preservativos		
	Píldoras de AE		
	Píldoras anticonceptivas orales combinadas		
	Píldoras anticonceptivas de progestina sola		
	Anticonceptivos inyectables		
	Implantes		
	DIU		

¹¹⁴ Es importante señalar las distintas píldoras anticonceptivas de emergencia que están disponibles, incluidas las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola, las píldoras anticonceptivas de emergencia orales combinadas y las píldoras de acetato de ulipristal.

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué insumos se necesitan o qué Botiquines ISR podrían ordenarse para brindar servicios de anticoncepción?

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población¹¹⁵.

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la adquisición de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1A	Preservativos masculinos
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 3	Tratamiento luego de una violación
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 4	Métodos anticonceptivos orales e inyectables

Productos básicos complementarios

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. El UNFPA ofrecerá los productos básicos complementarios en 2020.

Nivel de prestación del servicio	Artículo	Para complementar
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1B Preservativos femeninos	Botiquín 14
Comunidad/puesto de salud	Acetato de medroxiprogesterona - Subcutáneo (DMPA-SC)	Botiquín 4
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 7A Dispositivo intrauterino (DIU)	Botiquín 4
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 7B Implante anticonceptivo	Botiquín 4

¹¹⁵ Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org/>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>.

Cuestionario sobre la unidad 6: Prevenir embarazos no deseados

1. ¿Qué elementos deben tenerse en cuenta para determinar una combinación de métodos integral en contextos de emergencia con un inicio agudo? Seleccionar todos los que correspondan:
 - a. Registro del método anticonceptivo en el país de operación
 - b. Uso por parte de poblaciones afectadas por crisis
 - c. Potencial de que se continúe migrando
 - d. Tasa bruta de natalidad
 - e. Religión

2. A los adolescentes solteros no se les deben dar métodos anticonceptivos.

Verdadero o Falso

3. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre métodos anticonceptivos de emergencia no es verdadero?
 - a. Los anticonceptivos de emergencia no dañan un embarazo existente.
 - b. Los anticonceptivos de emergencia deben tomarse en el término de 120 horas y cuanto antes se toman más efectivos son.
 - c. Las niñas adolescentes no pueden tomar anticonceptivos de emergencia.
 - d. Cuando no haya píldoras anticonceptivas de emergencia específicas, pueden utilizarse píldoras anticonceptivas orales en la dosis correcta.
4. ¿A qué tres cosas debe prestarse especial atención para garantizar la calidad de la atención cuando se proporciona un método anticonceptivo? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Confidencialidad
 - b. Privacidad
 - c. Elección informada
 - d. Aprobación de familiares o de la pareja
5. ¿Qué información debe proporcionarse a todos los clientes al asesorarlos sobre métodos anticonceptivos? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Efectividad del método
 - b. Efectos secundarios comunes del método anticonceptivo
 - c. Asesoramiento prenatal
 - d. Cómo funciona el método
 - e. Protección contra ETS

UNIDAD 7: PLANIFICAR QUE LOS SERVICIOS DE SSR INTEGRALES FORMEN PARTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



La implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la salud sexual y reproductiva (SSR) no solo implica coordinar la disponibilidad de servicios de SSR vitales, sino que también es fundamental para comenzar a abordar la SSR integral tan pronto como sea posible. Esto requiere visión, liderazgo, habilidades de coordinación efectivas y una comprensión cabal de la situación y de las oportunidades locales en relación con la reconstrucción del sistema de salud. En esta sección se describe lo que hay que hacer para estar preparados para pasar a brindar servicios de SSR integrales que formen parte de la atención primaria de la salud.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar la importancia de planificar servicios de SSR integrales;
- ▶ entender el proceso de ampliación de los servicios de SSR para lograr una atención integral; y
- ▶ explicar los elementos centrales de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Objetivos y actividades del PSIM para SSR:

PLANIFICAR QUE LOS SERVICIOS DE SSR INTEGRALES FORMEN PARTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE

Esto incluye trabajar con los socios del sector/grupo temático de salud para abordar los seis elementos centrales del sistema de salud:

- ▶ Prestación de servicios
- ▶ Personal de salud
- ▶ Sistema de información de salud
- ▶ Productos básicos médicos
- ▶ Financiamiento
- ▶ Gobernanza y liderazgo

¿Por qué es prioritaria la planificación de servicios de SSR integrales?

Un objetivo general del sector de la salud es brindar atención de SSR integral a todos los miembros de una población afectada por una crisis. Si no se presta atención a ese aspecto, el nivel de morbilidad y mortalidad debido a las deficiencias en la prestación de servicios de SSR integrales será mayor. Al recabar datos, seleccionar centros de servicios adecuados, preparar al personal, controlar la disponibilidad de insumos e identificar mecanismos de financiamiento a largo plazo, es posible poner en funcionamiento los servicios de SSR integral más rápida y eficientemente una vez que se haya implementado el PSIM para SSR.

¿Cuáles son los servicios de SSR integrales?

Según un informe de la Comisión Guttmacher-Lancet, los servicios de SSR integrales son “servicios de salud sexual y reproductiva esenciales que deben cumplir con los estándares de salud pública y de derechos humanos, entre ellos, el marco de ‘disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad’ del derecho a la salud”¹¹⁶. Los servicios deben incluir lo siguiente, según lo citado en el informe de la comisión:

- ▶ Información precisa y asesoramiento sobre SSR, incluida educación integral en sexualidad basada en evidencias.
- ▶ Información, asesoramiento y atención relacionada con la función y la satisfacción sexuales.
- ▶ Prevención, detección y gestión de situaciones de violencia sexual y de género y coerción.
- ▶ Una selección de métodos anticonceptivos seguros y efectivos.
- ▶ Atención prenatal, del parto y posnatal segura y efectiva.
- ▶ Servicios y atención de abortos seguros y efectivos, en la máxima medida que lo admita la ley.
- ▶ Prevención, gestión y tratamiento de la infertilidad.
- ▶ Prevención, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y de infecciones del aparato reproductor.
- ▶ Prevención, detección y tratamiento de cánceres del aparato reproductor.

¿Quiénes deben tener acceso a servicios de SSR integrales?

Como ocurre con el PSIM para SSR, todos (mujeres, niñas, hombres y niños) deben tener acceso a servicios de SSR integrales. La mejor manera de garantizar que los servicios de SSR satisfagan las necesidades de la población afectada es hacer participar a la comunidad en cada fase del desarrollo de esos servicios; solo así las personas se beneficiarán de servicios específicamente adaptados a sus necesidades y demandas, y solo así tendrán interés en el futuro de esos servicios.

¹¹⁶ *Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission (The Lancet*, 9 de mayo de 2018), <https://www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights>.

¿Cuáles son algunas consideraciones que deben tenerse en cuenta en relación con determinadas poblaciones al planificar servicios de SSR integrales?

Los servicios de SSR deben ser accesibles para todas las poblaciones afectadas por crisis, entre ellas, las poblaciones que a menudo son marginadas, como adolescentes, personas con discapacidad, mujeres y hombres solteros y casados, las personas mayores, trabajadores sexuales y clientes, lesbianas, gais, bisexuales, personas transgénero, queer, intersexuales y asexuales [LGBTQIA]), excombatientes, personal uniformado y personas que consumen drogas inyectables. En este cuadro se muestran algunas de las consideraciones especiales que deben tenerse en cuenta con respecto a determinadas poblaciones.

Adolescentes	Las adolescentes en emergencias humanitarias enfrentan mayores riesgos de violencia sexual, abuso y explotación, embarazos no deseados y abortos inseguros. El personal de salud debe saber que los adolescentes que solicitan anticonceptivos tienen derecho a recibir una variedad completa de servicios de anticoncepción, incluidos anticonceptivos de emergencia, independientemente de su edad o de su estado civil. A los adolescentes que se presenten en establecimientos para recibir métodos anticonceptivos voluntarios se les debe preguntar si tienen síntomas de ETS y VIH, y deben analizarse métodos anticonceptivos voluntarios con quienes se acerquen a clínicas que atienden ETS.
Personas que realizan trabajo sexual	Es importante tener presente que las personas que realizan trabajo sexual tienen las mismas necesidades de SSR que sus pares que no son trabajadores sexuales. Es importante garantizar que sus necesidades se aborden mediante conversaciones y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos disponibles, sexo seguro y protección contra ETS y VIH, e instrucciones sobre el uso apropiado de preservativos masculinos y femeninos, y lubricantes. Los proveedores de servicios también deben hacer pruebas de detección del VIH y otras ETS, promover y proporcionar preservativos y lubricantes en cantidades suficientes, indicar el método anticonceptivo preferido del cliente y ofrecer anticoncepción de emergencia.
Personas con discapacidad	La programación de SSR en contextos de emergencia casi nunca comprende ni aborda las necesidades de SSR diversas de las personas con discapacidad. Esas necesidades, las intenciones de las personas con discapacidad en materia de planificación familiar, el mayor riesgo de violencia sexual en situaciones de emergencia al que están expuestas y su acceso a los servicios de anticoncepción voluntarios deben comprenderse y reconocerse como prioridades dentro de la programación de SSR integral.
Personas LGBTQIA	Existen leyes, actitudes y prácticas discriminatorias que, a menudo, generan disparidades en cuanto a la salud y comprometen la posibilidad de las personas LGBTQIA de acceder a servicios de SSR de calidad. La atención de la SSR debe concentrarse en las necesidades específicas de una persona, de acuerdo con su comportamiento y no con su identidad. Los proveedores deben actuar con respeto y sin juzgar cuando presten servicios de anticoncepción y tener en cuenta los obstáculos específicos que pueden enfrentar las personas LGBTQIA cuando busquen atención, y deben intentar abordar las inquietudes específicas de esta población.

¿Qué aspectos deben tenerse en cuenta al ayudar a actores interesados locales e internacionales a planificar la prestación de servicios de SSR integrales?

Para que puedan brindarse servicios de SSR de calidad en contextos de crisis humanitaria es necesario aplicar un enfoque multisectorial integrado. El personal de protección, salud, nutrición y educación, así como de agua, saneamiento e higiene y de servicios comunitarios, forman parte de la planificación y provisión de servicios. Por lo tanto, al planificar, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- ▶ La comunicación entre las personas encargadas de tomar decisiones y los socios para la ejecución
- ▶ Financiamiento suficiente
- ▶ Coordinación efectiva
- ▶ Gestión de la cadena de suministro
- ▶ Gestión de recursos humanos
- ▶ Monitoreo y evaluación
- ▶ Sistema para compartir información, intercambiar comentarios y percepciones, y rendir cuentas a la comunidad afectada
- ▶ Una estrategia de salida para los socios humanitarios

¿Cuándo deben comenzar a planificarse los servicios de SSR integrales?

Es fundamental comenzar a planificar la incorporación de actividades de SSR integrales con los socios del sector/grupo temático de salud y con las mujeres, los adolescentes y los hombres afectados, tan pronto como sea posible. Esto incluye conseguir comentarios y opiniones sobre la respuesta inicial, a fin de identificar deficiencias, aspectos positivos y maneras de mejorar. Durante la planificación para brindar servicios de SSR integrales, deben crearse y mantenerse los servicios prioritarios establecidos como parte del PSIM para SSR, y se debería mejorar su calidad; además, deberían ampliarse con otros servicios y programación de SSR integrales durante todo el período de crisis, recuperación y reconstrucción.

PROCESO CONTINUO DE ATENCIÓN ANTE UNA EMERGENCIA



¿Cómo debería llevarse a cabo el proceso de planificación de servicios de SSR integrales?

En el proceso de planificación de servicios de SSR integrales deberían participar los actores interesados nacionales, los socios nacionales e internacionales, los socios pertinentes a nivel provincial, regional o local, y la población afectada¹¹⁷. El objetivo del proceso de planificación participativo es incorporar la programación de SSR integral en las iniciativas de reconstrucción del sistema de salud mediante un plan de trabajo colectivo para SSR integrales. Como parte de dicho proceso, los actores interesados clave deben hacer lo siguiente:

1. Evaluar la situación actual, incluido el estado de implementación del PSIM para SSR y el estado de la SSR entre las poblaciones afectadas.
2. Sobre la base de esta información y utilizando los elementos centrales del sistema de salud (ver más información a continuación) como marco, identificar necesidades de servicios de SSR y oportunidades para expandirlos a la atención primaria de la salud e integrarlos en ella.
3. Haciendo referencia a las actividades e intervenciones en conjunto como deficiencias y oportunidades, identificar y decidir prioridades de planificación. Entre las prioridades para conseguir que se brinden servicios de SSR integrales podrían incluirse las de ampliar y fortalecer los actuales servicios de PSIM para SSR, así como incluir o fortalecer los servicios de SSR que no se encuentran dentro del PSIM para SSR.

¹¹⁷ Training Partnership Initiative, de IAWG, está preparando herramientas para implementar este proceso de planificación participativa: "Integrating Sexual and Reproductive Health into Health System Reconstruction: A Workshop Toolkit to Catalyze Participatory Planning to Move from the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive in Crisis Situations to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Programming".

4. Elaborar un plan de trabajo colectivo para servicios de SSR integrales con los siguientes fines:
 - a. fortalecer y aprovechar la actual implementación de SSR;
 - b. abordar deficiencias y desafíos de los servicios;
 - c. servir de instrumento de incidencia para recabar apoyo y fondos para programas; y
 - d. brindar comentarios sobre la revisión general de los programas de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y de adolescentes.

Si bien la planificación inicial comienza al principio de la respuesta, este proceso participativo formal debería iniciarse apenas se alcancen los indicadores del PSIM y cuando los procesos y organismos de ayuda humanitaria comiencen procesos de planificación a más largo plazo. Para evitar demoras y garantizar la sostenibilidad, es fundamental que los componentes de servicios integrales pasen a formar parte de los procesos de financiamiento y planificación a más largo plazo, como planes de respuesta humanitaria. ***Es importante señalar que la implementación de programación de SSR integral no debe afectar negativamente la disponibilidad de los servicios del PSIM para SSR; por lo contrario, debe mejorarlos y ampliarlos.***

¿Qué aspectos deben evaluarse y planificarse de acuerdo con los elementos centrales del sistema de salud de la OMS?

1. Provisión de servicios

Debe colaborarse con las autoridades nacionales y locales, la comunidad afectada y, cuando corresponda, los expertos en administración de campamentos, para identificar sitios nuevos y existentes donde quizás puedan prestarse servicios de SSR integrales, como clínicas de planificación familiar, salas para pacientes ambulatorios o servicios de SSR específicos para adolescentes. Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos (entre otros) al elegir lugares adecuados:

- ▶ La posibilidad de comunicaciones y transporte para derivaciones
- ▶ Cantidad, tipo y calidad de los establecimientos de salud, servicios de SSR y otros servicios de salud existentes, y distancia hasta estos
- ▶ Accesibilidad a todos los usuarios potenciales, en toda su diversidad, incluidas las poblaciones afectadas y el grupo destinatario
- ▶ La posible integración con otros servicios en comparación con servicios independientes
- ▶ La seguridad en el lugar de uso así como durante el desplazamiento entre el hogar y el punto de prestación de los servicios

2. Personal de salud

Evaluar la capacidad del personal para prestar servicios de SSR integrales, establecer planes para capacitar o recapacitar al personal y garantizar una supervisión que les brinde apoyo. La capacidad del personal puede medirse mediante actividades de supervisión (p. ej., listas de verificación de monitoreo, observación directa o entrevistas de salida a los clientes) o mediante exámenes formales de conocimientos y aptitudes.

Al planificar la capacitación o recapitación del personal, se debe trabajar con las autoridades nacionales, institutos académicos e institutos de capacitación y tener en cuenta el programa existente. Cuando sea posible, deben contratarse capacitadores nacionales y planificarse sesiones de capacitación de manera cuidadosa, a fin de evitar que falte personal en servicio en los establecimientos de salud. Es fundamental capacitar a los trabajadores de la salud sobre los derechos de los pacientes y la provisión de una atención respetuosa, imparcial y equitativa, y esos temas deben incorporarse en las capacitaciones, cronogramas de capacitación y supervisión de apoyo.

Se deben tener en cuenta las oportunidades permanentes de desarrollo de capacidades fuera de las capacitaciones, como la supervisión de apoyo, los programas de mentoría y las oportunidades de poner en práctica las habilidades aprendidas.

Proporcionar protocolos y herramientas de apoyo para el trabajo para ayudar a prestar servicios de calidad en función de mejores prácticas basadas en evidencias. Si desea consultar ejemplos, ingrese en iawg.net/resource/job-aids-health-care-providers-humanitarian-settings/.

3. Sistema de información de salud

Para avanzar más allá de PSIM para SSR y comenzar a planificar la prestación de servicios de SSR integrales, los administradores de programas de SSR, en estrecha colaboración con los socios del sector/grupo de salud, deben recabar la información existente o estimar datos que ayuden a diseñar tal programa.

Entre los ejemplos de información que ayuda a planificar una SSR integral se incluyen:

- ▶ Políticas y protocolos pertinentes del Ministerio de Salud para brindar atención estandarizada (p. ej., gestión sindrómica de ETS, protocolos de planificación familiar, y leyes y reglamentaciones acerca de servicios de aborto seguro).
- ▶ Indicadores del PSIM para servicios de SSR que se monitorean y evalúan. La lista de verificación del PSIM para SSR en el apéndice B y los instrumentos de evaluación de procesos son útiles para que se implementen los componentes del PSIM para SSR¹¹⁸. A efectos de reunir datos como parte de las evaluaciones de necesidades, pueden ser útiles las Herramientas para la Evaluación de Salud Reproductiva de Mujeres Afectadas por Conflictos (*Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*)¹¹⁹.
- ▶ Datos de servicios y consumo de insumos en establecimientos de salud.
- ▶ Información demográfica de SSR recabada sobre la población afectada, cantidad de mujeres en edad reproductiva, cantidad de hombres sexualmente activos, tasa bruta de nacimientos, datos de mortalidad por edad y sexo, tasa de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad materna.
- ▶ La prevalencia de ETS y VIH, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos y los métodos preferidos, la prevalencia de abortos inseguros, y los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población afectada con respecto a la SSR.

118 IAWG. (2017). MISP Process Evaluation Tools. Extraído de: www.iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017.

119 Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Coordinating Center for Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, y Department of Health and Human Services. (2007). *Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women*. Atlanta, GA. Extraído de: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/ToolkitforConflictAffectedWomen.pdf.



Incorporación de servicios de SSR integrales en la atención primaria de la salud durante la respuesta humanitaria a la situación de los rohinyás en Bangladés

Se realizó una evaluación de necesidades mediante una sólida toma de muestras, lo que permitió un análisis de datos y evidencias en tiempo real para orientar la planificación y programación¹²⁰. Sin embargo, uno de los principales desafíos con respecto a incorporar atención de SSR integral estaba relacionado con el financiamiento. El financiamiento estaba disponible para períodos cortos y respuestas conjuntas, por lo cual resultaba difícil planificar a largo plazo y había un alto riesgo de retiro del servicio. Esto pone de manifiesto la necesidad de intentar identificar fuentes de financiamiento a largo plazo tan pronto como sea posible.

4. Productos básicos médicos

No se supone que los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR) sean botiquines de resuministro y, si se los usa durante un período prolongado, es posible que se acumulen productos y medicamentos que no se necesitan. Si bien al inicio de una emergencia es conveniente suministrar medicamentos y dispositivos médicos en botiquines estándares preembalados, deben abordarse las necesidades locales específicas tan pronto como sea posible y deben ordenarse más insumos según sea necesario. Esto ayudará a garantizar la sostenibilidad del programa de SSR y de la cadena de suministros nacional, a reducir los costos innecesarios y a evitar la escasez de determinados insumos y el desperdicio de otros que no suelen usarse en el contexto específico.

Una vez que se han establecido los servicios básicos, se debe trabajar con el coordinador de SSR y otros socios de salud para evaluar las necesidades de SSR e intentar ordenar nuevamente medicamentos a granel, dispositivos y equipos según el consumo de esos artículos, a fin de garantizar que el programa de SSR pueda mantenerse y ampliarse. Para realizar este cambio, el coordinador de SSR debe:

- ▶ fortalecer o crear un sistema de información de gestión de logística de insumos médicos tan pronto como sea posible, en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y otros socios de insumos de salud;
- ▶ calcular el uso de insumos de SSR sobre la base de datos demográficos, de consumo y de servicios, y realizar un pronóstico; evaluar los cambios en las necesidades de SSR de la población y de qué manera esto puede afectar las necesidades de insumos; y
- ▶ hacer un nuevo pedido de insumos según sea necesario de acuerdo con un plan de suministro; en ese pedido puede combinarse un Botiquín ISR con la adquisición de productos a granel.

Al hacer un pedido de insumos para servicios de SSR integrales, coordine la gestión de productos básicos de SSR con las autoridades de salud y los sectores/grupos temáticos de salud y logística a fin de lograr el acceso ininterrumpido a servicios de SSR y evitar crear varias cadenas de suministro de salud.

¹²⁰ Seguimiento de la visita de campo, Comisión de Mujeres para los Refugiados, noviembre de 2018.

A continuación, algunas sugerencias para fortalecer las cadenas de suministro nacionales:

- ▶ Contratar personal capacitado en gestión de la cadena de suministro y logística médica.
- ▶ Desarrollar la capacidad del personal actual en materia de gestión de la cadena de suministro.
- ▶ Establecer un subgrupo de coordinación de salud y logística dentro del grupo temático de salud, que trabaje en estrecha colaboración con el grupo de logística.
- ▶ Calcular el consumo y uso mensuales de productos básicos de SSR.
- ▶ Apoyar la creación de un sistema de información de gestión de logística nacional o reforzar el existente (si lo hubiera).
- ▶ Identificar los canales de suministro médico. Si las cadenas de suministro locales son inadecuadas (p. ej., no pueden confirmar los estándares de calidad), deben obtenerse productos básicos de SSR mediante proveedores mundiales reconocidos o con el apoyo del UNFPA (mediante la Subdivisión de Servicios de Adquisición¹²¹), Unicef o la OMS, que pueden facilitar la compra de cantidades a granel de insumos de SSR de calidad a costos más bajos.
- ▶ Hacer pedidos oportunos mediante líneas de suministro identificadas.
- ▶ Almacenar los insumos tan cerca de la población destinataria como sea posible.



Siempre debe tenerse presente la importancia de utilizar y fortalecer cadenas de suministros médicos sostenibles al planificar servicios de SSR integrales. Para obtener más información y orientación, ver la unidad 9 en esta publicación y el capítulo 4 en el Manual de Trabajo Interinstitucional (IAFM) 2018.

5. Financiamiento

Para garantizar el acceso permanente a atención de SSR accesible, integral y de alta calidad, debe considerarse aplicar mecanismos de financiamiento a largo plazo durante la respuesta inicial a una crisis. Es fundamental un buen sistema de financiamiento de la salud para sostener la atención de SSR integral^{122,123}. Hay varias opciones de financiamiento, por ejemplo, las siguientes:

- ▶ Financiamiento comunitario y seguro de salud comunitario
- ▶ Transferencias de efectivo condicionales y no condicionales
- ▶ Sumas que el usuario paga de su bolsillo o aranceles pagaderos por el usuario
- ▶ Financiamiento basado en los resultados
- ▶ Subsidios en forma de vales a clientes y reembolsos para los trabajadores de la salud
- ▶ *Marketing* social y franquicias

¹²¹ www.unfpaprourement.org.

¹²² Kutzin J., Witter S., Jowett M., Bayarsaikhan D. Developing a national health financing strategy: a reference guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. (Health Financing Guidance N.º 3) Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, consultado el: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254757/9789241512107-eng.pdf?sequence=1>.

¹²³ *Health financing in post-conflict settings – a literature review*, (ReBUILD Consortium, 2011), <https://rebuildconsortium.com/media/1124/health-financing-in-post-conflict-settings-a-literature-review.pdf>.



Iniciativas sobre financiamiento en materia de salud de Acnur

- ▶ Acnur ha comenzado a implementar, con resultados positivos, intervenciones en contextos de refugiados, como por ejemplo, un programa que ofrece a las refugiadas sirias pagos en efectivo a corto plazo para compensar el costo de la atención de la salud materna¹²⁴.
- ▶ El organismo de la ONU también ha logrado integrar a poblaciones afectadas por la crisis en la estructura nacional de seguros de salud del país donde residen.

6. Gobernanza y liderazgo

Los niveles internacionales, nacionales y comunitarios pueden impulsar el liderazgo y la gobernanza para integrar la SSR en las iniciativas tendientes al fortalecimiento de los sistemas de salud.

Nivel nacional e internacional: Al identificar las políticas, pautas y protocolos existentes que no respaldan la SSR ni los derechos o que no cumplen con estándares internacionales, los actores internacionales pueden abogar ante las autoridades nacionales y apoyarlas para que lleven adelante un plan de fortalecimiento de los sistemas de salud que aborde la morbilidad y mortalidad excesivas relacionadas con la SSR.

Nivel comunitario: Las comunidades deben comprender sus derechos y participan en el diseño y la implementación de servicios de SSR, generando demanda y exigiendo rendición de cuentas (p. ej., registrar quejas y buscar soluciones). Se les deben brindar los recursos necesarios que respalden esos esfuerzos.

Unidad 7: Puntos clave

- ▶ Si no todos los miembros de una población afectada por una crisis pueden recibir servicios de SSR integrales, la morbilidad y la mortalidad serán mayores.
- ▶ Es fundamental comenzar a planificar la incorporación de actividades de SSR integrales con los socios del sector/grupo temático de salud y con las mujeres, los adolescentes y los hombres afectados, desde el inicio de la respuesta humanitaria.
- ▶ La implementación de programación de SSR integral no debe afectar negativamente la disponibilidad de los servicios del PSIM para SSR; por lo contrario, debe mejorarlos y ampliarlos.
- ▶ Al igual que los servicios del PSIM para SSR, los servicios de SSR integrales deben ser accesibles para todas las poblaciones afectadas por crisis, incluidos los adolescentes, las personas con discapacidad, las mujeres y los hombres solteros y casados, las personas mayores, trabajadores sexuales y clientes, personas LGBTQIA, excombatientes, personal uniformado y personas que consumen drogas inyectables.
- ▶ La SSR debe formar parte de los paquetes de salud pública y vincularse con otros sectores de servicios, incluso cuando se fortalezca la gestión de la cadena de suministro de SSR.
- ▶ Al planificar servicios de SSR integrales, utilizar como marco los seis elementos centrales del sistema de salud: la prestación de servicios, el personal de salud, el sistema de información de salud, los insumos y productos básicos médicos, el financiamiento, y la gobernanza y el liderazgo.

124 Cash-Based Interventions for Health Programmes in Refugee Settings: A Review, (Acnur, 2015), <https://www.unhcr.org/568bce619.pdf>.

Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
¿Qué ocurriría si parece no haber muchas mujeres que trabajen en salud?	<p>Debe hacerse lo posible por identificar y contratar trabajadoras de salud mujeres, en especial, en contextos donde existen estrictas normas religiosas o culturales que impiden a los trabajadores de salud hombres examinar a pacientes mujeres. Cuando sea posible, hay que contratar y capacitar a trabajadoras de salud mujeres en la etapa de preparación para emergencias.</p> <p>La falta de personal femenino, sin embargo, no debe ser impedimento para que mujeres y niñas accedan a la atención. Otra opción es asegurarse de que una asistente o amiga acompañe a la mujer que necesita atención médica.</p>
¿Qué puede hacer un organismo para obtener datos confiables sobre la población afectada por una crisis (p. ej., información básica sobre mortalidad materna, de bebés y niños, prevalencia del VIH/de ETS y uso de anticonceptivos)?	<p>Esta información debe recopilarse a través del sector/grupo temático de salud y debería estar disponible para todos sus miembros, incluido el Ministerio de Salud. Además, es posible que los organismos que asisten a reuniones del sector/grupo temático de salud y del grupo de trabajo sobre SSR puedan obtener colectivamente datos confiables en Internet de organismos como el UNFPA, la OMS, la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Mundial, la Encuesta Demográfica y de Salud, y el Ministerio de Salud.</p> <p>De ser posible, se debe intentar recabar datos de recursos en línea fidedignos o solicitar a las oficinas centrales que colaboren y se aseguren de que los datos se compartan y se comparen con otros con los que cuenta el sector/grupo temático de salud en general. Cuando existan incongruencias en los datos, el sector/grupo de temático salud deben analizarlas para determinar qué datos utilizar.</p>
¿Cómo puedo iniciar un proceso de planificación participativo para ampliar los servicios del PSIM para SSR y brindar SSR integral?	<p>La experiencia en campo ha demostrado que sigue siendo difícil llevar a cabo este objetivo del PSIM para SSR. Para abordar esta deficiencia, la Training Partnership Initiative, del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis está elaborando herramientas para talleres que puedan ayudar a los coordinadores de SSR y a los actores interesados clave nacionales e internacionales en sus iniciativas de ampliar los servicios del PSIM para SSR y convertirlos en servicios de SSR integrales. Estas herramientas estarán disponibles en el sitio web del IAWG en 2020.</p>

LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR: PLANIFICAR PARA LA TRANSICIÓN HACIA SERVICIOS DE SSR INTEGRALES

La lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR puede usarse para monitorear la prestación del servicio de SSR en contextos humanitarios.

7. Planificar para la transición hacia servicios de SSR integrales			
7.1	Provisión de servicios	Sí	No
	Necesidades de SSR identificadas en la comunidad		
	Lugares aptos para prestar servicios de SSR identificados		
7.2	Personal de salud	Sí	No
	Capacidad del personal evaluada		
	Necesidades y niveles de personal identificados		
	Capacitaciones diseñadas y planificadas		
7.3	Sistema de Información de Salud	Sí	No
	Información de SSR incluida en el sistema de información de salud		
7.4	Productos básicos médicos	Sí	No
	Necesidades de productos básicos de SSR identificadas		
	Líneas de suministro de productos básicos de SSR identificadas, consolidadas y fortalecidas		
7.5	Financiamiento	Sí	No
	Posibilidades de proporcionar fondos para SSR identificadas		
7.6	Gobernanza y liderazgo	Sí	No
7.7	Leyes, políticas y protocolos relacionados con SSR revisados		

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué insumos son útiles para planificar que los servicios de SSR integrales formen parte la atención primaria de la salud?

Este objetivo no tiene un botiquín asociado.

Cuestionario sobre la unidad 7: Planificar para incorporar los servicios de SSR integrales en la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible

1. ¿Cuál de los siguientes es un elemento/componente central del sistema de salud?
 - a. Sistema de información de salud
 - b. Personal de salud
 - c. Conocimiento de la comunidad
 - d. Provisión de servicios
 - e. a, b y d
2. Para garantizar el acceso permanente a atención de SSR accesible e integral, debe considerarse aplicar mecanismos de financiamiento a largo plazo durante la respuesta inicial a una crisis.

Verdadero o Falso

3. ¿Cuál de los siguientes no debe tenerse en cuenta al elegir un centro para la prestación de servicios de SSR integrales?
 - a. La distancia hasta los establecimientos de salud, servicios de SSR y otros servicios de salud existentes
 - b. La accesibilidad de todos los posibles usuarios
 - c. La posibilidad de contar con un servicio de SSR independiente
 - d. La privacidad y confidencialidad durante las consultas
 - e. La posibilidad de comunicaciones y transporte para derivaciones.
4. Al planificar servicios de SSR integrales, debe continuar ordenando Botiquines ISR preembalados.

Verdadero o Falso

5. ¿Qué información o datos deben recabarse para planificar servicios de SSR integrales?
 - a. Protocolos de determinadas organizaciones para atención estandarizada
 - b. Indicadores del PSIM para servicios de SSR que se monitorean y evalúan
 - c. Datos y estadísticas de salud generales sobre enfermedades contagiosas y no contagiosas, tasas de desnutrición, etc.
 - d. Prevalencia de enfermedades crónicas y conocimientos sobre salud de la población afectada
 - e. Todos los anteriores

UNIDAD 8: OTRAS PRIORIDADES DE SSR PARA EL PSIM



En todos los países donde no hay servicios de aborto seguro, se producen abortos inseguros¹²⁵. El acceso a servicios de aborto seguro para todas las mujeres y niñas es de fundamental importancia para salvar sus vidas, dado que los embarazos no deseados y los abortos inseguros representan casi el 8 %¹²⁶. Todas las mujeres y niñas deberían poder acceder a la atención del aborto seguro, como mínimo, para las indicaciones autorizadas por ley. La atención posterior al aborto no está sujeta a restricciones legales y debería encontrarse disponible en todos los casos.

En la versión revisada del año 2018 del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, se identificó otra actividad prioritaria además de los objetivos primordiales del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la salud sexual y reproductiva (SSR). Específicamente, el manual indica que es importante garantizar que haya servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ explicar por qué los servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley son importantes en contextos de crisis humanitaria;
- ▶ indicar cómo se puede encontrar información sobre las políticas nacionales para la prestación de servicios de aborto seguro y
- ▶ explicar cómo facilitar el acceso y asegurar que la atención del aborto seguro se encuentre disponible en la máxima medida que lo admita la ley, al inicio de una emergencia y al planificar servicios de SSR integrales.

Otras actividades prioritarias del PSIM para SSR:

- ▶ También es importante garantizar que, en los centros de salud y establecimientos hospitalarios, haya servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley.

¹²⁵ *Women and Girls Continue to Be at Risk of Unsafe Abortion* (OMS, septiembre de 2017), https://www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/abortion-safety-estimates/en/.

¹²⁶ "Induced Abortion Worldwide"; y *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, pág. 48.

¿Por qué los servicios de aborto seguro son importantes en contextos de crisis humanitaria?

En los escenarios humanitarios, es probable que aumente la necesidad de servicios de aborto seguro. Así como la violencia sexual se asocia con la guerra y con situaciones de crisis aguda, el trauma resultante de la violencia sexual puede exacerbarse si, como consecuencia del incidente, se produce un embarazo. Por eso, muchos acuerdos internacionales y órganos expertos en derechos humanos apoyan la decisión de brindar servicios de aborto seguro a mujeres que fueron violadas sexualmente durante una crisis; las normas internacionales de derechos humanos respaldan el acceso a servicios de aborto seguro en todos los contextos¹²⁷.

En situaciones de crisis humanitaria, las mujeres y niñas también pueden estar expuestas a un mayor riesgo de embarazo no deseado por haber perdido el acceso a la anticoncepción voluntaria o por tener un menor acceso a estos recursos. Es posible que deseen retrasar la maternidad hasta que su seguridad y su subsistencia estén aseguradas, pero no tengan acceso a métodos anticonceptivos a raíz de situaciones que alteran los servicios e insumos de salud.

Aborto inseguro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado llevado a cabo por personas que no tienen las habilidades necesarias, en entornos que no cumplen con los estándares médicos mínimos, o ambos¹²⁸.

¿Cómo debería facilitarse la atención del aborto seguro desde el inicio de una emergencia?

Dada su importancia, resulta fundamental que el coordinador de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios aseguren que la atención del aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley se encuentre disponible al inicio de una crisis mediante la prestación directa del servicio o a través de la derivación a proveedores capacitados. Cuando no hay capacidad existente, la atención del aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley debe ponerse a disposición una vez que estén en curso las actividades prioritarias del PSIM para SSR, preferentemente dentro de los tres meses del inicio de una emergencia, o incluso antes.

127 Entre los acuerdos internacionales que promueven el acceso a la atención de aborto seguro se incluyen los Convenios de Ginebra, artículo 3 (la negativa de un aborto seguro a una sobreviviente de una violación puede considerarse una violación de sus derechos), la Resolución 2106 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (respalda el acceso a servicios completos de salud reproductiva, incluido el aborto seguro para sobrevivientes de violación), y el Protocolo de Maputo.

128 *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (OMS, 2012), https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/.

Atención posterior al aborto

La atención posterior al aborto es la estrategia global para reducir las muertes y el sufrimiento asociados con complicaciones que son el resultado de abortos inseguros y espontáneos. Comprende cinco elementos¹²⁹:

- ▶ Tratamiento de abortos incompletos e inseguros, y de las complicaciones que pueden suponer un riesgo para la vida.
- ▶ Asesoramiento para identificar y responder a las necesidades de salud emocional y física, y a otras inquietudes de las mujeres y niñas.
- ▶ Servicios de anticoncepción voluntaria que ayudan a las mujeres y niñas a evitar embarazos no deseados.
- ▶ Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud que se proporcionan preferentemente en el lugar o mediante derivaciones a otros establecimientos accesibles en las redes de los proveedores.
- ▶ Alianzas entre las comunidades y los proveedores de servicios para evitar el embarazo no deseado, movilizar recursos (para ayudar a las mujeres y niñas a recibir atención apropiada y oportuna para complicaciones relacionadas con el aborto), y para asegurar que los servicios de salud reflejen y cubran las necesidades y expectativas de la comunidad.

La atención integral del aborto incluye todos los elementos de la atención posterior al aborto, así como el aborto inducido seguro.

¿Dónde se pueden encontrar las políticas nacionales para la atención del aborto seguro?

En la mayoría de los países, el aborto inducido está legalmente permitido por lo menos en determinadas circunstancias. En muchos países, el aborto se permite si el embarazo pone en riesgo la salud física y mental de la mujer, y cuando el embarazo es consecuencia de violación o incesto. El coordinador de SSR debe identificar las condiciones en las cuales las políticas nacionales, los acuerdos internacionales firmados y el derecho internacional humanitario y de los derechos humanos permiten que se brinden servicios de aborto seguro. Se pueden encontrar otros recursos relativos a políticas globales sobre aborto en srhr.org/abortion-policies/.

¿Qué se puede hacer para facilitar el acceso y asegurar que se encuentre disponible atención del aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley?

Es esencial que los actores humanitarios colaboren para aumentar el acceso a servicios de aborto seguro. Algunos puntos de acceso prometedores serían, entre otros, los siguientes:

- ▶ Proporcionar servicios de aborto seguro a través de establecimientos de salud administrados por organizaciones y/o con personal compuesto por proveedores predispuestos y capacitados;

129 Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, pág. 146.

- ▶ Ofrecer apoyo técnico al personal médico calificado que ya proporciona servicios de aborto; y
- ▶ Reducir el daño provocado por abortos inseguros mediante la distribución de información e insumos para el aborto seguro inducido con medicamentos.

No todas las organizaciones tendrán la capacidad para brindar atención del aborto seguro, de manera que es importante identificar proveedores y organizaciones que tengan la capacidad necesaria y derivar a las pacientes a esos recursos.

¿Quiénes deben proporcionar servicios de aborto seguro en una emergencia aguda?

Al inicio de una crisis, los servicios deben ser proporcionados por proveedores de atención de la salud que ya estén capacitados en la provisión de atención del aborto seguro. En muchos casos, puede proporcionarse capacitación rápida en el trabajo (de ser posible, en colaboración con las contrapartes nacionales) a trabajadores de atención de la salud calificados, con el objeto de desarrollar sus habilidades cuando no haya disponibles proveedores previamente capacitados. Cuando se atraviesa la transición a servicios de SSR integrales, las organizaciones deben planificar la capacitación basada en competencias, el empleo constante de mentorías clínicas y la mejora continua de las actitudes del personal para acompañar la provisión de servicios de alta calidad¹³⁰. El cambio de tareas también debería incorporarse a los servicios integrales. Con la capacitación y el apoyo adecuados, el personal de enfermería, las parteras y otros proveedores de atención de la salud capacitados pueden proporcionar, de manera segura, servicios de aborto y de atención posterior al aborto de primera línea, incluso en ámbitos ambulatorios¹³¹.



Otra prioridad del PSIM para SSR: la realidad de implementar servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley

Una organización reconoció la necesidad de brindar un mayor acceso a la atención del aborto seguro y decidió introducir servicios para la atención integral del aborto, como parte de servicios que ya eran ofrecidos por personal de enfermería y parteras en establecimientos de salud gubernamentales del lugar afectado¹³². La organización brindó capacitación in situ sobre misoprostol y aspiración de vacío manual para la atención integral del aborto y proporcionó todos los insumos y equipos necesarios. Con el objeto de preservar la privacidad y la confidencialidad, se ideó un sistema para anotar a las clientas de servicios de aborto seguro en el registro de atención posterior al aborto usando una marca confidencial. Se proporcionó información sobre los servicios de atención integral del aborto durante sesiones individuales de extensión a la comunidad, con el fin de mantener un bajo perfil dentro de la comunidad.

130 *Abortion Attitude Transformation: A Values Clarification Toolkit for Humanitarian Audiences* (Ipas), consultado el 8 de abril de 2019, <https://ipas.org/resources/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences>.

131 *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto* (OMS, julio de 2015), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf;jsessionid=313E0335A641BF13E816880FFB93EBDB?sequence=1. Consultar el capítulo 8 del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* para obtener más información.

132 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, pág. 157.

Manejo del aborto y atención después del aborto en el primer trimestre

	Trabajadores de la salud no profesionales	Trabajadores de farmacias	Farmacéuticos	Médicos de sistemas complement. de la medicina	Personal de enfermería auxiliar/ enfermeras-parteras auxiliares	Personal de enfermería	Parteras	Médicos asociados/ médicos asociados avanzados	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Aspiración de vacío para el aborto inducido	 **	 **	 **						 *	 *
Aspiración de vacío para el manejo del aborto incompleto sin complicaciones/ aborto espontáneo	 **	 **	 **						 *	 *
Aborto inducido con medicamentos en el primer trimestre	Recomend. para subtareas (ver a cont.)		Recomend. para subtareas (ver a cont.)						 *	 *
Manejo del aborto/aborto espontáneo sin complicaciones con misoprostol									 *	 *

* se considera dentro del espectro habitual de la práctica; sin evaluación de evidencias

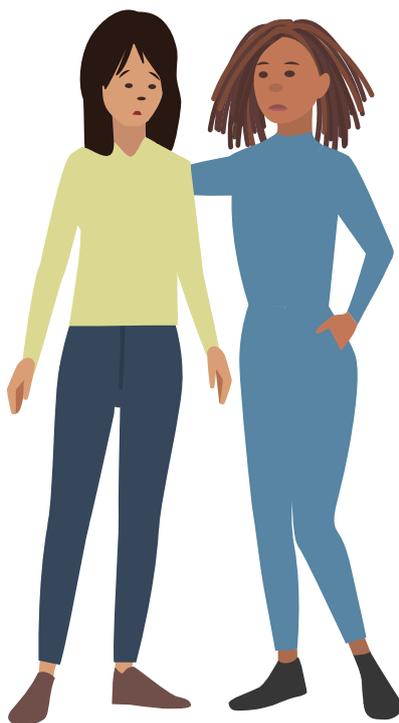
** se considera fuera del espectro habitual de la práctica; sin evaluación de evidencias

Categoría de la recomendación	Símbolo	Explicación
Recomendada		Los beneficios de implementar esta opción superan los posibles daños. Esta opción se puede implementar, inclusive a escala.
Recomendada en circunstancias específicas		Los beneficios de implementar esta opción superan los posibles daños en circunstancias específicas. Se resumen las circunstancias específicas para cada recomendación. Esta opción se puede implementar en estas circunstancias específicas.
Recomendada en el contexto de una investigación rigurosa		Existen incertezas significativas acerca de esta opción (relacionadas con beneficios, daños, aceptabilidad y viabilidad), y se necesita una investigación apropiada, bien diseñada y rigurosa para abordarlas.
No se recomienda		Esta opción no debería implementarse.

Si una mujer elige realizarse un aborto, ¿qué debería hacer un proveedor de atención de la salud?

El proveedor de atención de la salud debería:

- ▶ brindar información no sesgada y con precisión médica sobre los servicios de aborto en un formato que la mujer pueda comprender y recordar;
- ▶ explicar cuáles son los requisitos legales para obtener atención del aborto seguro;
- ▶ explicar dónde y cómo obtener servicios de aborto seguro y legal, y su costo;
- ▶ proporcionar medicamentos abortivos, con mifepristona/misoprostol, si los hubiera, o solo con misoprostol si no hubiera mifepristona disponible, aspiración de vacío, dilatación y evacuación, o procedimientos de inducción, como lo recomienda la OMS;
- ▶ brindar a las mujeres información, y ofrecerles asesoramiento, sobre uso de métodos anticonceptivos después del aborto, y proporcionarles esos métodos a quienes los acepten; y
- ▶ considerar brindar tratamiento preventivo para gonorrea y clamidia en contextos con alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS).



Consideraciones especiales

Adolescentes

Existen numerosos obstáculos sociales, económicos, de logística, de política y relacionados con el sistema de salud que se interponen a que las adolescentes puedan acceder a atención del aborto seguro, que incluyen la estigmatización y las actitudes negativas de cara a la sexualidad adolescente, el temor a las repercusiones negativas, la falta de acceso a educación integral en sexualidad, los recursos financieros limitados en relación con el costo de la atención, el transporte, las leyes sobre participación de terceros y los problemas vinculados con la privacidad y la confidencialidad. Esta dinámica explica por qué, con frecuencia, las mujeres jóvenes no encuentran más alternativa que recurrir a abortos inseguros, incluso en contextos en los cuales el aborto seguro es legal. Todas las adolescentes deberían poder acceder a servicios de aborto caracterizados por la compasión y la confidencialidad, independientemente de cuál sea su estado civil.

Mujeres que han sufrido violencia

Es probable que los proveedores se encuentren con mujeres que han sufrido violencia sexual. Las mujeres que han sido víctimas de este tipo de violencia a menudo sufren afecciones relacionadas con la salud, como lesiones físicas, ETS, malestar psicológico o embarazo no deseado. La violencia física o psicológica durante el embarazo también puede contribuir al aborto espontáneo o al deseo de tener un aborto. Los servicios de aborto pueden ser el único contacto que tengan las mujeres que han sufrido violencia con el sistema de atención de la salud. Los consejeros deben desarrollar un método estándar para preguntar a todas las clientas sobre la violencia en sus vidas e incorporar estas preguntas en el asesoramiento de rutina. Se deben ofrecer servicios de aborto compasivos a las sobrevivientes de violencia sexual si desean interrumpir el embarazo, y las clientas de servicios de aborto que cuenten sus experiencias de violencia sexual deben ser derivadas para recibir apoyo psicosocial. Ver la unidad 3 para más información.

Unidad 8: Puntos clave

- ▶ La atención del aborto seguro debería estar disponible y ser accesible para todas las mujeres y niñas en la máxima medida admitida por la ley. La atención posterior al aborto no está sujeta a restricciones legales y siempre debería estar disponible.
- ▶ El acceso a un aborto seguro para todas las mujeres y niñas es fundamental para salvar sus vidas, teniendo en cuenta que los embarazos no deseados y los abortos inseguros están entre las principales causas de mortalidad materna.
- ▶ En la mayoría de los países, el aborto inducido está legalmente permitido, por lo menos en determinadas circunstancias. En muchos países, el aborto se permite si el embarazo pone en riesgo la salud física y mental de la mujer, y cuando el embarazo es consecuencia de violación o incesto.
- ▶ El coordinador de SSR debe identificar las condiciones en las cuales las políticas nacionales, los acuerdos internacionales firmados y el derecho internacional humanitario y de los derechos humanos permiten que se brinden servicios de aborto seguro.
- ▶ Dada su importancia, resulta fundamental que el coordinador de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios aseguren que la atención del aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley se encuentre disponible al inicio de una crisis mediante la prestación directa del servicio o a través de la derivación a prestadores capacitados.
- ▶ Puede proporcionarse capacitación rápida en el trabajo (de ser posible, en colaboración con las contrapartes nacionales) a trabajadores de atención de la salud calificados, con el objeto de desarrollar sus habilidades cuando no haya proveedores previamente capacitados.
- ▶ Cuando no hay capacidad existente, la atención del aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley debe ponerse a disposición una vez que estén en curso las actividades prioritarias del PSIM para SSR, preferentemente dentro de los tres meses del inicio de una emergencia, o incluso antes.



Desafíos y soluciones

Desafíos	Soluciones
<p>¿Qué se debe hacer desde el inicio de una emergencia para asegurar que se encuentre disponible la atención del aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley?</p>	<p>Comprender la ley y en qué casos la atención del aborto seguro es legal.</p> <p>Realizar un mapeo de los proveedores existentes en la comunidad de acogida o entre las organizaciones no gubernamentales internacionales. Brindar apoyo a los proveedores locales con otros recursos humanos y financieros, lo cual incluye los insumos para brindar apoyo al establecimiento y facilitar las derivaciones en la medida en que sea posible.</p>
<p>¿Qué se debe hacer si las circunstancias en las cuales el aborto está legalmente permitido son limitadas y no satisfacen las necesidades de mujeres y niñas?</p>	<p>Interpretar las indicaciones legales para el aborto con la máxima amplitud permitida por la ley, y tomar en cuenta el derecho internacional humanitario y de los derechos humanos a fin de brindar un mayor acceso a la atención del aborto seguro para la mayor cantidad posible de mujeres y niñas.</p> <p>Es posible que no todas las mujeres que soliciten un aborto cumplan con los criterios legales para que el procedimiento se lleve a cabo. Cuando las mujeres que solicitan un aborto son rechazadas en los servicios, suelen recurrir a métodos inseguros que pueden causarles lesiones o la muerte. En estos casos, los proveedores pueden asesorar a las clientas que solicitan abortos acerca de la opción más segura de autoadministración del aborto utilizando misoprostol solo o una combinación de misoprostol con mifepristona. Este abordaje suele denominarse “de reducción de daños” y puede resultar viable en contextos en los cuales el misoprostol se encuentra disponible y es accesible en el mercado local.</p>
<p>¿Qué puede hacerse si los proveedores no tienen competencias en los métodos de atención del aborto seguro recomendados por la OMS?</p>	<p>En colaboración con las autoridades nacionales, en los casos en que resulta viable, se debe trabajar con proveedores que ya cuenten con las competencias de atención del aborto seguro o hacer derivaciones a proveedores con esta formación, siempre que sea posible.</p> <p>Realizar capacitaciones clínicas rápidas, en el trabajo, para mejorar las habilidades de los proveedores.</p>

¿Cuáles son algunas maneras posibles de abordar las actitudes negativas de los proveedores y/o del personal sobre el aborto o sobre las mujeres y niñas que solicitan abortos?

Realizar actividades orientadas a aclarar los valores y transformar las actitudes con respecto al aborto con los proveedores, el personal del programa y el personal de apoyo¹³³. Esto debe realizarse como parte de las iniciativas de preparación, pero también puede hacerse de manera rápida durante la implementación del programa si resulta necesario.

Identificar actitudes favorables respecto del acceso a la atención del aborto seguro al contratar proveedores y personal.

¿Qué puede hacerse si los proveedores y el personal carecen de conocimientos acerca de las circunstancias en las cuales puede brindarse atención del aborto seguro?

En colaboración con las autoridades nacionales, si es posible, definir las circunstancias en las cuales es lícito brindar servicios de aborto seguro, y poner a los proveedores y a otros actores interesados en conocimiento de tales criterios legales.

¿Qué puede hacerse si los líderes de la comunidad y otros actores interesados clave se oponen al aborto?

En colaboración con las autoridades nacionales, si es posible, informar a los líderes de la comunidad y a otros actores interesados clave sobre la carga que representa el aborto inseguro para las mujeres y niñas de sus comunidades.

Identificar a las personas que apoyan la labor que usted realiza y persuadirlas de que alienten a otras a colaborar con este fin. Las actividades de aclaración de valores y transformación de actitudes también ayudan a mejorar las actitudes de los actores interesados de la comunidad.

133 Abortion Attitude Transformation.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR OTRA ACTIVIDAD PRIORITARIA: ATENCIÓN DEL ABORTO SEGURO EN LA MÁXIMA MEDIDA QUE LO ADMITA LA LEY

La lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR puede usarse para supervisar la prestación de servicios de SSR en contextos humanitarios.

8. Otra actividad prioritaria: servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley		
8.1	Cobertura de servicios de aborto seguro: (cantidad de establecimientos de salud donde se ofrecen servicios de aborto seguro/cantidad de establecimientos de salud) x 100	%
8.2	Cantidad de mujeres y niñas que reciben servicios de aborto seguro	
8.3	Cantidad de mujeres y niñas tratadas por complicaciones por abortos (espontáneos o de otro tipo)	

MATERIALES E INSUMOS

¿Qué insumos se necesitan o qué Botiquines ISR podrían ordenarse para brindar servicios de aborto seguro?

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población¹³⁴.

Nota: Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la compra de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sustentabilidad de los insumos, sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

Los insumos para el aborto y la atención posterior al aborto pueden encontrarse en los Botiquines ISR a continuación, e incluyen aspiración de vacío manual y misoprostol. El régimen de mifepristona/misoprostol es el método de referencia global para abortos inducidos con medicamentos y debe proporcionarse en contextos donde la mifepristona esté registrada y disponible.

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 8	Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino

Productos básicos complementarios

Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. El UNFPA ofrecerá los productos básicos complementarios en 2020.

Nivel de provisión del servicio	Artículo	Para complementar
Comunidad/puesto de salud	Misoprostol*	Botiquín 2B, 6A, 8
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Misoprostol*	Botiquín 8

*El misoprostol también puede adquirirse para complementar los Botiquines 6A y 8 para los establecimientos de atención primaria de la salud.

¹³⁴ Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org/>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>.

Cuestionario sobre la unidad 8: Otras prioridades de SSR para el PSIM

1. ¿Cuáles de los siguientes tipos de trabajadores de atención de la salud pueden brindar servicios de aborto seguro de primera línea con aspiración de vacío manual y medicación cuando cuentan con la capacitación y el apoyo adecuados?
 - a. Médicos
 - b. Personal de enfermería
 - c. Farmacéuticos
 - d. a y b
2. ¿Qué se puede hacer para facilitar el acceso a servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley?
 - a. Brindar servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley a través de establecimientos de salud cuyo personal está integrado por proveedores capacitados.
 - b. Ofrecer apoyo técnico y recursos al personal médico calificado que ya proporciona servicios de aborto en la máxima medida que lo admita la ley.
 - c. Distribuir información e insumos para el aborto seguro inducido con medicamentos.
 - d. Identificar proveedores y organizaciones que tengan la capacidad necesaria y derivar a las pacientes a esos recursos.
 - e. Todos los anteriores.
3. El costo de la atención, el temor a las repercusiones negativas y la estigmatización son obstáculos que afectan la atención del aborto seguro de las mujeres jóvenes.

Verdadero o Falso

4. La atención del aborto seguro está permitida para una o más circunstancias en la mayoría de los países del mundo.

Verdadero o Falso

5. ¿En qué punto de una crisis debería darse prioridad a la atención del aborto seguro?
 - a. Después de ampliar los servicios de SRR para llevarlos del PSIM a programas integrales.
 - b. En contextos en desarrollo: la atención del aborto seguro no constituye una prioridad durante las crisis.
 - c. En el PSIM para SSR, como un componente clínico de la atención para sobrevivientes de violencia sexual.
 - d. Al implementar el PSIM para SSR como otra prioridad.
 - e. c y d.



UNIDAD 9: REALIZAR PEDIDOS DE BOTIQUINES INTERINSTITUCIONALES DE SALUD REPRODUCTIVA DE EMERGENCIA

Para garantizar que se cumplan los objetivos del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en una crisis aguda, es fundamental que existan los insumos de SSR necesarios. Sin embargo, la entrega oportuna de insumos médicos vitales en medio de una crisis humanitaria aguda plantea gran cantidad de desafíos. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en nombre del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva (SR) en Situaciones de Crisis, ha diseñado específicamente un conjunto preembalado de botiquines con todos los medicamentos, dispositivos y productos básicos necesarios para facilitar la implementación del PSIM para SSR: los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ISR) (a veces denominados Botiquines ISR o Botiquines Interinstitucionales de SR). El UNFPA administra estos botiquines en nombre de la comunidad interinstitucional y los actualiza cada cierta cantidad de años para asegurar que se encuentren en consonancia con los últimos datos empíricos existentes y que aborden atascos logísticos. Los Botiquines ISR se han diseñado para ser utilizados en las primeras etapas de una emergencia humanitaria aguda, sobre la base de presunciones a nivel mundial; por lo tanto, no son específicos para un determinado contexto ni tampoco exhaustivos.

En esta unidad se explica de qué manera pedir y obtener Botiquines ISR. Sin embargo, debe hacerse hincapié en que, si bien al inicio de una respuesta humanitaria es conveniente suministrar medicamentos y dispositivos médicos en botiquines estandarizados preembalados, deben abordarse las necesidades locales específicas tan pronto como sea posible y deben ordenarse más insumos según sea necesario. No se supone que los Botiquines ISR sean botiquines de resuministro. Usarlos de esa manera puede provocar la acumulación de productos y medicamentos innecesarios y escasez de otros que sean necesarios.

Cuando sea posible, es fundamental trabajar mediante los canales de compras nacionales y fortalecer las cadenas de suministro localmente sostenibles, en especial, cuando del PSIM para SSR se pase a los servicios de SSR integrales luego de la fase aguda. Sin embargo, puede ser muy difícil mantener la calidad de los productos básicos médicos en contextos de crisis humanitaria; si no se puede garantizar que esa calidad será acorde a los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del UNFPA, es fundamental realizar las compras en el exterior a través de proveedores precalificados, como el UNFPA o la OMS.

También hay muchas actividades relacionadas con la logística y la gestión de la cadena de suministro que pueden realizar las organizaciones en colaboración con las autoridades nacionales —y, cuando corresponda, en la etapa de preparación—, las cuales permitirán implementar durante una crisis aguda una respuesta efectiva y eficiente y que ayude a salvar vidas.

Al finalizar la unidad, los destinatarios podrán:

- ▶ describir qué es un Botiquín ISR y explicar de qué manera pedir insumos;
- ▶ describir los distintos niveles de Botiquines ISR que se destinen a los tres niveles de prestación de servicios de salud; y
- ▶ explicar cuándo deben pedirse productos básicos complementarios.

¿Cuándo deben pedirse los Botiquines ISR?

Se supone que los Botiquines ISR se utilizarán al inicio de la respuesta a una crisis humanitaria aguda. Cada kit contiene insumos suficientes para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población. Es posible que algunos de los medicamentos y dispositivos médicos incluidos en los botiquines no sean adecuados para todos los contextos. Esto es inevitable dado que se trata de botiquines de emergencia estandarizados preembalados y diseñados para su uso en todo el mundo, que están listos para su despacho inmediato. Además, no en todos los contextos se necesitarán todos los botiquines, ya que eso dependerá de la disponibilidad de insumos en el entorno antes de la crisis y de la capacidad de los establecimientos de salud.

Debe hacerse hincapié en que, si bien al inicio de una respuesta humanitaria es conveniente suministrar medicamentos y dispositivos médicos en botiquines estandarizados preembalados, deben abordarse las necesidades locales específicas tan pronto como sea posible y deben ordenarse más insumos según sea necesario. Luego de la etapa aguda de una emergencia, el coordinador de SSR debe evaluar las necesidades de SSR de la población afectada, trabajar en coordinación con el sector/grupo temático de salud, y procurar ordenar insumos en función del consumo. Esto ayudará a que no se produzca una escasez de insumos y a que no haya desperdicio, y contribuirá a que el programa de SSR pueda mantenerse. Se pueden ordenar insumos a través de los canales ordinarios (mediante el sistema nacional de compras, ONG u otros organismos) o mediante la Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA: unfpa.org/humanitarian-emergency-procurement. Para más información sobre esta transición, ver *IARH Kit Management Guidelines for Field Offices*.

¿Existen otros organismos, además del UNFPA, que entreguen botiquines de salud preembalados con insumos de salud reproductiva?

Los Botiquines ISR complementan el Botiquín Interinstitucional de Salud de Emergencia (Inter-Agency Emergency Health Kit, IEHK), que organiza la OMS y que puede adquirirse de esa organización o del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef)¹³⁵. El Botiquín Interinstitucional de Salud de Emergencia estandarizado contiene medicamentos, insumos y equipos esenciales para prestar servicios de atención primaria de la salud. En especial, el módulo para la malaria (básico y suplementario) de ese botiquín puede adquirirse en contextos susceptibles a esa enfermedad para complementar los Botiquines ISR. En un contexto de crisis humanitaria, estos botiquines, por lo general, están disponibles rápidamente. Además, hay varios otros botiquines de salud de emergencia que pueden adquirirse de la OMS, de Unicef, del Comité Internacional de la Cruz Roja, de Médicos sin Fronteras y de otros organismos no gubernamentales (ONG), según la emergencia específica o la necesidad en un determinado país. Para proporcionar todos los servicios de SSR

¹³⁵ Para obtener más información, ingresar en <https://www.who.int/emergencies/kits/iehk/en/> o https://www.unicef.org/supply/index_epe_health.html.

prioritarios en una situación de emergencia, se recomienda que los Botiquines ISR se ordenen de manera tal que complementen lo que ya se haya comprado o que se identifiquen otras fuentes de insumos para garantizar que todos los equipos y materiales necesarios estén disponibles.

¿Qué información se necesita para ordenar Botiquines ISR?

Antes de ordenar los botiquines, es fundamental realizar una rápida evaluación de la situación local (el tamaño de la población con la que se los utilizará, el lugar y tipo de establecimiento de salud y las habilidades de los proveedores) para confirmar si se necesitan Botiquines ISR y de qué clase. Puede utilizarse la Calculadora de Botiquines ISR para ayudar a determinar qué pedir¹³⁶.

¿Cuánto cuestan los Botiquines ISR?

El costo de los botiquines cambia periódicamente. Lo mejor es comunicarse con el UNFPA directamente para facilitar el pedido, conversar sobre dudas con el presupuesto y asegurarse de que la información de contacto y entrega sea correcta. También puede utilizar el Planificador de presupuestos del UNFPA en unfpaprocurement.org/budget-planner para calcular el costo de su compra. Los botiquines pueden comprarse con fondos propios (p. ej., del Gobierno, de las ONG o de otros recursos) o con fondos de emergencia del UNFPA. Se puede trabajar con la oficina nacional del UNFPA para determinar si se reúnen los requisitos para acceder a fondos de emergencia del UNFPA a fin de adquirir los Botiquines ISR que se necesiten en el contexto.

¿Cuánto tardarán en llegar los Botiquines ISR a mi centro?

Una vez que se hayan realizado los pagos, se estima que los Botiquines ISR se entregarán en solo unos días en el caso de contextos de emergencia extremas y en un plazo de entre 10 y 12 semanas en situaciones posteriores a la fase aguda de una emergencia. En el caso de operaciones para situaciones de emergencia extrema, tiene prioridad el inventario preembalado que tenga el proveedor; cuando la fase aguda ya haya pasado, se recibirán botiquines embalados con inventario nuevo. La Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA estará a cargo del transporte internacional de los botiquines y ese transporte se tendrá en cuenta al calcular el tiempo de entrega de la compra. Comuníquese con la oficina nacional del UNFPA para determinar si es posible coordinar los pedidos a fin de facilitar su importación¹³⁷.

El transporte hasta los centros en el terreno depende de los acuerdos de transporte y almacenamiento locales del organismo que hace el pedido. Si los botiquines no se solicitan a la oficina nacional del UNFPA, hay que estar preparado para recibir la mercadería tan pronto como llegue al puerto de ingreso al país. Es fundamental contar con la documentación y las aprobaciones necesarias para el despacho de aduanas antes de que los productos básicos lleguen a la frontera, así como tener identificados métodos de almacenamiento y transporte. Además, debe designarse personal para que la importación, el almacenamiento y la distribución de insumos a los socios para la ejecución se produzcan sin inconvenientes. El UNFPA, el sector/grupo temático de salud y el sector/grupo temático de logística, por lo general, pueden ayudar a facilitar el ingreso y el despacho de aduanas, el almacenamiento y la distribución posterior.

¹³⁶ La Calculadora de Botiquines ISR está disponible en el sitio web del UNFPA, el sitio web del IAWG sobre SSR en crisis y la aplicación móvil del UNFPA (a fines de 2019).

¹³⁷ La información de contacto de la oficina nacional del UNFPA puede encontrarse en <https://www.unfpa.org/worldwide>.

¿Cómo se embalan los Botiquines ISR?

Para facilitar la logística en el país, el UNFPA ha dispuesto que las cajas con cada botiquín:

- ▶ tengan indicados con claridad en la parte externa el número de botiquín y una descripción del contenido, consignatario y demás información;
- ▶ tengan indicados el número de cajas por botiquín y el peso y volumen de cada botiquín;
- ▶ puedan manipularse por dos o más personas; y
- ▶ tengan en todos los costados un color que represente un botiquín en particular.

El UNFPA elaboró el *Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings Manual* (2019) y las *IARH Kits Management Guidelines for Field Offices* en los que se proporciona toda la información necesaria sobre el manejo de los botiquines.

¿Cómo puedo saber qué contiene exactamente cada Botiquín ISR?

Los Botiquines ISR se revisan cada algunos años para adecuarlos a las pautas más recientes de la OMS y abordar atascos logísticos. Para obtener una copia de la última versión de *Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings Manual* es necesario comunicarse con el UNFPA o ingresar en los sitios web de ese organismo o del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis para consultar la versión más actualizada¹³⁸. En este manual se proporciona un listado del contenido de cada botiquín, así como orientación acerca de cómo hacer pedidos, de la gestión, del tipo de capacitación que el personal debe tener para utilizar los contenidos de un botiquín apropiadamente y otra información importante. El manual está disponible en inglés, francés, árabe y español, y pueden descargarse pautas de tratamiento disponibles en inglés y francés. En 2019 se ofrecerá en el sitio web del Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis un repositorio de documentos relacionados con el uso y la gestión de los Botiquines ISR, incluidos materiales informativos, educativos y de comunicación.

Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (unfpa.org) o al Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición, 2011) en iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/.

Botiquines ISR (2019)

Los Botiquines ISR (2019) se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicio de salud¹³⁹. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres

138 *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (IAWG, enero de 2011), <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations>.

139 Los Botiquines ISR de 2019 podrán adquirirse desde principios de 2020. Consultar al UNFPA (<https://www.unfpa.org/>) o al IAWG (<http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>) para verificar si los botiquines revisados están disponibles. Para más información sobre los botiquines disponibles antes de 2020, consultar *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición, 2011) en <http://iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011/>.

meses con un determinado tamaño de población. Los productos básicos complementarios pueden pedirse de acuerdo con información básica previa a la crisis y según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. Como estos botiquines no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos, las organizaciones no deben depender solo de ellos durante períodos prolongados y deben planificar incorporar la compra de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto asegurará la sostenibilidad de insumos y permitirá que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar de ser PSIM para SSR a SSR integral.

Los botiquines para **el nivel comunitario/puestos de salud** están destinados al uso de los proveedores de salud que brindan servicios de SSR en el nivel de atención de salud comunitaria. Cada botiquín está diseñado para cubrir las necesidades de 10 000 personas durante un período de tres meses. Los botiquines contienen, principalmente, medicamentos y artículos descartables.

Los botiquines para **establecimientos de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)** contienen materiales tanto descartables como reutilizables y están destinados al uso de proveedores de atención de la salud capacitados que sean idóneos para realizar partos y cuenten con otras habilidades específicas de obstetricia y neonatales en el nivel del centro de salud u hospital. Estos botiquines están diseñados para cubrir las necesidades de una población de 30 000 personas durante un período de tres meses. Estos botiquines pueden ordenarse para poblaciones de menos de 30 000 personas, lo cual significa que los insumos durarán más tiempo.

Los botiquines para **hospitales que reciben derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)** contienen tanto insumos descartables como reutilizables para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral en el nivel de las derivaciones (obstetricia quirúrgica). En contextos de crisis humanitaria aguda se deriva a los pacientes de las poblaciones afectadas al hospital más cercano, para lo cual es posible que se necesite asistencia en cuanto a equipos e insumos, a fin de poder brindar los servicios necesarios ante este mayor volumen de casos. Se calcula que un hospital en este nivel atiende a una población de aproximadamente 150 000 personas. Los insumos proporcionados en estos botiquines servirían para abastecer a esta población durante tres meses.

Descripción de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva de Emergencia 2019

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1A	Preservativos masculinos
Comunidad/puesto de salud	Botiquines 2A, 2B*	Para partos higiénicos (A: Madre, B: Asistente del parto)
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 3	Tratamiento luego de una violación
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 4	Métodos anticonceptivos orales e inyectables
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 5	Tratamiento de ETS
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquines 6A, 6B	Insumos para asistencia clínica del parto y obstetricia (A:
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 8	Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 10	Parto asistido con extracción con ventosa
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)	Botiquines 11A, 11B	Botiquín para cirugías obstétricas y complicaciones obstétricas graves (A: Reutilizable, B: Consumible)
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)	Botiquín 12	Transfusión de sangre

* Cuando hay botiquines A y B, significa que estos botiquines pueden utilizarse juntos, pero también pueden ordenarse por separado

Los productos básicos complementarios son artículos o botiquines descartables y consumibles que pueden ordenarse en determinadas circunstancias para complementar los Botiquines ISR:

- ▶ Cuando los proveedores o la población están capacitados para utilizar el producto básico.
- ▶ Cuando los insumos eran aceptados y utilizados antes de la emergencia.
- ▶ Después de hacer un pedido rápido de insumos de SSR, en situaciones prolongadas o luego de una emergencia, mientras se hace todo lo posible por fortalecer o establecer

líneas locales de suministro de productos básicos médicos sostenibles (incluidos canales de compras locales o regionales).

- ▶ Cuando el uso de los insumos está permitido en la máxima medida por las leyes nacionales.

Pueden ordenarse productos básicos complementarios con nombres de organismos específicos mediante las respectivas organizaciones anfitrionas, como por ejemplo:

- ▶ Módulo complementario para la malaria del Botiquín Interinstitucional de Salud para Emergencias: OMS y Unicef
- ▶ Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos: UNICEF*

Nivel de provisión del servicio	Artículo	Para complementar
Coordinación	Botiquín 0 Administración y capacitación	Todos los botiquines
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1B Preservativos femeninos	Botiquín 8
Comunidad/puesto de salud	Clorhexidina	Botiquín 2A
Comunidad/puesto de salud	Misoprostol*	Botiquín 2B, 6A, 8
Comunidad/puesto de salud	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Comunitario)**	Botiquines 2A, 2B
Comunidad/puesto de salud	Acetato de depo-medroxiprogesterona - Subcutáneo (DMPA-SC)	Botiquín 4
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 7A – Dispositivo intrauterino	Botiquín 4
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 7B – Implante anticonceptivo	Botiquín 4
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Prendas no neumáticas antishock	Botiquín 6A
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Oxitocina	Botiquín 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín Interinstitucional de Salud de Emergencia (Módulo para la malaria)	Botiquín 6B
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Establecimientos de atención de la salud primaria)**	Botiquines 6A, 6B

Nivel de provisión del servicio	Artículo	Para complementar
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Mifepristona*	Botiquín 8
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Sistema de parto asistido con ventosa manual	Botiquín 10
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)	Botiquín interinstitucional con insumos para el cuidado de recién nacidos (Hospital)**	Botiquines 11A, 11B

* El misoprostol también puede adquirirse para complementar los botiquines 6A y 8 para establecimientos de atención primaria de la salud.

** Al momento de impresión del IAFM 2018, aún no había botiquines con insumos para el cuidado de recién nacidos..

¿Cómo pueden ordenarse los Botiquines ISR?

En la mayoría de las emergencias agudas, el UNFPA proporcionará Botiquines ISR en nombre del grupo de trabajo/subsector de SSR cuando comience la emergencia. Puede ponerse en contacto con el coordinador de SSR para que lo ayude a comprar Botiquines ISR.

También puede hacerse un pedido de Botiquines ISR directamente a la Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA en Copenhague, en unfpa.org/humanitarian-emergency-procurement. Antes de hacer su pedido, converse con la oficina nacional del UNFPA para determinar qué es, efectivamente, lo que se está ordenando y si pueden combinarse pedidos. El UNFPA necesitará saber dónde se usarán los Botiquines ISR y qué organización o persona organizará la distribución de los botiquines. La oficina nacional del UNFPA o la Oficina de Asuntos Humanitarios de ese organismo pueden brindar información sobre los botiquines o ayudar a hacer un pedido. Los botiquines solo pueden enviarse una vez que la Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA confirma los fondos.

Cuando se haga un pedido, debe proporcionarse la siguiente información:

- ▶ La confirmación de la disponibilidad de fondos y el código de imputación del presupuesto; no podrán realizarse envíos hasta que se haya resuelto el tema de los fondos.
- ▶ El nombre y los detalles de contacto de la persona responsable del pedido y de coordinar la entrega de los botiquines.
- ▶ El nombre y los detalles de contacto completos (dirección, teléfono, fax y correo electrónico) de la persona responsable de recibir los botiquines en el terreno.
- ▶ Un plan de distribución detallado.

Es fundamental contar con un plan de distribución cuando se haga un pedido, tanto para el envío de los botiquines como para la planificación y programación de la logística. En este plan debe definirse cuántos de cada botiquín deben ir a cada socio y en qué ámbito geográfico. También deben incluirse planes detallados para el transporte y almacenamiento en el país, incluidas medidas relativas a los artículos que necesitan mantenerse refrigerados (cadena de frío). Si hubiera varios destinos

dentro de un país, deberá confeccionarse un listado detallado con los respectivos destinos, tipos y cantidades de cada botiquín para cada destino, personas de contacto y otros detalles.



Para obtener más información, ver *IARH Kit Management Guidelines e IARH Kit Manual* en iawg.net/resource/inter-agency-reproductive-health-kits-2011.

En el caso de las ONG nacionales, pueden recurrir al grupo de trabajo de SSR y hacer el pedido a través de la oficina nacional del UNFPA para que las ayuden con los procedimientos aduaneros y de arribo de los botiquines al país, ya que los organismos de las Naciones Unidas suelen gozar de una exención amplia en materia de importaciones para fines humanitarios. Para algunos organismos, en especial ONG, puede ser útil preparar un memorando de entendimiento con el UNFPA antes de que se desate una crisis, para evitar demoras en las compras.

En las oficinas del UNFPA en el terreno o en la Oficina de Asuntos Humanitarios del UNFPA en Ginebra, o con los socios de los organismos, puede conseguirse información sobre los botiquines y ayuda para realizar pedidos.

Dirección	UNFPA Procurement Service Branch Marmovej 51 2100 Copenhagen Denmark	UNFPA Humanitarian Office Palais des Nations Avenue de la Paix 8-14 1211, Geneva 10, Switzerland
Correo electrónico	procurement@unfpa.org	Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org
Sitio web	unfpaprocurement.org	unfpa.org

¿Cómo se ordenan los Botiquines Interinstitucionales de Salud de Emergencia?

Los Botiquines Interinstitucionales de Salud de Emergencia (IEHK) pueden ordenarse a través de la OMS o de Unicef. En el sitio web de la OMS sobre botiquines de salud para contextos de emergencia puede encontrar un folleto en el que se describen los Botiquines Interinstitucionales de Salud de Emergencia y cómo ordenarlos a través de la OMS: who.int/emergencias/kits/en/.

También puede comunicarse directamente con Unicef en la siguiente dirección:

Dirección	Procurement Services Centre UNICEF Supply Division Oceanvej 10-12 DK — 2150 Nordhavn, Copenhagen Denmark
Correo electrónico	supply@unicef.org
tel.	+45 4533 5500
fax	+45 3526 9421



Para obtener más información sobre servicios, socios e insumos de Unicef, visite unicef.org/supply/index_procurement_services.html et supply.unicef.org.

¿Cómo sería un ejemplo de pedido de Botiquín ISR?

EJEMPLO: Población con un elevado nivel de desplazamiento y migración transfronteriza

- ▶ **Cantidad de personas desplazadas:** 30 000
- ▶ **Observaciones especiales:** Los insumos administrativos están disponibles localmente; alta tasa de cesáreas en el país de origen y alta tasa de partos en establecimientos (> 75 %); elevada probabilidad de desplazamiento transfronterizo futuro; se sabe que las violaciones fueron una práctica empleada durante el conflicto en el lugar de origen; en el lugar de origen se utilizaban implantes.
- ▶ **Establecimientos y personal**
 - **Clínicas móviles:** 1 clínica móvil respaldada por el UNFPA; clínica ambulatoria de día
 - **Nivel de atención primaria de la salud:** 2 centros de salud con 2 médicos; 2 enfermeros/as capacitado/as, 1 partera capacitada durante el trayecto migratorio
 - **Nivel de derivaciones:** 1 hospital local a 10 km de distancia que no cuenta con suficientes equipos pero sí con personal capacitado para llevar adelante procedimientos obstétricos de emergencia

Ejemplo de pedido:

Artículo	Cantidad
Preservativos masculinos (Botiquín 1)	3
Parto higiénico, para la mujer que da a luz (Botiquín 2A)	3
Parto higiénico, asistente (Botiquín 2A)	3
Tratamiento luego de una violación (Botiquín 3)	4
Métodos anticonceptivos orales e inyectables (Botiquín 4)	4
Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (Botiquín 5)	4
Asistencia clínica para partos (Botiquín 6A)	2
Asistencia clínica para partos (Botiquín 6A)	2
Manejo de abortos espontáneos y complicaciones del aborto (Botiquín 8)	4
Sutura de desgarros vaginales y del cuello uterino (Botiquín 9)	3
Parto con extracción con ventosa (Botiquín 10)	3
Botiquín de salud reproductiva para el nivel de derivaciones (Botiquín 11A)	1
Botiquín de salud reproductiva para el nivel de derivaciones (Botiquín 11B)	1
Transfusión de sangre (Botiquín 12)	1
Productos básicos complementarios	
Oxitocina	1

Explicación del pedido del Botiquín ISR:

Preservativos masculinos (Botiquín 1)	<p>Este botiquín está diseñado para 10 000 personas; por lo tanto, necesitamos 3 botiquines que se distribuirían entre centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciben derivaciones.</p>
Botiquín para partos higiénicos destinado a mujeres que dan a luz (Botiquín 2A)	<p>Dada la índole migratoria de la emergencia, es posible que las mujeres no puedan tener acceso a establecimientos de salud.</p> <p>Este botiquín está diseñado para 10 000 personas; por lo tanto, necesitamos 3 botiquines que se distribuirían a las mujeres visiblemente embarazadas en los centros de salud comunitarios, de atención primaria y que reciban derivaciones.</p>
Botiquín para partos higiénicos destinado a asistentes (Botiquín 2A)	<p>Se desconoce si en la comunidad hay asistentes de parto y trabajadores de atención de la salud.</p> <p>Dado que en este botiquín no hay insumos que caduquen, se aconseja ordenarlo.</p> <p>Este botiquín está diseñado para 10 000 personas; por lo tanto, necesitamos 3 botiquines que se distribuirían a las mujeres visiblemente embarazadas en los centros de salud comunitarios, de atención primaria y que reciban derivaciones..</p>
Tratamiento luego de una violación (Botiquín 3)	<p>Este botiquín está diseñado para 10 000 personas; por lo tanto, necesitamos 3 botiquines que se dividirían entre centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciban derivaciones.</p> <p>Dado que en la actualidad hay 4 centros de atención primaria de la salud y que reciben derivaciones, y que es difícil dividir los insumos, se adquirirán 4 botiquines; uno para cada centro de atención primaria de la salud y centro de salud que recibe derivaciones.</p>
Métodos anticonceptivos orales e inyectables (Botiquín 4)	<p>Este botiquín está diseñado para 10 000 personas; por lo tanto, necesitamos 3 botiquines que se dividirían entre centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciban derivaciones.</p> <p>Dado que en la actualidad hay 4 centros de atención primaria de la salud y que reciben derivaciones, y que es difícil dividir los insumos, se adquirirán 4 botiquines; uno para cada centro de atención primaria de la salud y centro de salud que recibe derivaciones.</p>
Tratamiento de ETS (Botiquín 5)	<p>Este botiquín está diseñado para 10 000 personas; por lo tanto, necesitamos 3 botiquines que se dividirían entre centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciban derivaciones.</p> <p>Dado que en la actualidad hay 4 centros de atención primaria de la salud y que reciben derivaciones, y que es difícil dividir los insumos, se adquirirán 4 botiquines; uno para cada centro de atención primaria de la salud y centro de salud que recibe derivaciones.</p>

Asistencia clínica del parto (Botiquín 6A y Botiquín 6B)

Este botiquín está diseñado para 30 000 personas; por lo tanto, necesitaríamos 1 botiquín que se enviaría a los centros de atención primaria de la salud.

Dado que hay 2 centros de atención primaria de la salud y que es imposible dividir los insumos en este botiquín, adquiriremos 3 botiquines y enviaremos uno a cada centro de salud de atención primaria.

Las clínicas móviles no realizan partos en sus instalaciones; por lo tanto, no se les entrega este botiquín.

Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo (Botiquín 8)

Este botiquín está diseñado para 30 000 personas; por lo tanto, necesitaríamos 1 botiquín que se enviaría a los centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciben derivaciones.

Dado que hay 2 centros de atención primaria de la salud, 1 clínica móvil y 1 centro de salud que recibe derivaciones, y que es imposible dividir los insumos en este botiquín, adquiriremos 3 botiquines y enviaremos uno a cada centro de salud de atención primaria y al centro de salud que recibe derivaciones.

Es posible que no todos estos insumos puedan utilizarse en la clínica móvil. Se recomienda que la clínica móvil integre los insumos no utilizables a un establecimiento de atención primaria de la salud.

Sutura de desgarros vaginales y del cuello uterino (Botiquín 9)

Este botiquín está diseñado para 30 000 personas; por lo tanto, necesitaríamos 1 botiquín que se enviaría a los centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciben derivaciones.

Dado que hay 2 centros de atención primaria de la salud y 1 centro de salud que recibe derivaciones, y que es imposible dividir los insumos en este botiquín, adquiriremos 3 botiquines y enviaremos uno a cada centro de salud de atención primaria y al centro de salud que recibe derivaciones.

Las clínicas móviles no realizan partos en sus instalaciones; por lo tanto, no se les entrega este botiquín.

Parto con extracción con ventosa (Botiquín 10)

Este botiquín está diseñado para 30 000 personas; por lo tanto, necesitaríamos 1 botiquín que se enviaría a los centros de atención primaria de la salud y centros de salud que reciben derivaciones.

Dado que hay 2 centros de atención primaria de la salud y 1 centro de salud que recibe derivaciones, y que es imposible dividir los insumos en este botiquín, adquiriremos 3 botiquines y enviaremos uno a cada centro de salud de atención primaria y al centro de salud que recibe derivaciones.

Las clínicas móviles no realizan partos en sus instalaciones; por lo tanto, no se les entrega este botiquín.

Botiquín de salud reproductiva para el nivel de derivación (Botiquín 11A y Botiquín 11B)	<p>Este botiquín está diseñado para 150 000 personas; por lo tanto, necesitaríamos 1 botiquín que se enviaría a 1 centro de salud que reciba derivaciones.</p>
Transfusión de sangre (Botiquín 12)	<p>Este botiquín está diseñado para 150 000 personas; por lo tanto, necesitaríamos 1 botiquín que se enviaría a 1 centro de salud que reciba derivaciones.</p>
Oxitocina	<p>Como las poblaciones que provienen de contextos donde se realizan gran cantidad de cesáreas y de partos en establecimientos tienden a buscar atención de la salud, habrá más partos en centros de atención primaria de la salud.</p> <p>Es posible que la cantidad de oxitocina sea mayor que el promedio calculado para preparar el botiquín.</p>

Unidad 9: Puntos clave

- ▶ Los Botiquines ISR son un conjunto preembalado de botiquines que contienen todos los medicamentos, dispositivos y productos básicos necesarios para facilitar la implementación del PSIM para SSR durante un período de tres meses.
- ▶ Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación del servicio de salud: comunitario, atención primaria de la salud y hospitales que reciben derivaciones.
- ▶ Los productos básicos complementarios son artículos descartables y consumibles que pueden ordenarse en determinadas circunstancias para complementar los botiquines principales. Pueden pedirse según el entorno y las capacidades de los proveedores de atención de la salud.
- ▶ Debe evitarse depender de los Botiquines ISR y pedirlos continuamente; los pedidos adicionales para cubrir las necesidades permanentes de insumos deben realizarse a través de las líneas de suministro habituales en el país.



Cuestionario sobre la unidad 9: Pedido de Botiquines

1. ¿Cuándo debe una organización pedir productos básicos complementarios? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Cuando los proveedores o la población están capacitados para utilizar el producto básico.
 - b. Cuando los insumos fueron aceptados y utilizados antes de la emergencia.
 - c. Si el insumo está permitido en la máxima medida por las leyes nacionales y está incluido en la lista nacional de medicamentos.
 - d. Al inicio de cada emergencia.
2. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es correcto?
 - a. Los Botiquines ISR contienen suficientes insumos para un período de siete meses.
 - b. Es importante actuar en coordinación con los socios y preparar un plan para la distribución de los botiquines en el país.
 - c. Es importante contar con un plan de transporte y almacenamiento, que incluya cadena de frío.
 - d. La coordinación debe ser constante a fin de analizar la situación, evaluar las necesidades de la población y ordenar artículos descartables y otros equipos.
3. _____, _____, y _____ son los distintos niveles de atención de la salud para los cuales están diseñados los Botiquines ISR.
 - a. Nivel internacional
 - b. Atención primaria de la salud
 - c. Hospital que recibe derivaciones
 - d. Comunidad/puesto de salud
 - e. Nivel del Ministerio de Salud
4. ¿Quién gestiona los Botiquines ISR?
 - a. Acnur
 - b. Unicef
 - c. UNFPA
 - d. UNOCHA
5. ¿Qué información se necesita para ordenar Botiquines ISR? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Información detallada de contacto, de entrega y de financiamiento
 - b. Información sobre el tipo de contexto y el tamaño de la población destinataria
 - c. Dónde se usarán los botiquines y qué organización coordinará la distribución de los botiquines
 - d. Por qué se necesitan los botiquines
 - e. La cantidad de centros de salud y hospitales que reciben derivaciones

MÓDULO DEL PSIM PARA SSR POSTERIOR A LA PRUEBA

1. Los objetivos y otras actividades prioritarias del PSIM para SSR incluyen:
 - a. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes
 - b. Prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a estas enfermedades
 - c. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal
 - d. Prevenir embarazos no deseados y garantizar que haya atención para el aborto seguro disponible en la máxima medida que lo admita por la ley
 - e. Todos los anteriores

2. ¿Cuál es un principio rector para responder a las necesidades de los sobrevivientes de violencia sexual?
 - a. Seguridad
 - b. Confidencialidad
 - c. Provisión de servicios
 - d. No discriminación
 - e. a, b y d

3. ¿Cuál de los siguientes no se incluye como actividad prioritaria del PSIM para SSR?
 - a. Atención prenatal
 - b. Atención posnatal
 - c. Servicios de violencia de género integrales
 - d. Orientación y pruebas voluntarias de VIH
 - e. Todos los anteriores

4. ¿Cuáles son los elementos centrales de los sistemas de salud de la OMS? Seleccionar todas las que correspondan:
 - a. Financiamiento
 - b. Productos básicos médicos
 - c. Provisión de servicios
 - d. Marketing
 - e. Gobernanza y liderazgo

5. Los adolescentes tienen derecho a recibir información sobre los métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables que elijan; y a tener acceso a ellos.

Verdadero o Falso

6. Han pasado dos semanas desde que se produjo un desastre natural y se establecieron reuniones de coordinación de salud, pero aún no comenzaron las reuniones de coordinación de SSR. ¿Qué debería hacer?
- a. Esperar un poco más; una vez que se hayan establecido las actividades de salud, el sector/grupo temático de salud se concentrará en la SSR
 - b. Promover ante el grupo temático de salud que se inicien de inmediato reuniones sobre SSR por separado
 - c. Asistir a reuniones de coordinación de nutrición
 - d. a y c
7. ¿Cuál de los siguientes no es un principio de programación de SSR en contextos humanitarios?
- a. Promover los derechos humanos y reproductivos
 - b. Garantizar la solidez técnica y la rendición de cuentas en materia financiera
 - c. Compartir información y resultados solo con quienes participen del grupo de trabajo de SSR
 - d. Trabajar en el marco de alianzas donde prime el respeto mutuo
8. Las funciones del coordinador de SSR son las siguientes:
- a. Coordinar, comunicar y colaborar con los sectores/grupos temáticos/actores de salud, sobre violencia de género, VIH y logística
 - b. Ayudar a los socios de salud a buscar financiamiento para SSR mediante procesos y llamamientos de planificación humanitaria y financiamiento para varios años, a fin de realizar la transición hacia una SSR integral
 - c. Liderar la identificación activa y la gestión de casos de VIH y la adquisición de medicamentos antirretrovirales para tratamiento de primera o segunda línea y cotrimoxazol
 - d. Utilizar la lista de verificación del PSIM para SSR para monitorear el PSIM para servicios de SSR
 - e. a, b y d
9. ¿Cuál de los siguientes no es una señal de peligro del recién nacido?
- a. Ataques o convulsiones
 - b. Actividad reducida o falta de movimiento
 - c. Lactancia
 - d. Respiración rápida (más de 60 respiraciones por minuto)
 - e. Muy poco peso al nacer

10. ¿Qué servicios esenciales deberían poder brindar los asistentes de parto idóneos como parte de la atención obstétrica y neonatal de emergencia y de la atención esencial del recién nacido?
- a. Atención posterior al aborto
 - b. Control de enfermedades del recién nacido y atención de bebés prematuros o con bajo peso al nacer
 - c. Prevención y control de hemorragias durante el parto y posparto
 - d. Facilitar el parto asistido con extracción con ventosa
 - e. Protección térmica (secar, mantener al bebé abrigado, que el bebé mantenga contacto piel con piel de inmediato y postergar el baño del recién nacido)
 - f. Todos los anteriores
11. ¿Cuándo debería planificarse la incorporación de actividades de SSR integral?
- a. Al inicio de una respuesta humanitaria.
 - b. Una vez que se hayan estabilizado las tasas de mortalidad.
 - c. Cuando las autoridades de salud locales informen a la comunidad humanitaria que se inician los servicios integrales.
 - d. b y c
12. ¿Qué debería ofrecerse a todos los adultos y adolescentes afectados por crisis que viven con VIH avanzado y que estaban tomando medicamentos antirretrovirales antes de la emergencia?
- a. Medicamentos antirretrovirales
 - b. Cotrimoxazol
 - c. Preservativos
 - d. Profilaxis para el tétanos
 - e. a, b y c
13. Un sistema de derivaciones efectivo debería contar con opciones de transporte disponibles solo durante el horario de atención de la clínica.

Verdadero o Falso

14. ¿Cuál de las siguientes opciones no está incluida en la atención clínica de mujeres sobrevivientes de violencia sexual?
- a. Indagación sobre los antecedentes y examen médico exhaustivo luego de obtener el consentimiento de la sobreviviente
 - b. Atención compasiva y confidencial y asesoramiento con el consentimiento de la persona sobreviviente

- c. Información sobre opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/ derivación para un aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley
 - d. Examen forense y recolección de evidencia forense respecto de todos los sobrevivientes en todos los contextos
 - e. Servicios psicosociales o de salud mental
15. Su organización tiene problemas logísticos y demoras importantes para recibir insumos en su país. Teniendo en cuenta esta realidad, ¿qué puede hacer para abordar esta situación?
- a. Analizar el problema durante la reunión de coordinación de SSR y del sector/grupo temático de salud
 - b. Comunicarse con el UNPFA o con el grupo temático de logística para ver si pueden ayudarlo
 - c. Seguir procesos de compras y de control de calidad para conseguir los medicamentos e insumos localmente
 - d. Todos los anteriores
16. Las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola son seguras para todas las mujeres, niñas y adolescentes en edad reproductiva, incluso para aquellas a quienes se les recomienda no utilizar anticonceptivos orales combinados como método anticonceptivo permanente.

Verdadero o Falso

17. Un ejemplo de control de infecciones incluye:
- a. Eliminar objetos punzantes en cestos o bolsas de residuos comunes
 - b. Limpiar salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales de inmediato y con cuidado con una solución clorada al 0,5 %
 - c. Volver a colocar el capuchón de las agujas
 - d. Remojar instrumentos contaminados en agua tibia
18. Los productos básicos complementarios, como preservativos femeninos o implantes, deben siempre ordenarse al inicio de una emergencia.

Verdadero o Falso

19. ¿Quiénes deberían participar en la planificación de un programa y la implementación del PSIM para servicios de SSR y de servicios de SSR integrales? Seleccionar todas las que correspondan:

- a.** Grupos LGBTQIA
- b.** Personas con discapacidad
- c.** Adolescentes
- d.** Líderes comunitarios
- e.** Coordinador de SSR

20. El asesoramiento sobre anticoncepción y la provisión de un método deberían ser una prioridad en todos los servicios de aborto.

Verdadero o Falso

APÉNDICE A: ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DEL PSIM PARA SSR?

Asegurarse de que el sector/grupo temático de salud identifique a una organización para que lidere la implementación del PSIM. La organización de SSR líder¹⁴⁰:

- ▶ designa a un coordinador de SSR para que proporcione apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud;
- ▶ organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados a fin de facilitar la acción coordinada y procurar la implementación del PSIM para SSR;
- ▶ informa al sector/grupo temático de salud, al subsector/subgrupo temático de violencia de género, o en las reuniones de coordinación nacional sobre VIH, acerca de cuestiones relacionadas con la implementación del PSIM;
- ▶ junto con los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH, asegura el mapeo y análisis de los servicios de SSR existentes;
- ▶ comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de SSR en coordinación con los sectores/grupos temáticos de salud y logística; y
- ▶ procura que la comunidad sepa qué servicios de SSR están disponibles y dónde pueden conseguirse.

Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes:

- ▶ trabajando con otros grupos temáticos, en especial, el grupo temático de protección y el subgrupo temático de violencia de género, para poner en marcha medidas de prevención en el ámbito comunitario, local y distrital, incluidos establecimientos de salud para proteger a las poblaciones afectadas, en especial, mujeres y niñas, de la violencia sexual;
- ▶ brindando atención clínica y haciendo derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual; y
- ▶ creando espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir a las personas sobrevivientes de violencia sexual y brindarles atención clínica y derivaciones adecuadas..

140 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios: Revisión de 2018* (Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, 2018), <http://iawg.net/wp-content/uploads/2018/11/IAFM-web.pdf>.

Prevenir la transmisión del VIH y otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades:

- ▶ estableciendo el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre;
- ▶ asegurando la aplicación de precauciones estándares;
- ▶ garantizando la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y, según corresponda (p. ej., si la población ya los utilizaba), procurar la provisión de preservativos femeninos;
- ▶ respaldando que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscrito antes de la emergencia en programas de tratamiento antirretroviral, a fin de que puedan continuar con su tratamiento; entre esas personas se incluyen las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil;
- ▶ proporcionando profilaxis posterior a la exposición (PPE) a las personas sobrevivientes de violencia sexual según corresponda y para exposición laboral;
- ▶ apoyando la provisión de profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas a pacientes que se determine que tienen VIH o ya diagnosticados con VIH; y
- ▶ cerciorándose de que en los establecimientos de salud se ofrezcan diagnósticos sindrómicos y tratamiento para ETS.

Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal:

- ▶ garantizando que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal de emergencia vital, y que se pueda acceder a ellos, como por ejemplo:
 - en los hospitales que reciben derivaciones: personal médico idóneo e insumos para la provisión de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral;
 - en los establecimientos de salud: asistentes de parto idóneos e insumos para partos vaginales y provisión de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica;
 - en el ámbito comunitario: suministro de información a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de atención obstétrica y neonatal de emergencia, y sobre la importancia de buscar atención en establecimientos de salud; a las mujeres que estén visiblemente embarazadas y a los asistentes de parto se les deben proporcionar botiquines de parto higiénico para promover partos higiénicos en el hogar cuando resulte imposible acceder a un establecimiento de salud.
- ▶ estableciendo un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el establecimiento de salud y el hospital;
- ▶ garantizando la disponibilidad de atención vital posterior al aborto en establecimientos de salud y hospitales; y
- ▶ gestionando la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud o no exista la certeza de que se va a poder acceder.

Prevenir embarazos no deseados:

- ▶ asegurando la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada reversible y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos [en los casos en los que ya se usaban] y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda;
- ▶ proporcionando información, incluidos materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y asesoramiento sobre anticoncepción que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad del cliente, la igualdad y la no discriminación; y
- ▶ asegurando que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

Planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible:

- ▶ Trabajando con los socios del sector/grupo temático de salud para abordar los seis elementos centrales del sistema de salud: la provisión de servicios, el personal de salud, el sistema de información de salud, los productos básicos médicos, el financiamiento, y la gobernanza y el liderazgo.

Otra prioridad

- ▶ También es importante garantizar que en los centros de salud y establecimientos hospitalarios haya servicios de aborto seguro disponibles en la máxima medida que lo admita la ley.

APÉNDICE B: LISTA DE VERIFICACIÓN DE MONITOREO DEL PSIM PARA SSR

El coordinador de SSR utiliza la lista de verificación de monitoreo del PSIM para SSR para monitorear la prestación de servicios en cada contexto de crisis humanitaria como parte del monitoreo y evaluación del sector/grupo temático de salud en general. En algunos casos, esto podría realizarse mediante la presentación verbal de informes por parte de los administradores de SSR o mediante visitas de observación. Al inicio de la respuesta humanitaria, el monitoreo se realiza semanalmente y los informes deben entregarse al sector/grupo temático de salud y analizarse con ellos. Una vez que los servicios estén totalmente establecidos, es suficiente el monitoreo mensual. En las reuniones de los actores interesados de SSR y en el mecanismo de coordinación del sector/grupo temático de salud, deben analizarse las deficiencias y los solapamientos en la cobertura de los servicios a fin de encontrar e implementar soluciones.

1. Organismo de SSR líder y coordinador de SSR			
		Sí	No
1.1	Organismo de SSR líder identificado y coordinador de SSR que opera dentro del sector/grupo temático de salud		
	Organismo a cargo		
	Coordinador de SSR		
1.2	Reuniones de actores interesados de SSR establecidas y que se realizan periódicamente	Sí	No
	Nacional (MENSUALMENTE)		
	Subnacional/distrito (CADA DOS SEMANAS)		
	Local (SEMANALMENTE)		
1.3	Los actores interesados pertinentes dirigen las reuniones de los grupos de trabajo sobre SSR o participan en ellas.	Sí	No
	Ministerio de Salud		
	El UNFPA y otros organismos de las Naciones Unidas pertinentes		
	ONG internacionales		
	ONG locales		
	Protección/Violencia de género		
	VIH		
	Organizaciones de la sociedad civil, incluidos grupos marginados (adolescentes, personas con discapacidad, personas LGBTQIA)		
1.4	Con los aportes de los sectores/grupos temáticos de salud/protección/violencia de género y de los programas nacionales de VIH, velar por el mapeo y examen de los servicios de SSR existentes.		

2. Características demográficas			
2.1	Población total		
2.2	Cantidad de mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años, que se estima representan el 25 % de la población)		
2.3	Cantidad de hombres sexualmente activos (que se estima representan el 20 % de la población)		
2.4	Tasa bruta de natalidad (población nacional receptora y/o población afectada, estimada en 4 % de la población)		
3. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes			
		Sí	No
3.1	Existen mecanismos multisectoriales coordinados para prevenir la violencia sexual.		
3.2	Acceso seguro a establecimientos de salud		
	Porcentaje de establecimientos de salud con medidas de seguridad (baños separados por sexo, que se cierran por dentro, iluminación en torno al establecimiento de salud, sistema para controlar el ingreso al establecimiento y el egreso de él [como guardias o recepción])		%
3.3	Servicios de salud confidenciales para tratar a personas sobrevivientes de violencia sexual	Sí	No
	Porcentaje de establecimientos de salud que brindan gestión clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual: (cantidad de establecimientos de salud que ofrecen atención/todos los establecimientos de salud) x 100		%
	Anticoncepción de emergencia (AE)		
	Prueba de embarazo (no necesaria para acceder a anticoncepción de emergencia o profilaxis posterior a la exposición [PPE])		
	Embarazo		
	PPE		
	Antibióticos para prevenir y tratar ETS		
	Vacuna antitetánica/inmunoglobulina antitetánica		
	Vacuna contra la hepatitis B		
	Servicios de aborto seguro		
	Derivación a servicios de salud		
	Derivación a servicios de aborto seguro		
	Derivación a servicios de apoyo psicológico y social		
3.4	Cantidad de incidentes de violencia sexual denunciados a los servicios de salud		
	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual elegibles que reciben PPE en el término de 72 horas de producido un incidente: (cantidad de personas sobrevivientes elegibles que reciben PPE en el término de 72 horas de producido un incidente/cantidad total de personas sobrevivientes elegibles para recibir PPE) x 100		%

		Sí	No
3.5	Información sobre los beneficios y la ubicación de la atención para sobrevivientes de violencia sexual		
4. Prevenir el VIH y responder a esa enfermedad			
4.1	Se aplican protocolos de transfusión de sangre seguros y racionales.		
4.2	Unidades de sangre examinadas/todas las unidades de sangre donada x 100		
4.3	Los establecimientos de salud tienen materiales suficientes para garantizar que se apliquen precauciones		
4.4	Preservativos lubricados disponibles sin cargo		
	Establecimientos de salud		
	Ámbito comunitario		
	Adolescentes		
	LGBTQIA		
	Personas con discapacidad		
4.4	Trabajadores sexuales		
4.5	Cantidad aproximada de preservativos que se consumen en este período		
4.6	Cantidad de preservativos repuestos en los lugares de distribución en este período. Especificar lugares:		
4.7	Medicamentos antirretrovirales disponibles para que las personas inscritas antes de la emergencia para recibirlos puedan continuar el tratamiento (se incluye prevención de la transmisión materno-infantil)		
4.8	PPE disponible para sobrevivientes de violencia sexual; PPE disponible en caso de exposición laboral		
4.9	Profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas		
4.10	Se ofrece diagnóstico y tratamiento sintomático de ETS en los establecimientos de salud.		
5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal			
5.1	Disponibilidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica e integral cada 500 000 personas	Sí	No
	Centro de salud con atención obstétrica y neonatal de emergencia básica: cinco cada 500 000 personas		
	Hospital con atención obstétrica y neonatal de emergencia integral: uno cada 500 000 personas		

5.2	Centro de salud (para garantizar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica durante las 24 horas, los 7 días de la semana)	Sí	No
	Un trabajador de la salud calificado de guardia cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Suficientes insumos disponibles, incluidos insumos neonatales, para respaldar la atención obstétrica y neonatal de emergencia básica		
	Hospital (para garantizar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral durante las 24 horas, los 7 días de la semana)	Sí	No
	Un trabajador de la salud calificado de guardia cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Un equipo formado por un médico, profesional de enfermería, partera y anestesiista de guardia		
	Suficientes medicamentos e insumos para respaldar la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
	Atención posterior al aborto		
	Cobertura de atención posterior al aborto: (cantidad de establecimientos de salud donde se ofrece atención posterior al aborto/cantidad de establecimientos de salud) x 100		
	Cantidad de mujeres y niñas que reciben atención después del aborto		
5.3	Sistema de derivación para emergencias obstétricas y neonatales que funciona durante las 24 horas, los 7 días de la semana (medios de comunicación [radios, teléfonos celulares])	Sí	No
	Transporte desde la comunidad al centro de salud, disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
	Transporte desde el centro de salud hasta el hospital, disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana		
5.4	Cadena de frío en funcionamiento (para oxitocina, análisis de sangre)		
5.5	Proporción de todos los nacimientos en establecimientos de salud: (cantidad de mujeres que dan a luz en establecimientos de salud durante un determinado período/cantidad de nacimientos que se prevé durante el mismo período) X 100		%
5.6	Necesidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia que se cubrió: (cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas directas importantes tratadas en establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia durante un determinado período/cantidad de mujeres con complicaciones obstétricas directas graves que se prevé para la misma área, en el mismo período) X 100		%
5.7	Cantidad de partos por cesárea/cantidad de nacimientos con vida en establecimientos de salud x 100		%
5.8	Insumos y productos básicos para un parto higiénico y la atención del recién nacido		

5.9	Cobertura de los botiquines para partos higiénicos: (cantidad de botiquines para partos higiénicos distribuidos en los casos donde es imposible acceder a establecimientos de salud/cantidad estimada de mujeres embarazadas) x 100		%
5.10	Cantidad de botiquines para recién nacidos distribuidos, incluidas clínicas y hospitales		
5.11	Comunidad informada sobre el peligro de los signos de complicaciones durante el embarazo y durante el parto, y sobre dónde buscar atención		
6. Prevenir embarazos no deseados			
6.1	Métodos de acción corta disponibles en por lo menos un establecimiento	Sí	No
6.2	Preservativos		
6.3	Píldoras anticonceptivas de emergencia*		
6.4	Píldoras anticonceptivas orales		
6.5	Inyectables		
6.6	Implantes		
6.7	Dispositivos intrauterinos (DIU)		
6.8	Cantidad de establecimientos de salud que mantienen un mínimo de insumos para tres meses de cada método	Cantidad	
	Preservativos		
	Píldoras de AE		
	Píldoras anticonceptivas orales combinadas		
	Píldoras anticonceptivas de progestina sola		
	Anticonceptivos inyectables		
	Implantes		
	DIU		
7. Planificación para la transición hacia servicios de SSR integrales			
7.1	Provisión de servicios	Sí	No
	Necesidades de SSR identificadas en la comunidad		
	Lugares aptos para prestar servicios de SSR identificados		
7.2	Personal de salud	Sí	No
	Capacidad del personal evaluada		
	Necesidades y niveles identificados en cuanto al personal		
	Capacitaciones diseñadas y planificadas		
7.3	Sistema de información de salud	Sí	No
	Información de SSR incluida en el sistema de información de salud		

7.4	Productos básicos médicos	Sí	No
	Necesidades de productos básicos de SSR identificadas		
	Líneas de suministro de productos básicos de SSR identificadas, consolidadas y fortalecidas		
7.5	Financiamiento	Sí	No
	Posibilidades de proporcionar fondos para SSR identificadas		
7.6	Gobernanza y liderazgo	Sí	No
7.7	Leyes, políticas y protocolos relacionados con SSR revisados		
8. Otra actividad prioritaria: Servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley			
8.1	Cobertura de servicios de aborto seguro: (Cantidad de establecimientos de salud donde se ofrecen servicios de aborto seguro/cantidad de establecimientos de salud) x 100		%
8.2	Cantidad de mujeres y niñas que reciben servicios de aborto seguro		
8.3	Cantidad de mujeres y niñas tratadas por complicaciones por abortos (espontáneos o de otro tipo)		
9. Observaciones especiales			
10. Otros comentarios			
Explicar cómo se obtuvo esta información (observación directa, informe de un socio [nombre], etc.) y proporcionar otros comentarios.			
11. Acciones (en los casos en que se haya marcado “No”, explicar los obstáculos y las actividades propuestas para resolverlos).			
Número	Obstáculo	Solución propuesta	

APÉNDICE C: CALCULADORA DEL PSIM PARA SSR

Para acceder a la Calculadora del PSIM para SSR, visitar:

<http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/>.

Nota de orientación sobre la Calculadora del PSIM

(2019) ¿Qué es la calculadora del PSIM?

Al inicio de una emergencia humanitaria aguda, los datos sobre la población afectada pueden variar significativamente según la calidad de la información disponible antes de la emergencia y según cuánto se sabe sobre la combinación demográfica de la población destinataria. La Calculadora del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) en Escenarios Humanitarios es un instrumento que puede ayudar a los coordinadores y administradores de programas a determinar los datos demográficos de la población con fines de incidencia, recaudación de fondos y programación en cuanto se inicie una emergencia.

La calculadora del PSIM SOLO requiere que el usuario indique las cifras de población afectada y le proporciona automáticamente a este una manera sencilla de acceder a los "mejores datos disponibles" para cada población en un país o área subnacional. Si no existen datos de calidad sobre esa población afectada previos a la emergencia, la calculadora utiliza constantes globales predeterminadas para generar la respuesta. Además, la calculadora del PSIM proporciona un espacio para que el propio usuario ingrese datos específicos del centro que puedan estar disponibles sobre la población específica.

¿Cómo utilizar la calculadora del PSIM?

1. Hacer clic en la pestaña "Calculadora del PSIM"
2. Seleccionar el país de origen de la población destinataria (esto puede ser distinto para personas desplazadas internamente, refugiados o población de acogida)
3. Seleccionar el nivel nacional o subnacional de la población destinataria (en algunos contextos podrá elegirse el nivel provincial o municipal)
4. Ingresar la cantidad de personas afectadas
5. OPCIONAL: Ingresar información específica del centro que pueda tener el usuario
6. Los datos se calcularán para obtener indicadores relacionados con el PSIM, incluida atención materna y del recién nacido, métodos anticonceptivos, violencia sexual, VIH y otras ETS.
7. Hacer clic en la pestaña "Visualizaciones" para ver los gráficos básicos sobre sus datos que pueden utilizarse/adaptarse para fines de incidencia y recaudación de fondos

¿En qué se diferencia esta versión de la calculadora del PSIM (2019) de las anteriores?

Esta versión de la calculadora del PSIM tiene cuatro diferencias importantes en comparación con las versiones anteriores.

1. Los indicadores proporcionados se actualizan de acuerdo con el PSIM revisado (2018).
2. Hay una nueva funcionalidad que permite que los datos específicos del país (si existen) con respecto a la población afectada superen las constantes globales si no existe información específica del centro disponible.
3. Ahora hay una visualización básica de los datos que pueden usarse con fines de incidencia.
4. El usuario debe volver a descargar la herramienta en formato Excel cada cierta cantidad de meses, ya que la subdivisión de datos del UNFPA actualizará continuamente los datos nacionales y subnacionales disponibles para que la herramienta los utilice.

¿Qué datos se obtendrán de la calculadora del PSIM?

La calculadora del PSIM le proporciona automáticamente al usuario una manera sencilla de acceder a los “mejores datos disponibles” para cada población en un país o área subnacional. Si no existen datos de calidad sobre esa población afectada previos a la emergencia, la calculadora utiliza constantes globales predeterminadas para generar la respuesta. Si existen datos nacionales o subnacionales, la herramienta en línea reemplazará automáticamente las constantes globales con los “mejores datos disponibles” (sobre la base de censos disponibles, encuestas y otras fuentes de datos pertinentes) en el nivel administrativo correspondiente (es decir, nacional, regional, provincial o municipal). La fuente de esta información puede encontrarse en los recuadros que dicen “Fuentes” de la herramienta.

Además, la calculadora del PSIM proporciona un espacio para que el propio usuario ingrese datos específicos del centro que puedan estar disponibles sobre la población específica en los recuadros verdes. Estos datos sobrescribirán las constantes globales y los datos específicos nacionales o subnacionales, los reemplazarán y pasarán a ser los "mejores datos disponibles".

¿Qué no proporcionará la calculadora del PSIM?

El PSIM abarca un conjunto mínimo de intervenciones de SSR vitales, que deben estar disponibles desde el inicio de cada emergencia humanitaria y ampliarse tan pronto como la situación lo permita. La calculadora del PSIM está diseñada para su uso al inicio de una emergencia cuando los fondos, las actividades de incidencia y la programación tengan por objeto aportarse a las intervenciones del PSIM. Es importante recordar que el PSIM incluye los servicios mínimos esenciales, pero no son los únicos servicios que deben proporcionarse a las poblaciones afectadas. Tan pronto como sea posible, es fundamental ampliar el PSIM para poder brindar una respuesta de SSR más adecuada al contexto e integral. La calculadora del PSIM no proporcionará toda la información sobre indicadores más allá de la incluida en el PSIM para este componente de la respuesta.

Está diseñada para ser una herramienta útil que ayude a los coordinadores de SSR y a los administradores de programas en las etapas iniciales de una emergencia. Nunca será 100 % precisa

ni la única pauta programática sobre la que se basen todas las decisiones. Los coordinadores de SSR y administradores de programas deberían analizar juntos los resultados de la calculadora para tomar decisiones sobre su respuesta. Los coordinadores y administradores de programas deben pensar en las poblaciones destinatarias y de qué forma las características de estas poblaciones pueden limitar la aplicabilidad de los datos que proporcione la calculadora del PSIM. Es especialmente importante analizar de qué manera la emergencia puede haber impactado en los datos demográficos o modificado datos previos a la crisis.

Si el programa tiene varias poblaciones destinatarias (p. ej., refugiados y población de acogida), debe tenerse en cuenta que quizás sea necesario trabajar con la calculadora del PSIM por separado para cada población, ya que sus indicadores pueden ser muy distintos. Además, es importante recordar que en ciertas partes del mundo algunas poblaciones afectadas no pueden recabar datos nacionales por motivos políticos o sociales; si un programa incluye estos grupos, deben analizarse las limitaciones de los datos y realizarse los ajustes pertinentes.

¿De dónde provienen los datos nacionales o subnacionales y quién los actualiza?

Los datos nacionales o subnacionales provienen de distintas fuentes, según el contexto. Pueden provenir de los censos disponibles, de encuestas u otros datos recabados por diversos organismos nacionales o internacionales de recolección de estadísticas. La fuente y el año de los datos siempre se indican en la parte superior de la calculadora cuando se elige un país o región. La Subdivisión de Población y Datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) actualiza constantemente la información a partir de la cual la herramienta extrae los datos; es importante que el usuario vuelva a descargar la herramienta cada algunos meses o para cada nueva respuesta, a fin de asegurarse de estar obteniendo la información más actualizada disponible.

¿De dónde provienen las constantes globales y quién las actualiza?

Las constantes globales se determinan sobre la base de una evaluación realizada por un grupo de expertos de países de ingresos bajos y medianos y de promedios de países con situaciones humanitarias y frágiles. Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de Asuntos Humanitarios del UNFPA.

¿Quién puede ayudarme a utilizar la herramienta o responder mis preguntas?

La Oficina de Asuntos Humanitarios del UNFPA y la Subdivisión de Población y Datos del UNFPA realizaron un seminario web sobre cómo utilizar la herramienta que puede encontrarse en el sitio web del UNFPA.

Según el país en el que se opere, el asesor regional del UNFPA en cuestiones humanitarias puede ayudar con respecto al uso de la calculadora del PSIM. No dude en comunicarse con Humanitarian-SRHSupplies@unfpa.org si necesita ayuda de colegas de la Oficina de Asuntos Humanitarios del UNFPA de todo el mundo.

MISP calculator

Information can be overwritten manually in all green fields	
No country specific data can be provided, if possible, provide site specific estimates, otherwise global constants are used	
No data available	-

For more information on the functionality of the MISP calculator, please refer to the [Guidance note](#).

Country	Syria
Region	Aleppo Governorate
Province	
Municipality	
Affected population	500,000

Basic statistics	Global constants (default)	Country data	Site specific data	Best available data
Percentage of women of reproductive age (WRA)	26%	25%		25%
Percentage of adult population (18+)	63%	58%		58%
Percentage of young adolescent girls (10-14)	5%	6%		6%
Percentage of all adolescent girls (10-19)	9%	12%		12%
Percentage of adolescents (10-19)	19%	25%		25%
Percentage of adult men (18+)	31%	29%		29%
Crude birth rate (per 1,000 population)	23.9	20		20
STI prevalence	5%	3%		3%
Neonatal mortality rate (deaths per 1,000 live births)	-	8.7		8.7
Maternal mortality ratio (deaths per 100,000 live births)	-	68		68

Basic statistics	Estimates based on	Country estimates	Site specific estimates
Number of women of reproductive age (WRA)	127,500	125,000	-
Number of adult population (18+)	313,150	287,885	-
Number of young adolescent girls (10-14)	24,350	30,000	-
Number of all adolescent girls (10-19)	47,150	60,000	-
Number of adolescents (10-19)	97,250	125,000	-
Number of adult men (18+)	157,350	145,000	-
Number of live births in the next 12 months	11,950	10,100	-
Number of live births in the next month	996	842	-
Number of currently pregnant women	8,963	7,575	-
Number of adults living with an STI	13,905	8,949	-

Maternal and newborn health	Global constants (default)	Country data	Site specific data	Best available data
Number of pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion (estimated as an additional percentage of live births)	15%			15%
Number of still births	2%			2%
Number of currently pregnant women who will experience complications	15%			15%
Number of newborns who will experience complications	20%			20%
Number of newborns weighing less than 2,500 g	5%	-		5%
Number of currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center	15%			15%
Number of currently pregnant women delivering who will need suturing of vaginal tears	15%			15%
Number of deliveries requiring a C-section (Min/Max)	5%	##		5% 15%
Number of maternal deaths averted if MISP is fully implemented and all pregnant women have access to EmOC services	100%			100%

Access to Sexual and Reproductive Health	Global constants (default)	Country data	Site specific	Best available data
Number of sexually active men in the population	20%			20%
Number of sexually active men who use condoms	20%			20%
Number of WRA who use modern contraceptives	15%	45%		45%
Number of WRA who use female condoms	1%	-		9.0%
Number of WRA who use an implant	3%	-		9%
Number of WRA who use combined oral contraceptive pills	5%	-		13%
Number of WRA who use injectable contraception	8%	-		25%
Number of WRA who use an IUD	1%	-		2%
Number of people living with HIV	-	-		-
Number of people living with HIV, receiving ART	-	-		-
Number of people who will seek care for STI syndromes	3%			3%
Number of cases of sexual violence who will seek care	2%			2%
Status of abortion legislation	To save the woman's life			
Safe induced abortion rate	-		2%	2%

Sources
 United Nations Population Division - World Population Prospect: 2017 Revision
 UN Population Division - World Contraceptive Use 2018
 Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results
 UN AIDS - AIDS Info - 2018 Estimates
 United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME), 2018.
 Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, UNFPA, 2015
 Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws, 2019

Best available estimates	Units
125,000	Women of reproductive age
287,885	Adults
30,000	Young adolescent girls (10-14)
60,000	Adolescent girls (10-19)
125,000	Adolescents (10-19)
145,000	Adult men
10,100	Live births in the next 12 months
842	Live births in the next month
7,575	Currently pregnant women
8,949	Adults living with an STI

estimates		Units
next 3 months	next month	
379	126	Pregnancies that end in miscarriage or unsafe abortion
58	19	Stillbirths
379	126	Currently pregnant women who will experience complications
505	168	Newborns who will experience complications
126	42	Babies who will weigh less than 2,500 g at birth
379	126	Currently pregnant women who will have access and be able to give birth in a health center
379	126	Currently pregnant women who will need suturing of vaginal tears
126/379	260/779	Deliveries requiring a C-section
2	1	Maternal deaths averted

Best available estimates	Units
100,000	Sexually active men
20,000	Sexually active men who use condoms
56,000	WRA who use modern contraceptives
11,200	WRA who use female condoms
11,200	WRA who use an implant
16,800	WRA who use combined oral contraceptive pills
30,800	WRA who use injectable contraception
2,800	WRA who use an IUD
-	People living with HIV
-	People living with HIV, receiving ART
7,917	People seeking care for STI syndromes
2,500	Number of cases of sexual violence who will seek care
Status of abortion	To save the woman's life
2,750	Abortions per 1,000 women of reproductive age

APÉNDICE D: PROPUESTA DE PROYECTO MODELO

La siguiente es una propuesta de proyecto modelo que una ONG puede presentar a gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, como el UNFPA y Acnur, u otros donantes.

TÍTULO DEL PROYECTO	Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para Salud Sexual y Reproductiva (SSR)
ORGANIZACIÓN	[Descripción de la organización y su trabajo, incluidas actividades de SSR, en la región]
BREVE DESCRIPCIÓN DE ANTECEDENTES, MOTIVO DEL PROYECTO Y PROBLEMA QUE DEBE ABORDARSE	<p>El PSIM para SSR salvará vidas si se implementa al inicio de una emergencia. Descuidar las necesidades de SSR en contextos de crisis humanitaria tiene graves consecuencias, entre ellas, la morbilidad y mortalidad materna y neonatal prevenibles; consecuencias prevenibles de embarazos no deseados, como abortos inseguros; y casos prevenibles de violencia sexual y sus consecuencias, como embarazos no deseados, aumento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), mayor transmisión del virus de inmunodeficiencia (VIH) y problemas de salud mental duraderos, incluida depresión.</p> <p>El PSIM para SSR es un conjunto de actividades prioritarias cuyo objetivo es prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes; prevenir la transmisión y reducir la morbilidad y mortalidad por el VIH y otras ETS; prevenir la excesiva morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido; prevenir embarazos no deseados y planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud. Otra actividad prioritaria del PSIM para SSR incluye garantizar que se proporcionen servicios de aborto seguro en la máxima medida admitida por la ley.</p> <p>El PSIM para SSR se puede implementar sin una evaluación profunda de necesidades de SSR porque la evidencia documentada ya justifica su uso y representa los servicios de SSR mínimos que deben proporcionarse durante situaciones de emergencia. Los componentes del PSIM para SSR son un requisito de mínima, y se espera que se proporcionen servicios de SSR integrales tan pronto como la situación lo permita. Las actividades prioritarias del PSIM para SSR se incluyen en la revisión 2018 de las Directrices de Esfera (Sphere Guidelines) dentro de los estándares sobre SSR: “Estándar 2.3.1 Atención de salud reproductiva materna y del recién nacido”, “Estándar 2.3.2 Violencia sexual y gestión clínica de la violación” y “Estándar 2.3.3 VIH”.*</p> <p>Es fundamental contar con un organismo de SSR líder que tenga un coordinador de SSR para garantizar la coordinación de las actividades del PSIM para SSR dentro del sector/grupo temático de salud. Bajo los auspicios del marco general de coordinación de salud, el coordinador de SSR debería ser el punto de contacto para servicios de SSR y brindar asistencia y asesoramiento técnicos sobre SSR; oficiar de enlace con las autoridades nacionales y regionales del país de acogida; oficiar de enlace con otros sectores para garantizar que se aplique un abordaje multisectorial con respecto a la SSR; identificar protocolos estándares para SSR que estén totalmente integrados en la atención primaria de la salud, así como formas sencillas de monitorear las actividades de SSR; e informar con regularidad al sector/grupo temático de salud.</p> <p>[Insertar información resumida sobre la situación de emergencia].</p>

OBJETIVOS

1. Identificar una organización de SSR líder y personas para facilitar la coordinación e implementación del PSIM para SSR.
2. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes.
3. Prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a estas
4. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
5. Prevenir embarazos no deseados.
6. Planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como la situación lo permita.

Otra prioridad: También es importante garantizar que haya atención para el aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley.

ACTIVIDADES

Asegurarse de que el sector/grupo temático de salud identifique a una organización para que lidere la implementación del PSIM para SSR. La organización de SSR líder:

- ▶ Designa a un coordinador de SSR para que proporcione apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud.
- ▶ Organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados a fin de facilitar la acción coordinada y procurar la implementación del PSIM para SSR.
- ▶ Informa al subgrupo temático/sector de salud o violencia de género, o en las reuniones de coordinación nacional sobre VIH, acerca de cuestiones relacionadas con la implementación del PSIM para SSR.
- ▶ Junto con los mecanismos de coordinación de salud/violencia de género/VIH asegura el mapeo y análisis de los servicios de SSR existentes.
- ▶ Comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos básicos de SSR.
- ▶ Procura que la comunidad sepa qué servicios de SSR están disponibles y dónde pueden conseguirse.

Prevenir la violencia sexual y **responder** a las necesidades de las personas sobrevivientes:

- ▶ Trabajando con otros grupos, en especial, el subgrupo temático de protección o de violencia de género, para poner en marcha medidas de prevención en el ámbito comunitario, local y distrital, incluidos establecimientos de salud para proteger a las poblaciones afectadas, en especial, mujeres y niñas, de la violencia sexual.
- ▶ Brindando atención clínica y haciendo derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual.
- ▶ Estableciendo espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir y brindar a los sobrevivientes de violencia sexual atención clínica y derivaciones adecuadas.

Prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y **reducir** la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades:

- ▶ Estableciendo el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.
- ▶ Asegurando la aplicación de precauciones estándares.
- ▶ Garantizando la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y, según corresponda (p. ej., si la población ya los utilizaba), procurando la provisión de preservativos femeninos.

- ▶ Respaldo que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscrito antes de la emergencia en programas de tratamiento antirretroviral, a fin de que puedan continuar con su tratamiento; entre esas personas se incluyen las mujeres inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil. Dispenser la prophylaxie après exposition au VIH (PPE) aux victimes de violence sexuelle et pour l'exposition professionnelle
- ▶ Proporcionando profilaxis posterior a la exposición (PPE) a los sobrevivientes de violencia sexual según corresponda y para exposición laboral.
- ▶ Apoyando la provisión de profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas para pacientes que se determine que tienen VIH o a quienes ya se les haya diagnosticado VIH.
- ▶ Garantizando que en los establecimientos de salud se ofrezcan diagnósticos sindrómicos y tratamiento para ETS.

Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal:

- ▶ Garantizando que haya servicios de parto higiénico y seguro, atención esencial del recién nacido y atención obstétrica y neonatal vital de emergencia, y que se pueda acceder a ellos, como por ejemplo:
 - En los hospitales que reciben derivaciones: Personal médico calificado e insumos para prestar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral
 - En los establecimientos de salud: Asistentes de parto idóneos e insumos para partos vaginales sin complicaciones y para el manejo de complicaciones obstétricas y neonatales básicas
 - Atención en establecimientos de salud; a las mujeres que estén visiblemente embarazadas y a los asistentes de parto se les deben proporcionar botiquines de parto higiénico para promover partos higiénicos en el hogar cuando resulte imposible acceder a un establecimiento de salud.
- ▶ Estableciendo un sistema de derivación que esté disponible las 24 horas del día todos los días de la semana para facilitar el transporte y la comunicación desde la comunidad hacia el centro de salud y el hospital.
- ▶ Garantizando la disponibilidad de atención vital posterior al aborto en centros de salud y hospitales.
- ▶ Garantizando la disponibilidad de insumos y productos básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud o no exista la certeza de que se va a poder acceder.

Prevenir embarazos no deseados:

- ▶ Asegurando la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada reversible y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos—en los casos en los que ya se usaban— y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda.
- ▶ Proporcionando información, incluidos materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y asesoramiento sobre anticoncepción que haga hincapié en la elección y el consentimiento informados, la eficacia, la privacidad y confidencialidad del cliente, la igualdad y la no discriminación.
- ▶ Asegurando que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

Planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible. **Trabajar** con los socios del sector/grupo temático de salud para abordar los seis elementos centrales del sistema de salud: la provisión de servicios, el personal de salud, el sistema de información de salud, los productos básicos médicos, el financiamiento y la gobernanza, y el liderazgo.

Otra prioridad: Garantizar que en los centros de salud y establecimientos hospitalarios haya atención para el aborto seguro disponible en la máxima medida que lo admita la ley.

Monitorear y evaluar la implementación del proyecto:

- ▶ Respecto de todas las áreas de implementación del proyecto, completar periódicamente la lista de verificación del PSIM para SSR que aparece en el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios revisado.

Recolectar o estimar información demográfica básica; población total; cantidad de mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años, que se estima representan el 25 % de la población); cantidad de hombres sexualmente activos (que se estima representan el 20 % de la población); tasa bruta de natalidad (calculada en el 4 % de la población); tasa de mortalidad por edad (incluidas muertes neonatales entre el día 0 y el 28); y tasa de mortalidad por sexo.

INDICADORES

1. Porcentaje de establecimientos de salud con medidas de seguridad (baños separados por sexo, que se cierran por dentro; iluminación en torno al establecimiento de salud; sistema para controlar el ingreso al establecimiento y el egreso de él [como guardias o recepción])
2. Porcentaje de establecimientos de salud que brindan gestión clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual: (cantidad de establecimientos de salud que ofrecen atención/todos los establecimientos de salud) x 100
3. Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual elegibles que reciben PPE en el término de 72 horas de producido un incidente: (cantidad de personas sobrevivientes elegibles que reciben PPE en el término de 72 horas de producido un incidente/cantidad total de personas sobrevivientes elegibles para recibir PPE) x 100
4. Cobertura de insumos para precauciones estándares, que se define como el porcentaje de centros de prestación de servicios de salud que cuentan con insumos suficientes para garantizar que puedan ponerse en práctica las precauciones estándares: (cantidad de puntos de prestación de servicios de salud que cuentan con insumos suficientes para poner en práctica las precauciones estándares/cantidad de puntos de prestación de servicios de salud) x 100
5. Cobertura de pruebas rápidas de detección del VIH para realizar transfusiones de sangre seguras, que se define como el porcentaje de hospitales que reciben derivaciones y que cuentan con suficientes pruebas rápidas del VIH para garantizar que toda la sangre para transfusiones se examine: (cantidad de hospitales con suficientes pruebas rápidas de detección del VIH para examinar la sangre para transfusiones/cantidad total de hospitales) x 100
6. Tasa de distribución de preservativos, que se define como la tasa de distribución de preservativos entre la población: cantidad de preservativos masculinos distribuidos/población total/mes
7. Cobertura de las necesidades de atención obstétrica y neonatal de emergencia, que se define como la proporción de mujeres con complicaciones obstétricas

	<p>directas importantes, que se tratan en establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia: (cantidad de complicaciones obstétricas [hemorragia preparto, hemorragia posparto, parto distócico, preeclampsia, eclampsia o septicemia puerperal] tratada en establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia/cantidad estimada de partos) x 100</p> <p>8. Cobertura de botiquines para partos higiénicos, que se define como la tasa de distribución de botiquines para partos higiénicos entre mujeres embarazadas en su tercer trimestre: (cantidad de botiquines para partos higiénicos distribuidos/cantidad estimada de mujeres embarazadas) x 100</p> <p>9. Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan métodos anticonceptivos de acción prolongada reversible y de acción corta para satisfacer la demanda</p> <p>10. Porcentaje de establecimientos de salud que proporcionan tratamiento sintomático de ETS</p>
BENEFICIARIOS OBJETIVO	(Cantidad total de) personas afectadas por la crisis, de las cuales (xx) son mujeres de entre 15 y 49 años.
DURACIÓN DEL PROYECTO	De seis meses a un año.

* *Manual Esfera 2018 (Sphere 2018)*, <https://www.spherestandards.org/handbook/>.

APÉNDICE E: PLANILLA DE INCIDENCIA DEL PSIM PARA SSR

¿Qué es el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y por qué es importante?

1. El PSIM para SSR es un conjunto de actividades vitales prioritarias que deben implementarse al inicio de toda crisis humanitaria. Es el punto de partida de la programación de SSR en emergencias humanitarias y debe sostenerse y consolidarse con servicios de SSR integrales en situaciones de crisis prolongadas y en los procesos de recuperación.
2. Las dos terceras partes de las muertes maternas prevenibles y el 45 % de las muertes de recién nacidos se producen en países afectados por conflictos o desastres naturales recientes, o por ambos acontecimientos¹⁴¹.
3. El PSIM para SSR salva vidas y previene enfermedades, discapacidad y muerte. En ese sentido, el PSIM para SSR cumple con los criterios vitales del Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas.
4. Descuidar las necesidades de SSR en contextos de crisis humanitaria tiene graves consecuencias, entre ellas, la morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos prevenibles; consecuencias prevenibles de embarazos no deseados, como abortos inseguros; y casos prevenibles de violencia sexual y sus consecuencias, como embarazos no deseados, aumento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), mayor transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y problemas de salud mental duraderos, incluida depresión.
5. Los servicios de SSR vitales prioritarios en el PSIM para SSR forman parte de los estándares mínimos de salud de Sphere para respuestas humanitarias¹⁴².
6. El Grupo Temático de Salud Mundial respalda al PSIM para SSR como estándar mínimo en la prestación de servicios de salud en casos de emergencia, según se describe en Inter-Agency Standing Committee Health Cluster Guide¹⁴³.
7. El derecho internacional apoya que los actores humanitarios implementen de manera rápida y fluida el PSIM para SSR¹⁴⁴. Los servicios de SSR también son fundamentales para hacer efectivas las resoluciones 1325, 1820, 1888 y 1889 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre Mujeres, Paz y Seguridad.
8. Las actividades del PSIM para SSR deben coordinarse no solo con el sector/grupo temático de salud, sino con otros, como los de protección; logística; agua, saneamiento e higiene; y recuperación inicial.
9. A medida que los actores humanitarios se familiarizan con las actividades prioritarias del PSIM para SSR, reconocen que ese paquete puede y debe proporcionarse en el contexto de otras prioridades críticas, como agua, alimentos, combustible para cocinar y albergue.

141 Zeid y otros, "For Every Woman, Every Child, Everywhere".

142 *Manual Esfera (The Sphere Handbook)*.

143 *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation*.

144 Convenio de Ginebra (IV) relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra (Ginebra, 12 de agosto de 1949); Convenio de Ginebra (III) relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, art. 3 (Ginebra, 12 de agosto de 1949); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 6 (Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966); Convención de Ginebra (IV) relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, arts. 23, 55, 59 y 60 (Ginebra, 12 de agosto de 1949); Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, y relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), art. 70 (8 de junio de 1977); Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, y relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II), arts. 9 a 11 (8 de junio de 1977); Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Asamblea General de la ONU, 1979); y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966).

APÉNDICE F: RESUMEN DEL PSIM PARA SSR

OBJETIVO 2: PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS SOBREVIVIENTES:

- Trabajar con otros grupos, especialmente con el subgrupo de protección o de violencia de género, para establecer medidas preventivas a nivel comunitario, local y de distrito, incluidos centros de salud, a fin de proteger de la violencia sexual a las poblaciones afectadas, en particular a mujeres y niñas.
- Poner a disposición de las personas sobrevivientes de violencia sexual atención clínica y derivación a otros servicios de apoyo.
- Establecer espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir y proporcionar a las personas sobrevivientes de violencia sexual atención clínica adecuada y derivación a otros establecimientos.

Bot.
ISR 3

Bot.
ISR 5

Bot.
ISR 8

Bot.
ISR 9

OBJETIVO 3: PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y DE OTRAS ETS Y REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDO A ESTAS ENFERMEDADES:

- Establecer el uso seguro y racional de las transfusiones de sangre.
- Asegurar la aplicación de las precauciones estándares.
- Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitamente y, cuando proceda (p. ej., si ya los utiliza la población), garantizar el suministro de preservativos femeninos.
- Apoyar al suministro de antirretrovirales (ARV) para continuar el tratamiento de las personas que estaban inscritas en un programa de terapia antirretroviral (TAR) antes de la emergencia, incluidas las mujeres que estaban inscritas en programas de prevención de la transmisión materno-infantil.
- Proveer PPE a las sobrevivientes de violencia sexual según sea apropiado y por exposición ocupacional.
- Apoyar el suministro de profilaxis con cotrimoxazol para las infecciones oportunistas en pacientes que se ha descubierto que tienen VIH o que ya han sido diagnosticados con el virus.
- Asegurar la disponibilidad en los establecimientos de salud del diagnóstico sintórmico y el tratamiento de las ETS.

Bot.
ISR 1

Bot.
ISR 3

Bot.
ISR 5

Bot.
ISR 12

Precauciones estándares complementarias de los botiquines 2, 4, 6, 8, 9, 11

OBJETIVO 1: GARANTIZAR QUE EL SECTOR/GRUPO DE SALUD IDENTIFIQUE UNA ORGANIZACIÓN QUE LIDERE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM. LA ORGANIZACIÓN LÍDER EN SSR:

- Designa a un coordinador de SSR para que brinde apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud.
- Organiza reuniones periódicas con todos los actores interesados para facilitar una acción coordinada que asegure la implementación del PSIM.
- Informa al grupo de salud, al subgrupo de VG y/o a las reuniones de coordinación nacional de VIH sobre cualquier asunto relacionado con la implementación del PSIM.
- En conjunto con los mecanismos de coordinación de salud/VG/VIH, asegura el mapeo y análisis de los servicios de SSR existentes.
- Comparte información sobre la disponibilidad de servicios y productos de SSR.
- Asegura que la comunidad esté informada de la disponibilidad y la ubicación de los servicios de salud reproductiva.

OBJETIVO PREVENIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y DISCAPACIDAD EN POBLACIONES AFECTADAS POR CRISIS

OBJETIVO 6: PLANIFICAR QUE LOS SERVICIOS DE SSR INTEGRALES FORMEN PARTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE. TRABAJAR CON LOS SOCIOS DEL SECTOR/GRUPO DE SALUD PARA ABORDAR LOS SEIS ELEMENTOS CENTRALES DEL SISTEMA DE SALUD:

- Prestación de servicios
- Personal de salud
- Sistema de información sanitaria
- Material médico
- Financiamiento
- Gobernanza y liderazgo

OBJETIVO 5: PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS:

- Asegurar la disponibilidad de una gama de métodos anticonceptivos de acción prolongada reversibles y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos, donde ya se usan, y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención de salud primaria a fin de satisfacer la demanda.
- Proporcionar información, incluidos los materiales informativos, educativos y de comunicación existentes, y consejería anticonceptiva que enfatice la elección informada y el consentimiento, la eficacia, la privacidad y la confidencialidad del cliente, la equidad y la no discriminación.
- Asegurarse de que la comunidad esté consciente de la disponibilidad de anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

Bot.
ISR 1

Bot.
ISR 3

Bot.
ISR 4

OBJETIVO 4: PREVENIR EL EXCESO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL:

- Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de parto higiénico y seguro, de atención neonatal esencial y de atención obstétrica y neonatal de emergencia (AONE) que pueden salvar vidas, incluido lo siguiente:
 - o A nivel de los hospitales que reciben derivaciones: personal médico capacitado y suministros para la gestión de la atención obstétrica y neonatal de emergencia integral (AONE).
 - o A nivel de los establecimientos de salud: asistentes de parto capacitados y suministros para partos vaginales y prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica (AONEB).
 - o A nivel comunitario: suministro de información a la comunidad sobre la disponibilidad de servicios de parto seguro y de AONE, y sobre la importancia de buscar atención en centros de salud. Se deben proporcionar botiquines de parto en condiciones higiénicas a las mujeres visiblemente embarazadas y a las parteras para promover partos higiénicos en el hogar en los casos en que no sea posible el acceso a un centro de salud.
- Establecer un sistema de derivación las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para posibilitar el transporte y la comunicación entre la comunidad, el centro de salud y el hospital.
- Asegurar la disponibilidad de atención postaborto que salve vidas en los centros de salud y hospitales.
- Garantizar la disponibilidad de suministros y productos para el parto en condiciones higiénicas y la atención inmediata del recién nacido cuando el acceso a un centro de salud no es posible o no es confiable.

Bot.
ISR 2

Bot.
ISR 6

Bot.
ISR 8

Bot.
ISR 9

Bot.
ISR 10

Bot.
ISR 11

Bot.
ISR 12

Autre priorité : Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient accessibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

Kits de SR de 8

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para salud sexual reproductiva (SSR) es un conjunto de servicios y actividades de SSR prioritarios y que pueden salvar la vida, que deben implementarse al inicio de cualquier emergencia humanitaria para evitar niveles excesivos de morbilidad y mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Todas las actividades de prestación de servicios del PSIM deben implementarse de manera simultánea mediante acciones coordinadas con todos los socios pertinentes.

El PSIM es el punto de partida para la programación de SSR y, desde el inicio, hay que asegurar que se brinde una calidad de atención aceptable. Es importante señalar que los componentes del PSIM constituyen el requisito mínimo y deben implementarse en todos los casos. Estos deben sostenerse y consolidarse tan pronto como sea posible (preferentemente en el término de entre 3 y 6 meses) con servicios e insumos de SSR integrales en situaciones de crisis prolongadas y los procesos de recuperación.

Principios fundamentales de la programación en materia de SSR en escenarios humanitarios

- Trabajar conformando alianzas respetuosas con las personas que reciben atención, los proveedores y los socios locales e internacionales.
- Garantizar la equidad satisfaciendo las diversas necesidades de SSR de salud sexual y reproductiva de las personas y asegurar que los servicios y los suministros sean asequibles o gratuitos, accesibles para todas las personas y de alta calidad.
- Proporcionar información y opciones integrales, con base empírica y accesibles sobre los suministros y servicios disponibles.
- Asegurar la participación eficaz y significativa de los afectados, y brindar atención centrada en la persona que reconozca el poder de los pacientes para tomar decisiones autónomas, así como las diversas opciones de servicios y productos básicos que tienen a su disposición.
- Asegurar que se proteja la privacidad y confidencialidad de todas las personas y que todas ellas reciban un trato digno y respetuoso.
- Promover la igualdad con respecto a la edad, sexo, género e identidad de género, estado civil, orientación sexual, ubicación (p. ej., ámbito rural o urbano), discapacidad, raza, color, idioma, religión, opinión política o de otra naturaleza, nacionalidad, grupo étnico o grupo social; patrimonio, nacimiento u otras características.
- Reconocer y abordar dinámicas de género y poder en los establecimientos de atención de la salud para garantizar que, al recibir o brindar servicios de salud, no haya coerción, discriminación ni violencia/maltrato/falta de respeto/abuso.
- Lograr la participación y la movilización de la comunidad, incluidas poblaciones que suelen estar marginadas, como los adolescentes, en iniciativas de extensión a la comunidad para informar a esta sobre la disponibilidad y la ubicación de los servicios y los productos básicos del PSIM.
- Monitorear los servicios y suministros, y compartir información y los resultados con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Nivel comunitario/Puesto de salud: Los botiquines para el nivel comunitario/puestos de salud están destinados al uso de los proveedores de salud que brindan servicios de SSR en el nivel de atención de salud comunitaria. Cada botiquín está diseñado para cubrir las necesidades de 10 000 personas durante un período de tres meses. Los botiquines contienen, principalmente, medicamentos y artículos descartables.

Establecimiento de atención primaria de la salud (AONEB): Los botiquines para establecimientos de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica) contienen materiales tanto descartables como reutilizables y están destinados al uso de proveedores de atención de la salud capacitados que sean idóneos para realizar partos y cuenten con otras habilidades específicas de obstetricia y neonatales en el nivel del centro de salud u hospital. Estos botiquines están diseñados para cubrir las necesidades de una población de 30 000 personas durante un período de tres meses. Estos botiquines pueden ordenarse para poblaciones de menos de 30 000 personas, lo cual significa que los insumos durarán más tiempo.

Hospital que recibe derivaciones (AONEI): Los botiquines para hospitales que reciben derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral) contienen tanto insumos descartables como reutilizables para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral en el nivel de las derivaciones (obstetricia quirúrgica). En contextos de crisis humanitaria aguda se deriva a los pacientes de las poblaciones afectadas al hospital más cercano, para lo cual es posible que se necesite asistencia en cuanto a equipos e insumos, a fin de poder brindar los servicios necesarios ante este mayor volumen de casos. Se calcula que un hospital en este nivel atiende a una población de aproximadamente 150 000 personas. Los insumos proporcionados en estos botiquines servirían para abastecer a esta población durante tres meses.

NOTA: Los Botiquines ISR se clasifican en tres niveles, para cada uno de los tres niveles de prestación de servicios de salud. Los botiquines están diseñados para su uso durante un período de tres meses con un determinado tamaño de población. Los productos básicos complementarios pueden pedirse según el contexto y las capacidades de los proveedores de atención de la salud. Los Botiquines ISR no son específicos para un contexto ni tampoco exhaustivos. Las organizaciones no deben depender solamente de esos botiquines y deben planificar para integrar la adquisición de insumos de SSR en sus sistemas de compras de salud de rutina tan pronto como sea posible. Esto no solo asegurará la sostenibilidad de los insumos sino también que los servicios de SSR puedan ampliarse y pasar del PSIM a una atención integral.

* La nueva estructura del Bot. solo estará disponible a finales de 2019

NÚMERO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CÓDIGO DE COLOR
Bot. 1A	Preservativos masculinos	Rojo
Bot. 2	Para partos higiénicos (A y B)	Azul marino
Bot. 3	Tratamiento luego de una violación	Rosa
Bot. 4	Métodos anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Bot. 5	Tratamiento de ETS	Turquesa
NÚMERO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CÓDIGO DE COLOR
Bot. 6	Insumos para asistencia clínica del parto y obstetricia (A y B)	Marrón
Bot. 8	Manejo de complicaciones por abortos espontáneos o de otro tipo	Amarillo
Bot. 9	Reparación de desgarros vaginales y del cuello uterino	Morado
Bot. 10	Parto asistido con extracción con ventosa	Gris
NÚMERO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CÓDIGO DE COLOR
Bot. 11	Botiquín para cirugías obstétricas y complicaciones obstétricas graves (A y B)	Verde fluorescente
Bot. 12	Transfusión de sangre	Verde oscuro

NIVEL	PARA COMPLEMENTAR	ÍTEM
Coordinación	Todos los Bot.s	Bot. 0 - Administración y capacitación
	Bot. 1	Bot. 1B - Preservativos femeninos
	Bot. 2A	Clorhexidina
	Bot. 2B	Misoprostol (también complementa los Botiquines 6B y 8)
	Bot. 4	Acetato de depo-medroxiprogesterona - Subcutáneo (DMPA-SC)
Hospital que recibe derivaciones - AONEI	Bot. 4	Bot. 7A - Dispositivo intrauterino (DIU)
	Bot. 4	Bot. 7B - Implante anticonceptivo
	Bot. 6A	Prendas no neumáticas antishock
	Bot. 6B	Oxitocina
	Bot. 8	Mifepristona
	Bot. 10	Sistema de parto asistido con ventosa manual

Los productos básicos complementarios son artículos descartables y consumibles que pueden ordenarse en determinadas circunstancias para complementar los botiquines principales:

- cuando los proveedores o la población están capacitados para utilizar el producto básico;
- cuando los insumos eran aceptados y utilizados antes de la emergencia;
- después de hacer un pedido rápido de insumos de SSR, en situaciones prolongadas o luego de una emergencia, mientras se hace todo lo posible por fortalecer o establecer líneas locales de suministro de productos básicos médicos sostenibles (incluidos canales de compras locales o regionales); y
- cuando el uso de los insumos está permitido en la máxima medida por las leyes nacionales.

En las oficinas nacionales del UNFPA o en la Oficina de Asuntos Humanitarios del UNFPA en Ginebra puede conseguirse información sobre los botiquines ISR y ayuda para realizar pedidos. Puede hacerse un pedido de Botiquines ISR directamente a la Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA en Copenhague a través de la oficina nacional del UNFPA o de la Oficina de Asuntos Humanitarios de ese organismo; también puede ponerse en contacto con el coordinador del grupo/subsector de trabajo sobre SSR para facilitar la adquisición programada de los Botiquines ISR.

Oficina de Asuntos Humanitarios del UNFPA

UNFPA
At.: Humanitarian Office
Palais des Nations Avenue
de la Paix 8-14
1211, Geneva 10, Switzerland

Correo electrónico:
Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org

Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA

UNFPA Procurement Service
Branch
Marmovej 51
2100 Copenhagen, Denmark

Correo electrónico:
procurement@unfpa.org
Sitio web: unfpaprocurement.org

Antes de hacer un pedido, converse con el grupo de coordinación de SSR o con la oficina nacional del UNFPA para determinar qué es, efectivamente, lo que ya se está ordenando y si pueden combinarse pedidos.

APÉNDICE G: LISTA DE VERIFICACIÓN ESPECÍFICA PARA ADOLESCENTES

Esta lista de verificación de servicios de SSR específicos para adolescentes es una adaptación de las *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes* elaboradas por Save the Children y el UNFPA.

Características	Sí	No	Posible sugerencia para la mejora
Características de los establecimientos de salud			
1. ¿Está el establecimiento ubicado cerca de un lugar de reunión de adolescentes –varones y mujeres– (p. ej., un centro para jóvenes, una escuela o un mercado)?			
2. ¿Está el establecimiento abierto en horarios convenientes para los adolescentes –varones y mujeres–, en especial, por la noche o durante los fines de semana?			
3. ¿Existen horarios de clínica específicos para adolescentes?			
4. ¿Se aceptan clientes que se presentan espontáneamente (clientes sin cita)?			
5. ¿Se ofrecen servicios de SSR gratis o a una tarifa asequible para los adolescentes?			
6. ¿Los tiempos de espera son breves?			
7. Si en el establecimiento se trata tanto a adultos como a adolescentes, ¿hay una entrada separada y discreta para los adolescentes que permita cuidar de su privacidad?			
8. ¿Los cuartos de asesoramiento y tratamiento son privados (tanto desde el punto de vista visual como auditivo)?			
9. ¿Se rige el personal del establecimiento de salud por un código de conducta?			
10. ¿Existe en el establecimiento un mecanismo transparente y confidencial para que los adolescentes puedan presentar quejas o comentarios, u otros mecanismos de rendición de cuenta con respecto a los servicios de SSR?			
11. ¿La clínica es accesible para quienes tienen alguna discapacidad?			
12. ¿Se ofrecen servicios de SSR para niños y hombres jóvenes en lugares que los reciban favorablemente?			
Características de los proveedores			
1. ¿Han recibido los proveedores capacitación para proporcionar servicios de salud para adolescentes, lo cual incluye no juzgar, tener empatía, escuchar activamente y dar asesoramiento acorde a la edad?			

2. ¿Se ha orientado a todos los miembros del personal para que proporcionen servicios confidenciales destinados a adolescentes (p. ej., recepcionistas, guardias de seguridad, trabajadores de salud comunitarios, personal de limpieza)?			
3. ¿Respetan los miembros del personal a los adolescentes y sus elecciones?			
4. ¿Garantizan los proveedores la privacidad y confidencialidad de los clientes?			
5. ¿Dedican los proveedores suficiente tiempo para interactuar con los clientes?			
6. ¿Hay pares educadores o asesores disponibles?			
7. ¿Los proveedores tratan a cada adolescente como una persona con distintas necesidades e inquietudes?			
8. ¿Hay proveedores hombres y mujeres disponibles (si fuera posible)?			
Características del programa			
1. ¿Los adolescentes (hombres y mujeres) tienen algún rol en el funcionamiento del establecimiento de salud?			
2. ¿Participan los adolescentes en el control de la calidad de la prestación del servicio de SSR?			
3. ¿Puede atenderse a los adolescentes en el establecimiento sin el consentimiento de sus padres o cónyuges?			
4. ¿Se ofrece una amplia gama de servicios de SSR (métodos anticonceptivos, tratamiento y prevención de ETS, orientación y pruebas de VIH, atención prenatal y posnatal, atención del parto)?			
5. ¿Existen pautas por escrito para proporcionar servicios para adolescentes?			
6. ¿Hay preservativos disponibles para hombres jóvenes y mujeres jóvenes en lugares discretos?			
7. ¿Se diseñaron los materiales educativos, pósteres y otras herramientas de apoyo/materiales informativos, educativos y de comunicación sobre SSR que están en el centro para que su mensaje llegara a los adolescentes?			
8. ¿Existen mecanismos de derivación para emergencias médicas, salud mental y apoyo psicosocial, protección infantil, educación, nutrición, programas de bienestar social, etc.?			
9. ¿Existen mecanismos para que los adolescentes puedan acceder a información y productos básicos de SSR en puntos de entrega que no sean establecimientos de salud?			
10. ¿Se monitorean periódicamente los indicadores de adolescentes (p. ej., cantidad de clientes adolescentes, desglosados por edad y sexo)?			

APÉNDICE H: RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 2: Coordinación del PSIM para SSR

1. Falso

El organismo de SSR líder debe establecer un coordinador de SR durante un período mínimo de entre tres y seis meses.

2. b

El mapeo de los servicios de SSR existentes debe realizarse junto con los mecanismos de coordinación de salud, violencia de género y VIH.

3. e

Es importante que todas las partes interesadas, incluidos los representantes de la comunidad afectada, ONG, organizaciones de la sociedad civil y el coordinador de cuestiones relacionadas con la violencia de género participen en las reuniones del grupo de trabajo de SSR.

4. d

A fin de garantizar una coordinación de SSR que tenga resultados positivos, las reuniones deben realizarse en lugares que sean convenientes para todas las partes interesadas con una frecuencia de una o dos veces por semana al inicio de una emergencia.

5. Verdadero

La lista de verificación del PSIM para SSR puede utilizarse para monitorear los componentes del PSIM.

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 3: Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes

1. Falso

Deben respetarse los derechos, necesidades y deseos de la persona sobreviviente, y se les debe dar prioridad. Puede proporcionarse tratamiento y medicación sin haber hecho un examen.

2. d

La atención clínica de personas sobrevivientes de violencia sexual incluye la indagación de antecedentes y examen físico, la comunicación comprensiva, el tratamiento preventivo de ETS, anticonceptivos de emergencia tan pronto como sea posible en el término de 120 horas desde la violación y opciones con respecto al embarazo y servicios de aborto seguro/derivación para un aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley. También incluye PPE dentro de las 72 horas de exposición. No se necesita realizar una prueba de embarazo para proporcionar anticonceptivos de emergencia o PPE.

3. Falso

Es menos probable que hombres sobrevivientes denuncien un incidente por vergüenza, criminalización de las relaciones entre personas del mismo sexo, actitudes negativas o indiferentes de los proveedores y falta de reconocimiento de la magnitud del problema. Los hombres sobrevivientes sufren traumas físicos y psicológicos y deberían tener acceso a servicios confidenciales, respetuosos y no discriminatorios que les brinden atención integral.

4. Verdadero

Los responsables de los actos de violencia sexual suelen ser las parejas u otros conocidos de la persona sobreviviente.

5. c

Si sospecha que un miembro del personal viola los principios básicos de protección contra explotación y abuso sexual, debe denunciar a esa persona con su supervisor o punto de contacto para proteger contra la explotación y el abuso sexual.

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 4: Prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad debido a esas enfermedades

1. Falso

La gestión sindrómica de ETS son protocolos de tratamiento estandarizados que se basan en síndromes (síntomas y signos clínicos del paciente), a partir de los cuales, en una única visita, se pueden tomar decisiones sobre tratamientos.

2. a, b, c, d

Cuando se presenta una persona afectada por una crisis para continuar su tratamiento antirretroviral, el papel del proveedor de salud es asegurar la confidencialidad y el suministro de preservativos, cotrimoxazol (según lo recomendado) y medicamentos antirretrovirales.

3. e

La manipulación segura de objetos punzantes, el uso de vestimenta de protección, la eliminación de materiales de residuos y el lavado de manos frecuente son los requisitos mínimos para controlar infecciones.

4. e

Pueden ofrecerse preservativos en establecimientos de salud, puntos de distribución de alimentos y de productos que no sean alimentos, baños y bares populares en áreas urbanas.

5. Verdadero

El coordinador de SSR no debe asumir la responsabilidad de conseguir medicamentos antirretrovirales. La función del coordinador de VIH (si lo hubiera) o del representante nacional de VIH es apoyar al sector/grupo temático de salud para asegurar el suministro de medicamentos antirretrovirales.

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 5: Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal

1. c

La ayuda para la lactancia incluye fomentar el contacto piel con piel con la madre, ayuda para una lactancia inmediata y exclusiva, y no descartar el calostro (o la primera leche).

2. d

Se debe poder acceder a servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica en todos los establecimientos de salud y a servicios de atención obstétrica y neonatal integral de emergencia en todos los hospitales que reciben derivaciones.

3. Verdadero

Los recién nacidos deben derivarse a un establecimiento de salud si tienen actividad reducida o falta de movimiento.

4. Falso

Si una mujer se presenta para recibir atención posterior al aborto, lo primero que un proveedor de salud idóneo debe hacer es realizar una evaluación inicial rápida. Si una mujer presenta signos y síntomas de conmoción o tiene sangrado vaginal abundante, necesita estabilización inmediata.

5. a, b, c

El coordinador de SSR debe trabajar con el sector/grupo temático de salud, las comunidades y las autoridades del país de acogida para establecer un sistema de derivaciones efectivo al inicio de una crisis humanitaria.

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 6: Prevenir embarazos no deseados

1. a, b, c

Los métodos utilizados por la población destinataria antes de la crisis; los métodos registrados en el país; y la posibilidad de migraciones cuando los métodos de acción prolongada no puedan retirarse.

2. Falso

Los servicios anticonceptivos deben ser accesibles para todas las poblaciones afectadas por crisis, incluidos los adolescentes, las mujeres y los hombres solteros y casados, trabajadores sexuales y clientes, personas LGBTQIA, excombatientes, personal uniformado y consumidores de drogas inyectables.

3. c

Es cierto que los anticonceptivos de emergencia no dañan un embarazo existente, que deben tomarse en el término de 120 horas y que son más efectivos cuanto antes se tomen, y cuando no haya píldoras anticonceptivas de emergencia específicas, pueden utilizarse píldoras anticonceptivas orales en la dosis correcta. No es cierto que las niñas adolescentes no puedan tomar anticonceptivos de emergencia.

4. a, b, c

Cuando se proporcionen métodos anticonceptivos, debe hacerse hincapié en la confidencialidad, la privacidad y la elección informada para garantizar la calidad de la atención.

5. a, b, d, e

Cuando se brinde asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, debe informarse a todos los clientes sobre la efectividad del método, los efectos secundarios comunes del método anticonceptivo, cómo utilizarlo correctamente y la protección contra ETS.

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 7: Planificar que los servicios de SSR integrales formen parte de la atención primaria de la salud tan pronto como sea posible

1. e

Los seis elementos centrales de los sistemas de salud de la OMS son el sistema de información de salud, el personal de salud, la prestación de servicios, los productos básicos médicos, el financiamiento, y la gobernanza y el liderazgo.

2. Verdadero

Para garantizar el acceso permanente a atención de SSR accesible e integral, debe considerarse aplicar mecanismos de financiamiento a largo plazo durante la respuesta inicial a una crisis.

3. **c**

Al elegir un centro para prestar servicios de SSR integrales, es preferible que esos servicios formen parte de otros servicios en lugar de que sean independientes.

4. **Falso**

Cuando se pase a servicios de SSR integrales, se debe evitar pedir constantemente los Botiquines ISR preembalados a fin de no incurrir en costos y generar desperdicios. Si se ordenan insumos de SSR en función de la demanda, se ayudará a garantizar la sostenibilidad del programa de SSR y se evitará que falten determinados insumos y se desperdicien otros que no suelen utilizarse en el contexto.

5. **b**

Para avanzar más allá de PSIM para SSR y comenzar a planificar la prestación de servicios de SSR integrales, los administradores de programas de SSR, en estrecha colaboración con los socios del sector/grupo temático de salud, deben recabar la información existente o estimar datos, incluidos indicadores del servicio del PSIM para SSR.

Respuestas al cuestionario sobre la unidad 8: Otras prioridades de SSR para el PSIM

1. **d**

El personal médico y de enfermería puede brindar servicios de aborto seguro de primera línea mediante aspiración de vacío manual y medicamentos cuando reciban la debida capacitación y asistencia.

2. **e**

Algunas formas de facilitar la atención segura del aborto en la mayor medida que lo admite la ley son: brindar atención segura del aborto a través de establecimientos de salud que cuenten con proveedores dispuestos a colaborar, ofrecer asistencia técnica y recursos al personal médico cualificado que ya brinde servicios de aborto, distribuir información y artículos básicos para el aborto seguro inducido con medicamentos e identificar y derivar a las mujeres a proveedores y organizaciones que cuenten con capacidad suficiente

3. **Verdadero**

El costo de la atención, el temor a las repercusiones negativas y la estigmatización son obstáculos que afectan la atención del aborto seguro de las mujeres jóvenes.

4. **Verdadero**

En la mayoría de los países del mundo, la atención del aborto seguro está permitida para una o más circunstancias.

5. **e**

La atención del aborto seguro debe priorizarse en el PSIM para SSR como un componente clínico de la atención de personas sobrevivientes de violencia sexual y como otra prioridad del PSIM.

Cuestionario de la unidad 9: Realizar pedidos de Botiquines ISR

1. **a, b, c**

Una organización debe ordenar productos básicos complementarios si los proveedores o la población están capacitados para utilizar productos básicos, cuando los insumos eran aceptados y utilizados antes de la emergencia y si el insumo está admitido en la máxima medida permitida por la ley nacional e incluido en la lista nacional de medicamentos.

2. **a**

Los Botiquines ISR contienen suficientes insumos para un período de tres meses.

3. **b, c, d**

La atención primaria de la salud, los hospitales que reciben derivaciones y los establecimientos comunitarios/puestos de salud son los distintos niveles de atención de la salud para los que se diseñan los Botiquines ISR.

4. **c**

El UNFPA administra los Botiquines ISR.

5. **a, b, c, e**

Para ordenar Botiquines ISR se necesita, por ejemplo, la información detallada de contacto, de entrega y de financiamiento, información sobre el tipo de contexto y el tamaño de la población destinataria, dónde se utilizarán los botiquines y qué organización se encargará de organizar su distribución, y la cantidad de centros de salud y hospitales que reciben derivaciones.

Cómo pedir copias

El módulo del PSIM para SSR se encuentra disponible en línea en el sitio web del IAWG sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (www.iawg.net) y en el sitio web de la Comisión de Mujeres para los Refugiados (www.womensrefugeecommission.org).

Se pueden solicitar copias impresas enviando un mensaje de correo electrónico a info@wrcommission.org o a info.iawg@wrcommission.org.

Comuníquese con nosotros

Women's Refugee Commission
15 West 37 Street
New York, NY 10018, USA
info@wrcommission.org



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises