

**MANUAL DE
TRABAJO
INTERINSTITUCIONAL**

**SOBRE SALUD
REPRODUCTIVA EN
ESCENARIOS
HUMANITARIOS**

2018

IAWG

INTER-AGENCY WORKING GROUP
ON REPRODUCTIVE HEALTH IN CRISES

MANUAL DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ESCENARIOS HUMANITARIOS

AGRADECIMIENTOS

El Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG) agradece a todas las personas que colaboraron y aportaron sus observaciones para este manual a través del proceso de revisión. Además de las personas enumeradas al final del manual, IAWG agradece a los integrantes del personal de la Organización Mundial de la Salud que nos transmitieron comentarios sobre el desarrollo de este documento. El manual revisado se sometió a un intenso proceso de análisis y comentarios por parte del personal de campo en varias reuniones regionales y globales, así como de quienes participaron en la evaluación global de 2012-2014. ¡Gracias a todos!

Las opiniones expresadas en este manual son las de los autores y colaboradores, y no reflejan necesariamente las opiniones de las organizaciones asociadas a ellos ni deberían atribuirse a estas.

PREFACIO

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un derecho humano y, como todos los demás derechos humanos, se aplica a refugiados, desplazados internos y otras personas que vivan en contextos de crisis humanitaria. Para que las poblaciones afectadas puedan hacer efectivo este derecho deben tener la posibilidad de acceder a información y servicios de SSR integrales de modo tal que puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar.

A fin de que puedan brindarse servicios de SSR integrales y de calidad es necesario aplicar un enfoque multisectorial integrado. El personal de sectores como los de protección, salud, nutrición, educación y servicio comunitario cumple un importante papel en la planificación y prestación de servicios de SSR. Es más fácil satisfacer las necesidades si las comunidades afectadas participan en cada etapa de las acciones, desde evaluar las necesidades hasta diseñar programas, y desde lanzar y mantener los programas hasta evaluar su impacto.

El Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (IAFM) es el resultado de un proceso colaborativo y de consulta en el que intervinieron cientos de representantes de organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales que conforman el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis. Sobre la base de las directrices emitidas por organismos normativos, en especial, los que forman parte de la Organización Mundial de la Salud, el IAFM 2018 incorpora evidencia científica concreta obtenida a partir de la aplicación y adaptación de estándares globales de SSR o de derechos humanos a contextos de crisis humanitaria, o ejemplos de tal aplicación y adaptación. Además, refleja la amplia aplicación de los principios establecidos en el manual y de su contenido técnico más allá de los casos relativos a refugiados, y extiende su uso a diversos tipos de crisis, por ejemplo, en zonas de conflicto y en situaciones de desastres naturales. El IAFM sigue siendo la fuente autorizada con respecto a la SSR en contextos de crisis; la Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria de Sphere incorpora el Paquete de Servicios Iniciales Mínimo para SSR (capítulo 3 del IAFM 2018) como estándar mínimo de atención en la respuesta humanitaria.

La comunidad política mundial también ha avanzado, en especial, en lo que respecta al abordaje de la gravedad de la violencia sexual en los conflictos armados. Las resoluciones 1325, 1820, 1888 y 1889 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas sobre la mujer, la paz y la seguridad reafirman las necesidades, las perspectivas y los aportes únicos de las mujeres y las niñas en contextos de conflicto. Con la Resolución 1889, que se refiere explícitamente a la necesidad de garantizar que mujeres y niñas tengan acceso a servicios de SSR y a derechos reproductivos para lograr mejores condiciones socioeconómicas luego de conflictos, el Consejo de Seguridad ha reconocido la salud sexual y reproductiva.

Lamentablemente, aún hay muchas poblaciones que están obligadas durante décadas a mantenerse alejadas de sus hogares, en campamentos de refugiados, en asentamientos de desplazados internos o en contextos urbanos que les son ajenos, debido a situaciones de conflicto permanente o como consecuencia de desastres naturales. La duración promedio del desplazamiento que sufren los refugiados es de 17 años. Muchas personas afectadas por estas emergencias crónicas son sumamente vulnerables a las enfermedades sexuales y reproductivas que ponen en riesgo la vida, y esto plantea desafíos significativos a los esfuerzos por alcanzar los parámetros de referencia mundiales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El objeto del IAFM 2018 es mejorar la salud y el bienestar de poblaciones afectadas, desde la etapa de la asistencia y durante la transición hasta el desarrollo, y al mismo tiempo promover la preparación y la prestación de servicios de alta calidad que garanticen la máxima participación de las comunidades afectadas.

Han pasado casi 25 años desde que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 reconoció la salud reproductiva como derecho humano. Como miembros de la comunidad humanitaria, tenemos la responsabilidad colectiva de defender y hacer efectivo el derecho a la SSR de las personas que se encuentran en todo tipo de contexto de crisis humanitaria.



ÍNDICE

Prefacio	i
Tabla de contenido.....	iii
Capítulo 1: Introducción.....	1
Capítulo 2: Principios fundamentales	9
Capítulo 3: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM).....	17
Capítulo 4: Logística	70
Capítulo 5: Estimación, monitoreo y evaluación	93
Capítulo 6: Salud sexual y reproductiva de adolescente	109
Capítulo 7: Anticoncepciónn.....	129
Capítulo 8: Atención integral del aborto	149
Capítulo 9: Salud materna y del recién nacido.....	169
Capítulo 10: Violencia de género.....	193
Capítulo 11: VIH	215
Capítulo 12: Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	245
Conclusión	261
Lista de abreviaturas y siglas	263
Colaboradores	265
Lista de miembros del Grupo de Tareas del IAFM 2018.....	267

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

- 1.1 Definición del contexto
 - 1.2 Salud sexual y reproductiva en contextos de crisis humanitaria
 - 1.3 Historia del Manual de Trabajo Interinstitucional (IAFM)
 - 1.4 Elaboración del IAFM 2018
 - 1.5 Principales cambios en el IAFM 2018
 - 1.6 Destinatarios del IAFM 2018
 - 1.7 Dónde encontrar otros recursos
-

1.1 DEFINICIÓN DEL CONTEXTO

En 2015, según cálculos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Acnur), la población desplazada de manera forzosa en todo el mundo superaba los 65 millones por primera vez en la historia. Esto incluía más de 21 millones de refugiados, 40 millones de desplazados internos y más de 3 millones de solicitantes de asilo. Aproximadamente una de cada cuatro personas que necesitaban asistencia humanitaria eran mujeres y niñas en edad reproductiva.

La salud sexual y reproductiva (SSR) es un componente esencial de la respuesta humanitaria. La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social integral (no solo la falta de enfermedades o dolencias) en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos. Por lo tanto, la SSR implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura y que puedan tener la capacidad de reproducirse y de decidir si desean hacerlo, cuándo y con cuánta frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de las personas a recibir información y a tener acceso a aquellos métodos anticonceptivos seguros, efectivos, asequibles y aceptables que elijan, así como otras intervenciones y estrategias para la regulación de la fertilidad que no sean contrarias a la ley. También debe reconocerse el derecho de las personas a acceder a servicios de atención de la salud adecuados, que permitan a las mujeres transitar un embarazo y parto seguros, y que brinden a los individuos y a las parejas las mejores oportunidades de tener un bebé saludable.

Todos, incluso quienes viven en contextos de crisis humanitaria, tienen derecho a la salud sexual y reproductiva. Para ejercer este derecho, las poblaciones afectadas deben tener un entorno propicio y acceso a información y servicios de SSR integrales, de modo tal que puedan tomar decisiones libres e informadas. Los servicios de SSR de calidad deben basarse en las necesidades de las poblaciones afectadas, en especial, en las necesidades de mujeres y niñas. Los servicios de SSR deben respetar los valores religiosos y éticos y los antecedentes culturales de las comunidades y, al mismo tiempo, adecuarse a normas internacionales de derechos humanos reconocidas universalmente.

1.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CONTEXTOS DE CRISIS HUMANITARIA

Un contexto de crisis humanitarias es aquel en el que un acontecimiento o serie de acontecimientos ha generado una amenaza crítica para la salud, la seguridad personal y material, o el bienestar de una comunidad o de otro grupo numeroso de personas. La capacidad que tiene la comunidad afectada para afrontar la crisis se ve sobrepasada, la infraestructura del país se ve seriamente afectada y se necesita asistencia externa. Esto puede ser consecuencia de acontecimientos como conflictos armados, desastres naturales, epidemias o hambrunas y, a menudo, implica el desplazamiento de poblaciones.

En contextos de crisis humanitaria, es fundamental prestar servicios de SSR. La morbilidad y la mortalidad relacionadas con la SSR son una cuestión de salud pública de graves proporciones a nivel mundial, y quienes se encuentran en contextos de crisis humanitaria suelen enfrentar mayores riesgos y obstáculos adicionales con respecto a los servicios de SSR. El acceso a atención de SSR es un derecho, y las personas afectadas por un conflicto o desastre tienen derecho a recibir protección y asistencia. La prestación oportuna de servicios de SSR puede evitar muertes, enfermedades y discapacidades relacionadas con embarazos no deseados, complicaciones obstétricas, violencia sexual y otras formas de violencia de género, infecciones de VIH y diversos trastornos reproductivos.

Para que puedan brindarse servicios de SSR de alta calidad en contextos de crisis humanitaria es necesario aplicar un enfoque multisectorial integrado. Quienes brinden servicios de protección, salud, nutrición, educación, así como de aguas, saneamiento e higiene y comunitarios, forman parte de la planificación y provisión de servicios de SSR. 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.

1.3 HISTORIA DEL MANUAL DE TRABAJO INTERINSTITUCIONAL (IAFM)

La comunidad mundial comenzó a dar prioridad a las necesidades de SSR de los refugiados y de las poblaciones

RECUADRO 1.1: ¿QUÉ ES EL IAWG?

El Grupo de Trabajo Interinstitucional 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 salud sexual y reproductiva de calidad de las personas afectadas por situaciones de conflicto y desastres naturales. Se formó en 1995 con el nombre de Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados, y en 2017 el IAWG tenía más de 2100 miembros individuales provenientes de 450 organismos. El IAWG mantiene su compromiso de promover la salud sexual y reproductiva de las personas afectadas por situaciones de conflicto y desastres naturales y trabaja para lo siguiente:

- Documentar deficiencias, logros y enseñanzas extraídas.
- Evaluar el estado de la salud sexual y reproductiva en el terreno.
- Establecer estándares técnicos para la prestación de servicios de salud reproductiva.
- Preparar y difundir evidencias a los responsables de formular políticas, a los administradores y a los profesionales.
- Abogar por la inclusión de personas afectadas por situaciones de crisis en los temarios de desarrollo global y humanitarios.

La conducción del IAWG es responsabilidad de un Comité Directivo de 20 miembros que incluyen organismos de la ONU y organizaciones no gubernamentales humanitarias, de desarrollo, de investigación y de incidencia.

desplazadas a mediados de la década de 1990. En 1995, más de 50 gobiernos, organismos de las Naciones Unidas (ONU) y organizaciones no gubernamentales (ONG) asumieron el compromiso de mejorar los servicios de salud reproductiva para las poblaciones de refugiados y, sobre la base de esto, conformaron el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis.

Una de las primeras actividades de la nueva organización fue elaborar pautas para la prestación de servicios de salud reproductiva en contextos de refugiados. Tras probar ampliamente en campo una versión beta, en 1999 los organismos afiliados al IAWG lanzaron el documento *Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados: Manual de Trabajo Interinstitucional*. En el manual se resumía un conjunto de intervenciones de salud reproductiva mínimas que debían implementarse al inicio de una crisis humanitaria. Ese conjunto se conocía como Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM). También sirvió como instrumento para facilitar los análisis y la toma de decisiones al momento de planificar, implementar, monitorear y evaluar intervenciones de salud reproductiva integrales; orientar a los coordinadores de SSR, a los gerentes de programas de salud y a los proveedores de servicios en lo relativo a introducir o mejorar intervenciones basadas en evidencias; abogar por la aplicación de un enfoque multisectorial para satisfacer las necesidades integrales de las poblaciones afectadas; y promover la coordinación entre socios. En 2010, el IAWG lanzó una nueva edición del manual. Para reflejar la relevancia que tenía el documento para una amplia variedad de contextos de refugiados, crisis, conflictos y emergencias, los organismos del IAWG le dieron un nuevo nombre al manual: *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*. Además de las actualizaciones técnicas, el IAFM 2010 replanteó la maternidad segura como una cuestión de salud materna y del recién nacido, incluyó capítulos independientes sobre salud reproductiva en la adolescencia, VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS), e incorporó un nuevo capítulo sobre atención integral del aborto.

En 2016, el IAWG se embarcó en un proceso de 24 meses para revisar el IAFM. El resultado es la versión 2018 del *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* (IAFM 2018).

1.4 ELABORACIÓN DEL IAFM 2018

Desde el lanzamiento del IAFM 2010, los miembros del IAWG han llevado adelante evaluaciones formales e

informales sobre el uso del manual y la implementación de las intervenciones de SSR en contextos de crisis humanitaria. En conjunto, estas evaluaciones indicaron que, a pesar de que se habían producido importantes avances en lo relativo al financiamiento, a la concienciación y a la capacidad de brindar programación de SSR, aún subsistían deficiencias significativas con respecto a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, a la oferta de una gama de opciones amplia de métodos anticonceptivos y atención integral del aborto, a la prestación de atención obstétrica y para recién nacidos de emergencia, y a la prevención de la violencia sexual. Estos hallazgos contribuyeron a definir el proceso de revisión. Los comentarios e impresiones de los profesionales en el terreno también orientaron el IAFM 2018. Además de las actualizaciones técnicas, los usuarios del manual que trabajan en diversos países y contextos expresaron la necesidad de que se simplificara el lenguaje, se reforzaran los nexos entre temas y capítulos, y se incorporaran estudios de casos y ejemplos programáticos para orientar la implementación.

De manera congruente con las anteriores versiones del manual, el IAFM 2018 se fundamenta en los principios de derechos humanos y en políticas y prácticas basadas en evidencias. La versión 2018 reconoce de manera explícita que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son esenciales para la plena efectividad de los derechos humanos fundamentales, entre ellos, el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a no ser objeto de tortura ni maltrato, el derecho a la privacidad, el derecho a la educación y la prohibición de discriminación, en especial, por motivo de sexo y género. En consonancia con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos y con las pautas emitidas por varios organismos políticos y de derechos humanos, el IAFM 2018 hace hincapié en que, para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las poblaciones afectadas por situaciones de crisis deben tener acceso a información y servicios de SSR integrales y deben poder tomar decisiones informadas sin sufrir violencia, discriminación ni coerción.

Las pautas sobre salud sexual y reproductiva emitidas por organismos normativos y, en especial, los de la Organización Mundial de la Salud (OMS), proporcionan los fundamentos técnicos del manual. Cuando sea posible, este manual incorpora evidencias específicas de la aplicación y adaptación de estándares globales de derechos de salud sexual y reproductiva o de derechos humanos en contextos de crisis humanitarias, o ejemplos de tal aplicación y adaptación. Si bien es posible que las leyes, políticas y recursos nacionales en determinados contextos dificulten la implementación de estándares globales, el IAFM 2018 presenta intervenciones

basadas en evidencias, que deberían ofrecerse en todos los contextos y a todas las poblaciones afectadas, una postura que se encuentra en consonancia, de manera más general, con los principios de derechos humanos.

El IAFM 2018 es un producto del IAWG y, por lo tanto, la estructura de liderazgo del grupo de trabajo estuvo a cargo de la iniciativa en general. El IAWG comenzó formalmente el proceso de revisión en marzo de 2016. Los subgrupos de trabajo del IAWG tomaron la iniciativa en cuanto a la revisión de cada uno de los capítulos, realizaron comentarios importantes y proporcionaron actualizaciones técnicas mediante la consulta y revisión de fuentes publicadas. Estos subgrupos de trabajo también se comunicaron con el personal de campo en varios países y, en algunos casos, directamente con refugiados y personas desplazadas para obtener sus comentarios e impresiones. El Grupo de Tareas del IAFM 2018, órgano conformado por más de 50 personas de 21 organismos de la ONU, ONG internacionales e instituciones académicas, y dirigido por un consultor especializado en la materia, elaboró y aprobó en última instancia los cambios importantes en los capítulos individuales y tomó decisiones sobre revisiones estructurales generales. Mediante teleconferencias periódicas y tres reuniones presenciales se pudo debatir la cuestión en profundidad y lograr compromisos y acuerdos firmes. El último paso del proceso implicó una revisión técnica, por parte de miembros del Comité Directivo del IAWG que contaban con experiencia relevante, para controlar que todas las recomendaciones se basaran en los mejores elementos empíricos disponibles. Por lo tanto, el IAFM 2018 representa el consenso de representantes de una amplia variedad de organismos que trabajan en SSR en el sector humanitario.

1.5 PRINCIPALES CAMBIOS EN EL IAFM 2018

Como consecuencia del proceso de revisión se incorporaron actualizaciones técnicas en todos los capítulos del IAFM 2010. Estos cambios reflejan los mejores elementos empíricos disponibles con respecto a la implementación de la práctica y del programa clínico al final de 2017. Es importante señalar que en el manual de 2018 se utiliza “salud sexual y reproductiva” en lugar de salud reproductiva, lo que refleja mejor el alcance del manual y una comprensión más abarcativa del tema.

CAMBIOS EN EL CAPÍTULO SOBRE EL PSIM

Quizás el cambio más importante en el IAFM 2018 es el

que se refiere al capítulo sobre el PSIM. El PSIM resume un conjunto de objetivos y de actividades prioritarias pertinentes que deben llevarse a cabo al inicio de una crisis (en el término de 48 horas, de ser posible). En el IAFM 2018, la prevención de embarazos no deseados es un objetivo independiente. Las actividades prioritarias identificadas son las siguientes:

- Asegurar que en los centros de atención primaria de la salud se ofrezcan diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada reversible y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos y anticoncepción de emergencia) 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

Un segundo cambio importante en el capítulo sobre el PSIM son las referencias explícitas a los servicios de aborto seguro. Además de incorporar asesoramiento sobre opciones con respecto al embarazo y la prestación de servicios de aborto o la derivación hacia esos servicios cuando se brinde atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual, ahora el capítulo sobre el PSIM incluye la prestación de la atención del aborto seguro, en la máxima medida que lo admite la ley, como “otra actividad prioritaria” independiente.

Por último, el capítulo sobre el PSIM mejora las pautas sobre VIH, atención materna y del recién nacido, y transición del PSIM hacia una SSR integral. La nueva edición ofrece más contenidos para facilitar la planificación de servicios integrales y se concentra en los elementos centrales del sistema de salud. Estas revisiones responden a una carencia detectada en la evaluación global realizada por el IAWG.

INCORPORACIÓN DE UN CAPÍTULO SOBRE LOGÍSTICA

La cadena de suministro es fundamental para poder prestar un servicio de SSR con resultados satisfactorios; sin medicamentos y otros insumos, los trabajadores de la salud no pueden brindar servicios efectivos. Reconociendo la importancia de esta cuestión, el IAFM 2018 incluye un capítulo específico sobre logística. En el capítulo se describen los actores interesados y procesos clave que

son fundamentales para lograr cadenas de suministro de salud sexual y reproductiva efectivas; se proporcionan recomendaciones para pasar de cadenas de suministro de emergencia a cadenas de suministro permanentes; se resumen los pasos clave, como proyección, compras, transporte y distribución hasta el último destino; y se identifican los roles y responsabilidades del personal para una gestión efectiva de la cadena de suministro. La inclusión de este capítulo responde directamente a los comentarios e impresiones recibidos de usuarios en el terreno.

RECUADRO 1.2: DESCRIPCIÓN GENERAL DEL IAFM 2018

- Capítulo 1:** Introducción
- Capítulo 2:** Principios fundamentales
- Capítulo 3:** Paquete de Servicios Iniciales Mínimos. Este capítulo incluye los nuevos objetivos del PSIM así como información sobre las áreas prioritarias.
- Capítulo 4:** Logística. *NUEVO*
- Capítulo 5:** Estimación, monitoreo y evaluación
- Capítulo 6:** Salud sexual y reproductiva de adolescentes
- Capítulo 7:** Anticoncepción
- Capítulo 8:** Atención integral del aborto

En la medida de lo posible, cada capítulo contiene información independiente. Sin embargo, para evitar repeticiones, algunos de ellos incluyen en el texto referencias sobre cuestiones relacionadas que aparecen en otros capítulos.

CAMBIOS EN EL ÉNFASIS Y EN EL LENGUAJE

El IAFM 2018 hace mayor hincapié, y de manera más congruente, en las obligaciones y principios de derechos

humanos, la violencia de género, los vínculos entre la salud materna y la del recién nacido, y los aspectos de estimación, monitoreo y evaluación. La introducción y el capítulo revisado sobre “principios fundamentales” se dedican más en profundidad a los fundamentos de derechos humanos en los que se sustenta el manual y sitúan las recomendaciones en el marco de pautas internacionales más amplias. En el capítulo revisado sobre violencia de género se ha ampliado el foco para abarcar más tipos de violencia de género que pueden encontrarse en contextos de crisis humanitaria y se establece un abordaje de estos temas basado en la persona sobreviviente y en los derechos, en los contextos de crisis humanitaria, prestando especial atención a adolescentes y a poblaciones de lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales. En la nueva versión del manual también se hace mayor hincapié en la atención de calidad para madres y neonatos el día del nacimiento y se incluye más información sobre salud del recién nacido. Esto incluye más contenidos relacionados con atención obstétrica y del recién nacido de emergencia, atención esencial del recién nacido, atención de recién nacidos de bajo peso y enfermos, y atención respetuosa con la madre.

INCLUSIÓN DE EJEMPLOS PROGRAMÁTICOS

Por último, en respuesta a las necesidades expresadas en el terreno, el IAFM 2018 incluye una serie de ejemplos programáticos que muestran cómo se implementa la programación de SSR en distintos escenarios de crisis humanitaria. Estos ejemplos abarcan a varios organismos de ejecución en distintos países y regiones que operan durante las distintas etapas de una emergencia. Los estudios de casos también analizan las diversas dificultades a las que se enfrentan quienes suelen realizar tareas de campo.

1.6 DESTINATARIOS DEL IAFM 2018

Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud en contextos de crisis humanitaria son los principales destinatarios del IAFM 2018. Los proveedores de servicios (médicos, personal de enfermería, parteras, etc.) también encontrarán información útil sobre el PSIM y varias otras cuestiones de SSR. Los empleados de servicios comunitarios o de servicios de protección y otras personas que trabajen para cubrir las necesidades de mujeres, hombres y adolescentes afectados también se beneficiarán con la orientación que se ofrece en este documento. Dado que este manual

de 2018 está dirigido al personal de diversos organismos de ejecución para que lo apliquen en el terreno, en él no se proporcionan pautas clínicas detalladas; se les indica y recomienda a los usuarios que consulten otros recursos según sea necesario.

1.7 DONDE ENCONTRAR OTROS RECURSOS

Para elaborar el IAFM 2018 se consultaron cientos de artículos de publicaciones revisados por pares, pautas emitidas por órganos normativos e informes de casos. Al final de cada capítulo hay una muestra de los recursos, referencias e instrumentos más importantes. Sin embargo, para facilitar el uso del IAFM 2018, no hemos incluido citas en el cuerpo principal ni una lista exhaustiva de recursos. En un repositorio en línea se ofrece una biblioteca de recursos disponibles y una lista de referencias completa para el IAFM 2018.

RECUADRO 1.3: ¿DÓNDE COMENZAR?

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis es un conjunto de actividades prioritarias que deberá implementarse al inicio de una emergencia. Tan pronto como la situación lo permita deben implementarse servicios de SSR integrales. Por lo tanto, el IAFM 2018 ha sido diseñado para que los lectores lean primero el capítulo 1 (Introducción), el capítulo 2 (Principios fundamentales) y el capítulo 3 (PSIM) antes de pasar a los capítulos sobre cuestiones transversales y técnicas.

RECUADRO 1.4: USO DEL IAFM: CONSEJOS DESDE EL TERRENO

Supongamos que en este momento usted se encuentra en algún lugar de un área afectada por una emergencia. Quizás está redactando una propuesta, comenzando a diseñar un programa o intentando ayudar al personal técnico a adaptar los programas existentes a la nueva realidad de una emergencia. Por el motivo que sea, está leyendo este manual y, para quien sea que usted trabaje, queremos que sepa que este IAFM 2018 es para usted. Lo sé por lo siguiente: ahora, muchos años después de haber participado en mi primera respuesta humanitaria, soy uno de los muchos autores que colaboraron con la versión 2018.

Me llamo Lara S. Martin y cuando comencé mi carrera profesional leí una versión anterior del IAFM, probablemente por los mismos motivos que usted lo está haciendo ahora. Todos los días, mis colegas y yo diseñábamos programas, redactábamos propuestas y trabajábamos con socios y donantes en medio de una respuesta de emergencia. En todo momento durante nuestra programación en materia de salud implementamos el PSIM. Incorporamos la cuestión de la violencia de género tanto en nuestros programas de protección como de salud. Promovimos que se brindara atención basada en la persona sobreviviente en un contexto en donde la inseguridad limitaba el acceso a los servicios básicos. Los resultados de nuestros programas fueron positivos, y uno de los principales motivos de ello (además del café y la dedicación) fue el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios.

El IAFM fue mi faro cada noche. Leía varias veces el capítulo que necesitaba, y luego cada día me las ingeniaba para hacer adaptaciones que permitieran implementarlo a nuestro contexto de programación y a las realidades que enfrentábamos. De hecho, hice una copia impresa del IAFM entero. Retiré el capítulo del PSIM para tenerlo en mi escritorio todos los días en el trabajo. Pegué el gráfico clásico del PSIM sobre la pared y, para mí, fue determinante para avanzar hacia una programación integral. Utilicé los indicadores sugeridos junto con los que nuestros donantes exigían para monitorear la calidad de nuestros sistemas de recabación de datos en las clínicas. El PSIM fue fundamental para elaborar nuestros marcos lógicos.

Sí, probablemente estábamos igual que usted ahora. El IAFM de 2018 le proporcionará un protocolo claro para el diseño y la implementación de sus programas.

Brinda orientación esencial sobre qué hacer en una respuesta a una emergencia de SSR y cómo hacerlo. Si está transitando las primeras horas y días de una emergencia, lea este manual. Si se encuentra en un área extensa donde se producen emergencias cíclicas, lea este manual. Si está a cargo de personal técnico de SSR, pero usted mismo no es experto en SSR, lea este manual.

Extraiga o imprima lo que necesite, utilícelo de la manera que sea más conveniente para usted. En la versión de 2018, encontrará actualizaciones del PSIM, consideraciones de derechos humanos incorporadas en cada capítulo e incluso un capítulo para la logística de los insumos de SSR. Ahora también se incluyen nuevos gráficos y un capítulo revisado sobre estimación, monitoreo y evaluación de programación de emergencia en SSR. También pueden consultarse otras herramientas y recursos en línea. Hay muchísimo material que usted puede usar y adaptar. No hay necesidad de que empiece de cero cada vez que comience a diseñar o implementar programas. Asegúrese de visitar la sección de herramientas en línea. ¡Hay buen material allí!

Para concluir, solamente diré lo siguiente: los autores que colaboraron con este IAFM 2018 pensaron en usted y en los beneficiarios de su programa al elaborarlo. Las realidades del trabajo que usted realiza sirvieron para equilibrar la forma en que abordamos las mejores prácticas de redacción basada en evidencias y orientada en función de ella, y verdaderamente influyeron en el contenido que encontrará en el presente. Este manual seguirá mejorando en el futuro cuando se hagan nuevas versiones. Quienquiera que sea usted, donde sea que se encuentre, esperamos que el IAFM 2018 lo ayude a orientar su programación de SSR, tal como lo hizo conmigo.

1.8 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

Acnur. (2016). *Tendencias Globales Desplazamiento Forzado en 2015*. Ginebra, Suiza: Acnur. Extraído de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2016/10627.pdf>

Foster, A.M., Evans, D., Garcia, M., Knaster, S., Krause, S., McGinn, T., Rich, S., Shah, M., Tappis, H., Wheeler, E. (2017). The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards. *Reproductive Health Matters*, 18–24.

IAWG. (2010). *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. Nueva York, NY: IAWG. Extraído de: <http://iawg.net/resource/inter-agency-field-manual-on-reproductive-health-in-humanitarian-settings-2010/>

IAWG. (2015). *Reproductive Health in the Changing Humanitarian Context: Findings from the IAWG on Reproductive Health in Crises' 2012-2014 Global Evaluation*. Nueva York, NY: IAWG. Extraído de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf>

CAPÍTULO 2

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

2.1 Introducción

2.2 Objetivos

2.3 Principios fundamentales de la programación en materia de salud sexual y reproductiva en contextos de crisis humanitaria

2.3.1 Trabajar en el marco de una alianza donde prime el respeto mutuo

2.3.2 Promover los derechos humanos y reproductivos mediante la programación de salud sexual y reproductiva

2.3.3 Garantizar la solidez técnica, los derechos humanos y la rendición de cuentas en materia financiera

2.3.4 Compartir información y resultados

2.4 Otros materiales de lectura y recursos

2.1 INTRODUCCIÓN

Los principios fundamentales expresan valores y prácticas, y son, al mismo tiempo, operativos y aspiracionales. Los que se describen en este capítulo fueron elaborados tras amplias consultas con actores interesados del sector humanitario y del sector de salud sexual y reproductiva (SSR) y sirven tanto para orientar la acción como para darle identidad al manual y establecer sus objetivos.

2.2 OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

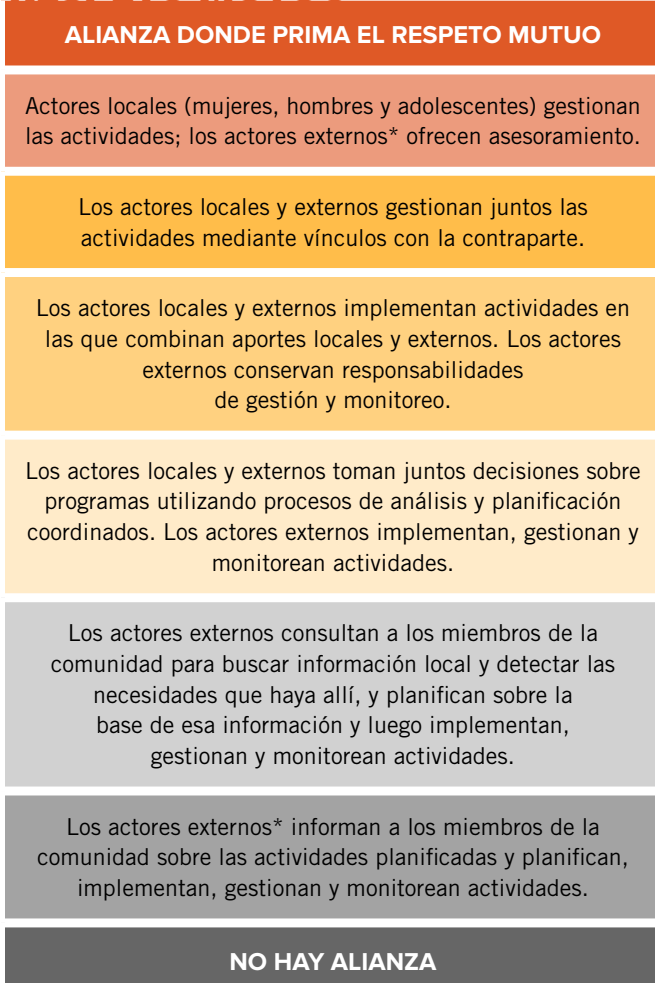
- Definir los principios que deben sustentar las actividades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en contextos de crisis humanitaria.
- Orientar a los coordinadores de SSR, a los administradores de programas de salud y a los proveedores de servicios, brindándoles ejemplos sobre cómo poner estos principios en práctica al realizar su trabajo.

2.3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA PROGRAMACIÓN EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CONTEXTOS DE CRISIS HUMANITARIA

La programación de SSR en contextos de crisis humanitaria debe sustentarse en cuatro principios fundamentales:

- Trabajar en el marco de una alianza donde prime el respeto mutuo
- Promover los derechos humanos y reproductivos mediante la programación en SSR
- Garantizar la solidez técnica, los derechos humanos y la rendición de cuentas en materia financiera
- Compartir información y resultados

GRÁFICO 2.1: EVOLUCIÓN DE LAS ALIANZAS CON LAS COMUNIDADES, EN UN MARCO DONDE PRIME EL RESPETO MUTUO



2.3.1 Trabajar en el marco de una alianza donde prime el respeto mutuo

Las alianzas son una manera estratégica de organizar las relaciones de trabajo, en las que se valora más la colaboración y la toma de decisiones en conjunto que la jerarquía, con miras a lograr un determinado resultado, en este caso, mejoras en la cobertura y la calidad de la SSR.

Pueden formarse alianzas entre organizaciones, incluidas autoridades gubernamentales y organizaciones no gubernamentales locales e internacionales. Las comunidades también pueden ser socios plenos en la programación de SSR, actuando, por lo general, mediante comités de salud locales y otras organizaciones de prestación de servicios, grupos de la sociedad civil (grupos de mujeres, organizaciones de personas con discapacidad, grupos de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales), organizaciones confesionales de contención u otros grupos locales. Estos grupos deben representar a todos los miembros de la comunidad, incluidos hombres y adolescentes. Las alianzas también deben incluir enfoques sensibles a factores culturales a fin de detectar oportunidades estratégicas para promover la SSR y cuestionar aquellas prácticas que sean perjudiciales.

Trabajar en el marco de una alianza donde prime el respeto mutuo de la siguiente manera:

- Estableciendo una alianza respetuosa y significativa en la que se contemplen la diversidad de perspectivas aportadas por un amplio grupo de actores interesados (como gobiernos, organizaciones no gubernamentales [ONG] internacionales y locales, organizaciones comunitarias y los beneficiarios de la comunidad)
- Reconociendo que los socios en las alianzas son muy distintos entre sí
- Debatiendo abiertamente las respectivas metas. La coordinación mejorará la eficiencia en la comunicación, la toma de decisiones, la respuesta y el uso de recursos, así como los resultados posibles
- Utilizando enfoques sensibles a factores culturales a fin de identificar tanto desafíos como oportunidades estratégicas para promover la SSR

Trabajar en el marco de una alianza donde prime el respeto mutuo es un proceso intencional. Como se muestra en el gráfico 2.1, las alianzas entre organismos humanitarios y comunidades locales evolucionan con el tiempo.

* Gobierno o trabajadores humanitarios de ONG/personal de organismos de ejecución externos a la comunidad

Los diferentes tipos de relaciones tienen distintas ventajas y desventajas (ver el gráfico 2.2). En comparación con las relaciones verticalistas, es decir, aquellas en las que existe una jerarquía establecida en cuanto al poder y la capacidad de tomar decisiones, las alianzas en las que prima el respeto mutuo incorporan las perspectivas de una amplia variedad de actores interesados, desarrollan capacidades y promueven la coordinación. Sin embargo, estas relaciones también exigen tiempo y el compromiso de hacer concesiones.

GRÁFICO 2.2: VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LAS ALIANZAS DONDE PRIMA EL RESPETO MUTUO Y DE LAS RELACIONES VERTICALISTAS

ALIANZAS DONDE PRIMA EL RESPETO MUTUO	RELACIONES VERTICALISTAS
VENTAJAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece el sentido de tener objetivos compartidos. La coordinación mejora la eficiencia de la respuesta y la toma de decisiones estratégicas, y se evita la duplicación de esfuerzos. • Las diversas perspectivas contribuyen a entender mejor las necesidades, los recursos, los éxitos y los fracasos en materia de SSR, y pueden cuestionar generalizaciones y presunciones, lo cual favorece el diseño de programas más efectivos. • Las enseñanzas compartidas desarrollan la capacidad y la eficacia de cada socio. • Promueve la sensibilidad respecto del contexto local y se contribuye a la sostenibilidad (si algunos socios son locales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Un grupo puede tomar decisiones más rápido.
DESVENTAJAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que se tarde más tiempo en lograr los objetivos. • Es necesario hacer concesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pierden oportunidades de promover la SSR dentro de la cultura y de la sociedad local (incluidos agentes locales para el cambio y la respuesta). • Los programas no están bien adaptados a los contextos locales porque no se incorporan todas las perspectivas. • Se crean nuevas estructuras de poder o se refuerzan las preexistentes. • Los grupos no aprenden de sus experiencias recíprocas, trabajan aislados o en forma compartimentada y duplican los esfuerzos, y eso conlleva un gasto inútil de recursos. • No se satisfacen las necesidades de la comunidad.

En el gráfico 2.3 presentamos algunas sugerencias con respecto a cómo desarrollar alianzas exitosas.

GRÁFICO 2.3: PARA DESARROLLAR ALIANZAS DONDE PRIME EL RESPETO MUTUO

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar las distintas perspectivas y fortalezas que cada socio aporta al trabajo, como una oportunidad de conocer en profundidad los puntos de vista locales. • Reconocer que, con la alianza, cada socio podrá desarrollar aún más su propia capacidad. • Elaborar en conjunto objetivos, prioridades y planes de acción en común. • Asegurar que cada integrante responda por las responsabilidades acordadas. • Alentar la participación de una amplia gama de actores interesados, como principio para una alianza donde prime el respeto mutuo. • Realizar una evaluación común sobre los desafíos y oportunidades que ofrece el contexto local con respecto a SSR. 	<ul style="list-style-type: none"> • NO suponer que las organizaciones “líderes” saben más y que otras son menos valiosas para el trabajo. • NO suponer que las organizaciones “líderes” son expertas y que otras necesitan desarrollar sus capacidades. • NO permitir que las organizaciones “líderes” establicen las prioridades y deleguen las tareas en otros socios. • NO permitir que las organizaciones “líderes” hagan a otros responsables y que ellas mismas no se hagan responsables frente a los otros socios. • NO suponer que quienes comparten una misma cultura o forman parte de la misma sociedad tienen las mismas perspectivas y experiencias sobre derechos de SSR y sobre otros derechos y necesidades. • NO suponer ni generalizar.

2.3.2 Promover los derechos humanos y reproductivos mediante la programación en SSR

RECUADRO 2.1: MARCO DE LA CIPD SOBRE DERECHOS REPRODUCTIVOS

Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo entre los nacimientos y el momento para tenerlos, y de tener información y medios para hacerlo, así como del derecho al más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho a tomar decisiones sobre reproducción sin ser objeto de discriminación, coerción y violencia.

Los derechos humanos internacionales son el conjunto de obligaciones globales que establecen de qué manera los

Estados deben tratar a las personas dentro de su jurisdicción, con el objetivo de garantizar la dignidad, la libertad y el bienestar de todas las personas por igual. Los derechos humanos son universales; se aplican a todos los individuos por el solo hecho de ser seres humanos.

Los derechos reproductivos son un conjunto de derechos humanos reconocidos. En la Conferencia Internacional de la ONU sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 se establece un marco para la plena efectividad de los derechos reproductivos, que desde entonces ha sido reafirmado y fortalecido por expertos en derechos humanos y órganos políticos internacionales.

Los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores pueden ayudar a las personas a hacer efectivos los derechos humanos y reproductivos que les corresponden, reduciendo las desigualdades y organizando programas que benefician a todos.

Entre las acciones se incluyen las siguientes:

- Garantizar que todos los pacientes puedan tomar decisiones y elegir de manera autónoma con respecto a los servicios y productos básicos
- 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), religión, grupo étnico, grupo social y otras características

- Reconocer y abordar dinámicas de poder y garantizar que en los servicios de salud no se apliquen fuerza, coerción, discriminación ni violencia/maltrato/falta de respeto/abuso
- Velar por la igualdad atendiendo las diversas necesidades de salud reproductiva de los clientes y asegurar que los servicios sean asequibles o gratuitos, que todos puedan acceder a ellos, y que sean adecuados en un contexto cultural o de crisis determinado, y de alta calidad
- Proporcionar información integral y con base empírica sobre los productos básicos y servicios disponibles

En el gráfico 2.4 presentamos algunas sugerencias con respecto a cómo promover la autonomía, el acceso y la equidad.

RECUADRO 2.2: TÉRMINOS CLAVE

AUTONOMÍA: Capacidad de una persona de ser ella misma y de hacer sus propias elecciones de acuerdo con sus motivaciones, sin ser objeto de manipulaciones externas.

IGUALDAD: Estado de ser iguales, en especial, con respecto a derechos, estado y oportunidades.

EQUIDAD: Razonabilidad o ecuanimidad en la forma de tratar a las personas.

ACCESIBILIDAD: Medida en la cual un cliente o potencial cliente puede obtener servicios cuando los necesita.

GRÁFICO 2.4: PARA PROMOVER LA AUTONOMÍA, EL ACCESO Y LA EQUIDAD, Y ABORDAR LAS DINÁMICAS DE PODER:

QUÉ HACER

- Examinar los datos de los programas para comprender quiénes usan y quiénes no usan los servicios. Por ejemplo, comparar los datos recabados contra los costos, el lugar, la privacidad y la calidad.
- Distribuir los centros de servicios de modo que sean convenientes para los subgrupos con menor representación y cerciorarse de que sean física y económicamente accesibles para todos.
- Formar alianzas con grupos locales y llevar adelante actividades educativas destinadas a los subgrupos con menor representación. Por ejemplo, utilizar un lenguaje y mensajes apropiados para jóvenes o minorías.
- Pedir la opinión a quienes no participan de las actividades educativas o de los servicios para comprender mejor sus necesidades.
- Asegurarse de que todos los que soliciten servicios comprendan sus opciones y sean quienes tomen las decisiones con respecto a su atención.
- Ayudar a las mujeres a hablar con sus esposos y padres y lograr que los hombres participen directamente en la educación comunitaria en situaciones en que las mujeres manifiestan que desean que los hombres tomen las decisiones sobre SSR.
- Capacitar y supervisar al personal para asegurarse de que cada cliente haya recibido información integral y con base empírica y que brinde su consentimiento informado para todos los servicios.

QUÉ NO HACER

- NO suponer que quienes no usan los servicios de SSR no los necesitan o no los desean.
- NO suponer que un grupo específico, como esposas, personas jóvenes o mujeres solteras, no pueden usar los servicios o que necesitan permiso.
- NO hablar sobre los motivos de la visita de un paciente en las salas de espera públicas ni divulgar a nadie información personal o médica de los pacientes, salvo que se trate del paciente o de su tutor legal.
- NO excluir a determinados clientes de servicios debido a sus puntos de vista personales. Por ejemplo, los adolescentes y las personas solteras tienen derecho a servicios de SSR aunque el proveedor considere que no deberían ser sexualmente activos.
- NO ubicar servicios solo en lugares convenientes para su organización o para la mayoría.
- NO exigir el consentimiento de ninguna otra persona/familiar varón para prestar los servicios (salvo que la ley lo exija expresamente).

2.3.3 Garantizar la solidez técnica, los derechos humanos y la rendición de cuentas en materia financiera

La rendición de cuentas es el proceso por el cual las personas físicas y organizaciones tienen que responder por su desempeño conforme a estándares y principios establecidos. En contextos de crisis, debemos cumplir con los estándares humanitarios y con los estándares profesionales médicos, de salud pública, legales y de contabilidad financiera.

Garantizar la solidez técnica, los derechos humanos y la rendición de cuentas en materia financiera, mediante las siguientes acciones:

- Respetar todos los estándares profesionales del ámbito humanitario y de derechos de salud sexual y reproductiva.
- Utilizar estrategias con base empírica y orientadas por esas bases para diseñar, implementar y evaluar programas.
- Monitorear y mejorar la calidad de la atención.

- Evaluar programas y usar los hallazgos para mejorarlos.
- Garantizar que durante la prestación de servicios se atienda a la opinión de los pacientes y que se respeten sus derechos.

RECUADRO 2.3: ESTÁNDARES CLAVE EN EL SECTOR HUMANITARIO

- Código de Conducta de la Cruz Roja Internacional y del Movimiento de la Medialuna Roja y de la organización no gubernamental al momento de prestar asistencia durante desastres.
- Norma Humanitaria Esencial en materia de Calidad y Rendición de Cuentas
- Directrices del Comité Permanente entre Organismos (IASC)
- Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria de Sphere

En el gráfico 2.5 presentamos algunas sugerencias con respecto a cómo hacer efectivo este principio.

GRÁFICO 2.5: GARANTIZAR LA SOLIDEZ TÉCNICA, LOS DERECHOS HUMANOS Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS EN MATERIA FINANCIERA

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar desde el principio las recomendaciones que se formulan en artículos e informes acerca de las “mejores prácticas” y las “enseñanzas extraídas” al diseñar programas de SSR integrales. • Al diseñar la siguiente etapa, evaluar su actual programa para comprender los éxitos y los fracasos. • Asegurarse de medir los resultados de su programa para mejorar las actividades. • Crear un proceso confidencial para recibir las quejas y las observaciones de quienes usan los servicios, así como una estructura para abordar tales quejas de manera efectiva en el establecimiento de salud, con autoridades de supervisión que den seguimiento a tales procesos. • Desarrollar una Carta de Derechos de los Pacientes y publicarla en idiomas locales, en todos los establecimientos de salud. • Alentar que la comunidad en general intervenga en los procesos participativos (comités, sistemas de puntuación, encuestas, cuestionarios, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • NO realizar las mismas actividades de la misma manera año tras año, salvo que haya comprobado que aún son efectivas. • NO esperar al final de un programa para iniciar los procesos de revisión/participación.

2.3.4 Compartir información y resultados

Cuando se comparten información y resultados, se incentiva a los actores interesados a sentirse implicados en el programa; eso también ayuda a que otros programas aprendan de los resultados positivos y de los fracasos de nuestro programa. La información que compartimos varía según el público.

Comparta información y resultados con las siguientes personas:

- Personas encargadas de la formulación de políticas y de la toma de decisiones, mediante acciones de incidencia
- Profesionales a través de publicaciones y conferencias
- Comunidades a través de reuniones, debates y boletines

En el gráfico 2.6 presentamos algunas sugerencias con respecto a cómo promover la autonomía, el acceso y la equidad.

GRÁFICO 2.6: COMPARTIR INFORMACIÓN Y RESULTADOS

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none"> • Organizar reuniones comunitarias para analizar los resultados de los centros locales y recibir comentarios y opiniones (foros abiertos y anónimos). • Hacer participar a las autoridades civiles y de salud locales en el programa desde el principio y regularmente para promover el entendimiento y el sentido de pertenencia. • Poner en conocimiento de los encargados de formular políticas nacionales y regionales un resumen de los resultados y de las implicancias que estos tienen para sus metas estratégicas. • Poner en conocimiento de los donantes un resumen de los resultados, éxitos y desafíos del programa. • Publicar resúmenes de los resultados y de las enseñanzas en el sitio web y en las redes sociales de su organización y de otros actores, para informar a trabajadores de otros países. • Publicar los resultados en publicaciones profesionales para informar a los donantes y a los colegas que realicen actividades de incidencia o relacionados con los programas e investigación. • Mantener debates regulares con estos grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • NO ocultar los resultados desalentadores al público; analizarlos con ellos para comprender por qué se produjeron. • NO suponer que determinados públicos están en desacuerdo con su programa; invitarlos a reuniones para informarlos acerca de él.

2.4 FURTHER READINGS AND ADDITIONAL RESOURCES

Bruce, J. (1990). Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.

Naciones Unidas. (2013). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N.º 30 sobre las mujeres en la prevención de conflictos, conflictos y situaciones post-conflicto*. Extraído de: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/30&Lang=en

El Proyecto Esfera. (2011). *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria*. Extraído de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2011/8206.pdf>

CAPÍTULO 3

PAQUETE DE SERVICIOS INICIALES MÍNIMOS (PSIM)

3.1 Introducción

3.2 Objetivos

3.3 Programación del PSIM

3.3.1 Garantizar que el sector/grupo de salud identifique a una organización para que se encargue de implementar el PSIM

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

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

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

3.3.5 Prevenir embarazos no deseados

3.3.6 Planificar la incorporación de SSR integrales en la atención primaria de la salud.

3.3.7 Insumos para implementar el PSIM

3.3.8 Otras prioridades de la salud sexual y reproductiva

3.4 Consideraciones legales y de derechos humanos

3.5 Monitoreo y evaluación

3.6 Otros materiales de lectura y recursos

3.1 INTRODUCCIÓN

Un objetivo general del sector de la salud es brindar atención de salud sexual y reproductiva (SSR) integral a todos los miembros de una población afectada por una crisis, y ese también debería ser el objetivo de una respuesta de SSR si al comienzo de una emergencia existen recursos financieros, humanos y materiales. Aun así, debido a la índole de los contextos afectados por crisis, el acceso de la población a muchas de sus necesidades básicas y de subsistencia (si no a todas ellas) suele quedar interrumpido. Esto incluye la seguridad, el agua, la alimentación, el albergue y el saneamiento, que son necesarios para su salud y bienestar. A menudo, lo anterior se combina con una situación de recursos limitados. Si bien la atención de las iniciativas humanitarias no debe desviarse de las acciones para atender estas necesidades y ayudar a prevenir enfermedades contagiosas, las consecuencias de dejar de lado las necesidades de SSR en

contextos de crisis humanitarias son graves. Entre ellas: morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos evitables; consecuencias evitables de embarazos no deseados, como abortos inseguros; y consecuencias evitables de violencia sexual, como embarazos no deseados, aumento de la adquisición de enfermedades de transmisión sexual (ETS), aumento de la transmisión del VIH, problemas mentales incluida la depresión y secuelas de trauma. En este contexto, el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis estableció el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para SSR.

En este capítulo se describe la respuesta humanitaria a las necesidades de SSR de las poblaciones al comienzo de una emergencia (en el término de 48 horas, cuando sea posible). Además, en este capítulo se brindan recomendaciones sobre cómo pasar del PSIM a servicios de SSR integrales para la fase de recuperación o durante situaciones de crisis crónicas o prolongadas.

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 especial, entre mujeres y niñas, en contextos de crisis humanitaria. Todas las actividades de prestación de servicios del PSIM deben implementarse de manera simultánea mediante acciones coordinadas con todos los socios pertinentes. El PSIM para SSR es un estándar de salud dentro de los estándares mínimos de Sphere para respuestas humanitarias.

Sobre la base de evidencias ampliamente documentadas acerca de las necesidades de SSR en contextos de crisis humanitarias y de los estándares normativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el PSIM puede implementarse sin que se realice una evaluación profunda de las necesidades en materia de SSR. Sin embargo, inicialmente se precisa alguna información demográfica y sobre la situación y la salud de la población afectada y, para ello, se utilizarán los mecanismos de coordinación de salud para incidir a favor de las actividades de PSIM y

RECUADRO 3.1: OBJETIVOS DEL PSIM

ASEGURARSE DE QUE EL SECTOR/GRUPO DE SALUD IDENTIFIQUE A UNA ORGANIZACIÓN PARA QUE SE ENCARGUE DE IMPLEMENTAR EL PSIM. LA ORGANIZACIÓN DE SSR A CARGO:

- 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
- Informa al subgrupo/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
- 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 salud reproductiva están disponibles y dónde pueden conseguirse

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

- Trabajar con otros grupos, en especial, el subgrupo 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 violencia sexual
- Prestar atención clínica y hacer derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual
- Habilitar espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir a los sobrevivientes de violencia sexual y brindarles atención clínica y derivaciones adecuadas

PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH Y REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DEBIDO AL VIH Y A OTRAS ETS:

- Establecer un uso seguro y racional de las transfusiones de sangre
- Velar por que se apliquen las precauciones estándares
- Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados

gratuitos y, cuando corresponda (p. ej., cuando la población ya use), garantizar que se proporcionen preservativos femeninos

- Respalda que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscripto 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 inscriptas 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 que se proporcione profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas a pacientes a quienes se les detecte VIH o a quienes ya se les haya diagnosticado que tienen VIH
- Garantizar 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:

- 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, como por ejemplo:
 - o En los hospitales que reciben derivaciones: Personal médico idóneo e insumos para poder atender todas las emergencias obstétricas y neonatales.
 - o 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.
 - o 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
- Establecer 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

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

PREVENIR EMBARAZOS NO DESEADOS:

- Asegurar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos 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

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: 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.

Nota: También es importante 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.

Llevarlas adelante de manera óptima. Es importante señalar que los componentes del PSIM constituyen el requisito mínimo y deben implementarse en todos los casos. Incluso cuando ya se proporcionen otros componentes de atención de SSR, también deberíamos implementar los servicios del PSIM, ya que son prioritarios.

El PSIM establece que, tan pronto como sea posible (idealmente, en el término de entre 3 y 6 meses, pero podrían ser solo algunas semanas), las organizaciones y actores interesados nacionales e internacionales deben tratar de brindar servicios de SSR integrales según se describe en los capítulos 6 a 12 de este manual.

3.2 OBJETIVOS

El objetivo de este capítulo es brindar información y orientación a los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios que trabajan en contextos de crisis humanitaria con respecto a lo siguiente:

- El rol y las funciones de los organismos de SSR a cargo y del coordinador de SSR
- La prevención de la violencia sexual y la gestión

RECUADRO 3.2: TAREAS DEL COORDINADOR DE SSR

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

- Actuar en coordinación, comunicarse y colaborar con el grupo/los sectores/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 la ONU pertinentes, grupos de la sociedad civil, representantes intersectoriales (en materia de protección, violencia de género, VIH), y representantes comunitarios de poblaciones que suelen ser marginadas,

clínica para prevenir o mitigar las consecuencias de la violencia sexual

- Intervenciones prioritarias para evitar el VIH y otras ETS y reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas
- Intervenciones prioritarias para reducir la morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos.
- Prevenir embarazos no deseados
- Planificar la integración de servicios de SSR integrales en la atención primaria de la salud a medida que la situación se estabilice, incluida la adquisición de productos básicos y suministros

3.3 PROGRAMACIÓN DEL PSIM

3.3.1 Garantizar que el sector/grupo de salud identifique a una organización para que se encargue de implementar el PSIM

Desde el inicio de la respuesta en cada contexto de crisis

como adolescentes, organizaciones de personas con discapacidad y organizaciones de personas LGBTQIA, para facilitar la implementación del PSIM.

- 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 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:
 - o Apoyen los servicios de SSR para la población afectada
 - o Planteen 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 trabajadores sexuales), e 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 humanitaria y ayuda humanitaria, incluido el proceso de llamamiento de ayuda internacional (Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas (Central Emergency Response Fund, CERF) y fondos mancomunados basados en los países (Country-based Pooled Funds, CBPF) y el Plan de Respuesta Humanitaria, en coordinación con el sector/grupo de salud
- Brindar orientación técnica y operativa sobre implementación del PSIM, así como orientación a los socios de salud acerca del PSIM, los Botiquines de SR y otros recursos
- Respalda la adquisición y distribución coordinadas de Botiquines de SR e insumos y planificar sistemas de adquisición y distribución de SSR sostenibles a largo plazo

El coordinador de SSR opera en el contexto de un mecanismo de coordinación general con el sector/grupo de salud a fin de obtener y utilizar información:

- Velar por que los servicios del PSIM se monitoreen a fin de garantizar la calidad y sostenibilidad. Utilizar la lista de verificación del PSIM 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 prestación de los servicios, analizar hallazgos, identificar soluciones para deficiencias de los servicios y planificar la prestación de servicios de SSR integrales
- Facilitar reuniones de planificación con todos los actores interesados para identificar sinergias, necesidades, deficiencias y oportunidades a fin de 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

humanitaria, el sector de la salud o el grupo de salud deben identificar a una organización de SSR que esté a cargo. Puede ser una organización no gubernamental (ONG) internacional, el Ministerio de Salud o un organismo de las Naciones Unidas (ONU). La organización nominada, que será la que se considere que tiene la mejor capacidad para cumplir con esta función, destina de inmediato un coordinador de SSR de tiempo completo durante un período mínimo de entre 3 y 6 meses 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 de manera efectiva.

PARA GARANTIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM DEBE HACERSE LO SIGUIENTE:

- El sector/grupo de salud identifica a una organización de SSR para que esté a cargo
- Esa organización establece un coordinador de SSR

(ver recuadro 3.2), que trabaja dentro del sector/grupo de salud. El coordinador de SSR, con el apoyo de la organización de SSR a cargo, controla lo siguiente:

- o Todos los organismos de salud que trabajan en cada una de las áreas de crisis abordan la SSR e implementan servicios de SSR o derivan a esos servicios
- o Se mantienen reuniones periódicas de coordinación de SSR con todos los actores relevantes, incluidos representantes que trabajan en el área de la SSR del gobierno, de organismos de la ONU pertinentes, de ONG locales e internacionales, del sector privado, de donantes y del grupo de trabajo en materia de protección y su Área de Responsabilidad sobre violencia de género, con miembros de las poblaciones locales afectadas, a fin de garantizar que el PSIM se implemente de manera efectiva
- o Se brinda a los socios de salud apoyo operativo

y técnico para implementar el PSIM en todos los lugares afectados por la emergencia. Esto incluye:

- Proporcionar pautas sobre la adquisición coordinada de insumos de SSR y apoyo técnico para ello (ver el capítulo 4)
- Identificar a trabajadores de la salud idóneos para implementar los servicios del PSIM
- Identificar mecanismos efectivos y confidenciales de derivación entre puntos de prestación del servicio de salud y entre servicios de salud y otros sectores de servicios
 - o Se establecen sistemas para la recabación de datos y análisis de datos periódicos entre socios que implementan servicios de SSR; esos datos deben, por lo menos, desglosarse indicando edad y sexo
 - o Las capacitaciones de actualización clínica se realizan a medida que se necesitan y cuando es posible
 - o Cuando la situación lo permita, se realiza un ejercicio de mapeo y análisis de los actuales servicios de SSR junto con los actores interesados en materia de violencia de género y VIH. Este ejercicio debe abarcar las deficiencias y oportunidades existentes y estar seguido de un análisis de situación completo y de un ejercicio de planificación para respaldar servicios accesibles, efectivos, eficientes, asequibles y sostenibles
 - o La información de las reuniones de los grupos de trabajo sobre SSR se comparte y analiza en las reuniones de coordinación del sector/grupo de salud general, de protección, de violencia de género y de VIH
 - o Se pone en conocimiento de la comunidad que hay servicios de SSR disponibles y dónde pueden conseguirse. Esto debe incluir:
- Utilizar canales de comunicación adecuados, como folletos, radio y mensajes de texto
- Utilizar actividades de extensión dirigidas por la comunidad, cuando sea posible, a través de grupos de adolescentes, de personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales (LGBTQIA), de personas con discapacidad, de grupos de mujeres, de trabajadores sexuales, de asistentes de parto tradicionales y de otros trabajadores de las actividades de extensión de la comunidad para

RECUADRO 3.3: COORDINACIÓN DEL PSIM Y ADOLESCENTES

- **Reconocer que los adolescentes tienen sus propias inquietudes y necesidades y que es posible que enfrenten situaciones de discriminación debido a su edad, sexo, identidad de género, discapacidad, orientación sexual y diversidad corporal.**
- **Incluir a los adolescentes para que participen de manera significativa en la coordinación, diseño de proyectos e implementación en materia de SSR.**
- **Respaldar la prestación de servicios de SSR específicos para adolescentes, incluidas las decisiones informadas y las actividades de extensión.**

informar a la población afectada sobre la disponibilidad de servicios de SSR y la importancia de que los sobrevivientes de violencia sexual busquen atención tan pronto como sea posible después de un incidente

3.3.2 Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de los sobrevivientes

Para prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de los sobrevivientes desde el inicio de una emergencia, en el sector/grupo de salud:

- Trabajar con otros grupos, en especial, el subgrupo 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, contra la violencia sexual
- Prestar atención clínica y hacer derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual
- Garantizar espacios confidenciales y seguros dentro de los establecimientos de salud para recibir a sobrevivientes de violencia sexual y brindarles atención clínica y derivaciones adecuadas.

PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL

Los actos de violencia sexual se producen con frecuencia en todos los tipos de contextos de crisis humanitaria y, en especial, en situaciones de conflicto. Los sobrevivientes de violencia sexual pueden ser de cualquier sexo, género o edad. Pueden ser mujeres, hombres, adolescentes, personas con discapacidad, niños pequeños, personas de la comunidad LGBTQIA, minorías étnicas y religiosas, y trabajadores sexuales, entre otros. Las mujeres y las niñas son las más afectadas. Los responsables de los actos de violencia sexual suelen ser las parejas masculinas (incluidos cónyuges) u otras personas conocidas de los sobrevivientes (familiares, amigos o miembros de la comunidad) o pueden ser personas que usan uniformes, como miembros de las fuerzas de seguridad/de mantenimiento de la paz y combatientes. Todos los actores en entornos humanitarios deben conocer los riesgos de violencia sexual y los relacionados con la explotación y el abuso sexual y coordinar actividades multisectoriales para evitar esas situaciones y proteger a la población afectada, en especial, a mujeres, niñas y otras poblaciones en riesgo. Las reuniones de coordinación de salud y protección deben abordar de manera sistemática la violencia sexual para garantizar 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 o contextos de riesgo que los sobrevivientes hayan informado durante la gestión clínica (manteniendo la confidencialidad de los datos de identificación personal) para la mitigación del riesgo.

En colaboración con el mecanismo del sector/grupo de salud general, el coordinador de SSR y el personal del programa de SSR deben asegurarse de que el sector/grupo de salud humanitaria y los actores de salud:

- Garanticen el acceso seguro a servicios de salud básicos, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres, hombres, adolescentes y niños y niñas.
- Diseñen y ubiquen establecimientos de salud para mejorar la seguridad física y material y para que sean accesibles a personas con discapacidad, previa consulta

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 3.1: COORDINACIÓN DEL PSIM EN NEPAL

ORGANIZACIÓN: Dentro de los 6 meses posteriores al terremoto que sacudió a Nepal en abril de 2015, se realizó una evaluación interinstitucional para documentar la implementación del PSIM en un distrito urbano (Katmandú) y en uno rural (Sindhupalchowk). En el estudio se analizaba el grado de conocimiento que existía sobre el PSIM, la implementación de los estándares y los factores que influían en la implementación, y para ello se utilizaron métodos tanto cuantitativos como cualitativos. Los métodos incluyeron una revisión de datos secundarios, análisis de grupos focales, entrevistas con informantes clave y evaluaciones de establecimientos de salud.

LUGAR: Nepal

INTRODUCCIÓN: Dentro de los 6 meses posteriores al terremoto que sacudió a Nepal en abril de 2015, se realizó una evaluación interinstitucional para documentar la implementación del PSIM en un distrito urbano (Katmandú) y en uno rural (Sindhupalchowk). En el estudio se analizaba el grado de conocimiento que existía sobre el PSIM, la implementación de los estándares y los factores que influían en la implementación, y para ello se utilizaron métodos tanto cuantitativos como cualitativos. Los métodos incluyeron una revisión de datos secundarios, análisis de grupos focales, entrevistas con informantes clave y evaluaciones de establecimientos de salud.

HALLAZGOS: En ambos distritos había amplia disponibilidad de actividades prioritarias del PSIM. La calidad de determinados servicios, cuando se ofrecían, era baja, en especial, la atención clínica a personas sobrevivientes de violencia sexual, el manejo sintomático de infecciones de transmisión sexual (ETS) y las precauciones estándares en algunos contextos. El conocimiento de la comunidad sobre cuestiones de SSR sensibles a factores culturales, los beneficios de buscar atención y la ubicación de los servicios de violencia sexual y ETS, incluido el VIH, eran muy deficientes en comparación con los servicios sobre anticoncepción o de salud materna. Además, numerosos informantes clave desconocían los servicios disponibles, como los de anticoncepción de emergencia y la profilaxis posterior a la exposición para sobrevivientes de violencia sexual.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: La disponibilidad del PSIM en los dos distritos que abarcó el estudio parece estar vinculada con tres factores clave:

- (1) compromisos e inversiones en SSR por parte del Gobierno de Nepal y de socios antes de la crisis;
- (2) existencia de gestión de riesgos en situaciones de emergencia y de desastres para iniciativas de salud que incluyen el PSIM en las actividades de preparación y en el emplazamiento previo de los Botiquines de SR; y
- (3) el liderazgo y la colaboración entre los socios en la respuesta inmediata para asegurar el apoyo de los donantes e implementar estrategias coordinadas e innovadoras para llegar a las comunidades afectadas. Es fundamental que la comunidad participe en la respuesta inicial, por ejemplo, comunicando entre sus miembros cómo se beneficiarán las personas sobrevivientes de violencia sexual si buscan oportunamente atención de la salud y dónde pueden encontrar los servicios.

con la población, en especial, con las mujeres, los adolescentes, las personas con discapacidad y otros sectores marginados

- 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
- Garanticen que los establecimientos de salud se encuentren ubicados en lugares seguros y con suficiente iluminación nocturna en los caminos
- 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 cierren con llave desde el interior
- Contraten y capaciten a mujeres entre los proveedores de servicios, los trabajadores de salud comunitarios, el personal del programa e intérpretes
- Garanticen que todos los idiomas de los subgrupos étnicos estén representados entre los proveedores de servicios o intérpretes
- 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 los 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 garantizan 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

RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

Para que el sector de salud pueda prevenir y gestionar las posibles consecuencias sobre la salud, las personas que sobreviven a actos de violencia sexual deben tener acceso a atención clínica, incluido asesoramiento psicosocial de apoyo, tan pronto como sea posible después del incidente. Asegúrese de que los servicios de salud puedan proporcionar

tal atención cuando se inicie una respuesta a una crisis humanitaria.

Tan pronto como sea posible, el coordinador de SSR, junto con el director del Área de Responsabilidad por Violencia de Género o el subgrupo de violencia de género, deben obtener información sobre el sistema médico-legal nacional y compartirlo con los sectores/grupos de salud y de protección durante las reuniones de coordinación. El Coordinador de SSR, con el grupo de trabajo sobre SSR y el sector/grupo 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 salud, justicia/legales, protección, seguridad, psicosociales y comunitarios. Es importante poner en contacto a la comunidad con grupos de autoayuda, incluso aquellos formados por adolescentes, personas con discapacidad, comunidades LGBTQIA y trabajadores sexuales, a fin de garantizar que los sobrevivientes cuenten con un mecanismo de derivación confidencial coordinado y centrado en los sobrevivientes. El documento con los resultados de este proceso a veces se denomina Procedimientos operativos estándares sobre violencia de género (ver el capítulo 10).

Todos los actores humanitarios deben respetar los derechos a la vida, a la autodeterminación, a una atención de salud de alta calidad, a la no discriminación, a la privacidad, a la confidencialidad, a la información y al respeto de los sobrevivientes de violencia sexual. Todos los proveedores de atención de la salud deben seguir un protocolo estándar de examen y tratamiento y asegurarse de que se informe a los sobrevivientes sobre aquellas leyes que obliguen a comunicar ciertos datos y que pueden limitar la confidencialidad de la información que divulgan a los proveedores y que influyen en su decisión de buscar atención. La atención centrada en los sobrevivientes también garantiza el derecho de estos a elegir los servicios que desean y el sexo de los proveedores. Los niños y las niñas que hayan sobrevivido a actos de violencia sexual deben ser tratados, tan pronto como sea posible, por proveedores que se hayan capacitado en atención posterior a la violación de niños y niñas, y deben poder elegir el sexo del proveedor del servicio.

Es posible que un proveedor de atención de la salud sea la primera o la única persona a quien un sobreviviente se acerque, y la calidad de la atención de la salud proporcionada puede tener efectos a corto y a largo plazo sobre el bienestar del sobreviviente y sobre su deseo de comunicar su experiencia. Por lo tanto, todos los proveedores de salud (incluso quienes no trabajen en establecimientos equipados

RECUADRO 3.4: PRINCIPIOS RECTORES AL MOMENTO DE RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LOS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

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

- Seguridad
- Confidencialidad
- Respeto
- No discriminación

para brindar atención clínica a sobrevivientes de violencia sexual) deben estar preparados para brindar la ayuda inicial, que incluye escuchar con empatía y validar, identificar las necesidades emocionales, psicológicas y físicas de la persona sobreviviente, e identificar los servicios de apoyo disponibles. Esto también incluye atender la situación de seguridad (protección) y la salud inmediata de la persona sobreviviente en ese momento, incluidas sus necesidades de salud mental. Los proveedores deberían escuchar con empatía la historia de esa persona, sin juzgarla. Tranquilice a la persona sobreviviente diciéndole que lo ocurrido no es su culpa o que no tiene que culparse. Pregúntele qué necesita o qué le preocupa, ofrezca información sobre otros servicios de apoyo y respalde siempre las decisiones de esa persona.

SERVICIOS CLÍNICOS PARA PERSONAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

Al crear servicios clínicos para personas que han sobrevivido a actos de violencia sexual, los coordinadores de SSR y el personal del programa deben hacer lo siguiente:

- Establacer un área de consulta privada, no estigmatizante, que cuente con un fichero que pueda cerrarse con llave
- Establacer 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 de salud, asegúrese 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 todos los días de la semana

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

- La importancia de buscar atención médica inmediata luego de haber sufrido violencia sexual:
 - o A más tardar dentro de las 72 horas para prevenir el VIH
 - o A más tardar dentro de las 120 horas para prevenir el embarazo
- Los horarios y lugares donde se ofrecen servicios

Esta información debe proporcionarse en varios formatos e idiomas para garantizar que sea accesible (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas o de manera gráfica) y en grupos de debate a través de actividades de extensión comunitarias (mujeres, jóvenes y grupos de personas LGBTQIA y de personas con discapacidad) y otros canales adecuados de acuerdo con el contexto (p. ej., a través de escuelas, parteras, trabajadores de la salud comunitarios, líderes comunitarios, mensajes de radio o folletos informativos en los baños de mujeres). Los mensajes también deben incluir información sobre qué servicios de salud se ofrecen a sobrevivientes que no pueden buscar atención inmediata.

El coordinador de SSR, junto con el grupo de trabajo de SSR y el sector/grupo de salud, debe asegurarse de que los proveedores de servicios sean idóneos y puedan brindar servicios de manera imparcial y sin discriminar. Cuando sea necesario, deben organizarse sesiones informativas o breves capacitaciones de actualización sobre atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual, que incluyan los siguientes elementos:

- Comunicación comprensiva
- Antecedentes y examen físico

- Recolección de evidencias forenses y relacionadas con el sistema médico-legal, cuando sea posible y necesario
- Tratamiento y asesoramiento compasivo y confidencial, que incluya:
 - o Anticoncepción de emergencia
 - o 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
 - o Tratamiento preventivo de ETS
 - o Profilaxis posterior a la exposición (PPE) para prevenir la transmisión del VIH
 - o Prevención de la hepatitis B y del virus del papiloma humano (VPH)
 - o Atención de heridas y prevención del tétanos
 - o Derivación para otros servicios, como servicios de salud, psicológicos y sociales

Comunicación comprensiva

Asegúrese 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. Informe a la persona sobreviviente sobre las opciones de atención con las que cuenta; estimule y aborde sus preguntas e inquietudes, y obtenga 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 que no sean ciertas (en especial, con respecto a la seguridad), que no puedan garantizarse.

Antecedentes y examen físico

La salud y el bienestar de la persona sobreviviente son la principal prioridad. Permita que ella, si lo desea, elija a otra de persona 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. Informe al sobreviviente que la persona está allí para apoyarlo, pero solo si este lo solicita.

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 OMS), luego de asegurarse de que la persona sobreviviente comprende cada paso y presta su consentimiento para él. La indagación sobre los antecedentes incluye lo siguiente:

- Preguntas sobre la agresión limitadas a lo necesario para brindar la atención médica (p. ej., tipo de penetración, lesiones) y, cuando corresponda, toma de muestras para evidencias forenses. No pida al sobreviviente que repita información que ya se haya asentado en un formulario de derivación
- Información médica general
- Antecedentes médicos y ginecológicos de mujeres y niñas
- 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

Los formularios preimpresos para la indagación sobre antecedentes y sobre los exámenes deben orientar el proceso, y todos los hallazgos deben documentarse exhaustivamente.

El objetivo principal de la indagación de antecedentes y del examen es determinar qué atención clínica se necesita. La indagación sobre los antecedentes y el examen deben realizarse al ritmo que marque el sobreviviente. Debe asegurarse a la persona sobreviviente que tiene el control, que no tiene que hablar de nada con lo que no se sienta cómoda y que puede interrumpir el proceso en cualquier momento. Además, esa persona 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 el sobreviviente en cualquier momento haga preguntas y que acepte o no algún aspecto del examen y del tratamiento.

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

Sistema médico-legal

Una parte importante de la respuesta a la violencia sexual es poner fin a la impunidad de los responsables y contribuir a que se haga justicia para los sobrevivientes. Junto con los grupos/sectores de protección y salud, y en coordinación con los expertos legales, el Área de Responsabilidad sobre Violencia de Género y el coordinador de SSR deben

determinar el estado del sistema médico-legal nacional, incluidas las leyes y políticas pertinentes sobre violencia sexual. Deben compartir esta información con los respectivos actores interesados nacionales e internacionales, expertos en violencia de género, trabajadores psicosociales y organizaciones de la sociedad civil que abordan la temática de la violencia de género, como grupos de mujeres, jóvenes, personas LGBTQIA, personas con discapacidad y comunidades de minorías étnicas). En contextos de crisis, es posible que varios aspectos del sistema existente conformado por servicios de salud y sociales, medicina forense, servicios de laboratorio forense, servicios policiales y de investigación, y el sistema legal se encuentren en peligro debido a la falta de personal calificado, a la ausencia de suficientes establecimientos, equipos, insumos y recursos, o a que los que existen están dañados.

La gestión clínica de sobrevivientes de violencia sexual tiene prioridad con respecto al proceso médico-legal. Sin embargo, si el sobreviviente está de acuerdo, el examen y la toma de las evidencias forenses pueden realizarse al mismo tiempo. La recabación de evidencias forenses solo debe efectuarse si esas evidencias pueden probarse, analizarse y utilizarse.

Recolección de evidencias forenses

- Solo deben recolectarse aquellas evidencias que puedan recolectarse, almacenarse, analizarse y usarse, y solo si la persona sobreviviente presta su consentimiento después de que se le haya explicado cada procedimiento detalladamente
- Los requisitos legales locales, las instalaciones de laboratorio y almacenamiento disponibles, lo informado por el sobreviviente acerca de cuándo se produjo el acto de violencia sexual, y las acciones del sobreviviente después de la agresión (p. ej., si se lavó, se cambió la ropa, orinó o defecó) determinarán si deben recolectarse evidencias forenses y cuáles
- Un proveedor de atención de la salud no especializado debe, por lo menos, llevar un registro escrito cuidadoso de todos los hallazgos que se detecten durante el examen médico, que puedan respaldar lo contado por el sobreviviente, por ejemplo, el estado de la ropa del sobreviviente, dónde se produjo el incidente y una descripción detallada de las lesiones. El expediente médico forma parte del registro médico y puede presentarse un resumen de ese expediente como evidencia (con el consentimiento del sobreviviente) si el caso llega a la instancia judicial. Debe conservarse en un lugar seguro para preservar su confidencialidad

- Solo los proveedores que cuenten con capacitación y supervisión explícita en materia de recolección de evidencias forenses pueden encargarse de recolectar otras muestras de evidencia forense
- El proveedor de servicios debe documentar el examen y los hallazgos compatibles con la descripción que el sobreviviente haya hecho de lo que sucedió, pero no es función del proveedor establecer si se produjo, legalmente, una violación sexual
- Si hay un microscopio y no han transcurrido más de 5 días desde el incidente, un proveedor de salud o empleado de laboratorio capacitado puede analizar la presencia de esperma mediante un preparado en fresco
- Ofrezca sistemáticamente al sobreviviente un certificado médico con una explicación clara de los riesgos a los que puede quedar expuesto si conserva el documento. Según la ley aplicable en el contexto, este formulario puede usarse con fines legales, como obtener una reparación o asilo. El documento se confecciona en duplicado. Una copia queda en el establecimiento de salud o en poder del administrador de programas. La otra copia se entrega a la persona sobreviviente si esta lo desea después de que se le haya informado cuidadosamente sobre el riesgo de que se produzcan nuevos actos de violencia si hallan el documento en su poder. Estos documentos deben proporcionarse sin cargo
- El sobreviviente es la única persona que decide cuándo y dónde usará el certificado médico

Tratamiento compasivo y confidencial

El tratamiento puede iniciarse sin que haya un examen previo si así lo decide la persona sobreviviente. Primero deben tratarse las complicaciones con riesgo de vida y debe realizarse una derivación a establecimientos de salud de más alto nivel, si corresponde.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia puede evitar embarazos no deseados después de actos de violencia sexual. Debe proporcionarse tan pronto como sea posible a la sobreviviente de violencia sexual que busque atención, dentro de las 120 horas posteriores a la violación. Pueden usarse varios regímenes de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE). Otro método anticonceptivo de emergencia sumamente efectivo es la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) de cobre.

RECUADRO 3.5: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS OPCIONES DE PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA DE PROGESTINA SOLA

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

ACETATO DE ULIPRISTAL

- 1 dosis de acetato de ulipristal de 30 mg
- Se toma en el término de 5 días (120 horas) después de haber mantenido relaciones sexuales sin protección
- Es más efectiva que las píldoras de progestina sola durante las 73 a 120 horas siguientes a haber mantenido relaciones sexuales sin protección
- Es más efectiva y tiene menos efectos secundarios que las píldoras hormonales combinadas

PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS HORMONALES COMBINADAS

- 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)
- 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 2 horas de haber tomado una dosis se producen vómitos, la dosis debe repetirse
- Es menos efectiva y tiene más efectos secundarios que los métodos anticonceptivos de emergencia de progestina sola y de acetato de ulipristal

Anticonceptivos de emergencia de progestina sola

En todo el mundo, las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola son la forma de anticoncepción de emergencia más generalizada; las píldoras con 1,5 mg de levonorgestrel suelen estar embaladas específicamente para su uso poscoito.

- **Plazo:** Las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola deben administrarse a los sobrevivientes de violencia sexual tan pronto como sea posible, ya que su efectividad disminuye con el tiempo. Estas píldoras 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 ningún examen o prueba clínicos. No se necesita realizar una prueba de embarazo, porque estas píldoras no causan daño si la mujer ya está embarazada ni afectan embarazos preexistentes

- **Mecanismo de acción:** El efecto de las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola es evitar el embarazo. Demoran o impiden la ovulación o evitan la unión del óvulo y el espermatozoide. No tienen efecto tras la fertilización y no pueden interrumpir un embarazo ya existente ni interferir en él. Es decir, no son abortivas
- **Efectos secundarios:** Los efectos secundarios suelen ser a corto plazo, leves y fácilmente controlados. 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, la dosis debe repetirse y puede administrarse un antiemético si lo hubiera. Es de destacar que las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola no tienen efectos secundarios; no hay complicaciones médicas graves asociadas y no afectan la fertilidad futura
- **Regímenes:** Las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola son más efectivas y tienen menos

TABLA 3.1 REGÍMENES DE PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA

TIPO	COMPOSICIÓN DE LA PÍLDORA (POR PÍLDORA) ^a	MARCAS COMUNES	PRIMERA DOSIS: TOMARLA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, HASTA 120 HORAS DESPUÉS	SEGUNDA DOSIS: TOMARLA 12 HORAS MÁS TARDE
Píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel solo	1,5 mg LNG	NorLevo 1,5 (disponible en los Botiquines de SR), Escapelle, Plan B One-Step, Postpill, Pregnon 1,5, Vikela, Postinor 1	1 comprimido	0 comprimidos
	0,75 mg LNG	Postinor 2, Levonelle-2, NorLevo 0,75, Pregnon, Next Choice	2 comprimidos ^b	0 comprimidos
Píldoras anticonceptivas orales de levonorgestrel solo	30 µg	Microlut, Microval, Norgeston	50 comprimidos	0 comprimidos
	37,5 µg	Ovrette	40 comprimidos	0 comprimidos
Píldoras anticonceptivas de emergencia de acetato de ulipristal	30 mg UPA	ella, ellaOne	1 comprimido	0 comprimidos
Acetato de ulipristal	5 mg	Fibristal	6 comprimidos	0 comprimidos
Píldoras anticonceptivas orales combinadas	EE 50 µg plus LNG 250 µg o NG 500 µg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2 comprimidos	2 comprimidos
	EE 30 µg plus LNG 150 µg o NG 300 µg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4 comprimidos	4 comprimidos
	EE 20 µg plus LNG 100 µg or NG 200 µg	Loette	5 comprimidos	5 comprimidos

efectos secundarios que las píldoras hormonales combinadas (método Yuzpe). Sin embargo, no están disponibles en todos los países. Si en su contexto no existen estas píldoras específicas, vea primero si no hay píldoras anticonceptivas orales de progestina sola que puedan usarse para crear una dosis de 1,5 mg de levonorgestrel. Si no las hubiera, deben usarse píldoras anticonceptivas orales hormonales combinadas como método anticonceptivo de emergencia

- Asesoramiento: Asesore a la sobreviviente sobre cómo tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia de

progestina sola y explíquelo qué puede pasar luego de haberlas tomado. Hay una baja posibilidad de que las píldoras no funcionen. Informe a la sobreviviente que la menstruación debe producirse alrededor de la misma fecha que se produciría normalmente, pero que puede adelantarse o retratarse hasta una semana. Si la sobreviviente 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 embarazo. También debe informarse a las sobrevivientes que las píldoras

a EE = etinilestradiol; LNG = levonorgestrel; NG =norgestrel; UPA = acetato de ulipristal.

b Las etiquetas en los paquetes de píldoras anticonceptivas de emergencia con dos píldoras especifican que la segunda píldora debe tomarse 12 horas después que la primera. Sin embargo, esto no refleja la información científica actualizada. Ambas píldoras deben tomarse al mismo tiempo.

anticonceptivas de emergencia de progestina sola no impiden que queden embarazadas en actos sexuales posteriores a su uso

- Uso reiterado: Las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola 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 durante la vida. Sin embargo, se recomienda utilizar un método anticonceptivo continuo ya que esta sería la manera más efectiva de prevenir un embarazo. No es necesario tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola más de una vez durante un período de 24 horas si se mantienen relaciones sin protección más de una vez en ese período

DIU de cobre

A aquellas mujeres que reúnan los requisitos médicos pertinentes también se les puede insertar un DIU de cobre en el término de 5 días después de 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 no deseados. Como el riesgo de ovulación es bajo hasta el día 7 del ciclo menstrual, el DIU de cobre puede insertarse después de 5 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 5 días después de la ovulación.

Los proveedores deben brindar a las sobrevivientes información y asesoramiento exhaustivos 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 (ver el capítulo 7).

Tratamiento preventivo de enfermedades de transmisión sexual

- Proporcione a los sobrevivientes antibióticos para tratar preventivamente gonorrea, infección por clamidia y sífilis, según sea necesario y si se desea. Si en el área hay otras ETS prevalentes (como tricomoniasis o chancroide), brinde también tratamiento preventivo para estas infecciones
- Aplique los cursos de acción más breves que haya en el protocolo local. Por ejemplo, si el sobreviviente se presenta en el término de 30 días del incidente, será suficiente administrar oralmente 400 mg de cefixima más 1 g de azitromicina para tratar preventivamente la gonorrea, la infección por clamidia y la sífilis en período de incubación
- Tenga en cuenta que las mujeres embarazadas o que tienen alergias conocidas no deben tomar algunos antibióticos; modifique el tratamiento según corresponda
- Los regímenes de tratamiento preventivo de ETS pueden comenzar el mismo día que la anticoncepción de emergencia y que la profilaxis posterior a la exposición para prevenir el VIH
- Para reducir efectos secundarios, como náuseas, las dosis pueden distanciarse entre sí (y tomarse con comida) y puede administrarse un antiemético, si lo hubiera

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 2 y en la visita de seguimiento del mes 1
- 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, y 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

A continuación, se presentan algunos ejemplos de posibles tratamientos para enfermedades de transmisión sexual. Puede haber otras opciones. Siempre deben seguirse los protocolos de tratamiento local de ETS.

TABLA 3.2: PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE ETS RECOMENDADOS POR LA OMS PARA ADULTOS

ETS	TRATAMIENTO		
Infección por clamidia	Opción 1) azitromicina	1 g por vía oral, en una única dosis	Este antibiótico también sirve para la sífilis en período de incubación (dentro de los 30 días de la exposición).
	Opción 2) doxiciclina	100 mg por vía oral, 2 veces por día durante 7 días	Contraindicado en caso de embarazo
Infección por clamidia en mujeres embarazadas	Opción 1) azitromicina	1 g por vía oral, en una única dosis	Este antibiótico también sirve para la sífilis en período de incubación (dentro de los 30 días de la exposición).
	Opción 2) eritromicina	500 mg por vía oral, 4 veces por día durante 7 días	
	Opción 3) amoxicilina	500 mg por vía oral, 3 veces por día durante 7 días	
Gonorrea	Opción 1) cefixima	400 mg por vía oral, única dosis	
	Opción 2) ceftriaxona	125 mg por vía intramuscular, única dosis	
Sífilis	Opción 1) penicilina benzatina*	2,4 millones UI, por vía intramuscular, solo una vez	Dar hasta dos inyecciones en distintos lugares
	Opción 2) azitromicina	2 g por vía oral, en una única dosis	Para el tratamiento de sífilis primaria, secundaria y latente precoz de < 2 años de duración. Este antibiótico también sirve para las infecciones por clamidia.
Sífilis, paciente alérgico a la penicilina	Opción 1) azitromicina	2 g por vía oral, en una única dosis	Para el tratamiento de sífilis primaria, secundaria y latente precoz de < 2 años de duración. Este antibiótico también sirve para las infecciones por clamidia.
	Opción 2) doxiciclina	100 mg por vía oral 2 veces por día durante 14 días	Contraindicado en caso de embarazo. Este antibiótico también sirve para las infecciones por clamidia.
Sífilis en mujeres embarazadas alérgicas a la penicilina	Opción 1) azitromicina	2 g por vía oral, en una única dosis	Para el tratamiento de sífilis primaria, secundaria y latente precoz de < 2 años de duración. Este antibiótico también sirve para las infecciones por clamidia.
		500 mg por vía oral, 4 veces por día durante 14 días	Este antibiótico también sirve para las infecciones por clamidia.
Tricomoniasis	Opción 1) metronidazol	2 g por vía oral, en una única dosis	Evitar administrar metronidazol y tinidazol durante el primer trimestre del embarazo.
	Opción 2) tinidazol	2 g por vía oral, en una única dosis	
	Opción 3) metronidazol	400 o 500 mg por vía oral, 2 veces por día durante 7 días	

* Si la persona sobreviviente se presenta en el término de 30 días del incidente, puede omitirse la penicilina benzatina si el régimen de tratamiento incluye 1 g de azitromicina en una dosis única, que es efectiva contra sífilis en período de incubación y contra la infección por clamidia. Si la persona sobreviviente se presenta más de 30 días después del incidente, una sola dosis de 2 g de azitromicina es suficiente como tratamiento preventivo para sífilis primaria, secundaria y latente precoz de < 2 años de duración y también cubre infecciones por clamidia.

que se reciba esa atención, en la máxima medida que lo admita la ley

Las mujeres pueden buscar atención posterior a la violación en cualquier momento después del incidente. Las sobrevivientes que se presenten con un embarazo en

cualquier etapa gestacional debido a violencia sexual deben recibir información sobre todas las opciones a su alcance, incluidos servicios de aborto seguro o una derivación para que se reciba esa atención, en la máxima medida que lo admita la ley.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de posibles tratamientos para enfermedades de transmisión sexual. Puede haber otras opciones. Siempre deben seguirse los protocolos de tratamiento local de ETS y utilizar los medicamentos y las dosis adecuados para niños y niñas.

TABLA 3.3: PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO DE ETS RECOMENDADOS POR LA OMS PARA NIÑOS Y NIÑAS Y ADOLESCENTES

ETS	PESO O EDAD	TRATAMIENTO
Infección por clamidia	< 45 kg	Opción (1): azitromicina 20 mg/kg por vía oral, única dosis
		Opción (2): doxiciclina 50 mg/kg de peso corporal, por día, por vía oral (hasta un máximo de 2 g), dividido en 4 dosis durante 7 días
	> 12 años	Tratar según el protocolo para adultos
	> 45 kg pero < 12 años	Opción 1) erythromycin 500 mg por vía oral, 4 veces por día durante 7 días
		Opción 2) azithromycin 1 g por vía oral, única dosis
Gonorrea	< 45 kg	Opción 1) ceftriaxone 125 mg por vía intramuscular, única dosis
		Opción 2) spectinomycin 40 mg/kg de peso corporal, por vía intramuscular (hasta un máximo de 2 g), única dosis
		Opción (3): cefixima 8mg/kg de peso corporal, por vía oral, única dosis
	> 45 kg	Tratar según el protocolo para adultos
Sífilis	Todos los niños y niñas	Opción (1): penicilina benzatina* 50 000 UI/kg IM (hasta un máximo de 2,4 millones de UI), única dosis
Sífilis, paciente alérgico a la penicilina	Todos los niños y niñas	Opción (1): eritromicina 50 mg/kg de peso corporal, por día, por vía oral (hasta un máximo de 2 g), dividido en 4 dosis durante 14 días
Tricomoniasis	< 12 años	Opción (1): metronidazol 5 mg/kg de peso corporal, por vía oral, 3 veces por día durante 7 días
	> 12 años	Tratar según el protocolo para adultos

* If the survivor presents within 30 days of the incident, benzathine benzylpenicillin can be omitted if the treatment regimen includes azithromycin, which is effective against incubating syphilis as well as chlamydial infection.

Profilaxis posterior a la exposición (PPE) para prevenir la transmisión del VIH

La profilaxis posterior a la exposición al VIH debe ofrecerse e iniciarse tan pronto como sea posible para todas las personas que hayan estado expuestas a una posible transmisión del VIH. La posibilidad de que el VIH se transmita después de un acto de violencia sexual puede reducirse si se administra rápidamente la PPE, que debe iniciarse tan pronto como sea posible dentro de las 72 horas de la exposición y durante 28 días. Los estudios sugieren que la PPE es más efectiva cuanto antes se inicie. La OMS recomienda un tratamiento combinado de 28 días. Esta pauta es la que se aplica al momento de la publicación. Dado que esta es un área que evoluciona con rapidez, ingrese en el sitio web de IAWG para enterarse de si hay alguna actualización.

Si bien lo ideal es brindar la PPE dentro de las 72 horas de la exposición, es posible que algunas personas no puedan acceder a los servicios en ese plazo. Proporcione la atención posterior a la violación que sea pertinente y derive a los

pacientes que se presenten después de 72 horas para que se les brinden servicios de asesoramiento y pruebas de VIH voluntarios, según corresponda.

PARA PERSONAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL:

- Evalúe el riesgo de exposición al VIH antes de indicar la PPE. Averigüe qué ocurrió, el tipo de penetración (vaginal, anal u oral) y la clase de lesiones sufridas
- Converse con la persona sobreviviente sobre los riesgos de transmisión del VIH según el tipo de exposición y sobre el tratamiento con PPE y los efectos secundarios, y haga hincapié en que es necesario ajustarse al régimen
- Ofrezca asesoramiento y pruebas de VIH en las primeras 2 semanas después del incidente. Sin embargo, para administrar la PPE en las primeras 72 horas de la exposición no es necesario realizar previamente una prueba de VIH

TABLA 3.4: TRATAMIENTO COMBINADO RECOMENDADO PARA VIH-PPE

EDAD	TRATAMIENTO	COMENTARIOS
Adultos y adolescentes	Régimen principal: Tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC) Tercer medicamento recomendado: Lopinavir/ritonavir (LPV/r) o atazanavir/ritonavir (ATV/r) Cuando estén disponibles, pueden considerarse raltegravir (RAL), darunavir + ritonavir (DRV/r) o efavirenz (EFV) como alternativas de tercer medicamento.	La profilaxis posterior a la exposición para el VIH con dos medicamentos es efectiva. La OMS recomienda un tercer medicamento. Utilizar el régimen de dos medicamentos si no hay disponible un tercero.
Niños y niñas de 10 años o menos	Régimen principal: Zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) Régimen alternativo: Abacavir ABC + lamivudina (3TC) o tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC) Tercer medicamento recomendado: Se recomienda lopinavir/ritonavir (LPV/r) como tercer medicamento para PPE del VIH en niños y niñas. Se puede elegir un régimen alternativo adecuado según la edad entre los siguientes: atazanavir/ritonavir (ATV/r), raltegravir (RAL), darunavir + ritonavir (DRV), efavirenz (EFV) y nevirapina (NVP).	Proporcionar la receta de PPE completa para 28 días luego de la evaluación de riesgo. Se recomienda que todas las personas que comiencen PPE para el VIH sigan las recomendaciones.

TABLA 3.5: TRATAMIENTOS COMBINADOS INFANTILES RECOMENDADOS DE DOS MEDICAMENTOS PARA PPE DEL VIH

PESO O EDAD	TRATAMIENTO	PRESCRIBIR	SUMINISTRO PARA 28 DÍAS
< 2 años o 5-9 kg	Jarabe* de zidovudina(AZT) 10 mg/ml más suplemento de lamivudina (3TC) de 10 mg/ml	7,5 ml dos veces por día más 2,5 ml dos veces por día	420 ml (es decir, cinco frascos de 100 ml o tres de 200 ml) más 140 ml (es decir, dos frascos de 100 ml o uno de 200 ml)
10-19 kg	Zidovudina (AZT), cápsula de 100 mg más lamivudina (3TC), comprimido de 150 mg	1 cápsula tres veces por día más ½ comprimido dos veces por día	90 cápsulas
20-39 kg	Zidovudina (AZT), cápsula de 100 mg más lamivudina (3TC), comprimido de 150 mg	2 cápsulas tres veces por día más 1 comprimido dos veces por día	120 cápsulas más 60 comprimidos

*Discard a bottle of syrup 15 days after opening

- Ofrezca PPE a todas las personas sobrevivientes que reúnan los requisitos correspondientes, incluso a aquellos que se nieguen a realizarse una prueba de VIH. Comience con la primera dosis tan pronto como sea posible. No espere a tener el resultado de la prueba de VIH para iniciar la PPE

Nota: No ofrezca la PPE a sobrevivientes que sepa que son VIH positivos. Derívelos para que reciban tratamiento, apoyo y cuidado para el VIH cuando estos se encuentren disponibles.

ALGUNOS DATOS IMPORTANTES:

- El embarazo no es una contraindicación para la PPE. Informe a las mujeres que tengan menos de 12 semanas de embarazo que se desconocen cuáles podrían ser los efectos del medicamento en el feto
- Brinde asesoramiento para que puedan cumplir mejor con el tratamiento. Informe a la persona sobreviviente sobre los efectos secundarios comunes de los medicamentos, como cansancio, náuseas y síntomas similares a los de la gripe. Estos efectos secundarios son temporales y pueden aliviarse con analgésicos comunes, como paracetamol
- Proporcione el suministro para la PPE completo para 28 días, pero programe una nueva visita en el término de una semana para conversar sobre si se ha seguido el tratamiento y ofrezca a la persona sobreviviente la posibilidad de que realice visitas en cualquier momento en que esté preocupada por los efectos secundarios o por otras cuestiones

Prevención de la hepatitis B y del virus del papiloma humano (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. Se necesita un total de 3 dosis; la segunda dosis 4 semanas después de la primera y la tercera dosis 8 semanas después de la segunda.

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. En la mayoría de los casos, debe darse un total de 3 dosis en el término de 6 meses.

Atención de heridas y prevención del tétanos

Limpie laceraciones, cortes y quemaduras y suture heridas limpias en el término de 24 horas. No suture heridas sucias. Considere proporcionar los antibióticos y analgésicos que

correspondan si hay heridas sucias importantes.

Proporcione profilaxis antitetánica si hay grietas en la piel o la mucosa y la persona sobreviviente no tiene aplicada la vacuna antitetánica o si se desconoce el estado de vacunación. Recomiende a las personas sobrevivientes que completen el cronograma de vacunación (segunda dosis en 4 semanas y tercera dosis entre 6 meses y 1 año después de la primera).

Derivaciones para intervenciones más profundas 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 donde ir cuando abandone el establecimiento de salud
- 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

Atención de seguimiento

- Si fuera posible, se recomienda brindar atención de seguimiento luego de una violación a las 2 semanas y luego 1 mes, 3 meses y 6 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 2 y 4 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 6 meses), pruebas de VIH a los 3 y a los 6 meses, y estado del embarazo y opciones con respecto a ese estado

RECUADRO 3.6: CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA POBLACIONES ESPECÍFICAS

HOMBRES SOBREVIVIENTES	PERSONAS CON DISCAPACIDAD	PERSONAS LGBTQIA	TRABAJADORES SEXUALES	MINORÍAS ÉTNICAS Y RELIGIOSAS
<p>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 por parte de los proveedores de servicios y administradores de programas. Los hombres sobrevivientes sufren traumas físicos y psicológicos similares a los de las mujeres sobrevivientes y deberían tener acceso a servicios confidenciales, respetuosos y no discriminatorios que les brinden atención integral.</p>	<p>Las mujeres, niñas, hombres y niños que viven con discapacidad tienen más riesgo de sufrir violencia sexual. A menudo se enfrentan con un grado extremo de discriminación por parte de los proveedores de servicios; es importante capacitar y orientar a los proveedores de salud para que reflexionen acerca de sus propias actitudes con respecto a la discapacidad, la atención clínica y la violencia sexual. Las organizaciones de personas con discapacidad en las comunitarias receptoras suelen tener recursos que los proveedores de salud pueden utilizar para garantizar que se brinde atención clínica a esta población que suele estar oculta.</p>	<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. En términos más generales, las personas LGBTQIA, en especial, las mujeres transgénero, enfrentan la discriminación de proveedores del ámbito de la salud y de otras personas responsables de proteger sus derechos, que los inhiben de buscar servicios de SSR, como atención clínica en casos de violencia sexual y violación. Si se colabora con grupos de autoayuda o de derechos de las personas LGBTQIA y se trabaja para lograr que los establecimientos de salud sean más respetuosos de la diversidad en lo relativo a la identidad de género y la orientación sexual, los servicios de salud críticos podrían ser más accesibles para esta población.</p>	<p>Los trabajadores sexuales 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. Es fundamental que estas personas responsables de proteger sus derechos garanticen que se le brinden servicios de salud críticos a esta población. Los actores humanitarios deben trabajar con los trabajadores sexuales para elaborar una programación de atención de SSR. Las organizaciones de refugiados y trabajadores sexuales suelen tener la experiencia y los contactos necesarios para prestar servicios clínicos con efectividad.</p>	<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. Al diseñar programas para llegar a las personas sobrevivientes de violencia sexual y proporcionarles atención clínica, deben tenerse en cuenta estos obstáculos específicos. 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>

Consideraciones especiales en el caso de menores

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 vaginales o anales 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.

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

A fin de reducir la transmisión del VIH y de otras ETS desde el inicio de la respuesta humanitaria, el coordinador de SSR, los gerentes de programas de salud y los proveedores de servicios deben trabajar con los socios del sector/grupo de salud para lo siguiente:

- Establacer un uso seguro y racional de las transfusiones de sangre
- Velar por que se apliquen las precauciones estándares
- Garantizar la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y, cuando corresponda (p. ej., cuando la población ya use), garantizar que se proporcionen preservativos femeninos
- Respalda que se proporcionen antirretrovirales a quienes se hayan inscripto 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 inscriptas 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 que se proporcione profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas a pacientes a quienes se

les detecte VIH o a quienes ya se les haya diagnosticado que tienen VIH

- Garantizar que en los establecimientos de salud se ofrezcan diagnósticos sindrómicos y tratamiento para ETS

ESTABLACER UN USO SEGURO Y RACIONAL DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE

Es fundamental utilizar de manera racional y segura la sangre para transfusiones a fin de prevenir la transmisión del VIH y de otras infecciones que pueden transmitirse mediante transfusiones, como la hepatitis B, la hepatitis C y la sífilis. 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.

Una transfusión de sangre RACIONAL incluye:

- 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:

- Recolectar sangre solo de donantes de sangre 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
- Examinar toda la sangre de transfusión para detectar VIH 1 y 2, hepatitis B, hepatitis C y sífilis, utilizando los análisis químicos más adecuados. Una prueba de detección del VIH no es suficiente para determinar el estado del virus (ver el capítulo 11). 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 la debe ayudar a conectarse con servicios clínicos donde se le realizarán nuevas pruebas para confirmar su estado de VIH y, si se confirma, se lo pondrá en contacto con los servicios correspondientes
- 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 jeringas

Para ofrecer transfusiones de sangre racionales y seguras, el coordinador de SSR y los administradores de programas deben trabajar con los socios del sector/grupo 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. Deben conseguirse donantes voluntarios y no solicitar al personal que done sangre
- Que se implementen procedimientos operativos estándares para la transfusión de sangre. Los procedimientos operativos estándares son esenciales para un sistema de calidad en 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. Deben conservarse

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 3.2: IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN JORDANIA

ORGANIZACIÓN: Facultad de Salud Pública de la Universidad de Boston, UNFPA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los EE. UU., Comisión de Mujeres Refugiadas (Women's Refugee Commission)

LUGAR: Jordania

INTRODUCCIÓN: El objetivo de este estudio era describir el alcance del PSIM para los servicios de salud reproductiva destinados a personas refugiadas sirias que vivían en el campamento de refugiados de Zaatri y en un entorno urbano (ciudad Irbid) en Jordania, en marzo de 2013. En la evaluación, que se realizó en conjunto con socios locales, se combinaron varios métodos, como análisis de grupos focales, entrevistas con informantes clave y evaluaciones de establecimientos de salud.

HALLAZGOS: Existían los elementos más importantes necesarios para respaldar la implementación del PSIM, entre ellos, un organismo a cargo específico y un punto de contacto de SSR para coordinar la implementación del PSIM, el financiamiento y los insumos de SSR. Los informantes clave indicaron que la coordinación de SSR era insuficiente para las áreas urbanas y no incluía la participación de todos los actores interesados, y que los protocolos clínicos para las personas sobrevivientes de violencia sexual y a infecciones de transmisión sexual, en el primer caso, eran incompletos, y en el segundo, eran inexistentes. La atención clínica para personas sobrevivientes de violencia sexual era limitada. Las mujeres y las adolescentes refugiadas estaban disconformes con los servicios clínicos disponibles y con su falta de participación en la respuesta humanitaria.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: El liderazgo y la coordinación del Ministerio de Salud con organismos clave de la ONU y ONG para obtener fondos e insumos de SSR son factores impulsores efectivos para conseguir que el PSIM esté disponible. Los campos de refugiados con una mayor densidad de población suelen atraer más atención que los entornos urbanos donde los refugiados se encuentran más dispersos dentro de la comunidad de acogida. Es necesario concertar esfuerzos para reorientar la atención también hacia entornos de refugiados urbanos menos visibles. Asimismo, deben identificarse y abordarse de inmediato las falencias de los protocolos de SSR nacionales preexistentes. Es fundamental apoyar la capacidad de las mujeres y niñas afectadas por la crisis e incluirlas para que participen en la respuesta humanitaria.

copias de los procedimientos operativos estándares 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 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 minimizar el riesgo de errores, hay que evitar tanto como sea posible realizar transfusiones de sangre a la noche, salvo que haya suficiente iluminación

VELAR POR QUE SE APLIQUEN 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 a pacientes y trabajadores de la salud mediante la exposición a la sangre o fluidos sanguíneos. De acuerdo con los principios sobre “precauciones estándares”, debe considerarse que la sangre y los fluidos corporales de todas las personas están infectadas con el VIH, independientemente de que se sepa o se sospeche el estado de la persona. Las precauciones estándares evitan la propagación de infecciones como el VIH, la hepatitis B, la hepatitis C y otros patógenos dentro de ámbitos de atención de la salud.

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 regular puede ayudar a reducir el riesgo de exposición ocupacional en el lugar de trabajo. Durante la primera reunión de coordinación debe hacerse hincapié en la importancia de las precauciones estándares.

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 infectados. Lávese las manos antes de ponerse y sacarse los guantes. Deseche los guantes de inmediato después de usarlos. Exijale 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.

- o Nota: Asegúrese de que haya insumos suficientes y sostenibles de guantes para llevar adelante todas las actividades. Nunca reutilice o reesterilice guantes de uso único, ya que se vuelven porosos

- **Use vestimenta de protección,** como batas o delantales impermeables, cuando pueda haber salpicaduras de sangre o de otros fluidos corporales. Exija al personal que utilice máscaras y protectores oculares cuando exista la posibilidad de exposición a cantidades de sangre abundantes

- **Manipulación segura de objetos punzantes:**

- o Minimice la necesidad de manipular agujas y jeringas
- o Utilice jeringas y agujas estériles descartables para cada inyección
- o Establezca las áreas de trabajo donde se aplicarán inyecciones para reducir el riesgo de lesiones
- o 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
- o No vuelva a colocar el capuchón de las agujas
- o Informe a los pacientes sobre la posición correcta para las inyecciones y colóquelos en esa posición
- o 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:** Procese los instrumentos usados en el siguiente orden:

- o Descontamine los instrumentos para matar los virus (VIH y hepatitis B) y hacer que sea más seguro manipularlos

RECUADRO 3.7: PRIMEROS AUXILIOS EN EL CASO DE EXPOSICIONES EN EL TRABAJO

LESIÓN CON AGUJAS USADAS O INSTRUMENTOS PUNZANTES Y PIEL LESIONADA	SALPICADURA DE SANGRE O FLUIDOS CORPORALES SOBRE PIEL LESIONADA	SALPICADURA DE SANGRE O FLUIDOS CORPORALES EN LOS OJOS	SALPICADURA DE SANGRE O FLUIDOS CORPORALES EN LA BOCA
<ul style="list-style-type: none"> • No apretar ni restregar. • Lavar de inmediato con agua y jabón o con una solución de gluconato de clorhexidina. • No usar soluciones fuertes. La lejía o el yodo irritan las heridas 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar el área de inmediato. No usar desinfectantes fuertes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enjuagar de inmediato el ojo expuesto con agua o con solución salina normal. • Inclinar la cabeza hacia atrás y pedirle a otra persona que eche agua o solución salina. • No usar jabón ni desinfectante en los ojos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escupir el fluido de inmediato. • Enjuagar la boca con cuidado, con agua o con solución salina. Repetir este proceso varias veces. • No usar jabón ni desinfectante en la boca.

Informar el incidente a (colocar el nombre de la persona a cargo pertinente en el establecimiento de salud) y tomar la PPE si se indica.

- o Limpie los instrumentos para retirar los residuos antes de esterilizarlos o de realizar una desinfección profunda
- o 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
- o 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 %

Establazca y ponga en práctica políticas sobre exposición laboral

Es posible que, aunque se apliquen y cumplan precauciones estándares, haya exposición laboral al VIH. Asegúrese de que en el sector de la salud se ofrezca PPE como parte del paquete integral de precauciones estándares a fin de reducir la exposición del personal a riesgos de infección en el trabajo. Publique las medidas de primeros auxilios en los

espacios de trabajo pertinentes e informe a todo el personal cómo acceder a tratamientos para exposición.

Al gestionar la exposición laboral:

- Mantenga la **confidencialidad** en todo momento
- Evalúe 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
- Informe al paciente fuente sobre las pruebas de VIH y realícele una si obtiene su consentimiento
- Informe al trabajador expuesto sobre las implicancias de la exposición, la necesidad de PPE, cómo tomarla y qué hacer en caso de efectos secundarios
- Prepare una historia clínica y examine al trabajador expuesto solo después de haber obtenido su consentimiento informado; recomíendele que busque asesoramiento voluntario sobre VIH y que se realice la prueba; cuando corresponda, proporcione PPE. Los protocolos de tratamiento para PPE son los mismos que se aplican en el caso de personas sobrevivientes

RECUADRO 3.8: PEDIDO DE PRESERVATIVOS

Asegúrese de que la oficina de adquisiciones responsable de la compra a granel para emergencias solo se provea de preservativos aprobados por la OMS y la 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 adquirirlos a través del UNFPA. El UNFPA puede enviar rápidamente cantidades a granel de preservativos de buena calidad al campo como parte de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (Botiquines de SR).

Durante todo 2018, en el Botiquín de SR 1, Parte A, se enviaron preservativos masculinos, y en el Botiquín de SR 1, Parte B, preservativos femeninos. Estos Botiquines de SR contienen insumos suficientes para cubrir las necesidades de una población de 10 000 personas durante 3 meses (ver los cálculos a continuación). También se incluyen folletos que explican el uso correcto de los preservativos masculinos y femeninos.

de violencia sexual. ***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***

- Capacite acerca de cómo reducir el riesgo mediante la revisión de la secuencia de eventos y aconseje al trabajador expuesto que utilice preservativos para prevenir la transmisión secundaria durante los siguientes tres meses
- Proporcione 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
- Complete un informe de incidente

Para asegurarse de que se apliquen las precauciones estándares, el coordinador de SSR y los administradores de programas deben trabajar con los socios del sector/grupo de salud y:

- Garantizar que en cada establecimiento de salud se publiquen los protocolos de aplicación de precauciones estándares, y de que los encargados de la supervisión exijan su cumplimiento
- 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, y de que el personal sepa dónde denunciar 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

GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE PRESERVATIVOS MASCULINOS LUBRICADOS GRATUITOS Y, CUANDO CORRESPONDA (P. EJ., CUANDO LA POBLACIÓN YA USE), GARANTIZAR QUE SE PROPORCIONEN PRESERVATIVOS FEMENINOS

Los preservativos son métodos de protección fundamentales para prevenir la transmisión del VIH y de otras ETS y los embarazos no planificados. Asegúrese de que se ofrezcan preservativos masculinos lubricados y, cuando corresponda (y la población ya los use), preservativos femeninos, y de que se promueva su uso desde los primeros días de la respuesta humanitaria. Ordene de inmediato suficientes insumos de preservativos masculinos y femeninos de buena calidad. En contextos de emergencia humanitaria debe proporcionarse el tipo de preservativos que se usa en el ámbito local. Es

CÁLCULOS DE INSUMOS DE PRESERVATIVOS PARA UNA POBLACIÓN DE 10 000 PERSONAS PARA MÁS DE 3 MESES

PRESERVATIVOS MASCULINOS

SI SE SUPONE: que el 20 % de la población son hombres sexualmente activos

POR LO TANTO: 20 % x 10 000 personas = 2000 hombres

SI SE SUPONE: que el 20 % de esos hombres usará preservativos

POR LO TANTO: 20 % x 2000 = 400 usuarios

SI SE SUPONE: que cada usuario necesita 12 preservativos por mes

POR LO TANTO: 400 x 12 x 3 meses = 14 400 preservativos masculinos

SI SE SUPONE: 20 % de desperdicio (2880 preservativos)

POR LO TANTO: TOTAL = 14 400 + 2880 = 17 280 (o 120 brutos)

PRESERVATIVOS FEMENINOS

SI SE SUPONE: que el 25 % de la población son mujeres sexualmente activas

POR LO TANTO: 25 % x 10 000 personas = 2500 mujeres

SI SE SUPONE: que el 1 % de esas mujeres usará preservativos

POR LO TANTO: 1 % x 2500 = 25 usuarias

SI SE SUPONE: que cada usuaria necesita 6 preservativos por mes

POR LO TANTO: 25 x 6 x 3 meses = 450 preservativos femeninos

SI SE SUPONE: 20 % de desperdicio (90 preservativos femeninos)

POR LO TANTO: TOTAL = 450 + 90 = 540 (o 3,8 bruto)

aconsejable analizar la distribución de preservativos con líderes y miembros de las comunidades afectadas a fin de que comprendan la necesidad e importancia de su uso, de modo que la distribución se realice de una manera que sea culturalmente apropiada y para que la comunidad acepte más los preservativos.

Proporcione preservativos lubricados cuando se soliciten y asegúrese de que en todos los establecimientos de salud y áreas privadas accesibles de la comunidad haya preservativos. Esto incluye baños, bares, cafeterías, puntos de distribución de productos que no sean alimentos, y centros comunitarios y para jóvenes. Consulte 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. Cuando sea posible, es útil que la distribución esté a cargo de la comunidad y se realice dentro de grupos de pares. Las poblaciones y adolescentes clave suelen saber en qué lugares se reúnen sus pares, y pueden conseguirse voluntarios que ayuden a distribuir preservativos entre sus compañeros. Asegúrese de que los mensajes que se emitan para difundir información sobre el uso correcto y la eliminación de los preservativos usados sean culturalmente apropiados, e informe a las poblaciones clave sobre esto. Asegúrese de que también haya preservativos 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.

Debe monitorearse el grado de aceptación de los preservativos mediante controles regulares de los puntos de distribución (y reponer las existencias donde sea necesario).

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 causados por infecciones oportunistas y enfermedades que definen el SIDA.

Continuación del tratamiento antirretroviral para quienes ya lo estaban siguiendo antes de la crisis

Las personas que ya estaban inscritas en un programa de tratamiento antirretroviral 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 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 tales medicamentos 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. Es probable que la cantidad y el perfil de las personas que tomaban medicamentos antirretrovirales antes de la emergencia dependa de la epidemia de VIH que exista (p. ej., concentrada en poblaciones clave, extendida en la población en general o combinada).

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 medicamentos antirretrovirales para continuar los tratamientos. Utilice las fichas de tratamiento de los pacientes para determinar el régimen que corresponda. Muchos pacientes con experiencia también pueden identificar qué régimen están siguiendo. 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 regímenes. 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.

El coordinador de SSR, junto con un coordinador de VIH, si lo hubiera, tiene que apoyar al sector/grupo de salud para rápidamente:

- 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. En países con un alto grado de prevalencia de la enfermedad y en aquellos en los que hay un porcentaje elevado de personas que viven con VIH y que toman medicamentos antirretrovirales, el “Grupo de Trabajo Interinstitucional para Abordar el VIH en Situaciones de Emergencia” convocado por la Oficina de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Programa Mundial de Alimentos también deberían colaborar con el mecanismo de coordinación de salud o con el equipo nacional que trabaja con el VIH
- Controlar que la población afectada esté incluida en

el programa nacional de VIH, incluido el programa nacional de tratamiento antirretroviral

- Informar al programa nacional de VIH sobre la necesidad urgente de adaptar sus planes de distribución de medicamentos antirretrovirales y de cotrimaxol para abordar las necesidades de la población afectada por la crisis
- Cuantificar las necesidades utilizando cálculos aproximados de población total y estadísticas previas a la crisis de índices de prevalencia y tratamiento
- 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 su tratamiento y atención

El coordinador de SSR también **debe** asumir un rol activo en lo siguiente:

- Facilitar la continuidad del tratamiento de mujeres y niños pequeños inscritos en el programa de prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis antes de la crisis, mediante la coordinación con el sector/grupo de salud y el programa nacional y brindando información tanto a las mujeres embarazadas como a los asistentes de parto, y respaldando la cadena de suministro
- 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 debe** asumir la responsabilidad por lo siguiente:

- Conseguir medicamentos antirretrovirales para tratamiento de primera o segunda línea y cotrimoxazol
- Activar la identificación y la gestión de casos
- Establacer el sistema de monitoreo nacional

PROPORCIONAR PPE A SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN CORRESPONDA, Y EN EL CASO DE EXPOSICIÓN LABORAL

Proporcionar PPE a sobrevivientes de violencia sexual

Proporcionar PPE a sobrevivientes de violencia sexual forma

parte de brindar tratamiento y asesoramiento compasivos y confidenciales, como se describe en la sección 3.3.2. En las tablas 3.4 y 3.5 se indican los tratamientos combinados de PPE para VIH recomendados para mujeres y niños/niñas.

Proporcionar PPE según corresponda en el caso de exposición laboral

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. Esta información se detalla en la sección 3.3.2. Ver también la sección anterior sobre cómo garantizar que se apliquen recaudos estándares.

APOYAR QUE SE PROPORCIONE PROFILAXIS CON COTRIMOXAZOL PARA INFECCIONES OPORTUNISTAS A PACIENTES A QUIENES SE LES DETECTE VIH O A QUIENES YA SE LES HAYA DIAGNOSTICADO QUE TIENEN VIH

La profilaxis con cotrimoxazol es una intervención sencilla, vital, económica y con un buen nivel de tolerancia para personas que viven con VIH. Debe implementarse como componente integral del paquete de atención crónica de VIH y como elemento fundamental de la atención anterior al tratamiento antirretroviral. La profilaxis con cotrimoxazol debe continuar tras el inicio del tratamiento antirretroviral hasta que se demuestre la recuperación del sistema inmune.

El cotrimoxazol es un antibiótico que se usa para evitar la neumonía por pneumocystis y la toxoplasmosis en adultos y niños/niñas con VIH, así como otras enfermedades infecciosas y parasitosis, y que ha demostrado tener importantes beneficios en regiones afectadas por la malaria.

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 autoinmunes.

GARANTIZAR QUE EN LOS ESTABLACIMIENTOS DE SALUD SE OFREZCAN DIAGNÓSTICOS SINDRÓMICOS Y TRATAMIENTO PARA ETS

La transmisión del VIH y la de las ETS están estrechamente

relacionadas. Algunas ETS facilitan la transmisión del VIH, como aquellas ETS que producen úlceras en la zona genital y las relacionadas con la descarga, como la clamidia o la gonorrea. A su vez, como las personas que viven con VIH, en especial, aquellos que no tienen acceso a medicamentos antirretrovirales, tienen un sistema inmunológico debilitado, pueden ser más propensas a contagiarse ETS. La presencia de VIH también aumenta la gravedad de los síntomas de algunas ETS (como el herpes genital).

En la actualidad, en muchos países se está implementando un enfoque de gestión sindrómica de las ETS, por lo cual, es posible que ya exista antes de la crisis. Se trata de 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. 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. Los antibióticos recomendados por la OMS para el tratamiento sindrómico de las ETS se encuentran en los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva. La gestión sindrómica es eficiente en función de los costos, satisfactoria para los pacientes, predecible (lo cual facilita su adquisición y la capacitación relacionada) y tiene una fuerte base e impacto en la salud pública.

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

Durante el trabajo de parto y el período inmediatamente posterior al nacimiento se producen muchas muertes maternas y neonatales. El primer día de vida es el de mayor riesgo para los recién nacidos. Este objetivo aborda las causas principales de la mortalidad y morbilidad materna y del recién nacido, y las siguientes **intervenciones vitales** que deben ofrecerse en cualquier contexto de crisis humanitaria.

- 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
- Establecer 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
- Garantizar la disponibilidad de atención posterior al aborto en centros de salud y hospitales
- Garantizar la disponibilidad de insumos y productos

básicos para partos higiénicos y atención neonatal inmediata cuando no sea posible o confiable el acceso a un establecimiento de salud

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

- En los hospitales que reciban derivaciones: Todas las actividades del establecimiento de salud antes mencionadas así como personal médico idóneo e insumos para poder brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral
- En los centros de salud: Asistentes de parto idóneos e insumos para partos vaginales, atención esencial del recién nacido y prestación de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica
- En el ámbito comunitario: Suministro de botiquines para partos higiénicos a mujeres visiblemente embarazadas y a asistentes de parto, a fin de promover partos higiénicos en el hogar cuando no sea posible acceder a un establecimiento de salud

Cuando sea posible, los proveedores de salud deben promover que en todos los establecimientos de salud haya asistentes idóneos para todos los partos a fin de prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos. Debe garantizarse que haya suficientes asistentes de parto idóneos, equipos e insumos (en especial medicamentos vitales) y se debe informar a las mujeres dónde se encuentran los establecimientos de salud.

Tratamiento de complicaciones durante el parto

De acuerdo con los Indicadores de procesos de servicios obstétricos de emergencia establecidos por la ONU, se calcula que un 15 % de las mujeres desarrollará alguna complicación que puede ser un riesgo para su vida durante el embarazo o al momento del parto, y que entre el 5 % y el 15 % de todos los partos serán por cesárea. La OMS calcula que entre el 9 % y el 15 % de los recién nacidos necesitará recibir atención de emergencia vital. Para evitar la morbilidad y mortalidad materna y del recién nacido, los coordinadores de SSR deben garantizar que haya servicios de atención obstétrica y

RECUADRO 3.9: SERVICIOS ESENCIALES PARA TODOS LOS RECIÉN NACIDOS

Atención térmica: Secar, mantener al bebé abrigado, que el bebé mantenga contacto piel con piel con la madre y postergar 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. Se recomienda el cuidado del cordón con clorhexidina en el caso de bebés que hayan nacido en el hogar y en entornos donde la tasa de mortalidad neonatal sea mayor al 30 % cada 1000 nacimientos con vida.

Ayuda con la alimentación: Contacto piel con piel con la madre, ayuda para una lactancia inmediata y exclusiva, y no descartar el calostro (o la primera leche).

Monitoreo: Evaluación frecuente para detectar señales de peligro de infecciones serias y otras condiciones que necesiten atención adicional fuera del hogar o del puesto de salud.

Controles de atención posnatal: Las mujeres y los bebés deben recibir 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 deben tener prioridad para las visitas posnatales. Debe hacerse todo lo posible por atender a los recién nacidos en el hogar tan pronto como sea posible después del parto.

RECUADRO 3.10: LIMPIEZA DEL CORDÓN CON CLORHEXIDINA EN EL HOGAR

- La aplicación de gluconato de clorhexidina al 7,1 % (aplicando CHX al 4% al cordón umbilical, en especial, el día del alumbramiento) es una intervención de bajo costo que se ha demostrado que reduce la mortalidad neonatal
- Utilizar CHX es una práctica estándar en la atención esencial de recién nacidos para prevenir la morbilidad y la mortalidad neonatales relacionadas con infecciones y septicemias
- La clorhexidina tiene un excelente nivel de seguridad y constituye una intervención aceptable, posible y efectiva en función de los costos. Pueden administrarla fácilmente profesionales de salud, incluidos trabajadores de la salud comunitarios, y familiares
- La CHX se incorporó a la Lista de Medicamentos Pediátricos Esenciales de la OMS 2013, específicamente para el cuidado del cordón umbilical. En enero de 2014, la OMS emitió una nueva recomendación para el cuidado del cordón umbilical en la que se le daba prioridad a la aplicación diaria de CHX al muñón del cordón umbilical durante la primera semana de vida en el caso de bebés que nacieran en contextos hogareños con un alto nivel de mortalidad neonatal (30 muertes neonatales o más por cada 1000 nacimientos con vida)
- Se recomienda que, en el caso de bebés que nazcan en establecimientos de salud y en el hogar en entornos con un bajo nivel de mortalidad neonatal, se les seque y limpie el cordón. Solo puede considerarse usar CHX en estas situaciones para reemplazar la aplicación de alguna sustancia tradicional nociva (como estiércol de vaca) al muñón del cordón

neonatal de emergencia básica e integral las 24 horas del día todos los días de la semana.

El partograma puede ser una herramienta útil para monitorear el parto y detectar si hay complicaciones maternas o fetales. Si se detectan complicaciones, son fundamentales las intervenciones de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica o las derivaciones a atención obstétrica y neonatal de emergencia básica integral para salvar la vida del recién nacido o de la madre. Si se sigue el diagrama de Helping Babies Breathe (HBB, Ayudando a los bebés a respirar), pueden tomarse medidas inmediatas y oportunas para los recién nacidos que necesiten reanimación.

Cuando la mutilación genital femenina tipo III sea común, los coordinadores de SSR y administradores deberán asegurarse de que los proveedores de servicios de SSR estén capacitados en desinfección según sea necesario para un parto o de que haya un sistema establecido para derivar 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.

Cuidado del cordón con clorhexidina

Se recomienda aplicar diariamente gluconato de clorhexidina (CHX) 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. 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. Puede considerarse usar CHX en estos casos solo para reemplazar la aplicación de una sustancia tradicional nociva, como estiércol de vaca, al cordón umbilical.

Atención obstétrica y neonatal de emergencia básica

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 ayudar a 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.

En el 15 % de las mujeres con complicaciones obstétricas que ponen en riesgo su vida, los problemas más comunes son sangrado grave, preeclampsia y eclampsia, infección y distocia.

RECUADRO 3.11: FUNCIONES DESTACADAS 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 todo el personal esté capacitado y tenga los recursos para lo siguiente:

1. Administrar antibióticos parenterales para el tratamiento de septicemias.
2. Administrar medicamentos uterotónicos (p. ej., oxitocina parenteral o comprimidos de misoprostol) para el tratamiento de hemorragias posparto y administrar ácido tranexámico intravenoso además del cuidado estándar a las mujeres que reciban un diagnóstico clínico de hemorragia posparto.
3. Administrar medicamentos anticonvulsivos parenterales (es decir, sulfato de magnesio) para controlar preeclampsia y eclampsia graves.
4. Realizar partos vaginales asistidos (p. ej., con extracción con ventosa).

5. Retirar la placenta manualmente.
6. Retirar después del parto o de que se haya producido un aborto incompleto aquellos productos de la concepción que hayan quedado retenidos.
7. Realizar tareas de reanimación neonatal básica (p. ej., con bolsa y máscara).

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 (p. ej., cesáreas).
9. Realizar transfusiones de sangre seguras tomando las precauciones universales para prevenir infecciones.

RECUADRO 3.12: ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

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:

- Estar listo. 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 máscara
- Abordar las complicaciones durante el parto. Monitorear mediante un partograma y tomar las medidas apropiadas en el caso de complicaciones
- Proporcionar reanimación de recién nacidos, lo cual incluye secarlos, despejarles las vías aéreas según sea necesario, brindarles estimulación y ventilarlos con bolsa y máscara. 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 (Kangaroo Mother Care, KMC) para bebés y madres clínicamente estables; ayudar a 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

Atención obstétrica y neonatal de emergencia integral

Cuando sea posible, se debe apoyar a los hospitales de países receptores brindando 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 del país receptor o a que no se puede cumplir con la mayor demanda, el coordinador de SSR debería trabajar con el sector/grupo 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 Médecins Sans Frontières y otras ONG para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia integral, por ejemplo, estableciendo un hospital de campaña provisorio o un hospital que reciba derivaciones cerca de la población afectada.

Atención del recién nacido

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. Entre el 5 % y el 10 %

de los recién nacidos no respiran espontáneamente cuando nacen y necesitan estimulación. Alrededor de la mitad de los que tienen dificultades para comenzar a respirar necesitan reanimación. Las principales razones para que un recién nacido no respire son que el parto se haya adelantado y que haya habido incidentes durante el parto que provocaron asfixia grave.

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 en la comunidad, centros de salud y hospitales, incluida atención esencial del recién nacido, atención de bebés prematuros y con bajo peso al nacer, y tratamiento para infecciones neonatales.

Es fundamental que los trabajadores de la salud puedan detectar las complicaciones para poder diagnosticar con precisión y brindar el tratamiento oportuno a un recién nacido enfermo. En el caso de recién nacidos que presenten los siguientes signos de peligro, sus familiares y los trabajadores de la salud comunitarios deben derivarlos a un establecimiento de salud:

- Alimentación deficiente
- Ataques o convulsiones
- Actividad reducida o falta de movimiento

- Respiración rápida (más de 60 respiraciones por minuto)
- Tiraje torácico grave
- Temperatura superior a 37,5 o por debajo de 35,5 grados Celsius
- Muy poco peso al nacer

El personal médico con capacitación formal puede identificar signos de peligro adicionales, incluidos signos de posibles infecciones bacterianas graves.

RECUADRO 3.13: SEÑALES DE POSIBLES INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES EN RECIÉN NACIDOS

Las siguientes señales de peligro pueden ser utilizadas por personal médico formalmente capacitado, a fin de inducir al tratamiento de una infección neonatal:

- **ENFERMEDAD CRÍTICA:** Ausencia de movimiento/ estado de inconsciencia, antecedentes de convulsiones, imposibilidad de alimentarse, sangrado grave o fontanela protuberante.
- **INFECCIONES CRÍTICAMENTE GRAVES:** Fiebre (temperatura de 38 °C o más), alimentación deficiente, movilidad reducida o tiraje subcostal grave.
- **RESPIRACIÓN RÁPIDA AISLADA:** Ritmo respiratorio de más de 60 respiraciones por minuto.

Para evitar complicaciones y responder a esas situaciones, incluso proporcionando atención obstétrica y neonatal de emergencia:

- 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 vitales que debe haber se encuentran los siguientes:
 - o Antibióticos para prevenir y controlar infecciones maternas
 - o Medicamentos uterotónicos (oxitocina y misoprostol) para la prevención y control de hemorragias posparto
 - o Medicamentos anticonvulsivos (sulfato de

magnesio) para la prevención y tratamiento de la eclampsia

- o Insumos para reanimación neonatal, incluidas bolsa y máscara
- o Antibióticos (gentamicina y ampicilina) para tratamiento de infecciones neonatales
- o Esteroides prenatales para partos pretérmino y antibióticos (dexametasona y eritromicina) para ruptura prematura de membranas antes de que comience el trabajo de parto, solo en hospitales especializados que reciban derivaciones
- o 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)
- Asegurarse de que los asistentes de parto idóneos sean competentes para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia y atención esencial del recién nacido, lo que incluye:
 - o Iniciación de maniobras de respiración y reanimación
 - o Protección térmica (postergación del baño, secar y envolver, y contacto piel con piel inmediato y continuado con la madre)
 - o Prevención de infecciones (lavado de manos, cuidado del cordón seco o uso de CHX y cuidado ocular). La OMS recomienda prácticas de parto higiénicas, lo cual incluye: lavarse las manos, limpiar el perineo, trabajar en una superficie de parto limpia, limpiar los instrumentos relacionados con el cordón y las ligaduras, y lavar las superficies de corte.
 - o Lactancia inmediata y exclusiva
 - o Identificación de signos de peligro en el recién nacido y derivación temprana (el bebé no se alimenta bien, tiene temperatura alta o baja [$\leq 36,5$ o $\geq 37,5$ grados Celsius], tiene ataques/convulsiones, ictericia grave, respira rápida o lentamente [≤ 30 o ≥ 60 resp./min], tiene actividad reducida o nació con bajo peso $< 2,5$ kg)
 - o Control de la enfermedad del recién nacido y atención de bebés prematuros o con bajo peso al nacer

- o Prevención y control de hemorragias durante el parto y posparto
- o Prevención y control de infecciones posteriores al parto
- o Asistencia en el parto con extracción con ventosa
- o Atención posterior al aborto
- o Cesárea
- o Transfusiones de sangre seguras

El personal debe estar preparado para diagnosticar, prevenir y manejar complicaciones relacionadas con el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, de acuerdo con la capacidad y la infraestructura necesarias para brindar un apoyo integral a bebés prematuros. Esto incluye brindar atención con el método de cuidado Madre Canguro, tratar enfermedades infecciosas graves y manejar complicaciones durante el parto.

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

El método de cuidado Madre Canguro (KMC) 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 KMC puede mejorar de manera significativa otros tratamientos reconocidos para tratar a bebés prematuros, como atención térmica, ayuda para la lactancia, prevención y control de infecciones, y reanimación neonatal.

ESTABLACER UN SISTEMA DE DERIVACIÓN DISPONIBLE LAS 24 HORAS DEL DÍA TODOS LOS DÍAS PARA FACILITAR EL TRANSPORTE Y LA COMUNICACIÓN DESDE LA COMUNIDAD HACIA EL CENTRO DE SALUD Y EL HOSPITAL

Coordinar con el sector/grupo de salud y las autoridades del país receptor para garantizar un sistema de derivación (incluidos medios de comunicación y transporte) tan pronto como sea posible. Tal sistema de derivación debe posibilitar el

RECUADRO 3.14: CÓMO AYUDAR A LOS RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS A SOBREVIVIR Y PROGRESAR CON KMC

CÓMO COMENZAR CON EL MÉTODO KMC

- No se necesita mucho para comenzar con el método de cuidado Madre Canguro (KMC), salvo tener camas específicas con medidas para prevenir infecciones, acceso controlado y acceso a atención adicional si surgen complicaciones, que debe estar disponible en los hospitales a los que se realicen derivaciones.
- Los trabajadores de la salud deben aconsejar a las madres y familias con bebés pequeños estables que comiencen a aplicar el método KMC tan pronto como sea posible después del nacimiento, en especial, si no existe atención neonatal intensiva.

POSICIÓN

- Vestir al bebé solo con medias, pañal y gorro.
- Colocar al bebé sobre el pecho de la madre, en posición vertical, con la cabeza hacia un lado, levemente extendida para proteger las vías aéreas.
- Flexionar las caderas para colocarlas en posición de rana.
- Flexionar los brazos.
- Envolver/sujetar bien al bebé a la mamá con una tela.

ALIMENTACIÓN

- La madre brinda lactancia exclusiva cada 2 o 3 horas y a libre demanda.
- Si el bebé no puede prenderse/succionar, alimentarlo con mamadera o con cucharadas de leche materna extraída de la madre.

DURACIÓN

- Los bebés prematuros y con bajo peso al nacer deben permanecer en KMC durante, por lo menos, 20 horas/día (con su madre o una sustituta) hasta que el bebé ya no tolere la posición de KMC.
- La madre debe dormir medio sentada, con el bebé en KMC.
- Si el bebé necesita salir de esa posición, debe tenerse cuidado de mantenerlo abrigado.

SEGUIMIENTO

- La madre y el bebé deben ser enviados a casa en la posición KMC.
- Antes del alta, asesorar sobre la posición y luego realizar el seguimiento de acuerdo con las indicaciones clínicas recibidas.

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 a un hospital donde se proporcione atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.

- Elaborar políticas, procedimientos y prácticas que deban observarse en los centros de salud y hospitales para garantizar una derivación eficiente
- 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
- 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
- Informar a las comunidades cuándo y dónde buscar atención de emergencia en caso de complicaciones del embarazo o durante el parto. Los mensajes deben comunicarse en varios formatos e idiomas para garantizar que sean accesibles (p. ej., en lenguaje Braille, en lenguaje de señas, de manera gráfica) y en grupos de debate a través de actividades de extensión comunitarias (grupos de mujeres, personas 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). Reunirse con líderes comunitarios, asistentes de parto tradicionales y otras personas y brindarles información, a fin de distribuir folletos ilustrativos o de poner en práctica otros enfoques creativos con respecto a la información, la educación y la comunicación

Si no tienen acceso a atención obstétrica y neonatal de emergencia adecuada, mujeres y recién nacidos mueren innecesariamente. Por lo tanto, es fundamental intentar negociar el acceso al hospital que reciba derivaciones. 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 brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia básica. En este contexto, es útil establecer un sistema de comunicación, como el uso de

radios o teléfonos celulares, para obtener orientación y ayuda médica de personal idóneo.

GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE ATENCIÓN POSTERIOR AL ABORTO EN CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES

Las muertes y lesiones a causa de abortos inseguros continúan representando un grave problema de salud pública que afecta a mujeres, niñas, familias y a comunidades enteras. En todo el mundo, el aborto inseguro, es decir, 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 desarrollo. 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 ahora se permite la realización de abortos por distintas causales, por ejemplo, que el embarazo ponga en riesgo la vida de la mujer o represente una amenaza para su salud física o mental, que sea resultado de violación o incesto, o si hay malformación fetal grave.

La atención posterior al aborto es la estrategia global para reducir las muertes y el sufrimiento asociados con complicaciones que son resultado de abortos inseguros y espontáneos, y constituye una intervención vital. Por lo general, las mujeres que acuden para recibir atención posterior al aborto son pacientes ambulatorias que presentan sangrado vaginal junto con dolor y fiebre o escalofríos, y necesitan tratamiento por un aborto incompleto. 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 el acceso a aborto seguro y legal es limitado.

Debe realizarse una evaluación inicial rápida a todas las mujeres que acuden por atención. Si una mujer presenta signos y síntomas de conmoción o tiene sangrado vaginal abundante, necesita estabilización inmediata. Una vez que la evaluación inicial y la estabilización están en marcha, debe realizarse una evaluación clínica más completa para determinar la causa y comenzar el tratamiento. El choque en clientas de 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. Se debe realizar con urgencia la anamnesis y exploración física indicada para el tratamiento

definitivo de las causas subyacentes. El tratamiento puede requerir la evacuación uterina inmediata. En el primer trimestre esto suele realizarse mediante aspiración de vacío o el uso de misoprostol. Si la mujer requiere tratamiento que excede la capacidad del establecimiento donde es atendida, establezca su condición antes de trasladarla a un servicio de nivel superior.

Las mujeres que se han sometido a abortos inseguros con instrumentos no esterilizados están en riesgo de tétanos. Proporcione a la paciente profilaxis contra el tétanos para mujeres que presentan complicaciones posteriores al aborto, en especial, en comunidades en las que se hayan informado casos de tétanos tras la práctica de abortos. A todas las mujeres que se presenten para recibir atención después del aborto se les debe brindar información, asesoramiento y servicios sobre anticonceptivos.

GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y PRODUCTOS BÁSICOS PARA PARTOS HIGIÉNICOS Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO BÁSICA

En todos los contextos de crisis humanitaria, hay mujeres y niñas que se encuentran en las últimas etapas 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. Debe ponerse a disposición de todas las mujeres embarazadas un paquete de parto higiénico a fin de mejorar el nacimiento y las prácticas de atención esencial del recién nacido cuando sea imposible acceder a establecimientos de salud. Por ejemplo, la distribución puede hacerse en centros de registro o mediante trabajadores de la salud comunitarios cuando hay 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 entregar paquetes de parto higiénico y de otros insumos básicos. La provisión de insumos para el recién nacido incentivará la práctica de atención esencial del recién nacido. Cuando se haya capacitado a la comunidad antes de la emergencia, los botiquines de parto higiénico también pueden incluir comprimidos de misoprostol para evitar hemorragias posparto y un tubo de gel/solución

de clorhexidina al 7,1 % (administrando clorhexidina [CHX] al 4 %) para evitar que el cordón en los recién nacidos se infecte. Estas intervenciones de alto impacto son parte de intervenciones comunitarias que también incluyen brindar información a las mujeres sobre su uso. Según evidencias recientes obtenidas en contextos de estabilidad y de crisis, la autoadministración de misoprostol puede ser segura y efectiva. El misoprostol puede llegar a las mujeres que, por propia elección o por necesidad, den a luz en su hogar o en establecimientos de salud donde no haya electricidad, refrigeración o proveedores de salud idóneos. En contextos donde hay protocolos nacionales para la distribución avanzada de comprimidos de misoprostol para la prevención de hemorragias posparto y de clorhexidina para el cuidado del cordón, el coordinador de SSR debe analizar la inclusión de estos productos básicos vitales esenciales en los botiquines de parto higiénico o de los asistentes de parto. Es posible que tanto el misoprostol como la clorhexidina también puedan encontrarse en las farmacias locales y adquirirse a bajo costo.

RECUADRO 3.15: BOTIQUINES PARA PARTOS HIGIÉNICOS Y PARA RECIÉN NACIDOS

BOTIQUÍN PARA PARTOS HIGIÉNICOS

- Una sábana de plástico (donde se coloque la mujer para el parto)
- Barra de jabón
- Par de guantes
- Una cuchilla de afeitar limpia u otro instrumento para cortar, nuevo y en su envase original (para cortar el cordón umbilical)
- Tres piezas de cinta umbilical (para sujetar el cordón umbilical)
- Dos paños de algodón (para secar y usar como pañal)

Solo según el contexto: *Comprimidos de misoprostol (600 mcg) y CHX para el cuidado del cordón*

BOTIQUÍN PARA RECIÉN NACIDOS

- Manta para el bebé, de 50 x 75 cm
- Polar de poliéster
- Gorro de algodón para recién nacido
- Pelele de algodón para recién nacido
- Calcetines de bebé, tamaño extrapequeño
- Toalla pequeña de algodón

Solo según el contexto: *Gluconato de clorhexidina al 7,1 % (administrando una base de 4 %), 10 cc; hidrocortisona al 1 % (para cuidado ocular)*

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 3.3: IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN TANZANIA

ORGANIZACIÓN: Comité Internacional de Rescate (International Rescue Committee, IRC)

LUGAR: Tanzania

INTRODUCCIÓN: Durante una crisis humanitaria, los más afectados suelen ser las mujeres y los niños, como ocurrió en el caso de la población burundesa, en el campo de refugiados Nyarugusu de Tanzania. A mediados de mayo de 2015 miles de refugiados burundeses huyeron de la revuelta civil en su país y buscaron refugio en el campamento de Nyarugusu, en Tanzania, cuya capacidad era, originalmente, para 50 000 personas pero que, en octubre de 2015, superó las 100 000. En el campamento había necesidades de SSR críticas entre las mujeres y niñas que llegaron allí, así como una gran demanda de servicios.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: En julio de 2015, la Unidad de Respuesta de Preparación para Emergencias del IRC recurrió a un coordinador de salud reproductiva en contextos de emergencia de su equipo de respuesta a emergencias quien, junto con los programas de salud nacionales de Tanzania, trabajó en estrecha colaboración con la Sociedad de la Cruz Roja de Tanzania y otros actores de salud locales con el fin de lanzar el PSIM para servicios de SR en el campamento.

RESULTADOS: El IRC estableció dos clínicas de salud reproductiva en contextos de emergencia totalmente operativas y una unidad de maternidad, y contrató empleados suficientes en las clínicas para garantizar que se pudiera acceder a servicios de SR durante las 24 horas, los 7 días de

la semana, con un sistema de derivación médica eficiente. Se enviaron Botiquines de SR desde el depósito donde IRC los había emplazado previamente en Ámsterdam para abastecer a los centros del proyecto con productos básicos y medicamentos. Se establecieron servicios de SR urgentes para la población burundesa desplazada y se brindó al personal capacitación de actualización clínica durante el servicio. Se identificaron trabajadores de la salud comunitarios para concientizar a la comunidad sobre las necesidades de SR prioritarias e informarla sobre los servicios de SR disponibles. Según los resultados, hubo 64 nuevas clientas por semana para planificación familiar; 15 clientas por mes para manejo de abortos; un promedio de 3 sobrevivientes de agresión sexual por semana que recibieron atención clínica y un promedio de 215 partos por mes en la unidad de maternidad.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: La experiencia del IRC en el campo Nyarugusu demuestra que una buena inversión en la preparación para desastres, como por ejemplo, tener personal específico que se encargue de implementar el PSIM y llevar a cabo el emplazamiento previo de los insumos de SSR, puede sentar los cimientos para que el PSIM pueda implementarse con resultados positivos y abordar de manera efectiva las necesidades de SSR de una población afectada por la crisis. El personal de salud desarrolló sus capacidades y recibió capacitación en el trabajo, y todo eso le permitió brindar un servicio de calidad y mejorar la prestación de servicios de SR integrales, al mismo tiempo que los trabajadores de salud comunitarios trabajaron con los miembros de la comunidad para que conocieran mejor los servicios y los exigieran.

Relacione a los asistentes de parto tradicionales con una clínica de salud donde haya asistentes de parto idóneos, y donde puedan registrarse y reponer sus insumos. Este es el primer paso para integrarlos en un programa de SSR integral en el que puedan actuar como enlace entre las familias, las comunidades y las autoridades locales, y los servicios de SSR o para derivar o acompañar a las mujeres en trabajo de parto al establecimiento de salud para dar a luz una vez que se hayan establecido los servicios pertinentes.

Los paquetes de los botiquines de parto higiénico e insumos para distribución en la comunidad pueden pedirse a través del proceso de adquisición de los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva. Dado que estos materiales suelen obtenerse con facilidad en el ámbito local y no vencen, estos paquetes pueden armarse en el establecimiento y mantenerse en existencias como medida de preparación en entornos donde no se los necesita de inmediato. Es posible contratar a una ONG local para que

fabrique los embalajes, lo cual podría dar lugar a un proyecto de generación de ingresos para las mujeres locales.

3.3.5 Prevenir embarazos no deseados

Al inicio de una emergencia, es importante asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados. 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 reversibles de acción prolongada y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos y anticoncepción de emergencia) en los establecimientos de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda
- Brindar información, incluidos materiales de

información, educación y comunicación, y asegurar, tan pronto como sea posible, asesoramiento sobre anticonceptivos que haga hincapié en la elección informada y la efectividad y que respalde la privacidad y confidencialidad del cliente

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

ASEGURAR LA DISPONIBILIDAD DE DIVERSOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE ACCIÓN PROLONGADA Y DE ACCIÓN CORTA (INCLUIDOS PRESERVATIVOS MASCULINOS Y FEMENINOS Y ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA) EN LOS ESTABLACIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD PARA SATISFACER LA DEMANDA

- Deben ofrecerse de inmediato opciones de píldoras anticonceptivas orales, métodos hormonales inyectables e implantes, DIU, preservativos masculinos y femeninos, y píldoras anticonceptivas de emergencia, a fin de satisfacer la demanda en la población afectada donde los proveedores hayan recibido capacitación y sean idóneos para ofrecerlos, y en el caso de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, para retirarlos.
- Los proveedores que estén preparados deben comenzar a proporcionar todos los métodos al inicio de la crisis
- Todas las formas de anticoncepción deben proporcionarse de manera confidencial, sin exigir el consentimiento de una pareja o de alguno de los progenitores
- 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 contra ETS y 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

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

- Los proveedores deben garantizar la calidad de la atención haciendo hincapié en la confidencialidad y privacidad de los clientes, la elección y consentimiento informados voluntarios del cliente, la elegibilidad del método, la efectividad, el control de los posibles efectos secundarios y la orientación sobre retiro de métodos según corresponda para mujeres de todas las edades, incluidas adolescentes

ASEGURAR QUE LA COMUNIDAD TENGA CONOCIMIENTO DE LA DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA MUJERES, ADOLESCENTES Y HOMBRES

- Procurar que los miembros de la comunidad, incluidas las personas solteras y los adolescentes, sepan dónde y cómo tener acceso a 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)
- Comprometer a los líderes comunitarios para que difundan información sobre la disponibilidad de servicios anticonceptivos

3.3.6 Planificar la incorporación de servicios de SSR integrales en la atención primaria de la salud

El PSIM está diseñado como punto de partida de la programación de SSR. Se desarrolló sobre la base de evidencias bien documentadas acerca de las necesidades de SSR en contextos de crisis humanitarias y, por lo tanto, los cuatro componentes de “prestación de servicios clínicos” del PSIM (prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual, prevenir el VIH y responder a ese virus, prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos, y prevenir embarazos no deseados) pueden implementarse sin que se realice una evaluación profunda de las necesidades de SSR entre la población afectada. Incluso en contextos donde se proporcionen otros componentes del

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 3.4: IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN NIGERIA

ORGANIZACIÓN: Comité Internacional de Rescate

LUGAR: Nigeria

INTRODUCCIÓN: La violencia perpetrada por Boko Haram ha obligado a alrededor de 1,82 millones de personas a abandonar sus hogares en el noreste de Nigeria. Con la continua huida de personas desarraigadas, se multiplicaban en el estado de Borno los campamentos de desplazados internos (DI) y las comunidades de acogida. Los centros de salud en campamentos de DI formales e informales administrados por el Ministerio de Salud federal no contaban con equipos suficientes ni con personal médico capacitado. Los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, eran prácticamente inexistentes en Maiduguri, donde los establecimientos de salud nunca se recuperaron de la insurgencia de Boko Haram, y eso exponía a mujeres y niñas a mayor riesgo de problemas de salud con riesgo para la vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Para responder específicamente a las necesidades de salud de mujeres y niñas, en agosto de 2016 el equipo de respuesta a emergencias del IRC recurrió a su coordinadora de SRH, quien trabajó con su equipo para lanzar el PSIM en las áreas recientemente liberadas por el gobierno en el Estado de Borno, en Nigeria.

RESULTADOS: El IRC realizó un análisis de situación de las estructuras y deficiencias existentes, que contribuyó a definir la estrategia y el plan de trabajo. 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 de SR, que incluían equipo de SSR, medicamentos, anticonceptivos e insumos para 6 meses. La coordinadora de SR también se encargó de llevar adelante actividades de capacitación en el trabajo para los proveedores a fin de que pudieran brindar atención clínica para casos de violencia sexual, anticoncepción y atención después del aborto. El IRC ayudó a un total de 5 clínicas, entre ellas, 4 clínicas satélite que brindaban SSR básicos y que realizaban derivaciones. En el término de 4 semanas, el IRC estableció la única clínica de salud reproductiva del campamento de DI de Bakassi, en donde se prestaban servicios prenatales y de planificación familiar, y donde durante el primer mes se consiguió que 134 personas aceptaran el uso de métodos anticonceptivos. En la clínica también se proporcionaban servicios básicos de atención de la salud primaria y servicios de partos de emergencia. Además, el equipo programó servicios de SSR en varias instalaciones de campamentos informales a cargo del Ministerio de Salud federal, donde se ofrecían consultas prenatales e insumos de SSR a mujeres y niñas.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: La experiencia del IRC en Nigeria demuestra que los socorristas deben prever una baja presencia de personal de salud calificado disponible, largos plazos para la compra de insumos y la contratación de personas, y la poca prioridad que se le otorga a la SSR. Para salvar estas falencias, los socorristas deben incluir en el presupuesto más personal calificado, incluido personal de compras, y preparar datos y evidencias para compartir con las autoridades locales y en el grupo de salud, a fin de priorizar la SR.

servicio relacionados con la SSR, como atención prenatal y atención del aborto seguro, es importante garantizar que también se implementen los objetivos de PSIM, ya que estos siempre son de alta prioridad.

Al planificar brindar SSR integral, los servicios clínicos implementados como parte del PSIM deberían mantenerse y se debería mejorar su calidad; además, deberían ampliarse con otros servicios y programación de SSR integral durante todo el período de crisis, recuperación y reconstrucción. Los componentes del PSIM son la base de un programa de SSR nacional sólido y de buena calidad. Una vez que la situación se estabilice y mientras se preparen servicios de SSR integral, se debe procurar obtener los comentarios de la comunidad acerca de la respuesta inicial a fin de identificar deficiencias, éxitos y maneras de mejorar.

La implementación del PSIM no solo implica coordinar para ofrecer servicios clínicos 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. Para cumplir plenamente el objetivo 6 del PSIM y ayudar a los actores interesados locales e internacionales a planificar la prestación de servicios de SSR integrales, es necesario analizar varios aspectos críticos, como los siguientes:

- La comunicación entre las personas encargadas de tomar decisiones (incluidos gobiernos nacionales) 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

GRÁFICO 3.1: EL PROCESO CONTINUO DE ATENCIÓN EN UNA EMERGENCIA



NOTE: Crises seldom take a linear, clear-cut path from emergency, stability, recovery to development. Often, they are complex, with settings experiencing varying degrees of improvement or deterioration that can last decades. The provision of RH services must therefore take into account the non-linear trajectory of a crisis, and the gaps in services due to insecurity, competing priorities or swindling funds in protracted settings. The IAFM is applicable for all settings, wherever an agency finds itself on the emergency continuum.

- Planificación de una estrategia de salida para socios humanitarios

CUÁNDO

La incorporación de actividades de SSR integral en la atención de la salud primaria debe comenzar a planificarse al inicio de la respuesta humanitaria. De lo contrario, pueden producirse demoras innecesarias en la prestación de estos servicios, lo que aumenta el riesgo de embarazos no deseados, de transmisión de ETS, de complicaciones por violencia de género, y la morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos.

CÓMO

Debe catalizarse la planificación participativa entre los actores interesados nacionales y entre los socios nacionales e internacionales tan pronto como se alcancen los indicadores del PSIM y cuando los procesos y organismos de ayuda humanitaria comiencen procesos de planificación

a más largo plazo. El objetivo de la planificación participativa es incorporar la SSR integral en las iniciativas de reconstrucción del sistema de salud nacional mediante un plan de trabajo colectivo para SSR integral. Verifique que los componentes de servicios integrales se integren en procesos de financiamiento y planificación a más largo plazo.

QUÉ

En la tabla 3.6 se muestran ejemplos de lo que debería evaluarse y planificarse para cada uno de los elementos centrales del sistema de salud de la OMS.

Prestación de servicios

Debe trabajarse con las autoridades nacionales, la comunidad afectada y, cuando corresponda, los expertos en administración de campamentos, para identificar nuevos sitios donde quizás puedan prestarse servicios de SSR integrales, como clínicas de planificación familiar, salas para pacientes ambulatorios o servicios de SSR específicos

TABLA 3.6: ELEMENTOS CENTRALES DEL SISTEMA DE SALUD

ELEMENTO CENTRAL DEL SISTEMA DE SALUD	AL PLANIFICAR SERVICIOS DE SSR INTEGRALES, COLABORE CON TODAS LAS PARTES INTERESADAS PARA LO SIGUIENTE:
Prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de SSR en la comunidad. • Identificar los lugares aptos para prestar servicios de SSR.
Personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la capacidad del personal. • Identificar las necesidades y niveles de personal. • Diseñar y planificar la capacitación del personal.
Sistema de información de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir información de SSR en el sistema de información de salud.
Productos básicos médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necesidades de productos básicos de SSR. • Fortalecer las líneas de suministro de productos básicos de SSR.
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las posibilidades de financiamiento de SSR.
Gobernanza y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las leyes, políticas y protocolos en materia de SSR. • Coordinarse con el Ministerio de Salud. • Incentivar a las comunidades para que participen en la rendición de cuentas.

para adolescentes. Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos (entre otros) al elegir lugares adecuados:

- La posibilidad de comunicaciones y transporte para derivaciones
- La distancia con otros servicios de salud
- La facilidad de acceso para el grupo afectado y el grupo objetivo
- La posible integración con otros servicios en comparación con servicios independientes

Fuerza laboral de salud

La capacidad del personal puede medirse mediante actividades de supervisión (p. ej., listas de verificación de monitoreo, observación directa, 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 y organizaciones de capacitación y tener en cuenta el programa existente. Es fundamental capacitar a los trabajadores de la salud sobre los derechos de los pacientes y la prestación de atención imparcial y equitativa. Cuando sea posible, deben contratarse capacitadores nacionales. Planifique las sesiones de capacitación con cuidado a fin de evitar que falte personal en los establecimientos de salud, y brinde suficiente ayuda

para que los trabajadores de la salud puedan hacer su trabajo eficazmente.

Sistema de información de salud

Para avanzar más allá de PSIM 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.

- Deben abordarse las políticas y los protocolos pertinentes del Ministerio de Salud para brindar atención estandarizada, como gestión sindrómica de ETS, protocolos de planificación familiar, y leyes y reglamentaciones acerca de servicios de aborto seguro
- Es importante basarse en datos demográficos estimados para recabar información sobre SSR más específica sobre la población afectada, como:
 - o Cantidad de mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 49 años), que se estima es del 25 % de la población; cantidad de hombres sexualmente activos, que se estima es del 20 % de la población; y tasa bruta de natalidad, que se estima es del 4 % de la población total
 - o Datos de mortalidad por edad y sexo. Por ejemplo,

cantidad de muertes en niñas adolescentes (de entre 15 y 19 años), tasa de mortalidad de recién nacidos (cantidad de muertes durante los primeros 28 días completados de vida cada 1000 nacimientos con vida durante un determinado período) y datos de antecedentes existentes sobre mortalidad materna

- o La prevalencia de ETS y VIH, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos y los métodos preferidos, prevalencia de abortos inseguros, y conocimientos, actitudes y comportamientos de la población afectada con respecto a la SSR

- Haga pedidos oportunos mediante líneas de suministro identificadas, sobre la base de cálculos, a fin de evitar faltantes
- Almacene los insumos tan cerca de la población destinataria como sea posible

Productos básicos médicos

Una vez que se establezcan servicios de SSR básicos, debe trabajarse con las autoridades de salud y en el sector/grupo de salud para analizar la situación, calcular el uso de medicamentos e insumos descartables, evaluar las necesidades de SSR de la población y hacer nuevos pedidos de insumos, según sea necesario. Debe evitarse pedir constantemente los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva preembalados a fin de no incurrir en costos y generar desperdicios. Si se ordenan insumos de SSR en función de la demanda, se garantizará la sostenibilidad del programa de SSR y se evitará que falten determinados insumos y se desperdicien otros que no suelen utilizarse en el contexto. Los pedidos de seguimiento de insumos de SSR deben realizarse mediante las líneas de suministro médico regulares del país. Analice usar los canales de adquisición utilizados por las ONG o recurrir a la Subdivisión de Servicios de Adquisición del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Al hacer un pedido de insumos para prestar servicios de SSR integrales, coordine la gestión de productos básicos de SSR con las autoridades de salud y del sector/grupo de salud a fin de lograr el acceso ininterrumpido a servicios de SSR. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Contrate personal capacitado en gestión de la cadena de suministro
- Calcule el consumo mensual y el uso de medicamentos de SSR y otros consumibles
- Identifique los canales de suministro médico. Investigue la calidad de los canales de suministro locales. Si esto fuera insuficiente, obtenga los productos básicos de SSR mediante proveedores globales reconocidos o con ayuda del UNFPA, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) o de la OMS. Estos organismos pueden facilitar la compra de cantidades a granel de insumos de SSR de alta calidad a costos más bajos

RECUADRO 3.16: DEFINICIÓN DE SISTEMA DE FINANCIACION DE SALUD

La OMS define un buen sistema de financiación de la salud como aquel que “recauda fondos adecuados para la salud de manera que aseguren a las personas el uso de los servicios necesarios y la protección de la posibilidad de catástrofe financiera o el empobrecimiento asociados con tener que pagar por ellos”, e incentiva la eficiencia por parte de proveedores y usuarios.

Financiamiento

Incluso mientras los organismos llevan adelante la respuesta inicial a una crisis, deben tener en cuenta mecanismos de financiamiento a largo plazo para garantizar el acceso permanente a atención de SSR integral, accesible y de alta calidad. Un buen sistema de financiamiento de salud es un pilar para las iniciativas destinadas a sostener la atención de SSR integral. Existen varias opciones de financiamiento, como las siguientes:

- Financiamiento comunitario y seguro de salud comunitario
- Transferencias de efectivo condicionales y no condicionales
- Pagos 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

Si bien, tras una revisión sistemática de los mecanismos de financiamiento para métodos anticonceptivos, se concluyó que la base empírica aún no era suficientemente sólida para formular recomendaciones categóricas, se encuentran en curso varias iniciativas prometedoras. Por ejemplo, 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 los costos de la atención de la salud materna. Ese mismo organismo también ha logrado integrar a poblaciones desplazadas en la estructura de seguros nacional del país en el que residen.

Gobernanza y liderazgo

Los niveles internacionales, nacionales y comunitarios pueden impulsar el liderazgo y la gobernanza para integrar la SSR en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Los actores internacionales pueden colaborar trabajando con actores humanitarios y en materia de desarrollo y aprovechando la interacción con ellos para identificar en qué aspectos las políticas, directrices y protocolos no respaldan la SSR y los derechos relacionados, o no cumplen los estándares internacionales, y trabajar junto con los gobiernos para abordar estas situaciones. Todos los actores pueden incidir y apoyar el liderazgo nacional para llevar adelante un plan coherente, armónico y realista para el fortalecimiento del sistema de salud, que aborde el exceso de morbilidad y mortalidad relacionadas con la SSR. Además, las propias comunidades deben participar en la elaboración de mecanismos de demanda y rendición de cuentas respecto de la calidad de los servicios de SSR.

- Los actores internacionales, nacionales y locales deben trabajar con los gobiernos para que reconozcan las deficiencias de las políticas y protocolos en materia de SSR y de derechos, y para movilizar recursos que se inviertan en SSR
- Las comunidades comprenden sus derechos y participan en el diseño y la implementación de servicios de SSR, generan demanda y exigen la rendición de cuentas
- Deben proporcionarse recursos para establecer medios efectivos por medio de los cuales los individuos y las comunidades afectados puedan hacer denuncias y exigir reparaciones

3.3.7 Insumos para implementar el PSIM

A fin de implementar los componentes de prestación del servicio del PSIM, el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis diseñó un conjunto de botiquines con medicamentos y otros productos básicos destinados a facilitar la implementación de estos servicios de SSR prioritarios: los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (Botiquines de SR). Los Botiquines de SR complementan el Botiquín Interinstitucional de Salud de Emergencia, un botiquín de salud de emergencia estandarizado que contiene

medicamentos, insumos y equipos esenciales para prestar servicios de atención de la salud primaria. En un contexto de crisis humanitaria, estos botiquines suelen estar disponibles rápidamente. Si bien contiene un conjunto de elementos para realizar partos, píldoras anticonceptivas de emergencia de progestina sola, PPE e insumos para poder cumplir con los recaudos estándares, no incluye todos los insumos que se necesitan para implementar los servicios del PSIM.

Los Botiquines de SR están diseñados para ser utilizados al inicio de la respuesta humanitaria, incluso en los contextos más conflictivos y con mayor escasez de recursos. Específicamente, ninguno de los equipos del Botiquín de SR necesita electricidad. Se calcula que los insumos en estos botiquines serán suficientes para un período de 3 meses para el tamaño de población que cubre el establecimiento de salud que recibe cada Botiquín de SR.

Hasta 2018, los 13 Botiquines de SR se clasificaron en 3 grupos, cada uno de los cuales se destinó a un nivel de servicio de salud distinto, con su respectiva cobertura de población:

- Botiquín de SR 0: Botiquín de SR administrativo con insumos de oficina para realizar reuniones y sesiones de capacitación. Destinado a contextos donde esos insumos no puedan obtenerse en el mercado local
- Botiquines de SR 1 a 5: Nivel de atención de salud comunitaria y primaria: Cobertura del establecimiento de salud para 10 000 personas/insumos para 3 meses
 - o Este grupo incluye 6 Botiquines de SR para uso de los proveedores de servicios que brindan atención de SSR en los niveles de atención de salud comunitaria y primaria
 - o Los Botiquines de SR incluyen principalmente medicamentos y artículos descartables
 - o Los Botiquines de SR 1 y 2 se subdividen en Partes A y B, que pueden pedirse por separado
- Botiquines de SR 6 a 10: Nivel de atención de salud primaria y de hospitales que reciben derivaciones: Cobertura del establecimiento de salud para 30 000 personas/insumos para 3 meses
 - o Los artículos en estos 5 Botiquines de SR están destinados al uso de proveedores de 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

- o Estos Botiquines de SR incluyen materiales descartables y reutilizables
- o El Botiquín de SR 6 tiene subpartes A y B, que pueden pedirse por separado.
- Botiquines de SR 11 y 12: Nivel de los hospitales que reciben derivaciones: Cobertura del establecimiento de salud para 150 000 personas/insumos para 3 meses
 - o En contextos de crisis humanitaria, es posible que los hospitales necesiten otros equipos e insumos debido al aumento en el número de casos entre la población afectada por la crisis
 - o Hay dos Botiquines de SR disponibles con este fin que contienen insumos descartables y reutilizables para brindar atención obstétrica y neonatal de emergencia en el nivel de las derivaciones (obstetricia quirúrgica)
 - o El Botiquín de SR 11 tiene subpartes A y B, que suelen utilizarse juntas pero que pueden pedirse por separado

depender de una única fuente de insumos y deben incluir productos básicos de SSR en su compra de insumos médicos general.

Al planificar pedir Botiquines de SR es fundamental coordinar con otros socios en la estructura de coordinación de salud y desarrollar un plan para distribuir tales botiquines dentro del país. En este plan se define cuántos de cada Botiquín de SR deben ir a cada socio y en qué ámbito geográfico. También se incluyen planes detallados para el transporte y almacenamiento en el país, incluidas disposiciones sobre artículos que necesitan mantenerse refrigerados (cadena de frío).

Si no pueden adquirirse insumos en el país o si no pueden redistribuirse aquellos emplazados previamente, es posible que deban importarse. Esté listo para recibirlos tan pronto como lleguen al puerto de ingreso al país y asegúrese de que se hayan preparado con anticipación todos los documentos y formularios pertinentes para el despacho de aduana, a fin de evitar demoras innecesarias en la importación de Botiquines de SR. El grupo de logística, cuando exista, puede facilitar esta tarea.

Los siguientes organismos pueden proporcionar información sobre los Botiquines de SR o ayuda para hacer los pedidos: Oficina de campo del UNFPA, Subdivisión de Servicios de Adquisición del UNFPA o Subdivisión de Contextos Humanitarios y Frágiles del UNFPA.

3.3.8: Otras prioridades de la salud sexual y reproductiva

ADQUISICIÓN Y LOGÍSTICA DE LOS BOTIQUINES DE SR

El UNFPA está a cargo de armar y entregar los Botiquines Interinstitucionales de SR. Ordene Botiquines de SR a través del UNFPA o identifique otras fuentes de suministro de calidad para garantizar la disponibilidad de todos los equipos y materiales necesarios para brindar toda la gama de servicios de SSR prioritarios. Los organismos no deben

RECUADRO 3.17: PUNTOS DE CONTACTO PARA LOS BOTIQUINES INTERINSTITUCIONALES DE SR

DIRECCIÓN	Oficinas nacionales del UNFPA	UNFPA Subdivisión de Contextos Humanitarios y Frágiles 605 Third Avenue Nueva York, NY 10158, EE. UU.	UNFPA Subdivisión de Contextos Humanitarios y Frágiles 11-13 Chemin des Anémones 1219 Chatelaine, Ginebra, Suiza	UNFPA Subdivisión de Servicios de Adquisición Marmorvej 51, 2100 Copenhagen, Dinamarca
CORREO ELECTRÓNICO		procurement@unfpa.org	procurement@unfpa.org	procurement@unfpa.org
SITIO WEB	www.unfpa.org	www.unfpa.org		www.unfpaprocurement.org/order

TABLA 3.7: BOTIQUINES INTERINSTITUCIONALES DE SALUD REPRODUCTIVA (HASTA 2018)

ELEMENTO 1		
Botiquín de SR N.º	Nombre del Botiquín de SR	Código de color
Botiquín de SR 0	Administración	Naranja
Botiquín de SR 1A Botiquín de SR 1B	Parte A: Preservativos masculinos Parte B: Preservativos femeninos	Rojo
Botiquín de SR 2A Botiquín de SR 2B	Parte A: Parto higiénico (paquetes individuales) Parte B: Insumos para asistentes de parto	Azul oscuro
Botiquín de SR 3	Para atención luego de una violación	Rosa
Botiquín de SR 4	Métodos anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Botiquín de SR 5	Tratamiento de ETS	Turquesa
ELEMENTO 2		
Botiquín de SR No.	Nombre del Botiquín de SR	Código de color
	Botiquín para partos (establecimiento de salud)	Marrón
Botiquín de SR 6A Botiquín de SR 6B	Parte A: Equipos reutilizables Parte B: Medicamentos y equipos descartables	
Botiquín de SR 7	DIU	Negro
Botiquín de SR 8	Manejo de complicaciones por abortos, sean espontáneos o de otro tipo	Amarillo
Botiquín de SR 9	Sutura de cortes (cervicales y vaginales) y examen vaginal	Púrpura
Botiquín de SR 10	Parto con extracción con ventosa (manual)	Gris
ELEMENTO 3		
Botiquín de SR No.	Nombre del Botiquín de SR	Código de color
	Nivel de derivaciones (Parte A más B)	Verde fluorescente
Botiquín de SR 11A Botiquín de SR 11B	Botiquín de SR 11A Botiquín de SR 11B	
Botiquín de SR 12	Transfusión de sangre	Verde oscuro

La estructura y composición de los Botiquines de SR cambiará en 2019 (ver la tabla 3.8).

TABLA 3.8: BOTIQUINES INTERINSTITUCIONALES DE SALUD REPRODUCTIVA (DESDE 2019)

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BOTIQUINES INTERINSTITUCIONALES DE SALUD REPRODUCTIVA PARA AYUDAR A IMPLEMENTAR EL PSIM

Nivel de atención de salud	Número de botiquín	Nombre del botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1 A	Preservativos masculinos
	Botiquín 2 A y B	Parto higiénico (A – Madre, B – Asistente de parto)
	Botiquín 3	Tratamiento para atención luego de una violación
	Botiquín 4	Métodos anticonceptivos orales e inyectables
	Botiquín 5	Tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 6 A y B	Insumos para asistencia clínica y realización de partos (A – Reutilizables, B - Consumibles)
	(atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Manejo de complicaciones por abortos, sean espontáneos o de otro tipo
	Botiquín 9	Reparación de cortes cervicales o vaginales
	Botiquín 10	Parto asistido con extracción con ventosa
Hospital que recibe derivaciones (atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)	Botiquín 11 A y B	Botiquín para cirugías obstétricas y complicaciones obstétricas graves (A – Reutilizable y B - Consumible)
	Hospital que recibe derivaciones	Transfusión de sangre

A MODO DE REFERENCIA

Los botiquines para *el nivel comunitario/puestos de salud* están destinados al uso de los proveedores de salud que brindan atención 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 3 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 3 meses. Estos botiquines pueden ordenarse para poblaciones de menos de 30 000 personas, lo cual significa que los insumos durarán más tiempo.

Los kits 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 3 meses.

PRODUCTOS BÁSICOS COMPLEMENTARIOS:			
Nivel	Para complementar	Artículo	Formato
Coordinación	Todos los botiquines	Administración y capacitación	Botiquín
Comunidad/puesto de salud	Botiquín 1A	Botiquín 1B - Preservativos femeninos	Botiquín
	Botiquín 2A	Clorhexidina	A granel
	Botiquín 2B	Misoprostol **	A granel
	Botiquín 2A y 2B	Botiquín de UNICEF/Save the Children con insumos para el cuidado de recién nacidos -Comunitario*	Botiquín
	Botiquín 4	Acetato de medroxiprogesterona - Subcutáneo (DMPA-SC)	A granel
Establecimiento de atención primaria de la salud (atención obstétrica y neonatal de emergencia básica)	Botiquín 4	Botiquín 7A - Dispositivo intrauterino (DIU)	Botiquín
	Botiquín 4	Botiquín 7B - Implante anticonceptivo	Botiquín
	Botiquín 6A	Prendas no neumáticas antishock	Artículo
	Botiquín 6B	Oxitocina	A granel
	Botiquín 6A y 6B	UNICEF/Save the Children - Botiquín con insumos para el cuidado de recién nacidos -Establecimientos de atención primaria de la salud*	Botiquín
	Botiquín 8	Mifepriestona**	A granel
	Botiquín 10	Sistema de parto asistido con ventosa manual	Artículo
Hospital que recibe derivaciones(atención obstétrica y neonatal de emergencia integral)	11B	Módulo complementario para la malaria del Botiquín Interinstitucional de Salud para Emergencias	Botiquín
	11A y 11B	Botiquín de UNICEF/Save the Children con insumos para el cuidado de recién nacidos - Hospital*	Botiquín

* Al momento de impresión de este manual, aún no había **Botiquines con insumos para el cuidado de recién nacidos**

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

Cuando hay un Botiquín A y B, significa que estos botiquines pueden utilizarse juntos, pero también pueden ordenarse por separado.

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 fueron aceptados y utilizados antes de la emergencia
- De manera temporal, 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

Los **productos básicos complementarios en los BOTIQUINES** se adquieren sobre la base de las mismas poblaciones de captación que los botiquines estándares en ese nivel.

Pueden comprarse **productos básicos complementarios A GRANEL** para poblaciones de 10 000 personas o múltiplos de 10 000.

Pueden ordenarse **productos básicos complementarios** con nombres de organismos específicos mediante las respectivas organizaciones, como por ejemplo:

- Módulo complementario para la malaria del Botiquín Interinstitucional de Salud para Emergencias – OMS
- Botiquines de UNICEF/Save the Children con insumos para el cuidado de recién nacidos – UNICEF*

Además, es importante tener presente que otros botiquines médicos de emergencia preembalados para diversas intervenciones (enfermedades no contagiosas, cólera, desnutrición aguda grave, etc.) pueden obtenerse de otras organizaciones socias o que es posible que los socios de salud ya los hayan traído.

El organismo a cargo de SSR, el coordinador de SSR, los órganos ejecutivos y los proveedores de servicios deben asegurarse de que tales servicios estén disponibles al inicio de una crisis cuando ya haya capacidad para ofrecerlos. Si no la hay, estos servicios deben ponerse a disposición una vez que estén en curso las actividades prioritarias del PSIM, preferentemente dentro de los tres meses del comienzo de una emergencia, o incluso antes. Se debe dar prioridad a estos servicios y se los debe promover e incluir cuando se pase a los servicios de SSR integrales, porque son fundamentales para proteger la vida y la dignidad de mujeres y niñas.

ATENCIÓN DE ABORTO SEGURO EN LA MÁXIMA MEDIDA QUE LO ADMITA LA LEY

Desde el inicio de la situación de emergencia debe facilitarse el acceso a servicios de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley, ya sea mediante prestación directa del servicio o mediante derivación a prestadores capacitados. En la mayoría de los países, el aborto inducido es 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. Los programas deben 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.

Las evidencias demuestran que 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. Los datos mundiales indican que en los países en donde la atención de aborto seguro no es accesible para todas las mujeres y niñas se producen abortos inseguros y que la necesidad de servicios de aborto seguro aumenta en contextos de crisis humanitaria. Como la violencia sexual se asocia con la guerra y con situaciones de crisis agudas, el trauma resultante de 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 que se brinden servicios de aborto seguro a mujeres que fueron violadas sexualmente durante una crisis; las normas internacionales de derechos humanos apoyan el acceso a servicios de aborto seguro en todos los contextos.

En la mayoría de los contextos, los servicios de aborto seguro están legalmente permitidos en algunos casos o en todos, y hay capacidad para proporcionarles a las mujeres esos

servicios o derivarlas. Si la mujer elige realizarse un aborto, los trabajadores de atención de la salud deben:

- Proporcionar información médicamente correcta sobre servicios de aborto de manera que la mujer pueda comprenderla y recordarla.
- Explicar los requisitos legales para obtener servicios de 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 lo acepten
- Considere brindar tratamiento preventivo para gonorrea y clamidia en contextos con alta prevalencia de ETS

Los Botiquines Interinstitucionales de SR incluyen insumos para aspiración de vacío manual (AVM) y solo con misoprostol para atención después del aborto, a fin de manejar complicaciones por abortos, sean espontáneos o de otro tipo. Estos insumos también pueden usarse para atención del aborto seguro. 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. En 2019, los Botiquines de SR incluirán mifepristona como producto básico complementario (ver la tabla 3.2).

3.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

El PSIM, como estándar para los actores humanitarios, cuenta con el respaldo de las obligaciones legales internacionales asumidas por los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos básicos, incluidos los derechos reproductivos, en contextos de crisis humanitaria. Durante situaciones de conflicto, los Estados están obligados a garantizar que la población civil reciba asistencia humanitaria cuando los alimentos, los medicamentos y otros recursos sean insuficientes. Los Estados también tienen la obligación de no interferir con la prestación de asistencia

vital que esté relacionada con la salud ni con otras formas de asistencia humanitaria. Los Estados y otras partes deben brindar y garantizar la asistencia humanitaria y la protección de los derechos individuales sin discriminación. Además, las normas de derechos humanos continúan siendo aplicables durante situaciones de conflicto y crisis, y deben usarse para dar más precisiones sobre las obligaciones afirmativas de los Estados y socorristas, incluida atención de la salud sexual y reproductiva integral para todos.

El derecho internacional reconoce que hay determinadas categorías de personas que, en épocas de conflicto y desplazamiento, tienen necesidades especiales y, por lo tanto, les otorga un tratamiento y protección especiales a niños, niñas y mujeres, en especial, a futuras mamás y mujeres con niños pequeños. Los Estados y los socorristas deben prestar especial atención a las necesidades de salud de las mujeres, garantizando el acceso a los servicios de SSR, incluida la prevención de la transmisión del VIH y el acceso a personal de sexo femenino. Además, el derecho internacional de los refugiados exige que los Estados traten a los refugiados que vivan legalmente en su territorio igual que a sus ciudadanos en lo que respecta a los planes del seguro social, incluidos los beneficios por maternidad y por enfermedad.

Ante emergencias, los Estados tienen el deber colectivo e individual de garantizar el derecho a la salud colaborando en la prestación de asistencia humanitaria, lo que incluye el acceso a atención de SSR. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha instruido a los Estados para que, ante una situación de emergencia, den prioridad a “la provisión de asistencia médica internacional... agua segura y potable, alimento, elementos médicos... a los grupos más vulnerables y marginales de la población”. A su vez, el Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) ha aclarado que, en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, los Estados deben garantizar que se proporcione “la atención de la salud sexual y reproductiva [incluido] el acceso a información en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos; apoyo psicosocial; servicios de planificación de la familia, incluidos los anticonceptivos de emergencia; servicios de salud materna, incluidos los cuidados prenatales, unos servicios apropiados para el parto, la prevención de la transmisión vertical y la atención obstétrica de urgencia; servicios de aborto sin riesgo; atención posterior al aborto; prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, incluida la profilaxis después de la exposición; y atención para tratar lesiones, como la fístula ocasionada por la violencia sexual, las complicaciones del

parto u otras complicaciones relacionadas con la salud reproductiva, entre otras”.

Algunos organismos de derechos humanos, en especial, el Comité contra la Tortura y el Comité de Derechos Humanos, también han sostenido que determinadas violaciones de SSR, desde la esterilización forzada hasta la denegación del acceso a servicios de aborto, pueden constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

RECUADRO 3.18: INCIDENCIA

Utilice estos puntos en sus actividades de incidencia frente a la ONU, a los responsables de formular políticas nacionales, a ONG, etc., cuando el PSIM se desestime o si no se le da prioridad en una respuesta humanitaria.

El PSIM:

- Es un estándar de Sphere y, por lo tanto, es un estándar mínimo universal de respuesta a desastres reconocido en todo el mundo.
- Es una intervención vital y un criterio vital mínimo del Fondo Central de Respuesta a Emergencias de las Naciones Unidas (CERF) elegible para recibir financiación de este fondo.
- Está integrado en la directriz para el grupo de salud global.

3.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El coordinador de SSR utiliza la lista de verificación del PSIM para monitorear la prestación del servicio en cada contexto de crisis humanitaria. En algunos casos, esto puede realizarse mediante la presentación verbal de la información por parte de los administradores de SSR 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 evaluación de rutina a fin de determinar los avances para lograr un PSIM de calidad y servicios integrales de SSR.

En las reuniones de coordinación de SSR y en los mecanismos de coordinación del sector/grupo de salud, deben analizarse las deficiencias y los solapamientos en la cobertura de los servicios a fin de encontrar e implementar soluciones.

GRÁFICO 3.2: LISTA MODELO DE VERIFICACIÓN DEL PSIM

ÁREA GEOGRÁFICA:	PERÍODO QUE ABARCA EL INFORME: __/__/20__ TO __/__/20__	FECHA DE INICIO DE LA RESPUESTA DE SALUD: __/__/20__	INFORMADO POR:
-------------------------	---	---	-----------------------

1. Organismo a cargo de SSR y coordinador de SSR		SÍ	NO
1.1	Organismo a cargo de SSR identificado y coordinador de SSR que opera dentro del sector/grupo de salud		
	Organismo a cargo		
	Coordinador de SRH		
1.2	Reuniones de actores interesados en 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 la ONU pertinentes		
	ONG internacionales		
	ONG locales		
	Protección/Violencia de género		
	VIH		
	Sociedad Civil, incluidos grupos marginados (adolescentes, personas con discapacidad, personas LGBTQIA)		
1.4	Con los aportes de los sectores/grupos de salud/protección/violencia de género y de los programas nacionales de VIH, vela 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, o estimada en 4 % de la población)		
3. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes			
		SÍ	NO
3.1	Se aplican 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 [es decir, 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 posterior a la violación/todos los establecimientos de salud) x 100 %		%
	Anticoncepción de emergencia		
	Prueba de embarazo		
	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 estándares.		
4.4	Preservativos lubricados disponibles sin cargo:		
	Establecimientos de salud		
	En el ámbito comunitario		
	Adolescentes		
	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	¿Se ofrece PPE para personas sobrevivientes de violencia sexual? ¿Se ofrece PPE en el 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.		
5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos			
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 proveedor de servicio calificado de guardia cada 20-30 camas de pacientes internados para los pabellones de obstetricia		
	Un equipo formado por un médico/profesional de enfermería/partera/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 después del 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	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)			%
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 grave que se prevé para la misma área, en el mismo período)			%
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/previsión 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			
6. Prevenir embarazos no deseados				
6.1	Métodos de corta acción disponibles en por lo menos un establecimiento	SÍ	NO	
6.2	Preservativos			
6.3	Anticoncepción de emergencia (píldoras de progestina sola)			
6.4	Píldoras anticonceptivas orales			
6.5	Inyectables			
6.6	Implantes			
6.7	Dispositivo intrauterino			
6.8	Cantidad de establecimientos de salud que mantienen un mínimo de insumos para 3 meses de cada método			CANTIDAD
	Preservativos			
	Anticoncepción de emergencia (píldoras de progestina sola)			
	Píldoras anticonceptivas orales combinadas			
	Píldoras anticonceptivas de progestina sola			
	Inyectables			
	Implantes			
	Dispositivo intrauterino			
7. Planificación para la transición hacia servicios de SSR integrales				
7.1	Prestación 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			
	Capacitación(es) diseñada(s) y planificada(s)			
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 el PSIM identificadas			
7.6	Gobernanza y liderazgo	SÍ	NO	
7.7	Leyes, políticas y protocolos relacionadas con SSR revisados			

8. Otras actividades prioritarias: Servicios de aborto seguro		
8.1	Cobertura de atención de aborto seguro (cantidad de establecimientos de salud donde se ofrece esa atención/ 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] y proporcionar otros comentarios.		
11. Acciones (en los casos en que se haya marcado "No", explicar los obstáculos y las actividades propuestas para resolverlos).		
Cantidad	Obstáculo	Solución propuesta

3.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

LECTURAS SOBRE PSIM ESENCIALES

IAWG. (2010). MISP Advocacy 2-pager: *What is the MISP? Why is it Important?* Extraído de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/07/MISP-Advocacy-Sheet-IAWG-FINAL-Nov09.pdf>

International Planned Parenthood Federation. (2007, August). *MISP Cheat Sheet*. Extraído de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2015/09/MISP-cheat-sheet-rev.04-2010.pdf>

Save the Children y UNICEF. (2018). *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings/>

UNFPA e IAWG. (2011). *Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva Para Situaciones de Emergencia* (quinta edición). Extraído de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Manual%202011_ES_0.pdf

UNFPA y Save the Children. (2013). *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings: One hour interactive e-learning course*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/e-learning-course-adolescent-srh-humanitarian-settings/>

Women's Refugee Commission. (2011). *Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health: A Distance Learning Module*. Extraído de: <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/>

Women's Refugee Commission. (2012). *Universal & Adaptable Information, Education & Communication (IEC) Templates on the MISP*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/universal-adaptable-information-education-communication-iec-templates-misp/>

Women's Refugee Commission. (2016). *MISP Calculator: Calculates the Reproductive Health Statistics Necessary for the Implementation of the MISP*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/>

PREVENCIÓN Y RESPUESTA A VIOLENCIA SEXUAL

ICEC. (2013). *Regimen Update: Timing and Dosage of Levonorgestrel-alone Emergency Contraceptive Pills*. Extraído de: http://www.cecinfo.org/custom-content/uploads/2013/01/ICEC_LNG-ECP-Regimen-Update_Jan-2013.pdf

IASC. (2015). *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria*. Extraído de: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf

IAWG Training Partnership Initiative y Women's Refugee Commission. (2017). *Clinical Management of Sexual Violence Survivors, Facilitator's Guide*. Extraído de: <https://iawg.net/wp-content/uploads/2017/08/CMoRS-2017-FINAL.pdf>

OMS, UNFPA y Acnur. (2004). *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43117/1/924159263X.pdf>

OMS, Acnur y UNFPA. (2009). *Clinical Management of Rape Survivors e-learning Tool*. Extraído de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/9789241598576/en/>

PREVENCIÓN Y RESPUESTA AL VIH

EngenderHealth. (2011). *Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers* (segunda edición). Nueva York, NY. Extraído de: <https://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

IASC. (2010). *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings*. Extraído de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

Interagency Task Team HIV in Humanitarian Emergencies. (2015). *Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) in Humanitarian Settings: Part II Implementation Guide*. Extraído de: https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-04/IATT_Part-2-PMTCT-in-Humanitarian-Settings_2015_0.pdf

OMS. (sin fecha). *Seguridad de la sangre*. Extraído de: https://www.who.int/topics/blood_safety/es/

ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIAE

IAWG Training Partnership Initiative. (2017). *Clinical Refresher Trainings: Assisted Vaginal Delivery via Vacuum Extraction; Uterine Evacuation in Crisis Settings Using Manual Vacuum Aspiration; y, Basic Emergency Obstetric and Newborn Care in Humanitarian Settings: Select Signal Functions*. Extraído de: <http://iawg.net/tpi-home/resources/>

Save the Children y UNICEF. (2018). *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/newborn-health-humanitarian-settings/>

OMS. (2011). *Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle-Income Countries*. Extraído de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?

OMS. (2012). *Guidelines on Basic Newborn Resuscitation*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

ANTICONCEPCIÓN

OMS. (2015). *Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Extraído de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/es/

OMS. (2016). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* (tercera edición). Extraído de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf>

OMS. (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Extraído de: <http://www.fphandbook.org/>

TRANSICIÓN DEL PSIM A SERVICIOS DE SSR INTEGRALES

OMS, UNPFA, Escuela Andaluza de Salud Pública (2011). *Sexual and Reproductive Health during Protracted Crises and Recovery: Granada Report*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70762/WHO_HAC_BRO_2011.2_eng.pdf

SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

OMS. (2015). *Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf

OTROS

OMS. (2011). *WHO Compendium of Innovative Health Technologies for Low-Resource Settings*. Extraído de: http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/

CAPÍTULO 4

LOGÍSTICA

4.1 Introducción

4.2 Objetivos

4.3 Programación de la logística

4.3.1 Principios de la gestión de la cadena de suministro en contextos de emergencia

4.3.2 Información básica sobre el programa, necesaria para tomar decisiones sobre logística y gestión de la cadena de suministro

4.3.3 Cadena de suministro: Desde la preparación del PSIM hasta los servicios de SSR integrales

4.3.4 Coordinación y generación de vínculos

4.3.5 Incidencia

4.4 Consideraciones legales y de derechos humanos

4.5 Monitoreo y evaluación

4.6 Otros materiales de lectura y recursos

4.1 INTRODUCCIÓN

Un elemento fundamental de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) es contar con una cadena de suministro sólida. Cuando faltan insumos de SSR – desde métodos anticonceptivos hasta antibióticos para tratar infecciones de transmisión sexual, medicamentos para prevenir muertes maternas y suministros básicos para recién nacidos de bajo peso y enfermos–, los servicios de SSR no pueden ser efectivos. En pocas palabras, ***sin producto no hay programa***.

El éxito o el fracaso de una respuesta humanitaria puede depender de la eficacia de la cadena de suministro. La gestión de la cadena de suministro consiste en aprovechar las relaciones para proyectar correctamente la demanda y las cantidades necesarias de productos básicos, así como para la adquisición, el almacenamiento, el transporte y la distribución de mercadería. El objeto de la gestión de la cadena de suministro es conciliar mejor la oferta y la demanda. En otras palabras, significa conseguir las mercancías correctas, en las cantidades y con la calidad correctas, del lugar correcto o la persona correcta, mediante los canales correctos, para colocarlos en el lugar correcto en el momento correcto. Los términos “logística” y “gestión de la cadena de suministro” suelen usarse indistintamente.

RECUADRO 4.1: LOS SEIS “PUNTOS CORRECTOS” DE LA LOGÍSTICA

<p>Las mercaderías CORRECTAS</p> <p>En las cantidades CORRECTAS</p> <p>En el estado CORRECTO</p>
ENTREGADAS...
<p>en el lugar CORRECTO</p> <p>en el momento CORRECTO</p> <p>a un valor CORRECTO</p>

Entre los procesos necesarios para garantizar que se obtengan insumos de SSR de alta calidad y en buenas condiciones, en el momento y lugar en que se necesitan, se incluyen la proyección y la cuantificación, la adquisición, la importación, el almacenamiento, el transporte, la distribución y la recabación de datos y presentación de informes. Para coordinar y gestionar estos procesos es necesario que los roles y responsabilidades estén claramente definidos y que exista un alto nivel de comunicación, colaboración y coordinación entre los organismos gubernamentales y el personal de los programas y de logística de los diversos socios nacionales e internacionales.

Cuando se producen emergencias humanitarias –desde inundaciones repentinas hasta conflictos prolongados y sequías graduales–, las organizaciones que participan en la respuesta deben identificar o establecer con rapidez cadenas de suministro operativas y ágiles a fin de poner al alcance de la población afectada productos básicos vitales tan pronto como sea posible. Los organismos de respuesta humanitaria también tienen la responsabilidad de contribuir a desarrollar cadenas de suministro sólidas, flexibles y sostenibles en todos los contextos y situaciones, sea en ciudades o en áreas rurales remotas, y como parte de actividades de preparación o en contextos de emergencias extremas o posteriores a que se haya producido una emergencia extrema, o en el contexto de una crisis prolongada. Es fundamental fortalecer las cadenas de suministros sostenibles en el ámbito local, no solo durante la fase de transición desde que se implementa el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) hasta que se presta el servicio de SSR integral, sino incluso durante la fase aguda de una emergencia en la que se implementa el PSIM. En algunos casos, es posible que existan varias cadenas de suministros, pero estas cadenas deben, por lo

menos, estar coordinadas dentro del sistema general de cadenas de suministros y avanzar hacia la conformación de un sistema integrado sostenible tan pronto como sea posible.

Independientemente de cómo esté diseñada la cadena de suministro, para que una operación de gestión de la cadena de suministro humanitaria tenga resultados positivos, debe abordar todo el ciclo del programa de emergencia, incluida la preparación para situaciones de emergencia, la respuesta inicial frente a ellas y la transición hacia cadenas de suministro sostenibles. Durante las actividades de preparación o durante el proceso inicial de planificación para la respuesta deben tenerse en cuenta todas estas fases del ciclo del programa de emergencia. La fase de preparación es fundamental para establecer con rapidez una cadena de suministro humanitaria ante situaciones de crisis.

Los especialistas en logística pueden ser las personas de contacto que dirigen muchos de los procesos que se analizan en este capítulo, pero es posible que los roles y responsabilidades varíen según la organización. **Las personas de contacto sobre SSR siempre deben coordinarse con el personal de adquisiciones y logística**, cualesquiera que sean los cargos específicos o diversos roles que esas personas desempeñen.

4.2 OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Presentar procesos y actores interesados clave para lograr cadenas de suministro de SSR humanitarias efectivas
- Proporcionar información básica sobre cada eslabón de la cadena de suministro de SSR humanitaria, desde la cuantificación y la adquisición hasta el transporte y su distribución hasta el último destino
- Brindar recomendaciones para que los servicios del PSIM puedan extenderse de manera permanente sin interferencias hasta lograr una programación de SSR integral, a fin de poder restablecer el sistema de cadena de suministro preexistente o facilitar un sistema mejorado
- Identificar roles y responsabilidades del personal esencial, incluidas prácticas de gestión, para desarrollar y mantener cadenas de suministro de SSR humanitarias efectivas

4.3 PROGRAMACIÓN DE LA LOGÍSTICA

4.3.1 Principios de la gestión de la cadena de suministro en contextos de emergencia

Entre los principios en los que se basa una gestión de la cadena de suministro de SSR efectiva en contextos de emergencia se encuentran los siguientes:

- Cumplir con las necesidades inmediatas de SSR de la población afectada, incluidos subgrupos marginados, mediante la distribución de insumos de SSR lo antes posible tras el inicio de la crisis
- Tan pronto como se establezca la situación, abandonar los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (ver tabla 3.7) para pasar a apoyar en todos los niveles un sistema de cadena de suministro más sostenible y basado en el consumo
- Fortalecer la capacidad local para que se pueda mantener una cadena de suministro sólida y sostenible en el tiempo
- Apoyar a las economías locales en todo el sistema de la cadena de suministro, obteniendo los insumos localmente, tanto como sea posible y cuando eso sea posible
- Prepararse con anticipación para poder responder a las necesidades de insumos de SSR tan pronto como sea posible tras el inicio de una situación de emergencia
- Evitar que falten existencias y, al mismo tiempo, minimizar el derroche
- Garantizar el suministro de productos de **calidad garantizada**

4.3.2 Información básica sobre el programa, necesaria para tomar decisiones sobre logística y gestión de la cadena de suministro

A menudo, después de producirse una situación de emergencia, la infraestructura de la cadena de suministro habrá quedado muy dañada o completamente inutilizada. Es probable que, al principio de una respuesta ante una situación de emergencia extrema, no sea adecuado insumir tiempo ni recursos materiales y humanos para realizar una evaluación de las necesidades logísticas total y coordinada. En vez de esto, puede utilizarse la información recabada antes de la crisis, como datos secundarios relevantes,

análisis de las cadenas de suministro existentes, datos históricos e insumos que existan en el país en ese momento, así como la colaboración constante del personal técnico, para obtener información fundamental para la planificación e implementación iniciales de la cadena de suministro. Los datos previos a las crisis y una descripción rápida de la situación pueden ayudar a definir mejor el contenido de los pedidos de insumos. Utilice esta información junto con las herramientas existentes, como la Calculadora de Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (Botiquines de SR) elaborada por el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, para orientar las actividades iniciales de logística y abastecimiento de SSR. Recuerde que, así como el PSIM no precisa de una evaluación para iniciar su implementación, lo mismo ocurre en el caso de las cadenas de suministro que sirven para la implementación inicial del PSIM.

Las relaciones y acuerdos preexistentes, los planes de transporte y otros sistemas previos a las crisis también son esenciales para planificar e implementar las cadenas de suministro en contextos de crisis. Para que un programa de respuesta a emergencias funcione es fundamental proyectar las actividades de preparación y programación.

RECUADRO 4.2: EVALUACIONES DE NECESIDADES, PREPARACIÓN Y LOGÍSTICA

Al igual que la implementación del PSIM, no es necesario que se realice una evaluación de necesidades de logística y gestión de la cadena de suministro en cuanto se produzca una nueva emergencia. La información necesaria para la respuesta inicial se puede obtener de los datos recabados durante la etapa de preparación y otros tipos de datos secundarios/preexistentes. Los sistemas de logística y de cadena de suministro siempre deben incluirse en las actividades de preparación y planificación, junto con un proceso de planificación de contingencias o de seguridad anual.

Una vez que es posible y adecuado hacerlo, el personal técnico suele realizar evaluaciones iniciales/rápidas de las necesidades de varios sectores. Estas evaluaciones se concentran en necesidades básicas de las comunidades afectadas, como salud, albergue, alimentación y agua, saneamiento e higiene. Es fundamental que los especialistas en logística y el personal de la cadena de suministro y de adquisiciones trabajen en estrecha colaboración con el personal técnico (y viceversa) para recabar e interpretar datos clave sobre la población. La evaluación inicial de necesidades es importante para identificar **las capacidades y deficiencias existentes** en los canales de la cadena de suministro y en los productos clave de salud. Esto se

aplicará, además, a la elaboración de un plan de transición hacia cadenas de suministro sostenibles. El sector de la salud y otros sectores realizarán una evaluación inicial de las necesidades dentro de las primeras horas y días de producida una emergencia extrema. Los organismos que trabajen en la programación de SSR deben compartir entre sí y dentro de su propia estructura los datos de la evaluación a fin de orientar la planificación de la cadena de suministro.

A medida que la acción avance, el sector de salud y otros sectores técnicos realizarán otras evaluaciones. Esto incluye evaluaciones de necesidades coordinadas intersectoriales (que suelen estar a cargo de la ONU), que ayudan a comprender las necesidades de salud emergentes de la población afectada (y esto se aplica directamente para determinar las necesidades de la cadena de suministro). El personal que trabaja en los sistemas de cadena de suministro, adquisición y logística debe estar familiarizado con los datos que arrojen esas herramientas. Deberían compartirlas entre los socios y alentar la colaboración entre grupos (salud, logística, etc.) a lo largo de los procesos, para garantizar sistemas de gestión de la cadena de suministro sólidos respaldados por actores que cuenten con información adecuada.

RECUADRO 4.3: ALIANZAS Y COORDINACIÓN

La coordinación logística abarca a todos los grupos de trabajo y mecanismos de grupos, incluidos subgrupos de trabajo, grupos de nivel estatal, establecimientos de salud, grupos comunitarios, etc. La información, los datos, las evaluaciones y la planificación de la cadena de suministro deben compartirse dentro de las agencias y entre ellas, así como entre los grupos. Los mecanismos de coordinación verdaderamente efectivos incluyen la participación de todos los actores interesados clave en puntos importantes del proceso de logística colaborativo por medio del cual se establecen sistemas de cadena de suministro.

INFORMACIÓN CRÍTICA PARA RECABAR Y COMPRENDER LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN CONTEXTOS DE EMERGENCIAS EXTREMAS

Los organismos de SSR deberían determinar si es posible obtener insumos de SSR dentro del país para satisfacer las necesidades de la población afectada. Cuando no haya insumos dentro del país, los organismos suelen obtener Botiquines de SR de la Subdivisión de Servicios de Adquisición del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). También pueden conseguirse Botiquines de SR en depósitos regionales donde ya se hayan empleado

preventivamente. Sin embargo, es importante tener en cuenta que no en todos los contextos será preciso adquirir Botiquines de SR o se necesitará cada uno de los Botiquines de SR. La Subdivisión de Contextos Humanitarios y Frágiles del UNFPA puede ayudar a facilitar la adquisición de Botiquines de SR. Si desea más información sobre el contenido y la adquisición de los Botiquines de SR, ver el capítulo 3.

Los organismos deberían coordinar su actuación de inmediato con los grupos (salud, logística y, potencialmente, protección) y entre los distintos organismos asociados para garantizar que los insumos de SSR formen parte de los productos básicos fundamentales que ofrece el grupo de salud. Esto es esencial para evitar que, en la confusión de la acción inicial, haya faltantes involuntarios en el suministro de SSR, en especial, si el subgrupo de SSR aún no ha comenzado a actuar.

Pueden usarse varios puntos de datos para planificar la logística. Por ejemplo, la población total afectada por la emergencia, la geografía del área de captación y las cifras de población de esa área, los niveles históricos de insumos clínicos, el inventario y almacenamiento actual en establecimientos de salud, las especificaciones del producto, los acuerdos con socios, las opciones de transporte y condiciones de almacenamiento, la capacidad del personal y los procesos de gestión de residuos. Utilice estos puntos de datos para orientar las decisiones relacionadas con la cadena de suministro y la logística, según se explica más abajo. Estos datos deberían provenir de su planificación de preparación, pero si no están disponibles, pueden recabarse durante la fase aguda (no es lo ideal).

Tamaño de la población del área de captación

El tamaño de la población es la variable más importante que orienta los pedidos de Botiquines de SR y de otros insumos de SSR en contextos de emergencias extremas. Incluso si el único dato disponible fuera el tamaño poblacional, la Calculadora de Botiquines de SR puede ayudar a determinar qué cantidad de cada tipo de botiquines será preciso encargar. Los Botiquines de SR se arman sobre la base de presunciones relativas a la población (p. ej., la tasa de uso de anticonceptivos es del 5 %). La calculadora puede ayudar a encargar los Botiquines de SR cuando la población real difiera de la supuesta.

Cantidad y alcance de los establecimientos de salud en funcionamiento

La cantidad, ubicación y alcance de los establecimientos de salud en funcionamiento también orientarán el pedido del Botiquín de SR y la planificación de la cadena de

suministro. Esto incluye el nivel del establecimiento (primario, de derivación, terciario, etc.), la accesibilidad de los establecimientos, y la cantidad de personal y su nivel de idoneidad en cada establecimiento; esta información ayudará a garantizar que se adquiera el tipo de Botiquines de SR apropiado para el contexto específico (por ejemplo, cuando los prestadores estén capacitados para su uso) y a orientar la planificación de la distribución. El grupo de salud, junto con los organismos que participan en el grupo y el Ministerio de Salud, recabarán estos datos al inicio. Es importante tener en cuenta que, más adelante, todos los organismos deberían continuar colaborando con los sistemas de vigilancia y otros sistemas de alerta temprana que controlan la capacidad de los sistemas de salud, incluidos los sistemas de cadena de suministro que se utilizan en los primeros. Esto puede ser crítico si los contextos de emergencia se reiteraran o cuando se produjeran nuevos desplazamientos.

RECUADRO 4.4: PROYECCIÓN DE BOTIQUINES DE SR PARA LA RESPUESTA EN LA FASE AGUDA

No suponga que con 1 Botiquín de SR por establecimiento será suficiente. Utilice el tamaño de la población del área de captación (y cualquier otro dato disponible sobre los establecimientos de salud operativos y el nivel de atención que brindan) para calcular lo que se necesitará e ingrese este dato en la Calculadora de Botiquines de SR (ver la sección 4.6). El área de captación incluye no solo a la comunidad afectada sino a todos aquellos que se encuentran en las áreas circundantes que pueden aprovechar los servicios que se ofrecen en el establecimiento; la disponibilidad de servicios puede generar una mayor demanda que debe tomarse en cuenta al definir la planificación de insumos.

Especificaciones de los productos del Botiquín de SR

La Calculadora de Botiquines de SR también ayudará a calcular el peso y volumen de los botiquines necesarios, incluidos los que requieran almacenamiento en frío. Estas especificaciones deben comunicarse a los equipos de logística, de adquisición y de apoyo al programa.

Requisitos gubernamentales

Los requisitos gubernamentales afectan los procesos de pedido, importación, transporte, eliminación y presentación de informes sobre insumos de SSR, incluidos los Botiquines de SR. Entre las regulaciones importantes se incluyen las exenciones a las importaciones para fines humanitarios, autorización expeditiva, procedimientos de importación de productos farmacéuticos, despacho de aduanas,

requisitos de transporte local y pautas sobre gestión de desechos médicos (o su ausencia). Estos procedimientos y políticas pueden variar mucho según el país, por ejemplo, con respecto al organismo autorizado para elaborar e implementar las políticas. Se recomienda que los organismos se comuniquen con el Ministerio de Salud, las autoridades de regulación farmacéutica de cada país, las autoridades aduaneras y cualquier otro ente regulador que corresponda, incluido el grupo de logística, para obtener la información y los permisos necesarios. En el caso de los productos farmacéuticos, asegúrese de incluir en su pedido un porcentaje de ellos para las pruebas de laboratorio que suelen realizarse en el punto de importación nacional.

Acuerdos con socios

Los organismos deben poner en marcha mecanismos, como memorandos de entendimiento u otros acuerdos interinstitucionales, que sean necesarios para obtener, tan pronto como sea posible, Botiquines de SR de socios, como los organismos de las Naciones Unidas (ONU) u organismos gubernamentales. Los acuerdos preexistentes son la norma de referencia y son útiles para reactivar rápidamente vínculos y procedimientos.

Transporte y almacenamiento

Los organismos deben identificar opciones y socios para el transporte y almacenamiento dentro de un país, desde el puerto de ingreso hasta el destino final de los insumos. Cuando sea posible, recurra a los acuerdos preexistentes con proveedores de almacenamiento o de transporte. Algunos insumos de SSR, como la oxitocina, necesitan cadena de frío. Evalúe las necesidades y opciones de cadena de frío; son fundamentales para cualquier plan de gestión de la cadena de suministro, incluidos los planes de adquisición. Debería identificarse si hay infraestructura clave para mantener esa cadena, como refrigeración con temperatura controlada en depósitos, en los transportes y en los centros de distribución, y generadores. También es fundamental entender si el personal de los depósitos locales tiene capacidad de mantenerlas. Debería considerarse la posibilidad de desarrollar capacidades para la gestión de cadenas de frío. También es importante que el transporte disponible y las opciones de almacenamiento sean seguros. Analice de qué manera los conflictos pueden afectar cuestiones como el transporte seguro del personal o la posible pérdida de artículos en las rutas de transporte, e intente encontrar soluciones alternativas y métodos de almacenamiento creativos.

Seguimiento y presentación de informes del inventario

Los organismos y el subgrupo de SSR deben identificar y

utilizar instrumentos y plantillas de gestión de inventario preexistentes. Deben abordar las deficiencias que haya en estos instrumentos y trabajar en coordinación con el grupo de salud y los organismos socios (incluso aquellos que no forman parte activa del grupo) para garantizar la sistematicidad.

Capacidad del personal e infraestructura de logística de la organización

Los organismos deberían establecer que todo el personal esté en condiciones de cumplir las funciones necesarias en cada punto de la cadena de suministro. No existe una cantidad mínima estándar de miembros de personal de logística. La cantidad mínima de miembros de personal dependerá del tamaño de la organización y de la necesidad, así como de que ya haya organizaciones que cuenten con capacidad logística. Para determinar la cantidad de miembros de personal de logística que deben contratar, las organizaciones deben analizar qué es lo que necesitan para realizar la adquisición, coordinar el despacho de aduana y las aprobaciones gubernamentales, administrar depósitos e inventarios, gestionar una flota o coordinar transporte con terceros, y coordinar la distribución, la gestión de datos y el control del seguimiento. Además, los organismos deben determinar si existen mecanismos suficientes para garantizar la comunicación y coordinación entre el personal de logística y el del programa en toda la cadena de suministro.

Gestión de residuos

Muchos países y organismos cuentan con procedimientos de gestión de residuos antes de que se produzca la situación de emergencia. Si aún no lo ha hecho, identifique esas reglamentaciones. Si no existen pautas nacionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) cuentan con pautas sobre principios básicos de gestión de residuos en casos de emergencia. Sin embargo, las pautas más exhaustivas para la gestión de residuos en casos de emergencia son las que brinda el Comité Internacional de la Cruz Roja. Más adelante, en la última parte del Pilar 2, se incluye más información sobre gestión de residuos.

INFORMACIÓN FUNDAMENTAL QUE DEBE RECABARSE Y COMPRENDERSE PARA REALIZAR LA TRANSICIÓN HACIA SERVICIOS DE SSR INTEGRALES

Tras la fase aguda de la reacción ante una crisis, debe realizarse una evaluación detallada para identificar los mecanismos necesarios para establecer cadenas de suministro sostenibles que permitan prestar servicios de

SSR integrales. Esto puede hacerlo cada organismo para sus propias cadenas de suministro, pero, idealmente, debería realizarse de manera interinstitucional entre los organismos que participan del grupo de salud. Aunque no existe un instrumento común a este efecto, el IAWG ha reconocido que es necesario elaborar un instrumento que facilite la transición a líneas de suministro sostenibles.

Los Botiquines de SR están diseñados para que puedan utilizarse en cualquier lugar del mundo donde sea necesario brindar una respuesta ante una emergencia extrema; no están diseñados para satisfacer necesidades de SSR específicas para una determinada población de una región o país. No tienen por objeto ser utilizados para programas a largo plazo, y depender demasiado de estos botiquines suele generar un alto grado de desperdicio, ya que, al final, algunos productos se acumulan y vencen, mientras que de otros se acabarán las existencias, al responder a patrones de consumo local. Además, es posible que no haya fondos para destruir los productos vencidos o que no exista suficiente infraestructura para gestionar residuos médicos en el país o la región. Por otra parte, el uso a largo plazo de los Botiquines de SR demorará la aplicación de un programa de SSR específico para el contexto y que se base en las necesidades efectivas. Asimismo, depender demasiado de los botiquines sobrecarga las cadenas de suministro globales de SSR; si para una emergencia se usa una cantidad excesiva de Botiquines de SR, es posible que luego, para la siguiente situación de emergencia, no haya suficientes botiquines.

Para evitar generar desechos y brindar un mejor servicio a la población, los especialistas en logística, los gerentes de cadenas de suministro y los responsables de adquisiciones deben trabajar en coordinación con el Coordinador de SSR y el programa de salud para comenzar de inmediato a planificar cómo pasar del uso de los Botiquines de SR preembarcados, a mecanismos de adquisición y pedido más sostenibles que reflejen las necesidades y patrones de consumo de SSR efectivas en el contexto específico. Esto implica, por ejemplo, calcular el consumo futuro para pedir cada producto individualmente a granel, a fin de reducir el desperdicio al mínimo; identificar la disponibilidad y calidad de los productos locales; identificar las opciones de transporte y almacenamiento sostenibles que existan; determinar la capacidad con la que cuenta el personal en la actualidad para gestionar cadenas de suministro; e integrar las funciones de la cadena de suministro —desde la adquisición hasta la distribución y la gestión de residuos— en los procesos de los gobiernos y organismos locales. Si los componentes de la cadena de suministro mencionados más abajo, así como los factores que se describen más arriba, se evalúan en cuanto se pone en marcha un proceso de

respuesta, se garantizará que el diseño y la implementación de un programa sean más efectivos.

Existencias actuales

La actual disponibilidad de insumos orientará todos los demás procesos de la cadena de suministro. Los organismos que prestan servicios deberían compartir informes básicos sobre niveles de inventario y fechas de vencimiento de productos que se encuentran actualmente en los establecimientos de salud, que pueden utilizarse para determinar los actuales niveles de existencias. Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud, o los responsables de adquisiciones con quienes trabajen, también pueden obtener información sobre los insumos existentes mediante sistemas de datos como el Sistema de Información de Gestión de Salud (Health Management Information System, HMIS) y el Sistema de Información de Gestión de Logística (Logistics Management Information System, LMIS). También pueden realizar breves evaluaciones de mercado sobre la disponibilidad de productos básicos (incluido un inventario sobre productos básicos de socios). Además, puede ser útil comunicarse con el grupo de seguridad alimentaria para consultar sobre evaluaciones de mercado relevantes en las áreas afectadas por la situación de emergencia. Consulte a los mecanismos de coordinación de grupos para obtener información sobre otros recursos.

Demanda y consumo de productos

Se pueden obtener de varias fuentes cálculos de la demanda y del consumo futuro de productos. Los organismos pueden calcular la demanda anterior a la crisis de servicios y productos de SSR sobre la base de datos de existencias/inventario, incluidos datos del HMIS y del LMIS. Se debe incentivar a los establecimientos de salud a que brinden datos sobre los actuales patrones de consumo de productos. Si tales datos no existen, ese patrón debe calcularse con las contrapartes nacionales sobre la base de las estadísticas de prestación de servicios y los datos demográficos. Es importante continuar monitoreando los datos de consumo de productos para poder ajustar las adquisiciones a los patrones de consumo y para determinar si los productos básicos efectivamente llegan a las poblaciones deseadas.

Transporte y lugar de almacenamiento

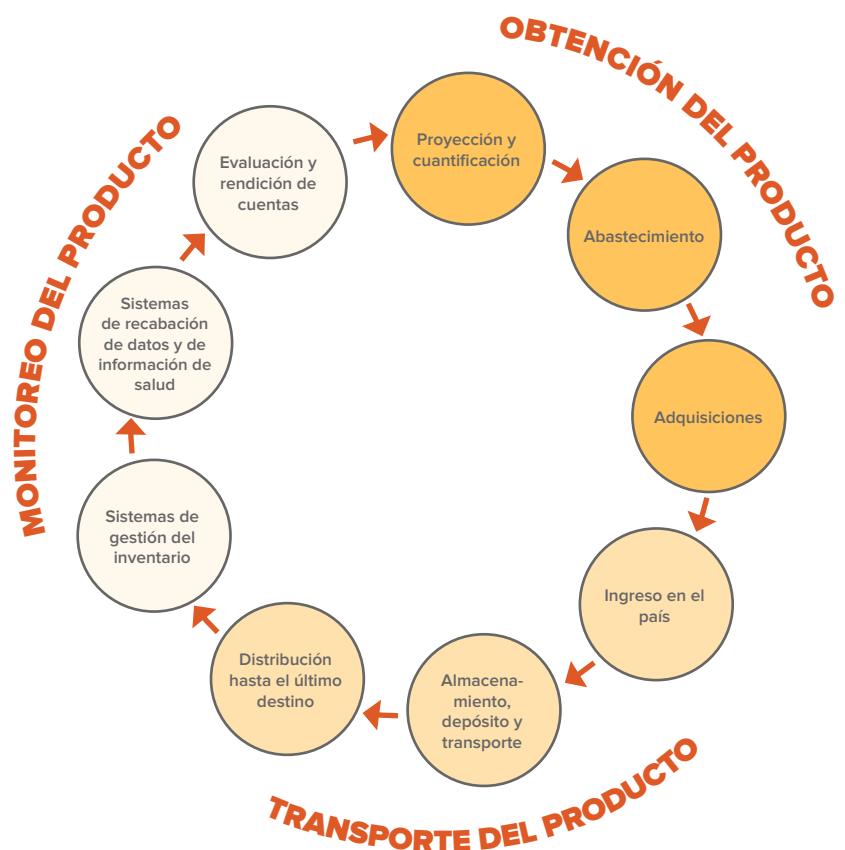
Es fundamental trazar permanentemente un esquema de los establecimientos de transporte y almacenamiento que existen en todos los niveles, desde el almacenamiento central hasta la distribución

hasta el último destino. El transporte de mercaderías y personas (p. ej., personal de emergencia) seguirá siendo un componente crítico de cualquier sistema de logística, en especial, a medida que la cadena de suministro comience a colaborar con la prestación integral del servicio de SSR. Los organismos deben identificar la vulnerabilidad de infraestructuras clave y desarrollar planes de contingencia para abordar deficiencias en la distribución.

Políticas gubernamentales, calidad de los medicamentos y procesos regulatorios

Para diseñar e implementar programas de SSR, es fundamental estar familiarizado con las políticas, los planes y los mecanismos de recabación de datos gubernamentales pertinentes. Se deberá obtener información sobre los procesos regulatorios y la calidad de los medicamentos locales. La oficina local de la OMS, por lo general, puede brindar información sobre disponibilidad local de productos de alta calidad y sobre la calidad de los proveedores locales, así como de proveedores preseleccionados.

GRÁFICO 4.1: CICLO DE LA CADENA DE SUMINISTRO PARA PRODUCTOS BÁSICOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CONTEXTOS DE CRISIS HUMANITARIAS



Seguimiento, inventario y mecanismos de presentación de informes

Los organismos deben comprender los mecanismos de seguimiento y presentación de informes existentes, como el HMIS y el LMIS, que se utilizan para monitorear el consumo, el inventario, los insumos y otros factores fundamentales para mantener una cadena de suministro que funcione bien, y deben contribuir con tales mecanismos.

4.3.3 Pasos de la cadena de suministro: Desde la cuantificación hasta la distribución y desde la preparación del PSIM hasta los servicios de SSR integrales

Es importante continuar monitoreando los datos de consumo de productos para poder ajustar las adquisiciones a los patrones de consumo y para determinar si los productos básicos efectivamente llegan a las poblaciones deseadas. A veces, los organismos utilizan distinta terminología para describir eslabones de la cadena de suministro, y algunos combinan varios procesos en menos pasos, aunque todos se refieren, en esencia, a los mismos procesos. En el gráfico 4.1, los procesos se dividen en muchos pasos pequeños, de modo tal que el personal de logística pueda seguirlos y comprenderlos.

Para cada paso de la cadena de suministro que se describe a continuación, indicamos más abajo los aspectos más importantes del ciclo del programa de emergencia, y luego se ofrecen pautas específicas para la preparación, la respuesta inicial y las fases de recuperación o prolongadas de una emergencia. En las notas sobre la fase de recuperación/prolongada se analiza la transición desde la respuesta inicial (implementación del PSIM) a la prestación de servicios de SSR integrales, y se hace hincapié en cómo pueden integrarse las cadenas de suministro de emergencia en las actuales cadenas de suministro de productos básicos médicos, y en cómo establecer sistemas de gestión de cadenas de suministro integrales, sostenibles y eficientes. Para más detalles sobre la gestión de la cadena de suministro y sus componentes (no específicos para contextos humanitarios), ver el Manual para gerentes de cadenas de suministro de la Asociación de Estándares Industriales de Japón (Japanese Industrial Standards, JIS) (2017). Analizar junto con el Grupo de Salud y el subgrupo de SSR las necesidades y oportunidades de las líneas de suministro utilizando los Elementos centrales del Sistema de Salud (ver el capítulo 3) puede ayudar a orientar la planificación para establecer o fortalecer los procesos de cadena de suministro sostenible.

En esta sección también se analizan los elementos de recursos humanos que deben tenerse en cuenta durante todo el proceso de gestión de la cadena de suministro. La gestión efectiva de la cadena de suministro requiere, como elemento fundamental, invertir en especialistas en logística profesionales. Lo más probable es que estos especialistas impulsen muchos de los procesos que se describen más abajo, con la orientación técnica de la persona de contacto de SSR dentro de cada organismo. Es sumamente importante definir con claridad los roles y responsabilidades del personal en cada paso, incluidas las funciones de liderazgo y supervisión de los procesos de logística (para más información, ver el Manual para gerentes de cadenas de suministro, de JSI). Para establecer cadenas de suministro efectivas se necesita el compromiso interpersonal de quienes se desenvuelven en la totalidad del sistema de gestión de suministro, incluidos los especialistas en logística, el responsable de adquisiciones, los despachantes de aduanas, el prestador en la clínica, el gerente de farmacia del establecimiento y el usuario final. Este sistema podría parecer distinto durante la fase aguda, en comparación con la de recuperación, y se torna más eficiente y firme a medida que la respuesta se amplía para prestar servicios de SSR más integrales. El sistema de gestión de la cadena de suministro de SSR debe ser más integral a medida que la programación de SSR se vuelva también más completa. Para facilitar vínculos firmes y efectivos, así como una buena gestión de la cadena de suministro, es fundamental que los especialistas técnicos (como médicos, personal de enfermería, parteras, farmacéuticos), administradores de programas, y especialistas en adquisiciones y logística, comprendan sus roles y hagan hincapié en la importancia de la logística en todos los niveles del sistema de gestión de suministros.

PILAR 1: CÓMO OBTENER LOS PRODUCTOS BÁSICOS NECESARIOS

Proyección y cuantificación

La cuantificación es el proceso para calcular las cantidades y los costos de los productos necesarios para prestar un determinado servicio de salud a la población. También comprende determinar en qué momento deben entregarse los productos, a fin de garantizar que el programa los reciba de manera ininterrumpida. Los términos “cuantificación” y “proyección” se utilizan indistintamente.

Para realizar una cuantificación correcta hay que contar con información acertada sobre los productos en existencias, los productos que se han encargado, los actuales niveles de consumo de cada producto y los cambios que se prevé que habrá en la demanda con el transcurso del tiempo.

Pueden utilizarse varios puntos de datos para orientar la cuantificación (tal como se analiza más arriba): población total afectada por la situación de emergencia, geografía del área de captación y cifras de población de esa área; niveles históricos de insumos clínicos; existencias actuales en los establecimientos de salud, y cualquier información sobre tendencias en el consumo médico. Deben tenerse en cuenta otros factores como las especificaciones del producto y el espacio de almacenamiento (para garantizar que haya suficiente para almacenar los productos), la vida útil del producto, y las políticas gubernamentales y procedimientos de despacho de aduanas (ver más información más adelante) que afecten la importación de productos específicos. Siempre incluya en el presupuesto algún grado de fuga o pérdida de productos.

Cuantificar de manera incorrecta puede producir desabastecimiento o derroche. Las personas responsables de las adquisiciones de una organización en los ámbitos nacionales y subnacionales y en los establecimientos deben poder saber qué nivel de cada producto básico necesita el programa antes de necesitarlo efectivamente, a fin de evitar desabastecimiento. Observación: Los roles y responsabilidades de estas personas de contacto variarán según la organización (pueden ser administradores de programas, responsables de adquisiciones, especialistas en logística, farmacéuticos, etc.). La cuantificación debería contemplar los procesos de reabastecimiento de existencias (incluido el plazo de ejecución, desde que se realiza el pedido hasta la distribución) y de qué manera estos procesos cambiarán con el transcurso del tiempo, así como las existencias de reserva que se necesitarán para evitar el desabastecimiento. Las estrategias de cuantificación no solo deberían abarcar las actuales necesidades en materia de adquisiciones, procesos y distribución, sino también deberían ser prospectivas y tener en cuenta cuáles serán las necesidades posteriores. Por ejemplo, debería analizarse la posibilidad de que la población crezca, en el caso de que persista una situación de desplazamiento; las dificultades para enviar insumos en temporada de lluvias; o la mayor demanda debido a las actividades de promoción de la salud.

Entre los aspectos de la programación vinculados con la cuantificación dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Contrate a expertos en cuantificación para orientar las decisiones sobre emplazamiento preventivo y las cantidades de cada botiquín o producto que se necesitarán. En la cuantificación de los insumos que se emplacen preventivamente influirán varios factores, entre ellos, la probabilidad de que se produzca una crisis, la cantidad de personas que pueden verse

afectadas, el espacio de depósito o almacenamiento, y la vida útil de los productos. Los productos con una vida útil prolongada son especialmente adecuados para el emplazamiento preventivo. Los productos con una vida útil corta solo deben acopiarse si existe una estrategia de rotación en curso (el primero que entra sale primero [first in and first out, (FIFO)])

- **Respuesta inicial:** En la fase aguda de una emergencia, la cantidad de población afectada y el área de captación serán la información más importante a los efectos de la cuantificación. Los organismos que tengan previsto hacer pedidos de Botiquines de SR pueden utilizar la Calculadora de Botiquines de SR del IAWG para proyectar sus necesidades. Tenga en cuenta que la proyección de Botiquines de SR no solo debería basarse en la cantidad de establecimientos de salud en operación, sino que debe incluir cifras poblacionales. También es importante ponerse de acuerdo desde el inicio con el grupo de salud y el Ministerio de Salud sobre qué instrumentos y cronogramas de presentación de informes utilizará su sistema para hacer el seguimiento de productos básicos y consumo, que le permitirán orientar la cuantificación en el futuro
- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** A medida que la situación se estabilice, la cuantificación debe basarse en los niveles de inventario de los establecimientos de salud y en el consumo previsto. Usted comenzará a usar su sistema de información de gestión de logística con más asiduidad (ver Pilar 3). A medida que pase de la adquisición de los Botiquines de SR a la de cada producto por separado, es especialmente importante que las farmacias de los establecimientos de salud comiencen a poder mantener y administrar las existencias de manera correcta, que se contraten expertos capacitados en proyección y cuantificación, y que se usen recursos de alta calidad, como el capítulo de Cuantificación del Manual sobre cadena de suministro, de JSI y la Guía de proyección para métodos de planificación familiar nuevos o infrautilizados (ver la sección 4.6)

Abastecimiento

El abastecimiento es el proceso que consiste en determinar qué marca/fabricante se usará para cada producto. Puede ser muy distinto según se trate de la fase aguda o de la fase de recuperación, pero siempre debería iniciarse analizando la posibilidad de abastecerse de productos locales de alta calidad. Es importante abastecerse de productos que tengan una certificación de calidad (como la de Buenas Prácticas de Fabricación o Productos Farmacéuticos Acabados) y asegurarse de que esos productos se fabriquen

de acuerdo con la Farmacopeia Internacional de la OMS o su equivalente. Un primer paso sencillo para determinar la calidad es controlar si el producto cuenta con la aprobación de una Autoridad Regulatoria Estricta, si el Programa de Precalificación de la OMS lo ha precalificado o si el Panel de Revisión de Expertos ha recomendado que se lo incluya en el nivel 1 o 2 del UNFPA. Consulte con el grupo de salud o con socios de la ONU si desea más información sobre cómo asegurarse de abastecerse de productos que cumplan con los estándares de calidad.

También es importante señalar que algunos donantes establecen restricciones sobre los procesos de abastecimiento; por ejemplo, exigen que la única fuente de abastecimiento sea la ONU y que se renuncie a abastecerse de cualquier otra fuente, o prohíben el abastecimiento local porque los productos no son de calidad. Los Coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los responsables de adquisiciones con quienes aquellos trabajen deben estar al tanto de estas restricciones antes de comenzar el proceso, en especial, cuando se trate de productos farmacológicos y bienes grandes.

En algunos casos, ante una emergencia humanitaria, es posible que se donen medicamentos. Esto puede ser beneficioso, pero también puede presentar algunos riesgos. A veces, los socorristas locales no están familiarizados con los productos donados (o con la concentración o formulación específica del medicamento) y no han recibido capacitación en cuanto a su uso. Además, es posible que las etiquetas e instrucciones incluidas en los envases no estén en un idioma que las personas entiendan o que los medicamentos donados tengan fechas de vencimiento cortas. Por eso, es fundamental ser cautos con respecto a los medicamentos donados.

Entre los aspectos de la programación vinculados con el abastecimiento dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Evalúe el rango de productos de SSR disponibles en el ámbito local y su calidad. Desarrolle vínculos con los proveedores locales
- **Respuesta inicial:** Inicie la coordinación entre los socios encargados de la ejecución, con el subgrupo de SSR y con el UNFPA, dentro del grupo de salud inmediatamente para analizar qué servicios se ofrecerán y en dónde. Cerciórese de que los organismos que reciban insumos (a menudo organismos de la ONU) compartan los planes de solicitudes formales con los organismos de ejecución (incluidas ONG) para orientar su programación. Los Botiquines de SR pueden ser un recurso valioso durante la respuesta inicial y deben

usarse según sea necesario. Sin embargo, ***tan pronto como sea posible, hay que abastecerse y adquirir productos de buena calidad que se encuentren disponibles en el ámbito local;*** es decir, productos con una certificación de calidad, que ya estén disponibles dentro del país donde está trabajando (es decir, en los mercados locales, regionales o nacionales). De hecho, algunos Botiquines de SR tardan más en llegar (si no están disponibles dentro del país) y su costo es mayor que si los productos se abastecieran en el ámbito local. Incluso en la fase aguda, es posible que sea positivo obtener productos local o regionalmente para complementar los Botiquines de SR

- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** El aprovisionamiento de cada producto debe avanzar hacia un proceso más firme en el que se presenten varias ofertas. Al igual que en la fase aguda, las decisiones deberían tomarse sobre la base de los detalles/las especificaciones del producto necesario y del menor precio/mejor valor (teniendo en cuenta el aseguramiento de la calidad). El proveedor debería poder brindar información como la siguiente si se lo solicitaran: nombre del fabricante y lugar de fabricación, Certificado de Buenas Prácticas de Fabricación, Certificado de Producto Farmacéutico, Certificado de Análisis de cada lote y resultados de las pruebas de lote de cada lote

Adquisición

La adquisición es el proceso de compra del producto e incluye la presentación y financiamiento de pedidos. El paso más importante es obtener todos los detalles del producto necesarios y cumplir con todas las especificaciones del pedido para adquirir los productos correctos. El vínculo entre los especialistas en logística, los equipos de adquisiciones y los equipos de salud es fundamental para que el resultado de este proceso sea positivo. El equipo de salud debe brindar información precisa al equipo de logística, en especial, a quien se encargue de la gestión de las adquisiciones, a fin de que el pedido refleje con exactitud factores como la dosis y formulación correctas de cada medicamento, incluidas las diferentes dosis y formulaciones necesarias para poblaciones especiales, como niños y niñas y adolescentes.

Antes de adquirir productos, hay que asegurarse de que todos aquellos que deban importarse estén registrados para su uso en el país donde se prevé utilizarlos (o de que haya una exención vigente) y de que el organismo esté autorizado a importarlo. También es fundamental determinar, antes de adquirir los productos, qué fondos se usarán para cubrir los distintos costos, teniendo en cuenta los de manipulación y transporte (ver Pilar 2) y las restricciones de los donantes

sobre abastecimiento y lugares de distribución.

Entre los aspectos de la programación vinculados con la adquisición dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Establezca acuerdos u otras medidas a largo plazo con organismos de la ONU o contratos marco o acuerdos de crédito contingente (stand-by) con proveedores locales e internacionales, a fin de facilitar el proceso de adquisiciones en caso de que se produzca una situación de emergencia. Genere y apoye los vínculos entre los especialistas en logística, los equipos de adquisiciones y los equipos de SSR. Si fuera posible, los productos farmacéuticos de uso común deben registrarse previamente
- **Respuesta inicial:** Tenga en cuenta cualquier contrato preexistente u otros procesos y relaciones anteriores a la situación de emergencia que puedan aprovecharse (siempre cumpliendo con las leyes y reglamentaciones locales en materia de adquisiciones)
- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** Continúe generando y apoyando vínculos entre los equipos de logística y de programas, y entre gobiernos y otros asociados, a fin de mejorar la eficiencia y sostenibilidad de los procesos de adquisición

PILAR 2: TRANSPORTE DE LOS PRODUCTOS BÁSICOS

El ingreso de productos básicos en un país, mediante aduana y con las autorizaciones pertinentes, es fundamental para el funcionamiento de una cadena de suministro. Es importante planificar y preparar esta fase y para ello hay que conocer el medio de transporte (aéreo, por barco, etc.) por el cual el proveedor enviará el producto hasta su destino, saber cuándo lo hará exactamente y cuándo se prevé que llegará, y tener personal en tierra listo (y a la espera) para recibir el envío. También es importante ser flexible, ya que a menudo se presentan desafíos, dado que existen numerosas políticas y procesos (desde controles aduaneros hasta inspecciones de laboratorio) que deben cumplirse como parte del ingreso del producto en el país. Los siguientes pasos son pertinentes en todas las fases del ciclo de una emergencia:

- Generar y mantener relaciones con el personal y la gerencia en el aeropuerto local, el puerto de embarque más cercano, el centro de transporte terrestre local y un depósito cercano al puerto de ingreso para facilitar los procesos de ingreso del producto
- Informar al puerto de ingreso tan pronto como se reciba la notificación del horario de llegada del envío,

en especial, cuando se trate de un envío que necesita algún tipo de almacenamiento para mantener la cadena de frío

- Asegurarse de que el personal que recoja la entrega tenga todos los documentos necesarios para realizar el despacho de aduanas, así como las facturas y pagos
- Pasar por aduanas todas las mercaderías que se importen en un país, incluso los artículos de asistencia que estén exentos de aranceles. El proceso de despacho de aduanas puede variar según el país
- Contratar a un agente de aduanas de prestigio para que lo ayude con el proceso de autorización para el ingreso
- Colaborar para que los productos puedan ingresar de manera expeditiva en el país:
 - o Solicitar a las autoridades aduaneras que den prioridad a los artículos de asistencia. A eso se lo conoce como autorización expeditiva. Muchas veces este servicio tiene un cargo; su agente de aduanas puede ayudarlo con este proceso
 - o Tener en cuenta que las Directrices sobre Donativos de Medicamentos de la OMS y otros organismos sugieren que se exija un despacho de aduanas expeditivo para todos los medicamentos donados (ver la sección 4.6). Los funcionarios aduaneros y los del Ministerio de Salud que se encarguen de las donaciones de medicamentos son responsables de permitir el ingreso de estas
 - o Dado que los artículos de asistencia deberían ingresar como exentos de aranceles, solicite que se los autorice a abandonar la aduana de inmediato en cuanto se los reciba y que se pongan a disposición para su envío y distribución al interior; esto se conoce como “autorización de abandono de aduanas antes del despacho formal”. Esto no exime del requisito de tramitar los documentos de autorización, sino solo de la necesidad de que los artículos permanezcan en el depósito aduanero hasta que se complete el despacho. En muchos países esto no es posible; por lo tanto, asegúrese de estar familiarizado con los procesos locales
- Estar listo para abordar posibles inconvenientes regulatorios u operativos con productos que puedan ser polémicos debido a las percepciones erróneas sobre su función o uso, como anticonceptivos de emergencia, equipos manuales de aspiración de vacío, misoprostol y narcóticos. Pueden detectarse inconvenientes

potenciales al comparar la lista de productos básicos incluidos en los Botiquines de SR con los registrados en el ámbito nacional y los incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales nacional. Estar listo para promover su ingreso al país a fin de garantizar que los insumos lleguen rápidamente. Utilizar como respaldo la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud y la lista de productos de calidad garantizada. En algunos casos, es posible que un organismo de la ONU pueda traer un producto que las ONG no puedan ingresar (si bien no siempre ocurre eso)

- Al importar productos farmacéuticos o cualquier tipo de insumo médico, recuerde que es probable que el país realice una inspección de laboratorio de un determinado porcentaje de su insumo/producto y esto puede incluir los Botiquines de SR. Probablemente, este paso demore bastante y puede suceder que, por lo menos durante un tiempo, haya menos producto del previsto

Entre los aspectos de la programación vinculados con el ingreso del producto al país dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Defina los puntos de ingreso existentes, las políticas gubernamentales y las regulaciones relacionadas con la importación de medicamentos y de otros productos de salud, incluso en el caso de emergencias humanitarias. Promueva políticas que faciliten el ingreso expeditivo de productos en el país en caso de que se produzca una emergencia humanitaria, y que esas políticas se implementen de manera sistemática. Entre ellas se incluyen: el registro nacional y la inclusión en la Lista de Medicamentos Esenciales de todos los productos en los Botiquines de SR y demás insumos necesarios para implementar los servicios de SSR integrales; políticas que permitan que las entregas humanitarias, por ejemplo, de insumos de SSR, ingresen rápidamente al país y puedan utilizarse sin demora; y políticas que establezcan regulaciones comerciales/de importación favorables, como exenciones impositivas, para las entregas humanitarias, como insumos de SSR.
- **Respuesta inicial:** Trabaje a través de la ONU (lo más frecuente es que sea a través de la Oficina de las Naciones Unidas para los Refugiados [Acnur], cuando la organización sea un socio en la ejecución dentro de un país, y la UNFPA) para asegurar la importación exenta de aranceles aduaneros de los insumos y materiales para el programa de emergencia. A los organismos de la ONU se les aplica una exención general de aranceles

aduaneros debido a su estatus diplomático, y puede incluirse una carta de donación en el envío. Esto también puede haber sido ya establecido en acuerdos de socios existentes entre organismos de ejecución y el Ministerio de Salud

- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** Tenga en cuenta que la política del gobierno o los requisitos regulatorios de ingreso pueden comenzar a cambiar entre la fase aguda de una emergencia (durante la cual es posible que se apliquen exenciones humanitarias específicas) y la fase posterior, en la que las organizaciones adquirirán los productos de manera independiente y de diversas fuentes, incluido el sector privado (cuando ya no se apliquen las exenciones humanitarias)

Almacenamiento, depósito y transporte

El depósito y transporte adecuados garantizan que los productos lleguen a su destino final sin que se altere su calidad. Realice una evaluación de necesidades (ver la sección 4.4.1) para saber qué artículos necesitan almacenarse en qué condiciones (incluida cadena de frío), qué áreas de almacenamiento se usan y están disponibles en los puertos de ingreso, las opciones de depósito disponibles en cada etapa del viaje, incluso hasta el último destino, y las mejores opciones de transporte. Los siguientes pasos son pertinentes en todas las fases del ciclo de programa de emergencia:

- Identificar el tamaño de los productos que se adquieren y si hay requisitos de almacenamiento específicos. Comparar el espacio de depósito con el volumen de mercadería previsto
- Saber si se puede establecer o mantener un sistema de cadena de frío, conocer los puntos débiles y determinar cómo solucionarlos
- Revisar las opciones de proveedores locales que puedan contratarse para el almacenamiento y el transporte. Identificar los contratos con proveedores existentes y entablar nuevos vínculos según sea necesario
- Analizar si es posible que sea difícil transportar algunos productos por el país, por ejemplo, existe la posibilidad de que sean confiscados en determinados puestos de control. Es posible que algunos productos médicos se vinculen con otros usos no médicos, como los explosivos. Tener en cuenta estas cuestiones específicas de cada contexto
- Identificar depósitos que puedan usarse o alquilarse y que cuenten con instalaciones para almacenar

productos médicos (p. ej., control de temperatura, prevención de incendios); quizás sea necesario reacondicionar estos depósitos para cumplir con los requisitos de almacenamiento de productos médicos. Ponerse en contacto con socios para compartir depósitos/espacio (p. ej., el Programa Mundial de Alimentos) o el almacenamiento para mantener la cadena de frío (p. ej., el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]). La inseguridad puede influir al momento de tomar una decisión sobre el depósito. Por ejemplo, en un contexto, es posible que una organización elija almacenar insumos en un establecimiento de la ONU para reducir el riesgo de saqueos, mientras que en otro lugar, quizás, haya mayor riesgo de que los establecimientos de la ONU sufran saqueos

- Verificar que los depósitos estén a temperatura moderada (es posible que en los países tropicales se necesite aire acondicionado u otro sistema de enfriamiento), secos y protegidos de la lluvia, de alimañas y de robos
- Explorar las opciones de transporte y elegir los medios de transporte que sean más adecuados a los productos que se envían, incluso aquellos que necesitan mantener la cadena de frío. Considerar el medio y la ruta más seguros. Es posible que haya regulaciones y mejores prácticas dentro del país para garantizar la seguridad durante el transporte. También hay que tener en cuenta otros factores, como el costo y la velocidad del transporte, y las condiciones estacionales que pueden afectar el transporte
- Garantizar que el personal del depósito y de transporte haya recibido capacitación sobre requisitos de almacenamiento y transporte de los productos, incluida la cadena de frío
- Desarrollar e implementar procedimientos de almacenamiento/depósito según las normas FIFO (normas de rotación de los productos en el depósito para evitar el desperdicio debido al vencimiento del producto) y cumplir con el mantenimiento y la comunicación de existencias
- Recordar no solo planificar la logística de ingreso hasta la clínica o centro del programa, sino también la de salida (desde la clínica, centro del programa, etc.). Con frecuencia se necesitará transportar artículos fuera de la clínica, como cajas vacías, equipos médicos grandes que ya no se usen, insumos que vayan a distribuirse a otras clínicas o productos básicos médicos vencidos

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 4.1: GESTIONAR EL INGRESO DEL PRODUCTO CUANDO ESTE SEA POLEMICO

ORGANIZACIÓN: Anónimo

LUGAR: Eliminado

INTRODUCCIÓN: El misoprostol es un medicamento esencial cuando se producen hemorragias posparto y puede salvar la vida. Sin embargo, en muchos países, su uso es polémico porque existe la percepción de que se usa como abortivo. Esto puede causar problemas cuando ingresa al país, en especial, si el producto no está incluido en la Lista de Medicamentos Esenciales o en otras políticas nacionales. Pueden surgir problemas incluso si las políticas, normas y lineamientos nacionales se refieren a este producto, ya que los procedimientos de despacho de aduana pueden depender de las directivas que impartan unos pocos funcionarios poderosos.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: El organismo de respuesta humanitaria intentó obtener el misoprostol para su uso en programas de respuesta a emergencias, pero se enfrentó a problemas para que los productos pasaran por aduana ya que existía la percepción de que el misoprostol era un abortivo. La coordinadora de SSR se reunió individualmente con el funcionario del Ministerio de Salud responsable de aprobar el ingreso del medicamento. Explicó que estaba incluido en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS y que su organismo había comprado un producto de calidad asegurada. También analizó la transparencia del uso en el programa y explicó que su objetivo es salvar vidas en casos de hemorragia posparto. La coordinadora de SSR también le ofreció al representante organizar una visita de campo en algún momento futuro.

RESULTADOS: Luego de la reunión presencial, el Ministerio de Salud aprobó que el misoprostol ingresara en el país y se utilizara en la respuesta. Si bien se trata de un producto muy regulado, la transparencia, la comunicación y la colaboración facilitaron la entrega de misoprostol en este ámbito

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Aprovechar las relaciones y adoptar una actitud transparente con las autoridades nacionales con respecto al uso de productos polémicos puede ayudar a sortear atascos. Utilice lineamientos globales, incluida la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, para respaldar su caso. También puede ser útil reunirse individualmente con funcionarios del Ministerio de Salud que tengan una actitud receptiva.

Entre los aspectos de la programación vinculados con el almacenamiento y el transporte dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Defina las opciones de almacenamiento y transporte, incluso para mantener la cadena de frío, como parte de las actividades de preparación para programas en curso. Defina en qué partes del país hay más posibilidades de que haya interrupciones en la ruta, por ejemplo, debido a inundaciones. Incluya opciones de respaldo y evalúe anticipadamente posibles alianzas con otros organismos o proveedores locales. Esto ahorrará tiempo y dinero cuando se produzca una emergencia
- **Respuesta inicial:** Utilice los detalles en los Botiquines de SR (pueden obtenerse del UNFPA), como orientación con respecto a los requisitos de almacenamiento. Sin embargo, tenga en cuenta que es posible que no siempre los botiquines estén estandarizados, a medida que se haga más frecuente tener varios proveedores. Analice soluciones de depósito temporal para cada tramo de la ruta, incluso hasta que se entregue/distribuya en el último destino. Analice la vulnerabilidad de los depósitos en la cadena de suministro y las soluciones de respaldo
- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** Continúe analizando cada punto del sistema de almacenamiento y transporte para que la cadena de suministro sea tan sólida y eficiente como sea posible. Con un análisis de red puede identificarse el conjunto más eficiente de nodos de almacenamiento y de rutas de transporte para lograr un nivel de servicio y una eficiencia óptimos (ver Manual para gerentes de cadenas de suministro, de JSI, mencionado en la sección 4.6). Invierta en la mejora de las instalaciones de almacenamiento nacionales. Continúe capacitando al personal en cuanto al mantenimiento de las cadenas de frío en todos los puntos. Cuando sea posible, comience a contratar agencias de transporte y almacenamiento locales, y capacite al personal local según sea necesario

Entrega en el último destino

La entrega en el último destino es fundamental, pero con frecuencia es un aspecto de la gestión de la cadena de suministro que no se toma en cuenta. Implica trasladar la mercadería desde los centros regionales a centros del programa que suelen estar alejados, como establecimientos de salud, campos de refugiados o de desplazados internos (DI) e incluso hogares. Si se hace participar al personal de salud, a las comunidades y a las poblaciones afectadas, esto puede aumentar la confiabilidad de la entrega en el último

destino, en especial, si se aplican estrategias de monitoreo y rendición de cuentas. Ver más en la publicación *Measuring Accountability for Last Mile Delivery* (sección 4.6), del Grupo Interinstitucional sobre Cadenas de Suministro (Interagency Supply Chain Group).

Los organismos deberían desarrollar planes de almacenamiento y transporte que abarquen todo el trayecto hasta el destino final, donde los productos se distribuirán a los clientes. Estos planes deberían ser compartidos con otras agencias mediante los mecanismos aplicables a los grupos, incluido el Grupo de Logística. Es importante garantizar que todos los bienes se almacenen debidamente una vez que lleguen a su destino final (p. ej., en establecimientos de salud). Tenga en cuenta tanto el espacio necesario como los requisitos de cadenas de frío. También es importante asegurarse de que el personal del establecimiento de salud conozca los requisitos de almacenamiento y lleve registro de las existencias de todos los productos. Invertir en un encargado de existencias de confianza mejorará la eficiencia y la fiabilidad.

Entre los aspectos de la programación vinculados con la entrega en el último destino dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Asegúrese de que los trabajadores de la salud, incluidos los trabajadores de la salud comunitarios, en contextos que tiendan a ser de emergencia o de desastre, estén familiarizados con los productos básicos de SSR y los Botiquines de SR, y que comprendan la importancia de llevar registro de las existencias. Asegúrese de que los centros de salud distantes tengan suficiente espacio de almacenamiento y que puedan cumplir con los requisitos para mantener la cadena de frío
- **Respuesta inicial:** Integre en sus sistemas todos los recursos disponibles y opciones en el diseño, la planificación y la ejecución de la entrega en el último destino. Utilice el (los) método(s) de entrega en el establecimiento o el lugar de distribución que sea(n) accesible(s) y apropiado(s) de acuerdo con el contexto, desde soluciones poco tecnológicas hasta otras que sean de tecnología avanzada. Si se necesita un camión pero en algún punto la ruta está intransitable, analice métodos a tracción humana o animal. A medida que las posibilidades tecnológicas se amplíen, es posible que se vuelva habitual usar drones de carga para la entrega en el último destino de la asistencia humanitaria. Se han hecho pruebas piloto con drones para la entrega en el último destino en Ruanda, la República Dominicana y en Nepal, entre otros países, con resultados preliminares positivos en cuanto a la

entrega de insumos médicos. Es importante controlar que la distribución de insumos directamente al usuario final (preservativos, anticonceptivos de emergencia, otros métodos anticonceptivos, etc.) no aumente el riesgo de protección del usuario final (por ejemplo, el riesgo de explotación y abuso sexual)

- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** Se están realizando pruebas piloto de tecnologías para mejorar la entrega en el último destino en situaciones de crisis prolongadas o de recuperación. Por ejemplo, los estudios piloto sobre la Red del Equipo de Información Movilizada para el Análisis del Rendimiento y la Transformación Continua, en los que los equipos de la red utilizan tecnología móvil para proporcionar informes en tiempo real sobre índices de desabastecimiento y otros datos de la cadena de suministro, han demostrado ser más precisos para reabastecer a clínicas y establecimientos de salud ubicados en lugares remotos (ver la sección 4.6)

Gestión de residuos

A menudo, cuando se planifican las cadenas de suministro, un aspecto que se pasa por alto es la gestión de residuos de insumos médicos. Los residuos médicos pueden incluir residuos punzantes (como agujas), productos farmacéuticos (sustancias vencidas o dañadas) y otros residuos médicos peligrosos (tejidos humanos o sangre). La eliminación correcta de estos artículos garantizará que personas, animales y el medioambiente no estén expuestos a medicamentos vencidos, equipos usados o sustancias peligrosas.

Los países tienen distintas políticas y sistemas de eliminación de residuos para los residuos no médicos ordinarios, y mucho más para residuos médicos. Es fundamental que los actores humanitarios se aseguren de que los residuos médicos se eliminen de manera correcta en todos los ámbitos, y que se cumplan los estándares de la OMS y los requisitos nacionales pertinentes.

Entre los aspectos de la programación vinculados con la gestión de residuos dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Defina las políticas y reglamentaciones gubernamentales existentes en relación con los residuos médicos y no médicos, y adáptelas a lo que ocurre en la práctica. Si fuera necesario, colabore con el gobierno para elaborar pautas y políticas y crear infraestructuras para la eliminación de residuos, que sean acordes con los lineamientos de la OMS. La oficina local de la OMS puede ayudar con este proceso

- **Respuesta inicial:** Garantizar que la proyección y la adquisición se realicen de manera responsable ayudará a que no se solicite un exceso de productos básicos que luego no se usen y vengzan. Celebre con el Ministerio de Salud acuerdos para compartir los productos básicos emplazados previamente que se encuentren cerca de su vencimiento con otros establecimientos de salud, a fin de evitar que vengzan. Asegúrese de que el personal de todos los niveles de la cadena de suministro esté familiarizado con las pautas sobre gestión de residuos médicos y capacitados en la materia. Si no existiera un sistema de eliminación de residuos médicos, la organización tiene la responsabilidad de transportar y gestionar estos residuos de manera segura
- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** Desarrolle la capacidad nacional para garantizar que los residuos se eliminen de manera segura y de conformidad con los lineamientos de la OMS

PILAR 3: MONITOREO DE LA DISTRIBUCIÓN Y DEL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS BÁSICOS

Instrumentos para el seguimiento y rastreo de inventario

Para que un sistema de la cadena de suministro sea eficaz es fundamental establecer instrumentos para la recabación de datos que permitan hacer un seguimiento de los productos y de los niveles de inventario en los establecimientos de salud y depósitos. Estos datos orientan los procesos de cuantificación y de adquisiciones para satisfacer las necesidades de productos básicos, evitar que haya faltantes de productos y reducir al mínimo la posibilidad de que se desperdicien productos. Existen varios sistemas de seguimiento e instrumentos de presentación de informes, desde planillas básicas hasta un potente software para el LMIS que optimiza la cuantificación y la planificación. Las herramientas utilizadas suelen diferir entre la fase aguda y la de recuperación de una crisis, y se tornan más sólidas y se coordinan mejor con los sistemas nacionales a medida que la situación se estabiliza.

Entre los aspectos de la programación vinculados con los instrumentos de seguimiento y rastreo dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Defina cuáles son los instrumentos de gestión de inventarios de logística nacionales con los que cuenta en la actualidad. Desarrolle instrumentos de seguimiento y rastreo que puedan utilizarse durante una emergencia, y capacite al personal sobre su uso y sobre porqué son importantes

- **Respuesta inicial:** En coordinación con el grupo de salud, los organismos deben seleccionar y aplicar de inmediato instrumentos de seguimiento y rastreo para su uso en la etapa aguda, teniendo en cuenta factores como los instrumentos nacionales existentes, la conectividad a Internet requerida y la capacitación del personal necesaria. Para los productos básicos de SSR, utilice el mismo sistema de gestión que el que usa para otros productos básicos. Al inicio de una respuesta

ante una emergencia extrema, lo más probable es que pueda usarse una planilla básica para reunir información, como producto, especificaciones del producto, niveles del inventario, fecha de vencimiento y fecha de almacenamiento. Cerciórese de que las farmacias del establecimiento de salud cuenten con tarjetas de inventario para cubrir los artículos en los Botiquines de SR y otros productos utilizados en la respuesta

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 4.2: TRABAJO CON COMITÉS DE SALUD COMUNITARIOS PARA REDUCIR EL DESABASTECIMIENTO DE INSUMOS DE SSR EN CONTEXTOS DE CRISIS

ORGANIZACIÓN: CARE

LUGAR: Kivu del Norte, República Democrática del Congo (RDC)

INTRODUCCIÓN: La provincia de Kivu del Norte, en la zona oriental de la RDC, es un territorio de gran belleza natural y abundantes recursos naturales. También es el lugar donde, desde hace décadas, hay un conflicto que ha asolado a la población, perturbado los vínculos sociales y devastado el sistema de salud pública. La iniciativa de CARE denominada Ayuda para el acceso a la planificación familiar y atención posterior al aborto (Supporting Access to Family Planning and Post-Abortion Care, SAFPAC) ha estado trabajando desde julio de 2011 en la región oriental de la RDC a fin de reducir los embarazos no deseados y las muertes como consecuencia de abortos inseguros en contextos afectados por crisis. La iniciativa SAFPAC apoya los sistemas de salud gubernamentales en el nivel primario y en el de derivación para proporcionar una amplia gama de servicios anticonceptivos, incluidos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, a personas afectadas por situaciones de conflicto o de desplazamiento. Esta iniciativa tiene los siguientes componentes: 1) Capacitación, evaluación y preparación sobre habilidades clínicas; 2) Supervisión de respaldo; 3) Ayuda para la cadena de suministro; 4) Mejoramiento de la calidad; y 5) Movilización comunitaria.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Dado que el sector público carecía de una cadena de suministro de insumos de SSR en funcionamiento en nuestras áreas operativas, CARE suministró todos los anticonceptivos, medicamentos e insumos necesarios para prestar servicios de calidad de planificación familiar y atención posterior al aborto. CARE adquirió los insumos de SSR de ASRAMES (la Asociación Regional para el Suministro de Medicamentos Esenciales) y de proveedores internacionales, y se los entregó a autoridades de salud distritales para que los distribuyeran a establecimientos de salud trimestralmente (sistema de “empuje”). La iniciativa rastreó desabastecimientos de 8 productos marcadores (píldoras anticonceptivas orales, inyectables, implantes, dispositivos intrauterinos, kits manuales de aspiración de vacío, medicamentos para el dolor, desinfectantes de alta eficacia y guantes) en los informes mensuales periódicos presentados por el centro de salud.

En la primera etapa, la iniciativa experimentó desabastecimientos reiterados de implantes, medicamentos para el dolor y desinfectantes de alta eficacia. En alguna medida, esto se debió a factores que exceden del control de CARE, como la escasez mundial de implantes y situaciones de inseguridad que impiden el reabastecimiento. También se debió a que los establecimientos de salud no limitaron el uso de medicamentos para el dolor y de los desinfectantes de alta eficacia adquiridos por CARE a los servicios de planificación familiar y atención posterior al aborto. Dado que CARE fue el único proveedor de estos insumos esenciales para los establecimientos de salud, no desalentó esta práctica. Sin embargo, CARE debía encontrar una manera de mejorar las proyecciones y las prácticas de gestión de inventario para evitar futuros desabastecimientos.

Como primera medida, CARE capacitó a los encargados de existencias, farmacéuticos, proveedores y representantes comunitarios acerca de prácticas e instrumentos de gestión de inventario para productos básicos de salud, de conformidad con lo establecido en las pautas nacionales. Los representantes comunitarios eran miembros de los Comités de Desarrollo del Área de Salud (CODESA). (CODESA es una estructura comunitaria que representa a todas las localidades/calles del área que un centro de salud atiende. Es fundamental para que los centros de salud rindan cuentas a las comunidades que atienden, ya que deben informar cómo usan sus recursos. Los miembros de CODESA se reúnen con el equipo del centro de salud una vez al mes para analizar los resultados alcanzados, identificar fortalezas y debilidades, y planificar las medidas correctivas). Inicialmente, la iniciativa no se vinculó con los CODESA, pero CARE se dio cuenta de que no hacerlo significaba perder la oportunidad de mejorar la gestión de insumos de SSR, dado que uno de los roles de los CODESA es supervisar los recursos de los centros de salud y, en su calidad de consumidores primarios de servicios de salud, tienen interés en que los insumos de salud se administren de manera correcta.

Además de capacitar a los miembros de los CODESA en cuanto a la gestión de inventario, CARE los invitó a participar en visitas de

supervisión mensuales de respaldo a centros de salud. En estas visitas, realizaban inventarios físicos para comparar las tenencias de existencias con los registros de inventario de existencias y para asegurarse de que se hiciera de inmediato un nuevo pedido de aquellos productos de los que había pocas existencias. CARE también los invitó a ayudar a recibir las entregas de la farmacia de salud del distrito, a fin de verificar los contenidos y la documentación.

CARE contribuyó a alentar a los CODESA a asumir estas tareas adicionales solicitándoles sus opiniones durante las visitas mensuales que CARE realizaba junto con funcionarios de salud del distrito y reconociendo sus esfuerzos durante las reuniones trimestrales de revisión del proyecto celebradas con todos los actores interesados. A su vez, los CODESA obtuvieron un porcentaje del dinero que CARE pagaba a los centros de salud que tenían un buen desempeño con respecto a determinados criterios, como los desabastecimientos.

RESULTADOS: Al involucrar a los CODESA la gestión de inventario de existencias de rutina, CARE redujo prácticamente a cero los volúmenes de desabastecimiento en los centros de salud a los cuales asiste, incluso durante períodos en los que la inseguridad impidió el acceso a algunos de estos centros. En el proceso, CARE pudo establecer con los CODESA y el personal de salud una relación de confianza recíproca en los distritos de salud donde CARE trabaja que, a su vez, mejoraron la calidad general y la aceptación de los servicios de SSR.

En el camino se han presentado algunos desafíos. Al principio, el personal de salud no confiaba en CODESA porque lo percibían como un órgano regulatorio sin antecedentes sanitarios. CARE abordó esta inquietud colaborando con el Ministerio de Salud para definir los roles y responsabilidades de los CODESA y del personal de salud en la gestión de insumos y equipos de salud. Posteriormente, CARE orientó a los CODESA y al personal de salud sobre sus roles y responsabilidades durante la capacitación sobre gestión del inventario de existencias, y los ayudó a elaborar planes de gestión de existencias trimestrales y a revisar los avances durante las reuniones trimestrales con los actores interesados.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: La participación comunitaria en la gestión y control de insumos de SSR en los establecimientos de salud es un mecanismo efectivo para garantizar la rendición de cuentas relativa a los servicios de salud pública, incluidos los productos básicos para los usuarios. Además de mejorar la disponibilidad de insumos de SSR esenciales, es una forma eficaz de establecer una relación de confianza recíproca entre las comunidades y las autoridades de salud del gobierno y es un instrumento especialmente útil para ayudar a que las sociedades afectadas por las crisis sienten las bases para lograr la paz y alcanzar un futuro mejor.

- Transición hacia servicios de SSR integrales: Tan pronto como sea posible deben utilizarse instrumentos de seguimiento y rastreo más potentes, según el grupo de salud y en coordinación con los sistemas nacionales y locales del Ministerio de Salud. Muchos organismos y gobiernos utilizan LMIS para centralizar los cálculos del inventario y de existencias, y luego poder orientar las compras, la facturación y la rotación de existencias según las fechas de vencimiento, el consumo y otros puntos de datos. Los LMIS suelen utilizar sistemas de escaneo/códigos de barra, la nube y bases de datos móviles para seguir y rastrear mercaderías en cualquier punto del sistema de gestión de suministro (en tránsito, en depósito, durante la distribución, etc.). Al igual que con todos los componentes de la gestión de la cadena de suministro, se debe integrar LMIS para productos básicos humanitarios en los sistemas nacionales y en los procesos de cadena de suministro regulares/sostenibles tan pronto como sea posible

Recabación de datos y procesos de presentación de informes (capacidad del personal de utilizar los sistemas de información logística)

Con cualquier instrumento de seguimiento y rastreo, varios miembros del personal deberán recabar una diversidad

de datos (como cantidad de cajas de píldoras en un estante, que ingresan o egresan), ingresarlos en el sistema (hay muchas opciones de software de fuente abierta) y enviarlos a los equipos responsables de las proyecciones y adquisiciones de productos. Para gestionar el inventario, todo el personal debe participar en el sistema de logística. Farmacéuticos, personal de enfermería, parteras y médicos deben conocer las existencias de mercaderías/insumos en la clínica pertinente y comunicar esta información como parte de las iniciativas para recabar datos. Capacite a sus equipos sobre la gran importancia del rol de cada persona, los puntos de datos y la información necesaria, los indicadores clave que deben monitorearse (mencionados en la sección sobre monitoreo a continuación), la frecuencia con la que deben recabarse los datos necesarios, con qué niveles de existencias en sus clínicas/programas es necesario realizar un nuevo pedido, y cuándo estarán en riesgo de quedar desabastecidos, y monitoree las pérdidas. El respeto de cada rol y el otorgamiento de los recursos necesarios para poder desempeñarlos, el reconocimiento de los desafíos que enfrenten y la comunicación de su importancia ayudarán a garantizar un sistema de gestión de suministro efectivo respaldado por un equipo verdaderamente comprometido.

Entre los aspectos de la programación vinculados con los procesos de recabación de datos y la presentación de

informes dentro del ciclo del programa de emergencia se incluyen los siguientes:

- **Preparación:** Capacite al personal humanitario (antes de su despliegue) y al personal de salud nacional sobre la importancia de mantener sistemas de información actualizada acerca de los insumos y del inventario, cuál es su rol en este proceso y cómo utilizar los sistemas de datos que estarán disponibles durante las emergencias.
- **Respuesta inicial:** Los datos de almacenamiento y los datos del establecimiento de salud sobre movimientos de productos básicos de SSR y su consumo deben recabarse en un punto central (por ejemplo, el subgrupo de SSR). Aliente a todos los socios de ejecución a informar sobre el mismo conjunto de productos básicos de SSR (por lo menos, los consumibles de los Botiquines de SR) utilizando el mismo instrumento
- **Transición hacia servicios de SSR integrales:** A medida que amplíe los servicios de PSIM para que incluyan SSR integrales, integre su LMIS en los sistemas nacionales existentes y capacite a su personal sobre su uso tan pronto como sea posible. Si existen, utilice o aproveche las herramientas de capacitación gubernamentales. Capacite al personal sobre por qué es importante recabar datos y presentar informes acerca de los productos básicos (por ejemplo, es especialmente importante calcular la demanda de productos básicos anticonceptivos, a fin de garantizar la combinación de métodos anticonceptivos adecuada). Incentive la capacitación en el uso de sistemas de software que faciliten la administración de la programación integral y de un sistema de gestión de cadena de suministro sólido

Evaluación y rendición de cuentas

Para mejorar la cadena de suministro de manera continua y garantizar la rendición de cuentas frente a los clientes, analice periódicamente los datos recabados mediante estos procesos. Para la rendición de cuentas es fundamental realizar una auditoría de los inventarios físicos para comparar las tenencias actuales con los informes y registros de existencias. Lo ideal sería que los representantes de comunidades y el personal de centros de salud realizaran una vez por mes inventarios físicos (en forma total o parcial) para verificar/corregir los registros de existencias según corresponda.

Además, una revisión mensual de los datos sobre pérdidas y desperdicio puede dar algún indicio de dónde se están produciendo los atascos, las barreras estacionales u otros problemas. Utilice los datos recabados mediante LMIS, HMIS

o cualquier otro instrumento de recabación de datos para medir los avances con respecto a las metas de desempeño anuales. Desarrolle estrategias que permitan que el sistema mejore constantemente, sea reactivo y flexible, pero que mantenga su infraestructura en el tiempo. Controle algunos artículos y medicamentos mediante los informes o análisis de desabastecimiento como representante de su cadena de suministro.

Establezca mecanismos de formulación de comentarios/quejas para que los beneficiarios, el personal, los organismos socios y las compañías brinden comentarios con regularidad; por ejemplo, entrevistas rápidas de salida a los clientes, en las que estos comuniquen si han recibido el medicamento o anticonceptivo deseado/solicitado.

4.3.4 Coordinación y generación de vínculos

Para que las operaciones de una cadena de suministro tengan resultados positivos se precisa un algo grado de coordinación, tanto internamente entre los equipos de adquisiciones y de logística dentro de los organismos de ejecución, como externamente, con diversos actores interesados. La coordinación es necesaria en cada paso, desde para garantizar que los suministros de SSR sean parte de la cartera principal del grupo de salud hasta para transportar los productos por todo el país, hacer un seguimiento de existencias y abordar desabastecimientos.

Al diseñar e implementar estrategias de cadenas de suministro, coordine con las siguientes partes interesadas lo que se indica a continuación:

- **Grupos de salud, protección y logística:** Coordine de inmediato con los grupos de salud, protección y logística las acciones para recabar los datos necesarios que permitan calcular las necesidades de insumos de SSR de la población afectada y para garantizar que los productos de SSR sean prioritarios como parte de la respuesta de salud más amplia. Al mismo tiempo, comuníquese con un punto focal humanitario del UNFPA para comenzar el proceso de pedido de Botiquines de SR
- **Grupo/subgrupo de trabajo sobre SSR:** Asegúrese de que las consideraciones sobre la cadena de suministro de SSR contribuyan a definir el diseño y la implementación del programa de SSR más amplio, y a la inversa. Por ejemplo, cada componente de la prestación del servicio de SSR –desde el suministro de anticonceptivos hasta la atención de la salud materna y de los recién nacidos, hasta la atención de sobrevivientes de violencia– debería tener un paquete

esencial claramente definido de productos básicos, que oriente al personal de adquisiciones y de logística sobre lo que se necesita

- **Organismos socios:** Coordine con organismos socios las acciones para garantizar que los insumos de SSR lleguen a todas las áreas geográficas, poblaciones y establecimientos. Durante la fase de preparación y durante la ampliación del PSIM hacia servicios de SSR integrales, asóciase con gobiernos y socios locales o que ya existan en el sector de desarrollo (en especial, con los que cuenten con programas ya establecidos en el área) para que ayuden a recuperar las cadenas de suministro que había antes de la crisis
- **Organismos gubernamentales:** Varios organismos gubernamentales pueden desempeñar la doble función de socios y guardianes en varios puntos de la cadena de suministro. Por ejemplo, los funcionarios gubernamentales pueden proporcionar información sobre las leyes y políticas que regulan el sistema de la cadena de suministro, en especial, el ingreso de medicamentos en el país. También pueden proporcionar materiales de capacitación en gestión de inventario de existencias, que deberían ser la base de cualquier capacitación durante el período de transición hacia cadenas de suministro sostenibles. Cultive vínculos con organismos gubernamentales relevantes (en el ámbito nacional y local); esto es fundamental en el proceso de recuperación o de generación de cadenas de suministro sostenibles a largo plazo. Entre los organismos gubernamentales relevantes se incluyen el Ministerio de Salud, el organismo nacional de regulación de los medicamentos y otros
- **Personal de atención de la salud en el terreno:** Los trabajadores de la salud, desde los médicos al personal de enfermería, las parteras y los asistentes médicos, proporcionan la información técnica necesaria para orientar y mantener cadenas de suministro que funcionen correctamente. Por ejemplo, deben proporcionar detalles sobre datos de consumo y especificaciones de productos como las formulaciones y las dosis de los productos básicos para contribuir a la realización de los pedidos, incluida información sobre dosis/formulaciones especiales que se necesiten para poblaciones específicas que utilizan determinados productos. También son importantes para mantener sistemas de seguimiento e inventario actualizados, ya que deben informar los niveles de existencias y avisar cuando se necesiten artículos (niveles de existencias bajos o desabastecimiento)
- **Proveedores locales de transporte y almacenamiento:** Dado que el transporte y el almacenamiento son

importantes para el correcto funcionamiento de las cadenas de suministro, mantenga buenos vínculos con los interesados locales responsables de llevar adelante estos procesos, de contribuir a ellos y de supervisarlos. Esto puede incluir personal y funcionarios de gerencia en el aeropuerto o puerto de embarque local; en el centro de transporte terrestre local; y depósitos desde el puerto de ingreso hasta el último destino

- **Proveedores médicos locales:** Lo más conveniente es tratar de conseguir la mayor cantidad de insumos de fuentes locales (equilibrando esto con otras consideraciones como el costo y la calidad). En este proceso, trabaje en coordinación con estos proveedores y, cuando sea necesario, con la OMS

4.3.5 Incidencia

Son muchas las áreas de contacto en las que se pueden promover cadenas de suministro de SSR humanitarias mejoradas. La incidencia es necesaria para alertar sobre la importancia que tienen los productos básicos de SSR en el cumplimiento de los compromisos humanitarios y de las obligaciones de derechos humanos, así como para incentivar a quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones a que aborden la necesidad de asignar recursos, entre ellos, la planificación estratégica y el tiempo del personal, para mejorar las cadenas de suministro de SSR humanitarias. Los responsables de tomar decisiones en todos los niveles, desde los líderes nacionales hasta los locales, y desde los donantes hasta el personal de salud humanitario, desempeñan un papel en el diseño, la implementación y el monitoreo de las políticas, los programas y las estructuras de financiamiento que mejoran el acceso a productos básicos de SSR. Los mensajes de incidencia a las siguientes audiencias pueden incluir:

Los organismos de respuesta humanitaria deberían hacer lo siguiente:

- Invertir en fortalecer sus cadenas de suministro de SSR comenzando, para ello, por analizar los atascos, abordando los atascos, generando capacidad y midiendo los avances
- Garantizar que el personal capacitado en logística/adquisiciones médicas esté integrado en los programas de SSR humanitarios y en todos los niveles de la cadena de suministro
- Integrar a los profesionales sénior de logística y cadena de suministro humanitarias en el nivel de toma de decisiones estratégicas de la organización y solicitar sus aportes con respecto a decisiones clave sobre recaudación de fondos y programación. A

menudo, la comunidad de profesionales en logística y cadena de suministro humanitarias siguen sin tener representación en el nivel estratégico dentro de sus organizaciones, y tienen poco diálogo directo con la comunidad donante institucional

- Colaborar con el sector de desarrollo para integrar los insumos de SSR en cadenas de suministro de productos básicos médicos sostenibles y permanentes, por ejemplo, promoviendo la presencia en el país de personal de logística altamente capacitado que esté familiarizado con los productos básicos de SSR

Los responsables de tomar decisiones en el ámbito nacional deberían hacer lo siguiente:

- Trabajar con el grupo de salud respecto de la adquisición y distribución de insumos de SSR entre los socios
- Registrar todos los productos en los Botiquines de SR (y otros insumos que sean necesarios para poner en marcha servicios de SSR integrales) dentro del país, incluidos anticonceptivos de emergencia, misoprostol, preservativos femeninos e insumos para abortos seguros
- Establecer políticas que permitan entregas humanitarias, entre ellas, Botiquines de SR, para que puedan ingresar al país expeditivamente y utilizarse sin demora
- Establecer regulaciones de comercio/importación favorables, como exenciones impositivas, para las entregas humanitarias
- Establecer planes de preparación nacionales que ayuden a poder acceder en todo momento a insumos de SSR en situaciones de emergencia (y emplazar previamente los productos básicos de manera estratégica donde corresponda)
- Generar resiliencia en la cadena de suministro, por ejemplo, mediante planes de contingencia, para garantizar que haya productos básicos de SSR ante una emergencia. Esto incluye identificar y abordar atascos en la cadena de suministro de SSR para garantizar una distribución equitativa a todas las personas que necesiten servicios de SSR, teniendo en cuenta cómo llegar a poblaciones tradicionalmente vulnerables, como adolescentes, personas con discapacidad y personas que se encuentren en zonas muy remotas. Los esfuerzos de resiliencia también deben tener en cuenta posibles consideraciones de seguridad y diferencias de poder entre grupos en conflicto

- Establecer políticas y prácticas de gestión de residuos sostenibles para los residuos médicos y no médicos

Los líderes locales y comunitarios deberían hacer lo siguiente:

- Contribuir a la preparación y planificación de la cadena de suministro, incluidos planes de contingencia, de productos básicos de SSR. Siempre debería incluirse a los líderes locales y comunitarios a través de procesos participativos
- Colaborar en la elaboración de planes de preparación locales que se anticipen a las situaciones de emergencia y que incluyan insumos de SSR dentro de la respuesta de salud más amplia, e implementar tales planes ante una emergencia

Los donantes deberían hacer lo siguiente:

- Financiar inversiones estratégicas para fortalecer las cadenas de suministro de SSR humanitarias, incluidas iniciativas para comprender mejor y abordar los atascos. Los donantes deberían financiar no solo toda la gama de productos básicos, sino también el fortalecimiento de las cadenas de suministro necesarias para que los productos básicos lleguen a su destino final (el usuario final) cuándo y dónde sea necesario. Estas iniciativas deberían abarcar todo el ciclo del programa de emergencia, desde la preparación hasta la respuesta y la recuperación
- Incluir todos los productos en los Botiquines de SR en su lista de productos básicos esenciales para una respuesta a situaciones de emergencia

Los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud, y los funcionarios de los grupos de salud y protección deberían hacer lo siguiente:

- Brindar información y justificaciones técnicas según sea necesario cuando los responsables de tomar decisiones sostengan que determinados productos de SSR, como anticonceptivos de emergencia o productos básicos para la gestión clínica de violaciones sexuales, no son necesarios

4.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

Los insumos de salud sexual y reproductiva son productos básicos vitales. Para poder lograr una buena salud sexual

y reproductiva es necesario disponer de insumos de SSR asequibles y de buena calidad. Hay una relación fundamental entre el acceso a la gama completa de insumos de SSR y la capacidad de mujeres y niñas de ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean y el intervalo entre los nacimientos, y a mantener una buena salud. Esta relación es mayor en el caso de personas afectadas por emergencias humanitarias, que a menudo enfrentan riesgos mayores respecto de su SSR y desafíos en cuanto al acceso a insumos de SSR de los que dependen regularmente (como su método anticonceptivo usual de preferencia), y cuyas necesidades pueden variar según cambien sus circunstancias ante el surgimiento de una emergencia. Los insumos de SSR contribuyen de manera directa a la autodeterminación, la libertad de elección y la autonomía.

El acceso a medicamentos, específicamente, es fundamental para la plena efectividad de los derechos a la salud y a la vida. Los órganos de derechos humanos han reconocido que el suministro de medicamentos esenciales es parte de las obligaciones mínimas fundamentales del derecho a lograr el estándar más alto de salud posible, con el que los Estados deben cumplir en todo momento (ver Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observaciones Generales N.º 3 y 14).

Los órganos de derechos humanos han emitido lineamientos detallados (ver Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N.º 14) sobre los elementos necesarios para efectivizar el derecho a la salud y han señalado que los servicios y bienes de salud, incluidos insumos y medicamentos de SSR, deben tener las siguientes características:

- **Estar disponibles** en cantidad suficiente
- **Ser accesibles** para todos sin discriminación (esto incluye accesibilidad física, económica y a la información)
- **Ser aceptables** desde el punto de vista ético de la medicina y dentro de un contexto cultural específico
- Ser de buena **calidad** y apropiados desde el punto de vista científico y médico

En el contexto de una crisis humanitaria, debe prestarse especial atención a garantizar que todas las poblaciones afectadas, incluidos grupos que suelen ser marginados (como adolescentes, personas de bajos ingresos, personas con discapacidad, mujeres y hombres que sobreviven a situaciones de violencia de género, trabajadores sexuales y lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y

asexuales) puedan acceder de manera segura a insumos de SSR. A medida que la situación se estabiliza, es fundamental que la población afectada participe en el diseño, la implementación y el monitoreo de las cadenas de suministro, a fin de garantizar que los insumos y medicamentos cumplan con la demanda y lleguen a los grupos marginados (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N.º 14). Se recomienda enfáticamente lograr, tan pronto como sea posible, que estos grupos participen en los sistemas de gestión de la cadena de suministro en situaciones de emergencia.

Si bien las normas de derechos humanos no lo han incluido de manera expresa, el sector de logística tiene la oportunidad de promover la plena efectividad de la salud como derecho humano en aplicaciones tangibles, como por ejemplo, mediante el abastecimiento ético de productos. En el abastecimiento, el derecho a insumos de alta calidad debe estar acompañado del derecho al desarrollo de las economías y comunidades locales y debe ponderarse en función de este (ver Resolución 41/128 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, A/RES/41/128). El abastecimiento local de productos contribuye a la economía local y a generar cadenas de suministro sostenibles en el área afectada. Los organismos humanitarios, en su intento por “no dañar” y dejar una cadena de suministro lo más sólida y saludable posible, deberían intentar formar alianzas con proveedores y vendedores locales. Al mismo tiempo, los actores humanitarios también deben tener en cuenta la calidad del producto al tomar sus decisiones sobre abastecimiento. Esto es especialmente importante en el caso de los medicamentos, ya que cuando productos de baja calidad, falsificados o vencidos ingresan en la cadena de suministro, los perjudicados, en última instancia, son los usuarios finales. Eso también representa un uso ineficiente de los recursos del sector humanitario. Los organismos pueden poner en práctica sus propios procesos para evaluar la calidad de los productos, basándose en estándares y lineamientos globales y nacionales que los ayuden a determinar si los productos locales son de alta calidad. Como se analizó previamente, las mercaderías deben cumplir los requisitos específicos de la categoría Productos Farmacéuticos Acabados. Cuando en el mercado local puedan encontrarse productos de alta calidad, debe utilizárselos. De lo contrario, habrá que procurar esos productos de alta calidad, estos deben obtenerse de otras fuentes.

4.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Las mediciones y datos sobre logística y sobre la cadena de suministro son fundamentales para que los resultados de una respuesta humanitaria sean satisfactorios. En contextos que no son de emergencia, los especialistas en logística utilizan diversos indicadores para monitorear la cadena de suministro, que son relevantes en las fases agudas y prolongadas de la programación humanitaria. Debe coordinarse con el grupo de logística para determinar las prioridades del grupo y cuáles son los indicadores clave en el país/contexto. Es posible que los distintos donantes y socios también tengan en cuenta otros indicadores. Sobre la base de estos recursos y de la interacción que exista con el sistema del grupo en las áreas afectadas por una emergencia, deben establecerse las prioridades e indicadores de logística de la organización. Sobre la base de esta lista, establezca sus indicadores clave (los 4 o 5 indicadores necesarios para obtener información en puntos específicos de la cadena de suministro) asegurando la coherencia entre los organismos y con los grupos. Estos serán los puntos de datos básicos que el LMIS recabará en todos los niveles. Al pasar de la respuesta de la fase aguda a una programación de SSR más integral, ajuste los sistemas de monitoreo y los instrumentos de recabación de datos para reunir información más integral. A continuación se presentan algunos indicadores clave que pueden considerarse datos de recabación prioritaria. Algunos son adecuados para la fase aguda y algunos son más adecuados para contextos prolongados, así como para la recuperación y la transición hacia sistemas logísticos integrales. Entre los indicadores clave se pueden incluir los siguientes:

GENERALES

Fase aguda

- Cantidad de días de demora por procesos de despacho de aduana
- Cantidad y porcentaje de artículos devueltos/rechazados (cant. de artículos devueltos con respecto a todos los productos de pedidos de clínicas; indicar motivo de la devolución)
- Sistema de gestión de datos establecido en cada punto del sistema de gestión de la cadena de suministro (en depósito, en la clínica, en la oficina nacional, como parte del HMIS, etc.). Podría ser un buen paquete de software de LMIS o una planilla de Microsoft Excel

Recovery and protracted phases, and/or comprehensive systems

- Cantidad y porcentaje de entregas puntuales de productos básicos (cant. de entregas puntuales de productos básicos respecto de la cant. total de entregas de productos básicos)

PUNTOS DE DATOS EN EL LMIS DE CADA DEPÓSITO/CLÍNICA/RESERVA, COMO LOS SIGUIENTES:

- Existencias a mano
- Cantidad total y valor en dólares de la mercadería dañada/extraviada/vencida
- Cantidad total y valor en dólares de mercaderías vencidas o dañadas antes de la entrega/distribución/utilización en el terreno
- Niveles de inventario v. necesidad prevista (niveles de inventario mensuales [por tipo de producto] respecto de la necesidad prevista en comparación con la necesidad prevista del mes anterior)
- Desabastecimientos – el indicador SPHERE de desabastecimiento, que puede utilizarse para todas las emergencias, es el siguiente: “En ningún establecimiento de salud puede haber desabastecimiento de determinados medicamentos esenciales y de productos marcadores durante más de una semana”. Hay otros indicadores de desabastecimiento muy útiles, como por ejemplo:
 - o Se señala que queda la mitad de las existencias para hacer un pedido de producto (sí/no por tipo)
 - o El sistema de datos capta esta necesidad (sí/no)
 - o Se pidió el producto (sí/no)
 - o Tiempo de entrega al usuario (en días)
 - o Porcentaje de tarjetas de inventario debidamente mantenidas (con todos los INGRESOS y EGRESOS asentados y con el inventario físico coincidente con la cifra que figura en la tarjeta)

Para una revisión más amplia de los indicadores de la cadena de suministro y de logística, ver Measuring Supply Chain Performance: Guide to Key Performance Indicators for Public Health Managers, de JSI. Ver también la lista de indicadores en la publicación Measuring Accountability for Last Mile Delivery (sección 4.6), del Grupo Interinstitucional sobre Cadenas de Suministro.

4.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

- Argollo, S., Bandeira, R., y Campos, V. (2013). *Operations Research in Humanitarian Logistics Decisions*. Rio de Janeiro, Brazil. Extraído de: <http://www.wctrs-society.com/wp/wp-content/uploads/abstracts/rio/selected/2243.pdf>
- Gustavsson, L. (2003). Humanitarian Logistics: Context and Challenges. *Forced Migration Review*, (18), 6–8.
- IAWG. (sin fecha). *RH Kits Calculator*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/rh-kits-calculator/>
- IAWG y UNFPA. (2011). *RH Kits Shelving Instructional Video*. Extraído de: <http://iawg.net/resource/rh-kits-shelving-instructional-video/>
- Institute for Reproductive Health, Georgetown University, John Snow, Inc., y Population Services International for the Reproductive Health Supplies Coalition. (2012). *A Forecasting Guide for New and Underused Methods of Family Planning: What to Do When There Is No Trend Data?* (1st ed.). Washington, D.C. Extraído de: <https://www.k4health.org/toolkits/NUMs-forecasting-guide>
- Interagency Supply Chain Group. (2018). *Measuring Accountability for Last Mile Delivery*. Extraído de: <https://www.technet-21.org/en/forums/discussions?controller=attachment&task=download&tmpl=component&id=521>
- John Snow, Inc. (2017). *The Supply Chain Manager's Handbook: A Practical Guide to the Management of Health Commodities*. Arlington. Extraído de: http://supplychainhandbook.jsi.com/wp-content/uploads/2017/02/JSI_Supply_Chain_Manager's_Handbook_Final-1.pdf
- John Snow, Inc., y DELIVER. (2005). *Logistics Indicators Assessment Tool (LIAT)*. Arlington: U.S. Agency for International Development. Extraído de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnade735.pdf
- Kumar, A., Latif, Y. L. A., y Daver, F. (2012). Developing Forecasting Tool for Humanitarian Relief Organizations in Emergency Logistics Planning. *World Academy of Science, Engineering and Technology International Journal of Economics and Management Engineering*, 6(11), 3194–3200.
- McGuire, G. (2015). *Handbook of Humanitarian Health Care Logistics* (tercera edición). Extraído de: http://www.humanitarianhealthcarelogistics.com/index_htm_files/Handbook%20of%20Humanitarian%20Health%20Care%20Logistics.pdf
- Safeer, M., Anbuudayasankar, S. P., Balkumar, K., y Ganesh, K. (2014). Analyzing Transportation and Distribution in Emergency Humanitarian Logistics. *Procedia Engineering*, 97, 2248–2258. <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2014.12.469>
- UNFPA. (sin fecha). *Reproductive Health Kits Management Guidelines for Field Offices*. Extraído de: http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/RH%20Kits%20Guidelines%20For%20Field%20Offices%20_En.pdf
- UNFPA y IAWG. (2011). *Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations* (quinta edición). Extraído de: <http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/07/interagency-reproductive-health-kits-for-crisis-situations-english.pdf>
- UNFPA Procurement Services. (2017). *RH Interchange*. Extraído de: <https://www.unfpaprocurement.org/rhi-home>
- USAID. (2009). *Logistics System Assessment Tool (LSAT)*. Arlington. Extraído de: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnado527.pdf
- USAID. (2011). *Manual de logística. Guía práctica para la gerencia de cadenas de suministros de productos de salud* (segunda edición). Arlington. Extraído de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20211es/s20211es.pdf>

CAPÍTULO 5

ESTIMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

5.1 Introducción

5.2 Objetivos

5.3 Estimación, monitoreo y evaluación

5.3.1 Estimación

5.3.2 Monitoreo

5.3.3 Evaluación

5.4 Consideraciones éticas y de derechos humanos

5.4.1 Estándares de derechos humanos

5.4.2 Consideraciones éticas respecto de la recabación de datos

5.5 Otros materiales de lectura y recursos

5.1 INTRODUCCIÓN

A fin de garantizar que la programación en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) responda a las necesidades de una población afectada por una crisis humanitaria, utilizamos la estimación, monitoreo y evaluación en distintas fases durante una respuesta humanitaria para lograr lo siguiente:

- Comprender y cuantificar las necesidades de las poblaciones en cuestión y los factores que contribuyen a la crisis
- Garantizar un uso efectivo y eficiente de los recursos
- Identificar obstáculos programáticos y factores facilitadores
- Determinar si un programa ha tenido o no buenos resultados
- Establecer mecanismos de rendición de cuentas y transparencia frente a donantes, beneficiarios y otras partes interesadas

El tipo de crisis humanitaria y la forma de los desplazamientos influyen en la forma en que diseñamos y ejecutamos las acciones de estimación, monitoreo y evaluación. Los enfoques metodológicos y los métodos aplicados pueden variar según el contexto (desastres naturales que se desatan repentinamente, conflictos armados prolongados o epidemias, por ejemplo), o según el lugar donde se encuentre la población desplazada (en el ámbito urbano, semiurbano o rural o en un campamento, por ejemplo). Si cuentan con métodos sólidos y éticos de recabación de dato, y los resultados se utilizan de manera correcta, esto ayudará a los coordinadores de SSR y los administradores de programas de SSR a tomar decisiones sobre la base de evidencias cuando tengan que pasar de las actividades del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) a servicios de SSR integrales.

RECUADRO 5.1: CONTEXTOS DIFÍCILES Y POBLACIONES ESPECIALES

ENTORNOS URBANOS

Más del 60 % de los refugiados del mundo y del 80 % de los desplazados internos (DI) viven en ámbitos urbanos. Mientras que los campamentos de refugiados ofrecen un entorno controlado con límites fácilmente definidos y una población a cuyo estado de salud puede darse seguimiento de manera relativamente sencilla, los refugiados pueden vivir de manera anónima en las ciudades. Si bien esto les puede ofrecer más oportunidades en cuanto a medios de vida y autosuficiencia, presenta algunas dificultades con respecto a la recabación de datos sobre su estado y sus necesidades de salud.

Las estimaciones en áreas urbanas requieren un mapeo de los actores interesados y proveedores de servicios relevantes, la realización de un análisis de situación del contexto político, legal y socioeconómico de la ciudad de acogida, y el análisis de las diferencias que existen entre las subpoblaciones de refugiados y su acceso a servicios y experiencias dentro de la ciudad de acogida.

Al llevar adelante una estimación en un entorno urbano, se recomienda pensar en desagregar los componentes de la

estimación (es decir, el mapeo, el análisis de situación) por subpoblación dentro de la comunidad de refugiados. Entre esas subpoblaciones se encuentran las mujeres, los niños y niñas, las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales (LGBTQIA), entre otras, las personas con discapacidad, las personas que realizan trabajo sexual, hombres que han sobrevivido a violencia sexual o de género, y personas mayores.

POBLACIONES MIGRANTES

Los migrantes son distintos de los refugiados. No se ven obligados a abandonar su hogar, sino que eligen hacerlo por motivos laborales, educativos, de reunión familiar o de otro tipo. Sin embargo, debido a su movilidad y a que a menudo no se encuentran legalmente en el país de acogida, esta población presenta desafíos especiales en cuanto a la recabación de datos.

Identificación de los migrantes:

- Trabaje con empleadores que contraten gran cantidad de migrantes

- Desarrolle vínculos con organizaciones o líderes comunitarios en la comunidad de donde son originarios los migrantes

Monitoreo del estado de salud de los migrantes:

- Utilice aplicaciones móviles.

Muchos migrantes no se encuentran legalmente en el país al que viajan o le temen a su propio gobierno. Por eso, es importante que les explique cómo usará los datos que está recabando. Además, asegúrese de abordar las inquietudes en cuanto a la confidencialidad con las organizaciones con las cuales trabaja para identificar a migrantes.

Lugares remotos o inaccesibles

En contextos de crisis humanitarias hay algunas poblaciones a las que no se puede acceder debido a obstáculos naturales (montañas, inundaciones, movimientos sísmicos, etc.) o porque es inseguro. Para estos casos, se necesitan técnicas creativas de recabación de datos a fin de evaluar las necesidades de la población y monitorear su estado de salud de SSR a lo largo del tiempo.

5.2 OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Describir los qué, cuándo y porqué relacionados con la estimación, monitoreo y evaluación de los programas de SSR en contextos humanitarios.
- Identificar métodos, instrumentos e indicadores adecuados de estimación, monitoreo y evaluación.
- Brindar pautas sobre recabación y uso ético de los datos, y formas de utilizar la información para formular políticas, programas y acciones de incidencia efectivos.

5.3 ESTIMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para poder saber cuándo pasar del PSIM a una programación de SSR integral se necesita un sistema de monitoreo y evaluación sólido y que se aplique de manera reiterada. Tan pronto como se alcancen y mantengan objetivos de prestación de servicios del PSIM, deberían implementarse elementos de servicio de SSR integrales apropiados.

Si bien puede considerarse que las estimaciones son un tipo de evaluación, estos términos se diferencian a fin de identificar procesos específicos en contextos humanitarios. Los términos clave que se utilizan en este capítulo son los siguientes:

Estimación es un proceso para determinar y abordar necesidades o “deficiencias” entre las condiciones actuales y las deseadas y quienes contribuyen a esas deficiencias.

Monitoreo es la recabación y el análisis permanentes y sistemáticos de los datos a medida que un proyecto avanza. Tiene por objeto medir los avances en cuanto al logro de los hitos y objetivos del programa.

Evaluación es un proceso para determinar si un programa ha

cumplido con los objetivos esperados o en qué medida los cambios en los resultados pueden atribuirse al programa.

Estos tres procesos se relacionan mediante un circuito de comentarios y reacciones que se denomina ciclo de gestión de operaciones (ver el gráfico 5.1) y que refleja el rol fundamental que desempeñan los datos en una respuesta humanitaria para orientar, monitorear y evaluar la programación de SSR.

GRÁFICO 5.1: CICLO DEL PROYECTO



El ciclo del proyecto define la relación que existe entre la estimación, el monitoreo y la evaluación a lo largo de la prestación de servicios y la administración del programa. Ayuda a los coordinadores de SSR y a los administradores de programas de salud a comprender de qué manera cada una de esas herramientas puede utilizarse para orientar el proceso de toma de decisiones durante todo el ciclo de diseño, planificación e implementación del programa.

Es fundamental poder llevar adelante proyectos de salud reproductiva oportunos y con buenos resultados ante la difícil situación que supone una respuesta a una crisis humanitaria, para garantizar que se cubran las necesidades de SSR de la población afectada. Los programas de SSR con mejores resultados son aquellos diseñados sobre la base de una evaluación adecuada de las necesidades dentro de la población destinataria. Las actividades posteriores del programa deben controlarse utilizando indicadores seleccionados con cuidado para hacer un seguimiento de los avances con respecto a objetivos establecidos con claridad. Durante toda la implementación del programa, las actividades deben evaluarse adecuadamente para determinar qué funciona bien y qué no y para comunicar los resultados dentro de un ciclo permanente de revisión y mejora del programa.

5.3.1 Estimación

OBJETIVO

Identificar las necesidades de SSR de la población y los factores que contribuyen a la crisis, y determinar con qué capacidad cuenta el actual sistema de salud para responder a esas necesidades. Durante la vigencia de un programa, es posible utilizar estimaciones periódicas para evaluar si este avanza hacia el logro de los objetivos.

CUÁNDO REALIZAR ESTIMACIONES

Esto depende del tipo de información necesario y de la fase de la emergencia. A menudo realizamos algún tipo de estimación, como análisis de situación y estimaciones rápidas, en la fase aguda de una emergencia humanitaria, cuando, quizás, el tiempo y los recursos son limitados y se necesita tener un panorama general de la situación. Las estimaciones documentales son adecuadas en la fase aguda de una emergencia para evitar la superposición de esfuerzos, pero también pueden ser útiles durante toda la emergencia. Es posible que en las fases posteriores de una emergencia sean más adecuados métodos que requieran una mayor cantidad de recursos, como encuestas y algunos métodos participativos, a fin de reunir más precisiones sobre las necesidades y deficiencias adicionales y así poder realizar una programación de SSR más integral.

QUIÉNES REALIZAN LA ESTIMACIÓN

Un equipo de estimación puede estar conformado por varias personas con habilidades clínicas, de investigación, de gestión y de salud pública. El equipo de estimación puede ser más grande si el contexto admite una estimación más exhaustiva. La cantidad de miembros del equipo que se necesite dependerá del tamaño del área por cubrir, del tamaño de la población que se evalúe, de la situación que exista en cuanto al acceso y a la seguridad, y de los métodos de estimación que se usarán.

Al seleccionar un equipo de recabación de datos, deben tenerse en cuenta el género, la edad, el origen étnico y la condición social de sus miembros. Por ejemplo, en algunas culturas quizás no sea correcto que un hombre le haga a una mujer casada preguntas sobre sus antecedentes reproductivos. En general, constituye una buena práctica incluir miembros de la población afectada en los equipos de estimación, salvo que los participantes se sientan más incómodos al tener que divulgar información delicada a miembros de su misma colectividad que estén recabando los datos.

Preferentemente, los miembros de un equipo deberán reunir

las siguientes características:

- Contar con habilidades, capacitación y experiencia técnica adecuadas
- Tener buenas habilidades de comunicación en los idiomas locales y estar familiarizados con la población que se evalúa
- Sentirse cómodos al analizar temas de salud sexual/reproductiva
- Tener buenas habilidades analíticas para poder interpretar los hallazgos de manera correcta

MÉTODOS

En la sección 5.5. pueden encontrarse ejemplos de los instrumentos utilizados para cada uno de los métodos que se describen a continuación. Debe tenerse en cuenta que esos métodos no se excluyen entre sí. Por ejemplo, una revisión documental puede ser parte de una estimación rápida. Además, la lista de métodos no es exhaustiva sino que tiene por objeto proporcionar una gama amplia de ejemplos apropiados para los contextos humanitarios.

Estimaciones rápidas

Al inicio de la respuesta humanitaria, los socios en las tareas humanitarias realizan una estimación rápida inicial. Si bien el PSIM ya aborda las causas de la morbilidad y mortalidad relacionadas con la SSR más importantes y no es necesario abordarlas al inicio de la respuesta humanitaria (ver la lista de verificación esencial del PSIM en el capítulo 3), sigue siendo necesaria una estimación rápida para recabar información importante a fin de garantizar una planificación estratégica apropiada. Dentro del sistema de coordinación del sector/de los grupos de salud, los coordinadores de SSR deben garantizar que obtienen información sobre lo siguiente:

- La cantidad y la ubicación de las personas que necesitan tener acceso a los servicios de SSR mínimos
- La cantidad y la ubicación del personal de atención de la salud que proporciona los componentes de servicio del PSIM o que puede proporcionarlos
- Las oportunidades vinculadas con la logística de los insumos médicos de SSR
- Las posibilidades de proporcionar fondos para el PSIM

Revisión documental

Debe realizarse una revisión exhaustiva de las fuentes de datos secundarias, a fin de compilar la información

existente sobre SSR respecto de la población afectada (datos de origen o del área de acogida, según corresponda). Tales datos podrán obtenerse de ministerios de Salud, organismos de las Naciones Unidas (ONU) y organizaciones no gubernamentales (ONG). Algunos ejemplos son los siguientes:

- Encuesta Demográfica y de Salud u otros datos de encuestas disponibles
- Datos de rutina de vigilancia o de los establecimientos de salud, como los proporcionados a los sistemas de información de salud distritales o nacionales
- Disponibilidad de servicios de SSR, su distribución geográfica y funcionalidad
- Planes estratégicos nacionales o estimaciones según el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD)

Análisis de situación

Debería realizarse un análisis de situación para comprender el contexto legal, político, cultural y socioeconómico del lugar y cómo este podría influir en las necesidades de SSR y en la disponibilidad de servicios para las poblaciones afectadas. Debe señalarse de qué manera las distintas subpoblaciones podrían verse influidas de diferentes formas. En la sección 5.5. incluimos pautas acerca de cómo analizar las distintas fuentes bibliográficas y los indicadores como parte de la estimación de MISP.

Entrevistas con informantes clave

Las entrevistas con informantes clave generan datos cualitativos aportados por una multiplicidad de personas que tienen conocimiento directo de la población afectada. En las entrevistas con informantes clave se plantean preguntas abiertas. Las entrevistas pueden ser estructuradas (se realiza un conjunto de preguntas en un determinado orden), semiestructuradas (el conjunto de preguntas y de averiguaciones sugeridas puede cambiarse o adaptarse en el curso de la entrevista) o no estructuradas (se utiliza una lista de temas orientadores para una indagación inductiva y abierta). En las entrevistas con informantes clave deben recabarse las opiniones sobre las condiciones y prácticas de SSR preexistentes, la situación actual, los cambios en las prácticas desde el inicio de la emergencia, la suficiencia de los actuales servicios de SSR y las necesidades prioritarias de SSR de la población.

Análisis de los grupos focales

Los análisis de los grupos focales generan datos cualitativos sobre las creencias y actitudes de un grupo respecto de

una cuestión o de un problema de salud en particular. Se diferencian de las entrevistas con informantes clave en que todos los miembros del grupo pueden interactuar. Son especialmente útiles para generar información representativa de un subgrupo específico de la población, como mujeres en edad reproductiva o adolescentes varones.

Métodos participativos

El objetivo de los métodos participativos es que el proceso de estimación sea tan inclusivo de las comunidades destinatarias como sea posible. Las organizaciones comunitarias encabezadas por miembros de la población afectada y grupos informales de distintas subpoblaciones dentro de la población afectada deberían ser contactadas y participar en todo el proceso.

Los métodos participativos pueden incluir a miembros de la comunidad, como investigadores, o la realización de actividades participativas para recabar datos. Por ejemplo, pueden incluir hacer participar a los miembros de la comunidad en la elaboración de las preguntas de estimación/evaluación o en la recabación de datos, y realizar actividades participativas durante la recabación de datos, como el método participativo de clasificación, el mapeo comunitario, el establecimiento de una línea de tiempo, la obtención de respuestas a partir de fotografías, la documentación fotográfica y otros. El método debe elegirse según cuál sea el tema del estudio y cuáles sean las limitaciones. Los miembros de la comunidad también deben participar en el análisis y la difusión.

Estimaciones de los establecimientos de salud

Una estimación de los establecimientos de salud es un inventario de los lugares donde se brinda atención de la salud y de los tipos y la calidad de los servicios que allí se ofrecen. Una lista de verificación de temas estructurada puede contribuir a obtener una descripción del establecimiento de salud, incluido un inventario de los servicios de SSR proporcionados, del personal, y de la cobertura, y un inventario de los equipos e insumos de SSR. También puede incluir el análisis de datos estadísticos periódicos sobre servicios de SSR para detectar deficiencias en la prestación de los servicios y en la calidad de la atención.

Mapeo

A menudo esta actividad puede realizarse junto con el grupo/sector de salud a fin de incluir las estimaciones de los establecimientos de salud. El mapeo de los actores interesados y de los proveedores de servicios incluye tanto a aquellos que en la actualidad prestan servicios de SSR a poblaciones afectadas como a aquellos que podrían hacerlo, por ejemplo, el Gobierno, el sector privado, actores del

sector de desarrollo internacionales, actores humanitarios, la sociedad civil y organizaciones comunitarias. En el mapeo debería identificarse a los proveedores que ofrecen servicios especializados a las distintas subpoblaciones. En el ejercicio también deberían participar las organizaciones locales a fin de identificar, por ejemplo, oportunidades de derivaciones y de distribución de los costos, para establecer vínculos entre los distintos actores interesados y proveedores de servicios.

RECUADRO 5.2: UTILIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SSR

Las encuestas pueden arrojar datos útiles basados en la población, que los proveedores de servicios de SSR y administradores de programas de SSR pueden usar para mejorar y orientar los servicios de atención de SSR de manera más eficaz. Sin embargo, deben realizarlas personas capacitadas en metodología de encuestas. Hay muchos factores que deben tenerse en cuenta al diseñar una encuesta. Las decisiones deben tomarse teniendo en cuenta el tamaño de las muestras, niveles de errores aceptables y fuentes de sesgos, disponibilidad de recursos (tiempo, dinero, personal, etc.) y si la información podría recabarse de manera más efectiva utilizando otro método de recabación de datos.

Reconozca las limitaciones de cada decisión. Por ejemplo, por lo general, durante las evaluaciones de las necesidades iniciales es necesario realizar rápidamente las encuestas utilizando métodos de muestreo convenientes con muestras pequeñas, y no necesariamente esas encuestas serán representativas de la población destinataria. Una vez que la situación se estabilice, pueden utilizarse cuestionarios de encuesta detallados y métodos de muestreo más representativos.

La decisión acerca de qué metodología de encuesta utilizar se coordina con el sector/grupo de salud para asegurarse de que sea adecuada y de que los resultados que arroje sean compatibles con los de otras encuestas que se estén realizando como parte de la respuesta de salud. Cuando sea posible, deben utilizarse los instrumentos de encuesta que ya existan y que hayan sido probados en contextos de crisis humanitarias o de bajos recursos.

Encuestas

Las encuestas pueden ser útiles para recabar información sobre la población a partir de una muestra que puede ser representativa de la población de interés más amplia. Tales encuestas deben ser breves y solo contener las preguntas necesarias para el programa o la intervención elegidos. En las encuestas, a diferencia de las entrevistas con informantes clave y los análisis de los grupos focales, los participantes no pueden dar opiniones detalladas sobre un

tema, lo cual brinda información sobre el “qué” más que información sobre el “porqué”.

RECUADRO 5.3: DIFERENCIA ENTRE INFORMACIÓN NECESARIA Y CONVENIENTE

La tendencia habitual es querer recabar mucha información para las estimaciones, el monitoreo o la evaluación, a menudo, con la idea de que “puede ser importante”. Sin embargo, para recabar datos hay que utilizar recursos valiosos y es fundamental analizar con cautela la situación para determinar **qué** se necesita saber, **por qué** es necesario saberlo y **cómo** se puede recabar esa información de la manera más efectiva. Si la información no está relacionada con resultados o impactos que vayan a medirse, no debe recabarse.

Independientemente del tipo de estimación realizado, deben tenerse en cuenta los pasos clave de la recabación de datos. Consulte las pautas éticas en la sección de recursos si desea más orientación:

1) Asegúrese de que la actividad de recabación de información sea necesaria y justificada

- Antes de iniciar la actividad, defina con claridad cuáles son los objetivos y la audiencia deseados y asegúrese de que haya suficientes recursos para llevarla adelante de manera ética
- Solo utilice métodos directos si la información requerida no pudiera conseguirse de otra manera
- Si la actividad de recabación de información no beneficiará de manera directa a los beneficiarios objetivo o a su comunidad, desista de realizarla

2) Diseñe la actividad para obtener información válida

- Desarrolle un protocolo en el que queden claros los objetivos y los procedimientos de recabación, análisis y uso de la información, y con el que todos los socios estén de acuerdo. La información recabada para conocimiento generalizable constituye una investigación, y una junta de revisión ética o de revisión institucional debería analizar el protocolo, lo cual puede demorar considerablemente los plazos de un proyecto
- Aplique definiciones comunitarias a fin de establecer criterios claros para la inclusión de los participantes. Utilice los registros existentes cuando sea posible, y

reconozca los obstáculos sociales y culturales que se interponen a la participación. En el caso de encuestas o de cualquier otra actividad para recabar datos que pretenda ser representativa, asegúrese de que se calcule un tamaño de muestra apropiado para medir los indicadores de objetivos

- Todos los instrumentos, como cuestionarios y guías de análisis, deben elaborarse previa consulta con expertos. Luego, deben traducirse al idioma local, debe realizarse una retrotraducción y deben probarse en el terreno
- Con grupos vulnerables no debe utilizarse un grupo de comparación que carezca de todo tipo de servicios. Deben analizarse enfoques alternativos que consoliden los hallazgos de las investigaciones. Solo deben utilizarse grupos de comparación bajo una cuidadosa supervisión ética y en condiciones específicas

3) Consulte con grupos de actores interesados

- Consulte en el ámbito local para determinar quién debe autorizar la actividad
- Los entrevistadores deben ser conscientes de que es posible que tengan una alta visibilidad y de que sean objeto de interés local. En las reuniones con los actores interesados aclare los roles y las expectativas, y cumpla con los compromisos asumidos
- Un grupo de actores interesados locales independientes debe monitorear las actividades

4) Prevea las consecuencias adversas

- Junto con los actores interesados, prevea todas las consecuencias posibles que pueden afectar a los beneficiarios objetivo. No actúe hasta que no se pueda responder de manera apropiada ante consecuencias posiblemente perjudiciales
- Evite la estigmatización realizando reuniones de concienciación comunitaria y utilizando la terminología de la comunidad cuando sea pertinente
- Si no es posible garantizar la seguridad personal y material de los participantes, las actividades no deben realizarse
- Los entrevistadores deben tener experiencia de trabajo con los participantes. Deben estar capacitados para responder a las necesidades de los participantes y requieren supervisión y apoyo permanentes. Si no hay entrevistadores debidamente calificados, no deben realizarse entrevistas

- Junto con la comunidad, determine qué tipo de seguimiento debe realizarse para responder a las necesidades de los participantes, teniendo en cuenta su edad, género, origen étnico, etc. Si no puede garantizarse que haya apoyo suficiente para satisfacer las necesidades de los participantes, las actividades no deben realizarse
- Elabore un plan de respuesta para anticiparse a necesidades graves. Si no puede garantizarse la ayuda, no realice la actividad

En algunos casos, como cuando hay un niño o niña en peligro, los equipos del estudio se ven obligados a violar la confidencialidad para poder proteger de inmediato al participante. Debemos asegurarnos de que los participantes sepan esto antes de pedirles información.

RECUADRO 5.4 MENSAJE CLAVE

La función de las juntas de revisión ética es garantizar que los procedimientos de consentimiento y recabación de datos protejan a los participantes mediante la aplicación de pautas éticas establecidas. Es posible que haya otros requisitos, además de los mencionados en este capítulo.

5) Lleve adelante procedimientos de consentimiento y entrevistas teniendo presentes las necesidades específicas de los participantes

- El sujeto debe prestar su consentimiento de manera verbal o escrita.
- La información que se proporcione a los participantes debe presentarse por escrito o leerse claramente en el idioma local y debe incluir información sobre el propósito de la recabación de datos, la índole de las preguntas que se formularán, quiénes participarán, cuáles son los riesgos y beneficios, de qué manera se selecciona a los participantes, y qué medidas se tomarán para garantizar la privacidad y la confidencialidad de los datos recabados.
- Los entrevistadores deben asegurarse de que los participantes sepan que pueden detenerse o retirarse en cualquier momento.
- Deben brindar a los participantes información sobre la actividad de una manera que sea adecuada para su cultura y educación. Los formularios de consentimiento y los instrumentos de información deben elaborarse con los actores interesados y probarse en el terreno.

- Utilice un defensor independiente para representar la posición de los niños o niñas si hay alguna duda sobre la protección que les brinda la persona responsable de ellos.
- Evite tratar de influir indebidamente en la participación mediante el uso de incentivos. Si se utilizan incentivos, deben ser acordes al estándar de vida local.
- Los procedimientos para realizar entrevistas deben reflejar la necesidad de proteger el interés superior de los participantes. Dado que la SSR suele ser un tema delicado, deben tomarse recaudos para llevar adelante la entrevista/encuesta/análisis de los grupos focales en un ambiente privado que esté suficientemente lejos del cónyuge del participante, o de sus familiares, vecinos, etc., como para que no puedan escuchar

6) Confirme que todos los actores interesados comprendan los límites de la actividad y los próximos pasos

- Utilice procedimientos apropiados para mantener la seguridad personal y material de los participantes.
- Comparta con los actores interesados y los beneficiarios los hallazgos agregados de la investigación, sin datos identificatorios, y de una manera accesible y apropiada

RECUADRO 5.5: ¿QUÉ DATOS DEBERÍAN RECABARSE EN UNA ESTIMACIÓN?

En los capítulos 6 a 12 se brindan recomendaciones sobre qué datos deberían recabarse en las estimaciones con respecto a cada componente de un programa de SSR.

UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS ESTIMACIONES

Los miembros del equipo deben analizar los datos tan pronto como sea posible una vez que son recabados. Los resultados de una estimación deben ser tan específicos como sea posible, para que puedan tomarse medidas oportunas respecto de las intervenciones que vayan a realizarse. Los resultados deben claramente establecer el orden de prioridad de las necesidades e identificar las oportunidades, a fin de asegurar que las intervenciones del PSIM sean sostenidas y de planificar que se agreguen nuevos elementos en el servicio de SSR integral.

Distribuya copias del informe final en todas las organizaciones que trabajen en la respuesta humanitaria, como el Ministerio de Salud, a través del mecanismo de coordinación del sector/

grupo de salud, al igual que con los equipos de logística y funcionarios de contrataciones. Comunique también los hallazgos y decisiones a la comunidad de manera tal que la confidencialidad de los participantes quede protegida, por ejemplo, utilizando datos agregados. También es posible que sea adecuado compartir los hallazgos preliminares con la comunidad para ayudar a validar la interpretación de tales hallazgos.

5.3.2 Monitoreo

A los fines del monitoreo y de la evaluación, se recomienda trabajar con el sistema de atención de la salud existente cuando ello sea posible y apropiado. Preferentemente, los sistemas de comunicación de datos y de derivación deben estar alineados con las estructuras actuales; es posible que se necesite incidencia para lograr que sean más inclusivos con respecto a las poblaciones desplazadas.

OBJETIVO

Es fundamental recabar, comunicar y analizar con regularidad datos de SSR para poder monitorear el desempeño y la calidad de la prestación de servicios de salud/del programa de SSR y para identificar los cambios en las condiciones sanitarias de la población afectada. El monitoreo incluye la difusión oportuna de los resultados, de modo tal que puedan tomarse las medidas correspondientes.

CUÁNDO MONITOREAR

Cuando se inicia una respuesta humanitaria, se necesita un sistema de información sencillo que recabe datos de SSR mínimos a fin de monitorear la implementación del PSIM. A medida que la respuesta evoluciona y se introducen más elementos al servicio de SSR integral, los requisitos de monitoreo de los programas de SSR deben adaptarse en consecuencia.

La periodicidad del monitoreo (por ejemplo, si es diario, semanal o mensual) depende de la etapa de la respuesta humanitaria y de los requisitos de cada organización. Como mínimo, deben presentarse datos mensuales para poder orientar las decisiones de programación periódicas, aunque es posible que se precisen informes de datos con más frecuencia según la fase (p. ej., aguda) y el tipo de emergencia (p. ej., un brote).

QUIÉNES REALIZAN EL MONITOREO

El personal de enfermería, las parteras y otros proveedores de servicios de SSR que trabajan en los establecimientos de salud son los responsables de la recabación de rutina de los datos de servicio y de comunicar tales datos. Además,

el personal de salud comunitario debe participar en la recabación de los datos comunitarios. Para garantizar que los datos sean comparables entre distintos programas, todo el personal debe recibir suficiente capacitación respecto del uso correcto y de la aplicación de instrumentos de recabación de datos en el terreno.

El supervisor de la clínica es responsable de reunir los informes, que luego se envían al administrador de programas de salud o de SSR para su registro informático y análisis. El supervisor de la clínica o cualquier otro supervisor designado debe realizar controles de calidad para verificar la precisión y sistematicidad de la recabación de datos.

INSTRUMENTOS

Es fundamental que todos los socios de salud utilicen los mismos instrumentos y métodos de recabación de datos en todos los establecimientos a fin de garantizar que los datos sean estándares, de buena calidad y similares entre los establecimientos.

Los datos de salud pueden recabarse como parte de un

sistema de información de salud nacional ya existente.

Cuando ese sistema no exista o se haya interrumpido debido a la crisis, el sector/grupo de salud implementará un sistema de monitoreo de emergencia que respalde la gestión y coordinación del programa.

Deben recabarse datos de SSR de rutina tanto de establecimientos de salud como de la comunidad, como parte de un sistema de información de salud más amplio. Siempre debe recabarse el sexo y la edad de estas fuentes para que pueda realizarse un análisis desagregado. Las fuentes de datos de rutina incluyen:

- Las historias clínicas de cada paciente (p. ej., partogramas, fichas prenatales o fichas sobre métodos anticonceptivos)
- Registros diarios y planillas de recuento (p. ej., registros de nacimiento, planillas de recuento prenatales)
- Formularios de laboratorio (p. ej., resultados de pruebas de detección de VIH o sífilis)

RECUADRO 5.6: SELECCIÓN Y USO DE INDICADORES DE SSR

Se define a los **indicadores** como variables que pueden monitorearse a lo largo del tiempo para hacer un seguimiento de los avances que se hayan hecho con respecto al logro de objetivos. Por ejemplo: “Cobertura de atención prenatal”.

Un **objetivo** es el punto final que se desea alcanzar cuando se termine de implementar un programa.

Por ejemplo: Al inicio de un embarazo se detectan y controlan factores de riesgo obstétrico.

A cada indicador se le debe asignar su correspondiente objetivo estándar para establecer el nivel mínimo aceptable de logro que se necesita. Por ejemplo: El 90 % de las mujeres asisten a la cantidad recomendada de visitas prenatales durante el embarazo.

Si los programas de SSR implementados por los distintos actores no utilizan los mismos indicadores, entonces no están estandarizados y tampoco lo está la información de salud que generan. Por lo tanto, es posible que los datos producidos por programas de salud no estandarizados no estén completos,

no puedan agregarse y no sean aptos para monitorear una situación. Esto resalta la importancia de participar en mecanismos de coordinación, como el grupo de salud.

El proceso de selección de indicadores no es sencillo. Cada indicador debe ser técnicamente válido, simple y medible. Además, ampliar el PSIM para que se presten servicios de SSR integrales en un país abrirá nuevas áreas para monitoreo e implementación que se deberán tener permanentemente en cuenta. Por lo tanto, se recomienda que cualquier indicador cumpla con los criterios SMART y sea:

Specific (específico: qué y quiénes)

Measurable (medible)

Appropriate (apropiado)

Realistic (realista: alcanzable)

Time bound (dentro de un plazo)

La combinación de indicadores seleccionados para el monitoreo también debería ser apropiada para medir los objetivos del programa en distintas fases del ciclo del proyecto.

Por ejemplo:

- Los indicadores del producto (o proceso) miden las actividades que se llevan a cabo para lograr los resultados específicos. Por ejemplo: la cantidad de parteras que han recibido capacitación sobre protocolos de atención prenatal.
- Los indicadores de resultado (o de rendimiento) miden los cambios operados a partir de las actividades del programa, como los que se producen en el conocimiento, en las actitudes y en los comportamientos, o en la disponibilidad de los servicios. Por ejemplo: el porcentaje de mujeres que reciben, por lo menos, dos dosis de la vacuna antitetánica antes del parto.
- Los indicadores de objetivos (o impacto) miden los cambios en la morbilidad y mortalidad que se prevé que causarán las actividades del programa. Por ejemplo: la incidencia del tétanos neonatal

- Formularios de revisión de muertes maternas y perinatales
- Revisión de incidentes de seguridad del paciente sin daño
- Informes de la partera/de trabajadores de la salud comunitarios
- Formularios de presentación de informes semanales o mensuales
- Encuestas reiteradas (fuente útil de datos de monitoreo de SSR cuando se repiten en el transcurso del tiempo)
- Vigilancia centinela
- Productos básicos/insumos

La lista anterior de instrumentos no es exhaustiva. Es posible que se necesite tener otros métodos de recabación de datos de rutina junto con el sistema de información de salud, según las necesidades de cada programa u organismo.

¿QUÉ DATOS DEBERÍAN RECABARSE DURANTE EL MONITOREO?

En los capítulos 6 a 12 se recomiendan indicadores clave que se utilizan para monitorear cada componente de un programa de SSR integral. Consulte en el recuadro 5.6 las definiciones y cuestiones que deben tenerse en cuenta al seleccionar y utilizar indicadores de SSR.

UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE MONITOREO

Con los resultados de monitoreo los administradores de programas pueden analizar las tendencias de determinados indicadores a lo largo del tiempo, a fin de determinar si el programa brinda a la población afectada servicios adecuados. Cuando los indicadores no llegan a sus objetivos, los administradores de programas deben usar esta información para corregir sus actividades de modo tal que puedan alcanzarse los objetivos previstos.

Para poder utilizar los datos de manera efectiva, es fundamental seleccionar los indicadores con un sano criterio y analizar en ese momento de qué manera se usarán los datos. Suele ocurrir muy a menudo que los administradores de nivel superior experimentan una sobrecarga de información y pocas veces utilizan los datos de monitoreo de manera efectiva.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 5.1: MONITOREO Y EVALUACIÓN EN UN CONTEXTO DE CRISIS HUMANITARIA EN UN LUGAR REMOTO

ORGANIZACIÓN: CARE

LUGAR: Lugar

INTRODUCCIÓN: Al norte de Siria, CARE colabora con diversas ONG locales para brindar servicios de salud sexual y reproductiva tanto a comunidades como dentro de establecimientos. Dados los crecientes niveles de inseguridad en Siria, las impredecibles restricciones fronterizas y la determinación de CARE de llegar a áreas más aisladas y con servicios insuficientes, los servicios se administran de manera remota, lo que incluye el monitoreo de sus actividades por parte de terceros.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: CARE subcontrata las actividades de monitoreo y evaluación en tiempo real con empresas independientes con antecedentes comprobados de rigor metodológico, las cuales tienen acceso a las áreas de implementación del proyecto y a un sólido equipo de personal en el terreno dentro de Siria. Con los instrumentos diseñados entre CARE y las terceras empresas, el equipo de monitoreo del tercero verifica y triangula datos de registros clínicos con estimaciones que realiza de la calidad de la atención, los insumos y los inventarios de equipos, y con entrevistas de salida a los pacientes. Luego, la empresa de monitoreo de terceros informa los resultados preliminares en una junta en la que participan CARE y los socios de ejecución, antes de elaborar sus conclusiones definitivas.

Cuando un tercero realiza el monitoreo, la prioridad es elegir fuentes de datos de calidad y efectuar una triangulación efectiva que produzca información “suficientemente buena” sin ejercer presión sobre los socios ni ponerlos en riesgo de que proporcionen evidencias que no estén disponibles o que no sea seguro recabar. Como parte de la planificación, los socios se ponen de acuerdo con respecto al alcance del monitoreo; ello incluye analizar qué nivel de datos será adecuado, manejable y seguro y demostrará mejor el efecto del proyecto.

La posibilidad de que un tercero realice el monitoreo se analiza con respecto a cada área objetivo en forma individual, teniendo en cuenta las limitaciones en cuanto a la seguridad. Cuando, por motivos de seguridad, no sea posible el monitoreo por parte de un tercero, CARE y los socios analizan alternativas, como el monitoreo por pares. En algunos casos, CARE también contrata a grupos locales dentro de Siria para monitorear de forma independiente determinadas actividades.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Una de las principales enseñanzas extraídas a la fecha de la presente publicación es que es fundamental la planificación entre CARE, los socios en la ejecución y la empresa de monitoreo independiente. Un elemento clave para que los ejercicios de monitoreo por terceros funcionen correctamente y para mantener vínculos de trabajo efectivos y de confianza entre todos los socios es que todas las partes involucradas compartan lo que entienden con respecto al alcance, al objetivo y a las implicancias logísticas y de seguridad de las actividades de monitoreo que realicen terceros.

Para que los datos se utilicen de manera efectiva también es necesario que, periódicamente, se intercambien comentarios e impresiones con los administradores de menor nivel y con el personal de SSR. Los administradores de menor nivel y el personal de primera línea pocas veces reciben comentarios con respecto a la gran cantidad de datos que deben comunicar. Los administradores de programas de SSR deben intercambiar comentarios e impresiones con el personal regularmente. Pueden hacerlo mediante gráficos y análisis de las tendencias e implicancias para la programación y compartiendo puntos clave que se hayan discutido en las últimas reuniones de coordinación del sector/grupo de salud. Esto genera que las personas se sientan responsables y constituye un poderoso instrumento de motivación para los administradores de menor nivel, ya que así pueden comprender de qué manera ayudan a mejorar la SSR en la población en general.

5.3.3 Evaluación

OBJETIVO

Con una evaluación los administradores de programas de SSR pueden determinar si el programa de SSR cumplió con los objetivos establecidos. Este instrumento compara las actividades y servicios del programa (el producto) con los beneficios (resultados) y el impacto en la salud pública (objetivos).

CUÁNDO REALIZAR UNA EVALUACIÓN

Como se definió antes, las evaluaciones necesitan suficiente tiempo para medir el producto y los impactos del programa. Por lo tanto, no son adecuadas para situaciones graves, en las que, a través de estimaciones y del monitoreo, puede obtenerse información sobre las medidas de emergencia. Sin embargo, para el período posterior de entre tres y seis meses, hay un paquete integral de instrumentos de evaluación del proceso de PSIM (ver la sección 5.5). Al planificar y diseñar una programación de SSR más compleja e integral, es importante incorporar en ella el marco para las evaluaciones. Durante toda la vigencia de un proyecto se realizan evaluaciones, no solo al final, y su periodicidad se establece de acuerdo con las fases de implementación del proyecto y las necesidades de la población afectada, de la organización de ejecución y, a veces, de los socios y órganos coordinadores. A menudo se utiliza una combinación de fuentes y métodos de datos para medir el proceso, los resultados y el impacto.

QUIÉNES DEBERÍAN REALIZAR LAS EVALUACIONES

Los evaluadores externos generan las evaluaciones más

objetivas e imparciales. Si el evaluador participa de la coordinación o administración del programa, a veces puede resultarle difícil a esta persona mantenerse neutral y observar el programa de manera imparcial.

MÉTODOS

Revisión de datos secundarios

Revisión de los documentos disponibles, como los informes de monitoreo y documentos operativos (p. ej., informes del centro, informes de misión, informes de supervisión o informes de capacitación).

Recabación de datos primarios

Métodos cuantitativos y cualitativos, incluidos los que se describen en la sección sobre estimaciones. Debe incluirse a todos los actores interesados, entre ellos, los usuarios de los servicios, dentro de la población destinataria.

¿QUÉ DATOS DEBERÍAN RECABARSE EN UNA EVALUACIÓN?

Entre las preguntas típicas que deberían incluirse al evaluar un programa de SSR se encuentran las siguientes:

- ¿Cuáles fueron nuestras metas?
- ¿Cuál fue nuestro marco lógico?
- ¿Qué hicimos?
- ¿Qué logramos?
- ¿Logramos lo que deseábamos?
- ¿Qué funcionó y por qué? ¿Con qué grupo(s) destinatario(s) funcionó mejor y por qué?
- ¿Qué no funcionó y por qué? ¿Con qué grupo(s) destinatario(s) no funcionó tan bien y por qué?
- ¿Qué hemos aprendido?
- ¿Qué más se necesita para lograr el impacto deseado?

UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES

Utilizamos los resultados de las evaluaciones para mejorar la planificación y el diseño de programas. En ese sentido, deben reflejar tanto lo que funciona bien como lo que no funciona bien. A medida que el programa se siga desarrollando, y no solo al final de este, debe mantenerse una comunicación activa con los administradores del programa y prestadores de servicios a fin de garantizar que las cuestiones detectadas en la evaluación se atiendan con

prontitud o antes de que se transformen en problemas o riesgos. Debemos compartir el informe de evaluación final con todas las organizaciones que participen de la respuesta a la emergencia, incluido el Ministerio de Salud, y difundirlo en las reuniones de coordinación del sector/grupo de salud. Debemos compartir los hallazgos y decisiones directamente con la comunidad, teniendo en cuenta las cuestiones de confidencialidad y privacidad.

5.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE DERECHOS HUMANOS

5.4.1 Estándares de derechos humanos

Los proveedores de servicios y otras personas que recaben datos relacionados con la salud deben mantener la confidencialidad de esa información. En el marco de las normas internacionales de derechos humanos, la protección del derecho a la privacidad comprende el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de la información de salud, lo cual incluye la relativa a la salud reproductiva, las funciones reproductivas, la vida sexual o la sexualidad de una persona. En la sección 5.5. se incluyen pautas éticas clave. Entre los puntos clave para tener en cuenta a fin de garantizar el respeto del derecho a la privacidad se incluyen los siguientes:

- La confidencialidad de una persona que proporciona información sobre su estado de salud reproductiva, como incidentes de violencia de género, debe protegerse en todo momento. Cualquier persona que brinde información sobre su estado de salud reproductiva, incluidos incidentes de violencia de género, debe prestar su consentimiento informado antes de participar en la actividad en la que se recaben datos
- El derecho a la privacidad también se aplica a los niños y las niñas, incluso en establecimientos de atención de la salud. Si bien la información sobre el estado de salud de niños y niñas no debe divulgarse a terceros, incluidos sus padres, sin el consentimiento del menor, esto, por supuesto, depende de la edad y madurez del niño o de la niña en cuestión, así como de lo que se determine sobre su interés superior
- La información debe mantenerse confidencial en todo momento, incluso cuando se recabe, almacene, analice, comparta o use. En un establecimiento de atención de la salud, la información sobre el estado de salud de un paciente solo puede compartirse con quienes participen directamente en su tratamiento, si esto fuera necesario a los efectos del tratamiento

- El derecho de una persona a la privacidad se viola si un proveedor de servicios analiza su estado de salud reproductiva con otra persona sin la autorización del paciente. Esto no solo violaría el derecho a la privacidad de esa persona, sino que podría también generar problemas de protección importantes a la persona en cuestión. Se han conocido casos en los que, cuando se divulgó información de salud confidencial de una persona, esta sufrió el rechazo de sus familiares o de su comunidad, o fue objeto de actos de violencia o de amenazas de violencia, o de discriminación al acceder a los servicios

5.4.2 Consideraciones éticas respecto de la recabación de datos

Los riesgos para la privacidad durante la recabación de datos se relacionan con la posibilidad de identificar a los participantes y los posibles daños que ellos o los grupos a los que pertenecen pueden experimentar a partir de la recabación, del uso y de la divulgación de información personal, en especial, de información de SSR delicada. Todos los trabajadores de la salud y humanitarios deben estar familiarizados con las leyes y regulaciones nacionales en materia de recabación, almacenamiento y uso de información sobre salud.

Es fundamental realizar una cuidadosa planificación por anticipado. Las personas responsables de recabar datos deben ponderar todas las consecuencias posibles, tanto intencionales como no intencionales, que puede acarrear la actividad de recabación de información, y deben anticipar el efecto de la actividad sobre los participantes y sus familias. Cuando se considere que la recabación de datos podría ser perjudicial para los sujetos, la actividad solo debe iniciarse si existen servicios en curso para abordar las posibles consecuencias. Si la actividad para recabar información no está relacionada con un servicio, prepare información de derivación para que los sujetos puedan conseguir la ayuda necesaria. Si no se pueden implementar las garantías pertinentes, la actividad no debe realizarse.

Este tema debe analizarse con los actores interesados y con miembros de la comunidad de acogida, incluidos niños, niñas y adolescentes, cuando sea posible. Las reuniones comunitarias durante distintas fases de la actividad de recabación de información pueden ser útiles a distintos fines, como la concienciación, la revisión y la interpretación. Estos análisis pueden ser útiles para reforzar el cumplimiento de los estándares éticos y para mejorar la calidad de la información recabada.

RECUADRO 5.7: CONCEPTOS CLAVE

<i>Privacidad</i>	<i>Confidencialidad</i>	<i>Seguridad</i>	<i>Información identificable</i>	<i>Datos que pueden identificar a un paciente</i>
<p>Se refiere al derecho de una persona a no ser invadida o a no sufrir interferencias por parte de terceros. Las personas tienen derecho a la privacidad en relación con sus cuerpos, su información personal, los pensamientos y opiniones expresados, las comunicaciones personales con otros y los espacios que ocupan. La investigación afecta estos diversos ámbitos de la privacidad de distintas maneras, según sus objetivos y métodos. Un aspecto importante de la privacidad es el derecho a controlar la información sobre uno mismo.</p>	<p>La obligación ética de confidencialidad se refiere a la obligación de una persona u organización de proteger la información bajo su cuidado. La obligación ética de confidencialidad incluye las obligaciones de proteger la información contra acceso no autorizado, uso, divulgación, modificación, extravío o robo. Cumplir con la obligación ética de confidencialidad es fundamental para el vínculo de confianza entre el investigador y el participante y para la integridad de la actividad de investigación.</p>	<p>La seguridad se refiere a las medidas que se toman para proteger la información. Incluye la protección física, administrativa y técnica. Una persona u organización cumple con sus obligaciones de confidencialidad, en parte, cuando adopta e implementa medidas de seguridad adecuadas. La protección física incluye el uso de gabinetes de archivo cerrados, y que las computadoras con los datos de las investigaciones no se encuentren en áreas públicas.</p>	<p>Cuando los investigadores pretenden recabar, utilizar y compartir distintos tipos de información o de datos sobre los participantes, o acceder a ellos, se espera que determinen si se puede prever razonablemente que la información o los datos que se proponen para la investigación pueden identificar a una persona.</p>	<p>Los datos que pueden identificar a un paciente se refieren a datos personales que pueden utilizarse directa o indirectamente para identificar a una persona (p. ej., nombre o código postal). Esto también incluye datos encriptados si la solución para su desencriptamiento aún existe.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para recabar y utilizar datos con fines que no sean el monitoreo de rutina, por lo general se necesita el consentimiento informado de la persona que proporciona la información. Esto incluye la recabación de datos, momento en que la información se anonimizará y se desvinculará del nombre y de otros elementos identificatorios de quienes proporcionan los datos. En esos casos, se debería consultar con una junta de revisión ética cuáles son los lineamientos adecuados para el consentimiento informado. El proceso de consentimiento informado tiene por objeto garantizar que los entrevistados reciban en una “declaración de consentimiento” información sobre cada uno de los siguientes puntos y los comprendan: (1) el objetivo y contenido de la recabación de datos; (2) los procedimientos que se seguirán durante el curso de la recabación de datos; (3) los riesgos y beneficios de participar; y (4) sus derechos.

También se debería informar a todos los posibles participantes que tienen derecho a no participar en la recabación de datos o a negarse a responder preguntas específicas, y que hacerlo no afectará su posibilidad de acceder a servicios. Si, por un motivo específico, es necesario revelar a un tercero información sobre el estado de salud de una persona, hay que comunicarse con la persona en cuestión para obtener su consentimiento informado.

En el caso de niños y niñas, el consentimiento informado debe proporcionarlo el padre/la madre o un tutor, salvo que las leyes locales establezcan algo distinto. Además, los niños y niñas que tengan edad suficiente para comprender la índole y las implicancias de la recabación y divulgación de la información (es decir, que se encuentren en una etapa del desarrollo que puedan hacerlo) también tienen que prestar su consentimiento.

LÍMITES A LA CONFIDENCIALIDAD

En algunos contextos, las leyes nacionales exigen que los proveedores de servicios informen a las autoridades sobre las personas que tengan resultados positivos en los análisis de VIH, las mujeres que se hayan sometido a abortos o determinados casos de violencia sexual. Si bien las justificaciones oficiales para estas políticas y leyes pueden incluir la prevención de delitos o cuestiones de salud pública, es importante señalar que es posible que sean violatorias de las normas internacionales de derechos humanos y del derecho a la privacidad.

Los proveedores de servicios deben estar familiarizados con esas leyes y políticas, y con sus obligaciones. Como parte del proceso del consentimiento informado, se debe informar a los pacientes sobre los límites a la confidencialidad que resulten aplicables. Cuando haya normas que exijan comunicar datos, los proveedores de servicios deben explicar al paciente el mecanismo por el cual se transmitirá esta información e indicarle qué puede pasar después de que se informe.

5.5 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

RECURSOS GENERALES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Better Evaluation. (sin fecha). *Better Evaluation: Various Free Evaluation Tools and Guidance as well as Other Resources*. Extraído de: <http://www.betterevaluation.org/en/blog/2016-top-evaluation-resources>

Esfera. *Esfera en el seguimiento y la evaluación*. (sin fecha). Extraído de: <https://reliefweb.int/report/world/esfera-en-el-seguimiento-y-la-evaluaci-n>

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

RECAPCIÓN DE DATOS E INDICADORES

Acnur. (2010). *Health Information System (HIS) Toolkit*. Extraído de: <http://www.unhcr.org/protection/health/4a3374408/health-information-system-toolkit.html>

Acnur. (2014). *Twine: Using Data to Improve Humanitarian Decision Making*. Extraído de: <http://twine.unhcr.org/app/>

MEASURE Evaluation. (2011). *Tools for Data Demand and Use in the Health Sector MEASURE Evaluation* (2nd ed.). Extraído de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-46>

MEASURE Evaluation. (sin fecha). *Family Planning and Reproductive Health Indicators Database*. Extraído de: https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators

OMS. (sin fecha). *Global Health Cluster tools: Health Resource Availability Mapping System & Initial Rapid Assessment Toolkit*. Extraído de: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/

INVESTIGACIÓN Y ESTIMACIONES

Acnur. (2006). *Standardized Health Information System (HIS)*. Extraído de: <http://www.unhcr.org/45810f5f1.pdf>

Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies (CIEDRS), y Hopkins Population Center. (2003). *Demographic Methods in Emergency Assessment: A Guide for Practitioners*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Extraído de: <http://www.coordinationtoolkit.org/wp-content/uploads/CIEDRS-Demographic-Methods-in-Emergency-Assessment.pdf>

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

IAWG. (2013). *Tool for the Assessment of Countries' Readiness to Provide Minimum Initial Service Package for SRH during a Humanitarian Crisis*. Extraído de: http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/EECA-MISP-Readiness-Assessment-Tool_Final-Revised_December-2013.pdf

Women's Commission for Refugee Women and Children. (2003). *Monitoring Implementation of the MISP: A Check List*. Extraído de: <http://gender.care2share.wikispaces.net/file/view/MISPChecklist.pdf/60994068/MISPChecklist.pdf>

Women's Refugee Commission. (2017a). *Service Provision Mapping Tool: Urban Refugee Response*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1353-urban-gbv-tools>

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

UNFPA y Save the Children. (2010). *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Contextos Humanitarios*. Extraído de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO

Healy, J., Otsea, K. y Benson, J. (2006). Counting Abortions so that Abortion Counts: Indicators for Monitoring the Availability and Use of Abortion Care Services. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 95(2), 209–220.

ANTICONCEPCIÓN

MEASURE Evaluation. (2016). *Quick Investigation of Quality: A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning* (2nd ed.). Chapel Hill, Carolina del Norte. Extraído de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-15-104>

ÉTICA

Elrha: Research for Health in Humanitarian Settings. (sin fecha). *Research Ethics Tool*. Extraído de: <http://www.elrha.org/r2hc>

OMS. (2007). *WHO Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies*. Extraído de: http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

OMS. (2016). *Ethical and Safety Recommendations for Intervention Research on Violence against Women: Building on Lessons from the WHO Publication "Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women."* Ginebra, Suiza. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251759/1/9789241510189-eng.pdf?ua=1>

GÉNERO

MEASURE Evaluation. (sin fecha). *Guidelines for Integrating Gender into an M&E Framework and System Assessment*. Extraído de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-16-128-en>

VIOLENCIA DE GÉNERO

Gender-Based Violence Information Management System. (sin fecha). Extraído de: <http://www.gbvims.com/resources/>

IASC. (2015). *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria*. Extraído de: https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espanol.pdf

RHRC Consortium y Women's Commission for Refugee Women & Children. (2004). *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in conflict-affected settings*. Extraído de: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FC881A31BD55D2B3C1256F4F00461838-Gender_based_violence_rhrc_Feb_2004.pdf

UN Action Against Sexual Violence in Conflict. (2008). *Reporting and Interpreting Data on Sexual Violence from Conflict-Affected Countries: Do's and Don'ts*. Extraído de: <http://www.stoprapenow.org/uploads/advocacyresources/1282164733.pdf>

USAID. (2014). *Toolkit for Monitoring and Evaluating Gender-Based Violence Interventions along the Relief to Development Continuum*. Extraído de: <https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/2151/Toolkit%20Master%20%28FINAL%20MAY%209%29.pdf>

Women's Refugee Commission. (2015). *"I See That It Is Possible" Gender-based Violence Disability Toolkit: Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1173-gbv-disability-toolkit-all-in-one-book>

SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

OMS. (2011). *Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-Miss Approach for Maternal Health*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf

OMS, UNFPA, UNICEF, y Mailman School of Public Health Averting Maternal Death and Disability (AMDD). (2009). *Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732_spa.pdf?sequence=1

OMS, UNICEF, UNFPA, , Banco Mundial y The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. (2010). *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70428/1/WHO_FCH_10.06_eng.pdf

SALUD MENTAL Y PSICOSOCIAL

IASC. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra, Suiza. Extraído de: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/iasc_guidelines_mhps_spa.pdf

IASC Grupo de Referencia del IASC para Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. (2010). *Salud mental y apoyo psicosocial en las emergencias humanitarias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud?* Ginebra, Suiza. Extraído de https://www.who.int/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know_spanish.pdf

OMS y King's College London. (2011). *The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): Manual with Scale*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44643/1/9789241548236_eng.pdf

OMS, War Trauma Foundation y World Vision International. (2011). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1

ETS/VIH/SIDA

Global AIDS Monitoring Indicator Registry. (sin fecha). Extraído de: <http://www.indicatorregistry.org/>

MEASURE Evaluation. (2013). *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People - Volume II for Service Delivery Providers*. Extraído de: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-11-49b>

REFUGIADOS URBANOS

Women's Refugee Commission. (2017b). *Urban Gender-Based Violence Risk Assessment Guidance: Identifying Risk Factors for Urban Refugees*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1353-urban-gbv-tools>

CAPÍTULO 6

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTE

- 6.1 Introducción
 - 6.2 Objetivos
 - 6.3 Programación de salud sexual y reproductiva de adolescentes
 - 6.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
 - 6.3.2 Gestión de riesgos para la salud en situaciones de emergencia y de desastres
 - 6.3.3 Evaluación de necesidades
 - 6.3.4 Principios para el trabajo con adolescentes
 - 6.3.5 Consideraciones e implicancias de la programación para adolescentes
 - 6.3.6 Implementación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes
 - 6.3.7 Coordinación y generación de vínculos con programas para adolescentes
 - 6.3.8 Incidencia
 - 6.4 Consideraciones legales y de derechos humanos
 - 6.4.1 Estándares de derechos humanos
 - 6.4.2 Desafíos y oportunidades
 - 6.5 Monitoreo y evaluación
 - 6.6 Otros materiales de lectura y recursos
-

6.1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de cambios biológicos, físicos y cognitivos y está acompañada de necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) únicas. Los adolescentes son resilientes, ingeniosos y enérgicos. Pueden tener un rol integral a lo largo de los ciclos de programas humanitarios y de gestión de riesgos en situaciones de desastres. Teniendo presentes las exigencias contrapuestas impuestas a los adolescentes, deben ofrecerse oportunidades para desarrollar sus capacidades que promuevan su empoderamiento en este proceso. Por ejemplo, durante emergencias, pueden actuar como socorristas mediante actividades tales como ayudar a proveedores

de salud con carácter de voluntarios y de distribuidores en la comunidad. Pueden ampliar el acceso a servicios de SSR de calidad para la comunidad general y para sus pares a nivel comunitario. Además, su papel en los mecanismos de coordinación puede ser fundamental para asegurar que las necesidades de los adolescentes se consideren desde el comienzo de las emergencias.

Las emergencias humanitarias conllevan riesgos inherentes que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes a la violencia, la pobreza, la separación familiar, el abuso sexual y la explotación. Estos factores pueden alterar las estructuras de protección familiares y sociales, redes de pares, escuelas e instituciones religiosas y pueden afectar considerablemente la capacidad de los adolescentes de protegerse y adoptar conductas de SSR seguras. Su nuevo entorno puede ser violento, estresante y/o poco saludable. Los adolescentes (especialmente las jóvenes adolescentes) que viven en contextos de crisis son sumamente vulnerables a la coerción sexual, la explotación y la violencia, y podrían mantener relaciones sexuales de alto riesgo o practicar sexo transaccional para poder sobrevivir. Los adolescentes son un grupo heterogéneo; sus riesgos y necesidades pueden variar de acuerdo con factores tales como el entorno y el contexto local así como su estado civil, nivel de educación, condición de discapacidad, género e identidad de género, identidad corporal, orientación sexual y condición social y económica.

RECUADRO 6.1: DATOS Y CIFRAS CLAVE

- De los 30 países con los índices más altos de matrimonio infantil, más del 50 % están atravesando un conflicto
- Cada hora, 26 adolescentes (entre 15 y 19 años) contraen VIH. Las adolescentes y las mujeres jóvenes se ven desproporcionadamente afectadas por el VIH en el África Subsahariana, donde siete de cada diez nuevas infecciones en adolescentes son entre niñas
- Desde 2009 hasta 2012, las propuestas sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes a través de vías de financiamiento humanitario constituyeron menos del 3,5 % de todas las propuestas de salud; la mayoría no recibieron fondos

Por otra parte, en algunos casos, las comunidades afectadas por crisis también pueden estar expuestas a nuevas oportunidades, incluido el acceso a una mejor atención de la salud, escolaridad y nuevos idiomas y habilidades, que pueden situar a los adolescentes en posiciones privilegiadas que no habrían tenido en un entorno sin crisis. Los

adolescentes suelen adaptarse con facilidad a situaciones nuevas y pueden aprender rápidamente a desenvolverse en el nuevo entorno.

Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud, proveedores de atención de la salud y docentes que trabajan en contextos humanitarios deben considerar y abordar las necesidades singulares de los adolescentes. También deben considerar especialmente a los adolescentes vulnerables, incluidos ex niños soldados, adolescentes que son jefes de hogar, adolescentes con discapacidad, madres adolescentes y jovencitas expuestas a mayor riesgo de explotación sexual.

RECUADRO 6.2: ADOLESCENTES EXPUESTOS A MAYOR RIESGO

- Adolescentes de muy corta edad (menores de 14 años)
- Niños huérfanos y vulnerables
- Adolescentes que practican sexo transaccional
- Adolescentes que viven con VIH
- Adolescentes que mantienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo
- Niñas madres
- Niños que son jefes de hogar
- Adolescentes casados
- Jóvenes adolescentes viudas
- Adolescentes con discapacidad
- Adolescentes que cuidan a personas con discapacidad
- Niños soldados (incluidas niñas) y otros niños asociados con fuerzas combatientes (en roles no combatientes)
- Adolescentes sobrevivientes de violencia sexual, trata y otras formas de violencia de género
- Adolescentes en contextos urbanos

6.2 OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Proporcionar orientación a los coordinadores de SSR,

administradores de programas de salud, proveedores de servicios de salud, trabajadores sociales y docentes sobre enfoques efectivos, innovadores y sensibles a factores culturales en contextos de crisis humanitarias que tengan en cuenta la heterogeneidad de los adolescentes, a fin de aumentar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes (SSRA) de calidad

- Indicar los principios y recursos de los que se valen los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud, proveedores de servicios y miembros de la comunidad para saber cómo involucrar a los adolescentes en los programas de SSRA
- Asegurar la provisión de servicios e información de SSR orientados a adolescentes y generar un entorno seguro y de contención donde los adolescentes puedan desarrollarse y prosperar, a pesar de los numerosos desafíos que enfrentan en una crisis

RECUADRO 6.3: DEFINICIÓN Y ALCANCE

Si bien este capítulo se refiere a los adolescentes (por lo general definidos como personas de entre 10 y 19 años), los servicios descritos en esta parte pueden hacerse extensivos a un grupo más amplio de jóvenes que también podrían beneficiarse a partir de servicios orientados a los jóvenes.

6.3 PROGRAMACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

6.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) es un conjunto coordinado de actividades prioritarias tendientes a prevenir y responder a la violencia sexual, reducir la transmisión del VIH, prevenir la morbilidad y mortalidad maternas y de recién nacidos excesivas, evitar el embarazo no deseado, y hacer una transición a servicios de SSR más integrales a medida que la situación lo permita. Es posible que el PSIM no aborde todas las necesidades de los adolescentes y que no se puedan incorporar todos los principios de la SSRA al implementarlo. Dada esta situación, es fundamental consultar las Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en contextos humanitarios desarrolladas por Save the Children y el

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para obtener orientación adicional sobre el establecimiento y la prestación de servicios del PSIM orientados a adolescentes durante el ciclo de gestión de riesgos en situaciones de desastres (ver la sección 6.6).

RECUADRO 6.4: LA ANTICONCEPCIÓN REVERSIBLE DE ACCIÓN PROLONGADA PODRÍA SER ADECUADA PARA LOS ADOLESCENTES

Los métodos de anticoncepción reversible de acción prolongada (long-acting reversible contraception, LARC), incluidos implantes anticonceptivos y dispositivos intrauterinos (DIU), son seguros y efectivos para los adolescentes. Pueden utilizarse en mujeres y niñas que aún no han comenzado a tener hijos. Ofrecen varias ventajas por sobre otros métodos anticonceptivos; no requieren que el usuario tome ninguna medida una vez colocados; son relativamente discretos y evitan el embarazo durante años, en un período en que la mayoría de las niñas quieren evitar tener hijos. Los proveedores del sector de salud deberían incluir la anticoncepción reversible de acción prolongada entre la gama completa de opciones de métodos anticonceptivos que se ofrecen a los adolescentes.

6.3.2 Gestión de riesgos para la salud en situaciones de emergencia y de desastres

Incluya lo siguiente como parte de los esfuerzos de gestión de riesgos en situaciones de emergencia y de desastres:

- Apoye la participación sistemática y las alianzas con adolescentes en todas las fases de la acción humanitaria, especialmente en la toma de decisiones y las asignaciones presupuestarias
- Fortalezca las capacidades de los adolescentes para actuar como actores humanitarios efectivos y apoye las organizaciones e iniciativas locales lideradas por adolescentes en la respuesta humanitaria. Esto incluye adolescentes afectados por crisis, como refugiados y desplazados internos que viven en asentamientos urbanos informales y barrios marginales

6.3.3 Evaluación de necesidades

A medida que la situación se estabilice, lleve a cabo una evaluación de necesidades que incluya un mapeo de los servicios existentes, en coordinación con otros actores

del sector de SSRA y salud infantil, para aplicar esta información al proceso de diseño de programas y elaborar un plan de acción que contribuya a que los servicios de salud existentes se adapten mejor al uso por parte de adolescentes. Involucre en este proceso a los adolescentes, a quienes se los puede orientar para que identifiquen sus propias vulnerabilidades y capacidades. Asegure la inclusión de adolescentes expuestos a mayor riesgo (ver el recuadro 12.2). Por ejemplo, asegúrese de que entre el 10 % y el 15 % de los adolescentes consultados en las evaluaciones de necesidades sean adolescentes con discapacidad. Utilice herramientas de evaluación de servicios destinadas a adolescentes para determinar si los servicios de salud satisfacen las necesidades de los adolescentes. También evalúe los recursos comunitarios de protección. Debemos estudiar los datos reunidos desde diversas perspectivas, incluidas las de los adolescentes sobre:

- **Problemas y conductas relacionados con la salud:** Prevalencia de problemas y prácticas de SSR entre los adolescentes, incluidos embarazos planificados y no planificados, uso de métodos anticonceptivos, aborto seguro e inseguro, mortalidad materna y neonatal, prácticas de sexo más seguro, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH
- **Prácticas perjudiciales y factores de riesgo:** Vulnerabilidades y prácticas perjudiciales de los adolescentes, incluidos exposición a violencia y explotación sexual; matrimonio infantil, a temprana edad y forzado; trata; sexo transaccional y prácticas tradicionales como la mutilación genital femenina
- **Factores de protección:** Recursos comunitarios de protección, como el apoyo de padres y docentes, redes de apoyo de pares y programas para adolescentes con conexiones con adultos interesados en su bienestar
- **Recursos disponibles:** Percepciones de los adolescentes y la comunidad sobre las necesidades de SSRA y suministro de servicios e información de SSR a adolescentes, incluidos servicios profesionales y tradicionales. Particular atención al modo en que varían las necesidades y servicios según los distintos grupos, incluidos niños, niñas, jóvenes de la comunidad de lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y asexuales (LGBTQIA) y aquellos con discapacidades. Causas de las falencias en la prestación de servicios y el acceso a estos
- **Desafíos:** Barreras en el acceso a los servicios existentes para los diferentes grupos de adolescentes, incluido el desconocimiento de cuestiones sobre SSRA, la falta de información sobre servicios de SSRA

y dónde se prestan, inseguridad, libertad de circulación restringida, obstáculos físicos, normas culturales, falta de confidencialidad/privacidad, y falta de profesionales de atención de la salud del mismo sexo

- **Oportunidades:** En algunas situaciones, las crisis presentan a los adolescentes nuevas oportunidades para fortalecer sus capacidades y tener un acceso más amplio a la salud y la educación, no solo para ellos mismos, sino también para sus comunidades

Asimismo, los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios deben conocer las leyes y políticas nacionales relacionadas con la SSR para adolescentes en los países donde trabajan. Si bien los gobiernos nacionales tienen la facultad y la responsabilidad de proporcionar educación y servicios de SSR para los adolescentes y jóvenes, es posible que prevalezcan las políticas restrictivas.

Se debe considerar lo siguiente:

- ¿Cuáles son las leyes y políticas que restringen o impiden el acceso de los adolescentes a información y servicios de SSR?
- ¿Cuál es la mayoría de edad? ¿Cuál es la edad de consentimiento para mantener relaciones sexuales? ¿Cuál es la edad de consentimiento para contraer matrimonio? ¿Es diferente para niños/hombres y niñas/mujeres?
- ¿Hay requisitos sobre aprobación de los cónyuges, padres o tutores para proporcionar información y servicios de salud a niños y niñas? ¿A adolescentes que no son niños?
- ¿Se tienen en cuenta la capacidad de evolución y el interés superior de los niños y las niñas en las leyes/políticas/protocolos que regulan el acceso de los adolescentes a los servicios, la información y la educación de SSR?
- ¿Cuáles son las leyes relacionadas con el acceso de los adolescentes a servicios relacionados con el aborto y en qué medida se implementan o aplican estas leyes?
- ¿Hay leyes o políticas nacionales o locales relacionadas con la violencia sexual y otras formas de abuso contra niños y niñas, tanto dentro como fuera del seno familiar?

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 6.1: UNA EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE SSR QUE INCLUYE A LOS ADOLESCENTES

ORGANIZACIÓN: CARE-International

LUGAR: Goma, República Democrática del Congo (RDC)

INTRODUCCIÓN: Los resultados de salud reproductiva de la RDC se encuentran entre los más bajos del mundo. En 2014, el 27 % de las adolescentes mayores (15 a 19 años) habían comenzado a tener hijos: El 21 % ya eran madres y el 6 % estaban embarazadas. En la región de Kivu Norte afectada por la crisis, las mujeres y las niñas enfrentan dificultades aún mayores. La encuesta inicial de CARE realizada a 709 adolescentes y jóvenes determinó que el 32 % de todas las encuestadas de entre 15 y 24 años estuvieron alguna vez embarazadas; de las que estuvieron embarazadas, el 29 % se había sometido a un aborto. Puesto que los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Goma y alrededores han crecido inmersos en la crisis, este proyecto tuvo por objeto no solo abordar sus necesidades de SSR sino también brindarles la oportunidad de generar un cambio para ellos mismos y su comunidad y realizar la intervención para lograrlo.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: El proyecto *Vijana Juu* (que en Swahili significa “Acompañando a la Juventud”) de Aid Match, financiado por el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID), fue implementado por CARE entre febrero de 2016 y octubre de 2017. Este proyecto piloto se basó en la intervención Apoyo al Acceso a la Planificación Familiar y la Atención después del Aborto (SAFPAC) de CARE, que ya estaba en curso, para evaluar la viabilidad de incluir un componente sólido de SSRA dentro del modelo de SAFPAC para satisfacer las necesidades de los adolescentes. El proyecto se implementó en colaboración con grupos religiosos que administran establecimientos de salud y escuelas cercanos entre sí. El personal del proyecto de CARE, junto con un representante del Programa Nacional de Salud Adolescente del Ministerio de Salud, facilitó talleres con jóvenes de comunidades aledañas para revisar los resultados de la evaluación inicial e incorporarlos al diseño del proyecto. CARE utilizó su enfoque de Cuadro de Mando Comunitario (CSC) con el fin de reunir a jóvenes, proveedores de servicios y funcionarios gubernamentales para consensuar cuatro indicadores que fueran representativos de la calidad y accesibilidad de los “servicios orientados a adolescentes” e implementar un proceso para dar seguimiento al progreso en estos indicadores e identificar y solucionar problemas relacionados con el acceso y la provisión de servicios. El proyecto también incluyó acciones de capacitación y supervisión relacionadas con los servicios orientados a los adolescentes, destinadas a los proveedores, así como un modelo de pares. Además, la colaboración significativa de los participantes del programa en los aspectos de diseño, adaptación e intercambio continuo de comentarios y un enfoque de programa iterativo permitieron incorporar otros componentes del programa, tales como una tarjeta de derivación exclusiva para adolescentes que permite reducir el tiempo que estos tienen que esperar en los establecimientos de salud. Dadas las reacciones positivas que generó esta intervención, CARE introdujo intervenciones básicas de

Aid Match (como la orientación de los proveedores hacia las necesidades de SSRA, la implementación de tarjetas de derivaciones creativas y la compra de insumos que cubren las necesidades de los adolescentes) en otros establecimientos de salud del SAFPAC en Goma, y así amplió la disponibilidad de los servicios de SSR orientados a adolescentes en 15 establecimientos de salud.

RESULTADOS: CARE proporcionó servicios de anticoncepción a 22 633 nuevos usuarios de planificación familiar en los 15 centros de SAFPAC, incluidos 4681 nuevos usuarios en los 4 centros iniciales de Aid Match. De quienes excluyeron a los preservativos como método elegido, el 44,7 % de los jóvenes en los 15 establecimientos de salud y el 48,9 % de los jóvenes en los 4 establecimientos iniciales de Aid Match eligieron un anticonceptivo reversible de acción prolongada (implante o dispositivo intrauterino). Todos los adolescentes que accedieron a los servicios financiados por CARE a través del proyecto se mostraron satisfechos con los servicios que recibieron. Sesenta jóvenes recibieron capacitación como líderes de pares/mentores de jóvenes y 10 líderes de pares/mentores de jóvenes fueron capacitados como consejeros comunitarios, una intervención que se introdujo para cubrir las necesidades de los jóvenes que vivían en campamentos de desplazados internos y comunidades de acogida cercanas donde no había acceso a servicios de SSR. Nueve organizaciones comunitarias recibieron apoyo para ofrecer eventos de participación de la comunidad que se concentraron en temas de SSRA, incluidos diálogos en la comunidad. En total, se llevaron a cabo 1742 diálogos en la comunidad para generar conciencia sobre la SSR no solo entre los jóvenes, sino también para fomentar un entorno y una dinámica comunitaria que faciliten su acceso a los servicios de SSR.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Lograr el compromiso de los jóvenes a través de un enfoque participativo en la investigación, el diseño y la implementación del proyecto dio por resultado servicios relevantes para los adolescentes y una utilización probablemente mayor de los servicios de SSR. Los comentarios cualitativos indican que establecer un mecanismo de rendición de cuentas a través del cuadro de mando comunitario brinda a los adolescentes la oportunidad de transmitir sus impresiones sobre los servicios que son relevantes no solo para ellos, sino también para la comunidad en general. Asimismo, el enfoque de cuadro de mando comunitario mejoró las relaciones y alentó el diálogo entre los jóvenes, los líderes comunitarios y los proveedores de servicios de salud. A partir de las actividades de supervisión de apoyo realizadas por personal de CARE, observamos que los adolescentes requieren mayor compasión y apoyo antes, durante y después de recibir métodos anticonceptivos, especialmente durante el proceso de identificación de los métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada. Vale señalar que los líderes de pares en los cuatro centros lanzaron una red para adolescentes por iniciativa propia, Vijianna Vision, para dar continuidad a las actividades a nivel de la comunidad una vez terminado el proyecto.

RECUADRO 6.5: PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DESPUES DEL ABORTO A ADOLESCENTES

Los adolescentes y los jóvenes en contextos de crisis están expuestos a mayor riesgo de embarazo no deseado y aborto inseguro, debido a factores tales como su desarrollo psicosocial, dinámicas de poder de género y social existentes, condición socioeconómica, violencia y coerción sexual, y valores tradicionales/culturales que impiden el acceso a información y servicios de SSR. Los adolescentes a menudo desconocen los métodos anticonceptivos para evitar el embarazo y no tienen acceso a ellos. Por lo tanto, cuando se enfrentan con un embarazo no deseado, es más probable que las adolescentes recurran a abortos inseguros en comparación con las mujeres adultas y/o que esperen más tiempo para intentar obtener servicios de aborto, por motivos que van desde el temor a la estigmatización y las restricciones en las políticas y obstáculos estructurales, como los costos de transporte, hasta darse cuenta tardíamente de que están embarazadas o la negación psicológica de su embarazo. Esto aumenta el riesgo de complicaciones, incluido sangrado abundante, infecciones, desgarro del útero, infertilidad y mortalidad prematura.

Es fundamental que las adolescentes tengan acceso a atención después del aborto de alta calidad. Los obstáculos que enfrentan los adolescentes para acceder a servicios de SSR pueden agravarse cuando necesitan atención después del aborto debido a la idea equivocada de que la atención después del aborto es un servicio de aborto o que fomenta los abortos, y a los pronunciados preconceptos de los proveedores respecto de los adolescentes que necesitan atención después del aborto. La participación de los adolescentes a lo largo del ciclo del programa para los servicios de atención después del aborto, la capacitación de los proveedores en servicios de atención después del aborto orientados SSRA y la programación integrada de la planificación familiar junto con atención después del aborto, complementadas con la concienciación de la comunidad, son fundamentales para mejorar el acceso a servicios vitales de atención después del aborto para adolescentes en emergencias.

6.3.4 Principios para el trabajo con adolescentes

La implementación a gran escala de los programas de SSRA requiere políticas y pautas claras, apoyo por parte de líderes institucionales, capacitación continua del personal de salud y de otro personal, y la inclusión de los usuarios adolescentes en el diseño y monitoreo de estos servicios.

Cuando se trabaja con adolescentes, es importante considerar lo siguiente:

- Principios de gestión
- Principios para la prestación de servicios

PRINCIPIOS DE GESTIÓN

Reconocer que los adolescentes no son un grupo homogéneo

Las necesidades varían según la edad, sexo, educación, estado civil, contexto local y cultural, género, identidad de género, identidad corporal, orientación sexual y condición de discapacidad. Cada subgrupo tiene necesidades y riesgos específicos. El diseño y la implementación de toda la programación, incluida la provisión de servicios de salud y las estrategias de comunicación para el cambio de conductas, deben elaborarse a medida de las necesidades específicas y ser adecuados para la edad y el sexo de los destinatarios. Dado que algunos grupos de adolescentes se encuentran en mayor riesgo, es fundamental que se implementen mecanismos de protección para prevenir y responder a la violencia y al abuso de adolescentes.

Conseguir participación significativa de los adolescentes

El principio fundamental del trabajo efectivo con adolescentes es fomentar su participación, colaboración y liderazgo. Debido a las barreras que enfrentan los adolescentes en el acceso a los servicios de SSR, deben estar involucrados en todos los aspectos de la programación, incluidos el diseño, la implementación, y el monitoreo y la evaluación. El énfasis debe estar puesto en la necesidad de comprometer a los adolescentes en todas las etapas del ciclo del programa, no solo para darles una participación simbólica. Los programas deben desarrollar estrategias creativas para fomentar la inclusión y la participación de las poblaciones heterogéneas de adolescentes. Con frecuencia se consulta a los adolescentes “visibles” y más privilegiados, en vez de a los que están particularmente en mayor riesgo de quedar excluidos. Dada esta situación, es especialmente importante adoptar estrategias que desarrollen las fortalezas y capacidades y proporcionar adecuaciones razonables para quienes, de otro modo, no pueden participar al máximo de su capacidad, como los adolescentes con discapacidades, entre otros. Es útil identificar a los adolescentes que se han desempeñado o pueden desempeñarse como líderes o educadores de pares en sus comunidades. Estos adolescentes pueden ayudar a abordar las necesidades

de sus pares durante el diseño del programa y pueden colaborar con la implementación de actividades, como la distribución de preservativos, educación de pares, monitoreo de servicios de salud orientados a adolescentes, y derivaciones a consejeros sobre violencia de género. Los servicios tendrán mayor aceptación si se adaptan a las necesidades identificadas por los propios adolescentes. La colaboración de los adolescentes puede ser útil para garantizar que la respuesta del PSIM también aborde sus necesidades, por ejemplo, identificando lugares sensibles a factores culturales al poner a disposición preservativos.

Fomentar la participación de la comunidad

Comprender el contexto cultural y generar un entorno de contención es fundamental para promover los servicios de SSR orientados a adolescentes, dado que pueden estar afectados por los valores de la comunidad respecto de la SSRA. Las comunidades a menudo pueden volverse particularmente protectoras de las normas culturales y del proceso de socialización de los adolescentes cuando ocurre una emergencia. Como se describe en el PSIM (ver el capítulo 3), es importante poner a disposición información y servicios de SSR prioritarios, incluso para los adolescentes, al comienzo de la respuesta humanitaria. Tan pronto como sea posible, concéntrese en involucrar a las comunidades en cuestiones que afectan la salud de los adolescentes, dado que esto puede generar impactos positivos y más

sostenidos en la salud. Se debe consultar a miembros de la comunidad, incluidos padres, tutores, docentes, proveedores de atención de la salud y líderes religiosos, y se los debe involucrar en el desarrollo de programas con adolescentes y para adolescentes.

PRINCIPIOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Privacidad, confidencialidad e imparcialidad

Los adolescentes que acuden a los proveedores de salud suelen sentirse abochornados, avergonzados o confundidos al solicitar servicios de SSR. Es importante que los proveedores generen un espacio lo más privado posible para hablar y prestar servicios. Los proveedores deben estar capacitados para prestar servicios orientados a adolescentes de manera imparcial, sin juicios de valor ni discriminación. Esto debe incluir estrategias para generar confianza, manejar las dinámicas de poder, y hacer que los adolescentes con diferentes tipos de discapacidades participen en forma segura en la toma de decisiones sobre sus propias necesidades de salud. La información se difunde rápidamente entre los adolescentes y si se viola la confidencialidad aunque sea solo una vez, los adolescentes serán sumamente reticentes a acceder a los servicios disponibles.

RECUADRO 6.6: ADOLESCENTES EN CADA REGION DEL MUNDO QUE TIENEN ACTIVIDAD SEXUAL, SEA O NO POR ELECCIÓN

En los países en desarrollo a nivel global, el 17 % de las niñas ha tenido relaciones sexuales antes de los 16 años y el 50 % antes de los 19 años. Los adolescentes varones, en promedio, se vuelven sexualmente activos a una edad más temprana que las niñas.

Niñas de 15 a 19 años	África	Asia	América Latina y el Caribe	Todos
% que tuvo sexo, 16 años	27	11	28	17
% que tuvo sexo, 19 años	66	41	67	50

Relación entre la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y la salud reproductiva

Cuando los adolescentes acceden a servicios de salud en busca de información, pruebas y atención para el VIH, surge la oportunidad de promover los servicios integrales de SSR, tales como:

- Educación e información para relaciones sexuales más seguras
- Anticoncepción, incluido el uso del método dual
- Asesoramiento y tratamiento de ETS

A su vez, ofrezca a todos los adolescentes que accedan a anticoncepción u otros servicios de SSR la oportunidad de conocer su condición de VIH, así como sobre la atención y las opciones de tratamiento disponibles (ver los capítulos 7, 11 y 12). Es también importante considerar las necesidades específicas y los riesgos adicionales que enfrentan los adolescentes que nacieron y viven con VIH.

Sexo del proveedor de servicios

Siempre que sea posible, un adolescente debe ser derivado a un proveedor del sexo de su elección. Procure que las sobrevivientes de violencia de género que busquen ayuda y atención en un establecimiento de salud tengan la opción de que una persona de apoyo de sexo femenino esté presente en el consultorio cuando un proveedor de sexo masculino sea la única persona disponible. Si bien esto es fundamental cuando la sobreviviente sea una joven adolescente, también es importante darles esta opción a los varones adolescentes que sean sobrevivientes de violencia de género.

6.3.5 Consideraciones e implicancias de la programación para adolescentes

Es importante que los administradores de programas de SSR recuerden los siguientes factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de los adolescentes durante una emergencia:

LAS JÓVENES ADOLESCENTES TIENEN MAYORES VULNERABILIDADES QUE SUS PARES VARONES

Las jóvenes adolescentes son un grupo relegado dentro de las poblaciones afectadas por una crisis. Una consecuencia es la falta de respuestas diferenciadas respecto de la prevención y protección contra el VIH. Cuando las niñas contraen matrimonio a temprana edad, o son obligadas a hacerlo, suelen ser tratadas como adultos en la programación de SSR, y no se tienen en cuenta sus necesidades singulares en cuanto a la importancia de demorar el primer nacimiento y los siguientes.

RECUADRO 6.7: RIESGOS PARA LA SALUD ASOCIADOS CON EL MATRIMONIO PRECOZ

El matrimonio infantil, definido como el matrimonio formal o la unión informal antes de los 18 años, afecta a una de cada tres niñas en países en desarrollo. Los índices de matrimonio infantil son particularmente altos en Estados frágiles. Durante situaciones de conflicto, las familias pueden recurrir al matrimonio infantil para hacer frente a las dificultades económicas y para proteger a las niñas de la posibilidad de mayor violencia. Los proveedores del sector de la salud y los trabajadores de extensión a la comunidad deben saber que es probable que haya casos de matrimonio infantil en las comunidades afectadas por crisis. Los adolescentes casados enfrentan riesgos de salud importantes que requieren atención deliberada:

- Las adolescentes casadas están expuestas a un alto riesgo de mortalidad y morbilidad materna. El 90 % de los primeros partos prematuros ocurren dentro del contexto del matrimonio y los riesgos de complicaciones del embarazo son más altos en la adolescencia. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la causa principal de muerte de niñas entre 15 y 19 años a nivel global. Las adolescentes casadas también son más vulnerables a las lesiones relacionadas con el embarazo, como la fístula obstétrica
- Las adolescentes casadas tienen mayor riesgo de sufrir violencia de parte de parejas íntimas y de contraer enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, así como de sufrir cáncer de cuello uterino y malaria
- El matrimonio infantil está relacionado con el inicio temprano de la actividad sexual. Sin embargo, las habilidades de negociación y los conocimientos de anticoncepción, así como las prácticas de sexo seguro, son limitados entre esta población
- No solo está en riesgo la salud de las niñas, sino también la de sus bebés. Los niños nacidos de adolescentes casados tienen mayor riesgo de mortalidad y morbilidad infantil

Los servicios de SSR orientados a adolescentes (tanto fijos como móviles) son esenciales para asegurar que los adolescentes casados tengan acceso a servicios de salud vitales. El diseño y la implementación de programas deben incluir estrategias de extensión comunitaria para favorecer que los adolescentes casados puedan acceder a los servicios de SSR.

Las diferencias de poder existentes en las relaciones entre hombres y mujeres pueden verse exacerbadas durante una emergencia. Con frecuencia se espera que las jóvenes adolescentes mantengan las normas sociales y culturales, como ser sumisas con los hombres, atender a su familia, quedarse en la casa o contraer matrimonio siendo jóvenes. Además, el cambio en las dimensiones de poder que se genera como resultado de la convivencia entre las poblaciones desplazadas y de acogida puede exponer a las jóvenes adolescentes a mayores riesgos. Las dificultades económicas conducen a mayor explotación, como la trata y el intercambio de sexo por dinero y otras necesidades, con los consiguientes riesgos en el área de la SSR (incluidos VIH, ETS, embarazo precoz, embarazo no deseado y aborto inseguro). Las jóvenes adolescentes son vulnerables a la violencia de género, incluidas la violencia sexual, la violencia doméstica, la mutilación genital femenina y el matrimonio forzado y a temprana edad. Los riesgos de un embarazo para una joven adolescente pueden verse exacerbados por condiciones de salud preexistentes, como la anemia. Las jóvenes casadas a menudo no tienen voz ni poder para tomar decisiones dentro del hogar debido a las desigualdades de

poder con sus esposos. No debe subestimarse la importancia de abordar el estigma contra las adolescentes embarazadas o casadas y la necesidad de desarrollar la autosuficiencia y el bienestar psicosocial de los adolescentes.

LAS NORMAS SOCIALES Y EL APOYO SOCIAL SE ALTERAN EN UNA SITUACIÓN DE CRISIS

La pobreza exagera las amenazas al bienestar y a la vez debilita los sistemas de apoyo familiar para los adolescentes. Los adolescentes en contextos afectados por conflictos a menudo deben buscar maneras de sobrevivir y cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, salud y educación. La ruptura de las estructuras sociales puede funcionar como una protección si esto implica que se discontinúan las prácticas perniciosas, pero también puede conllevar riesgos para la salud de los adolescentes. Es posible que el uso del tiempo libre por parte de los adolescentes en los contextos de crisis no esté sujeto al mismo tipo de control que cuando se da en otras circunstancias. Cuando los adolescentes están separados de sus familias, amigos,

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 6.2: ADOLESCENTES SOCORRISTAS EN NEPAL Y SRI LANKA

ORGANIZACIÓN: International Planned Parenthood Federation (IPPF)

LUGAR: Nepal y Sri Lanka

INTRODUCCIÓN: El sur de Asia es una región propensa a los desastres naturales, que han ido aumentando en frecuencia e intensidad en los últimos años. Esto incluye el devastador terremoto ocurrido en Nepal en 2015 y el gravísimo alud que tuvo lugar en Sri Lanka en 2016; estos acontecimientos afectaron a una gran cantidad de personas, especialmente mujeres y niños.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Entre las diversas crisis en la región a las que ha respondido IPPF, su destacable trabajo en la provisión oportuna de servicios de SSR vitales establecidos en virtud del PSIM en Nepal y Sri Lanka recibió especial atención de varios asociados, como resultado de la participación proactiva de voluntarios adolescentes capacitados. Con la asistencia del Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio del gobierno australiano, IPPF proporcionó más de USD 137 000 a sus asociaciones miembro para el trabajo de respuesta en Nepal y Sri Lanka. En ambas respuestas, IPPF movilizó y consiguió la participación de sus voluntarios adolescentes y jóvenes capacitados que colaboraron en la elaboración de una estrategia para la respuesta y la prestación de servicios en el terreno, así como en

actividades para la reducción de riesgos en las comunidades afectadas. El esfuerzo se apoya en la convicción de que hablar con los jóvenes sobre el uso de anticonceptivos, conductas más seguras en las relaciones sexuales y violencia de género ayuda a reducir sus vulnerabilidades y a comprender mejor las cuestiones que son parte de su vida cotidiana.

RESULTADOS: Jóvenes voluntarios capacitados en ambas respuestas contribuyeron en la prestación de servicios de SSR a más de 22 849 personas. Se distribuyeron más de 2000 Botiquines de SR en los dos países. Adolescentes voluntarios participaron activamente en la gestión de campamentos y en la evaluación rápida para el grupo de salud de la OMS y también asistieron a reuniones del grupo de salud reproductiva. Esto contribuyó a diseñar respuestas orientadas a jóvenes y adolescentes y a establecer vínculos más estrechos con otros grupos de jóvenes y asociados.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Los jóvenes y adolescentes pueden ser catalizadores del trabajo de respuesta. La participación de los jóvenes en la planificación y el diseño de la intervención puede mejorar la calidad y la efectividad de la respuesta a una emergencia. Asimismo, capacitar a los jóvenes en reducción de riesgos en situaciones de desastres y en prestación de servicios de SSR, incluidos asesoramiento, educación entre pares y derivaciones, puede ser crucial para salvar vidas.

docentes, miembros de la comunidad y de la cultura tradicional, es posible que haya menos control social de las conductas de riesgo. Algunos adolescentes, como aquellos con discapacidad, pueden enfrentar mayor aislamiento y estar expuestos a mayor riesgo de violencia de género a raíz de esta pérdida de apoyo familiar y de la comunidad. 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. La desigualdad de género contribuye a problemas sexuales, de salud y sociales. Se debe apoyar e interpelar a los adolescentes, sus familias y las comunidades para que cambien la desigualdad en las normas de género y aprovechen cualquier oportunidad que surja a partir de nuevas circunstancias o cambios en las circunstancias.

LAS CRISIS HUMANITARIAS PUEDEN ALTERAR LAS COLABORACIONES ENTRE ADOLESCENTES Y ADULTOS EN UN MOMENTO EN QUE LOS MODELOS SON ESENCIALES

En contextos estables, los adolescentes por lo general tienen modelos a seguir en la familia y la comunidad; pero es posible que esos modelos no sean evidentes en contextos de crisis. Los proveedores de servicios, líderes comunitarios, voluntarios de extensión a la comunidad y líderes de clubes de adolescentes pueden convertirse en modelos importantes y deben ser conscientes de su posible influencia. Los proveedores de servicios también están en una buena posición para abordar las necesidades psicosociales de los adolescentes, incluidas la salud mental, experiencias traumáticas relacionadas con la guerra, trastorno de estrés postraumático, abuso sexual, explotación y victimización.

LAS CRISIS HUMANITARIAS POR LO GENERAL ALTERAN NO SOLO LA VIDA COTIDIANA, SINO TAMBIÉN LAS PERSPECTIVAS FUTURAS DE LOS ADOLESCENTES

En un período crítico y vulnerable de la vida, la crisis puede cambiar drásticamente la perspectiva de la vida que tiene una persona. Puede llevarla a exponerse a mayores riesgos, como violencia, abuso de sustancias o actividad sexual insegura. Se deben explicar a los adolescentes que asisten a actividades o programas que los ayudan a hacer planes para el futuro los motivos inmediatos para considerar las consecuencias de incurrir en actividad sexual insegura y la necesidad de asumir la responsabilidad de sus actos. La capacitación sobre mejoras en la toma de decisiones, negociación y otras habilidades para la vida puede resultar

efectiva para alentar a los adolescentes a pensar sobre cómo mejorar su situación actual.

EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, LOS ADOLESCENTES PUEDEN VERSE OBLIGADOS A ASUMIR EL PAPEL DE UN ADULTO

Es posible que los adolescentes sean obligados a asumir el papel de un adulto y necesiten capacidades para afrontar situaciones que superen ampliamente las que son propias de su edad. Las crisis humanitarias pueden hacer que los adolescentes ejerzan más poder que los adultos, lo cual exagera la confusión social. Asegurar el apoyo adicional para los adolescentes expuestos a mayor riesgo, que se ven obligados a asumir papeles de adultos, como las niñas madres, es especialmente importante.

LA PROGRAMACIÓN EN MATERIA DE SSRA DEBE DEFINIRSE A PARTIR DE LAS PRÁCTICAS ACTUALES COMPROBADAS Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EMERGENTES ACERCA DE CÓMO INICIAR PROGRAMAS Y AMPLIARLOS

La programación debe coordinarse y tener un carácter complementario para satisfacer las necesidades holísticas de los adolescentes. Se ha demostrado que algunas intervenciones populares son ineficaces, especialmente cuando se realizan de manera fragmentada con recursos humanos y financieros inadecuados o limitados. Respetar la autonomía y la capacidad para tomar decisiones de los adolescentes y apoyar la elección informada es una condición fundamental.

CONSIDERAR LAS NECESIDADES, VULNERABILIDADES Y OPORTUNIDADES SINGULARES AL TRABAJAR CON GRUPOS HETEROGÉNEOS DE ADOLESCENTES

La evidencia indica que las inquietudes adolescentes incluyen crecimiento y desarrollo saludable, protección contra riesgos, conocimiento de la sexualidad emergente, y roles y normas de género. Por estos motivos, la programación que tiene por objeto abordar las necesidades de SSR de los adolescentes de muy corta edad debe considerar la educación continua de los niños y las niñas y de los adultos que moldean e influyen sus decisiones y conductas, incluidos los proveedores de servicios. Es importante que los proveedores identifiquen y aborden de manera adecuada las vulnerabilidades de los adolescentes que son específicas de su edad, género, estado civil, discapacidad y contexto (ver el recuadro 6.2).

6.3.6 Implementación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Como se muestra en la tabla 6.1, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Estas normas generales deben servir de guía para la implementación de servicios de SSRA.

PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SSRA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar un papel importante en la promoción y protección de la salud de los adolescentes, aunque hay abundantes pruebas de que los adolescentes consideran que los servicios de salud existentes no responden a sus necesidades. Los adolescentes suelen desconfiar de los servicios de SSR y evitarlos o

buscar ayuda solo cuando necesitan desesperadamente atención. La actitud sesgada de los proveedores es un obstáculo importante que contribuye a esta situación y debe abordarse, puesto que a menudo evita que los adolescentes acudan a los establecimientos en busca de atención de SSR, así como que reciban información y servicios adecuados sobre anticoncepción en particular. Los adolescentes casados, incluso los que son sumamente jóvenes, también suelen ser tratados como adultos, sin considerar sus necesidades físicas, emocionales y psicosociales únicas. Asimismo, es posible que no se ofrezca a los adolescentes con discapacidad, en especial con discapacidad intelectual, la misma información sobre SSR adecuada para la edad que sí se brinda a otros adolescentes, debido a que padres, miembros de la comunidad y proveedores de servicios por igual hacen suposiciones sobre sus relaciones y capacidades.

Los adolescentes deben ser informados de la disponibilidad de servicios orientados a ellos. Los servicios de SSR

TABLA 6.1: ESTÁNDARES GLOBALES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD PARA ADOLESCENTES

Estándar 1	Conocimientos sobre salud adolescente	El establecimiento de salud implementa sistemas para que los adolescentes tengan conocimientos sobre su propia salud, y sepan dónde y cuándo obtener servicios de salud.
Estándar 2	Apoyo de la comunidad	El establecimiento de salud implementa sistemas para que los padres, tutores y otros miembros de la comunidad y organizaciones comunitarias reconozcan la importancia de brindar servicios de salud a los adolescentes y apoyen tales servicios y su uso por parte de los adolescentes.
Estándar 3	Paquete de servicios adecuado	El establecimiento de salud ofrece un paquete de servicios de información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y atención que satisface las necesidades de todos los adolescentes. Los servicios se prestan en el establecimiento o mediante derivaciones y extensión a la comunidad.
Estándar 4	Competencias de los proveedores	Los proveedores de atención de la salud demuestran la competencia técnica necesaria para brindar servicios de salud efectivos a los adolescentes. Tanto los proveedores de atención de la salud como el personal de apoyo respetan, protegen y efectivizan los derechos de los adolescentes a la información, la privacidad, la confidencialidad, a no ser discriminados, a ser tratados con un actitud neutral y a ser respetados.
Estándar 5	Características de los establecimientos	El establecimiento de salud tiene horarios de atención cómodos, ofrece un entorno acogedor y limpio, y preserva la privacidad y la confidencialidad. Cuenta con los equipos, medicamentos, insumos y la tecnología necesarios para facilitar la prestación de servicios efectivos a los adolescentes.
Estándar 6	Equidad y no discriminación	El establecimiento de salud presta servicios de calidad a todos los adolescentes, independientemente de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel de educación, origen étnico, orientación sexual y demás características.
Estándar 7	Datos y mejora de la calidad	El establecimiento de salud recopila, analiza y usa datos sobre la utilización de los servicios y la calidad de la atención, discriminados por edad y sexo, para contribuir a mejorar su calidad.
Estándar 8	Participación de los adolescentes	Los adolescentes participan en la planificación, el monitoreo y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones respecto de su propia atención, así como en ciertos aspectos pertinentes de la prestación de servicios.

TABLA 6.2: CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD ORIENTADOS A ADOLESCENTES

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROVEEDORES	CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS
Horarios cómodos para los adolescentes	Respeto por los adolescentes y sus elecciones	Participación y liderazgo de los adolescentes
Ubicación cómoda	Actitud neutral, empatía y predisposición a escuchar	Niños y hombres jóvenes bienvenidos
Espacio adecuado y privacidad suficiente	Respeto por la privacidad y la confidencialidad	Posibilidad de realizar las derivaciones necesarias
Inmediaciones cómodas	Disponibilidad de asesoramiento de pares	Aranceles asequibles
Accesibilidad para personas con discapacidad	Proveedores del mismo sexo cuando sea posible	Atención a clientes sin cita
	Rigurosa preservación de la confidencialidad	Publicidad y reclutamiento que brindan información y seguridad a los adolescentes
	Personal capacitado en las características de los servicios de salud orientados a adolescentes	Desarrollar alianzas comunitarias para fortalecer la SSRA
	Tratar a cada adolescente como un individuo con necesidades e inquietudes únicas	

orientados a adolescentes tienen características que hacen que tengan más en cuenta las necesidades particulares de SSR de los adolescentes, incluida la provisión de una gama completa de métodos anticonceptivos, servicios de aborto seguro, diagnóstico y tratamiento de ETS, orientación, pruebas y atención del VIH, atención prenatal y posnatal, servicios de parto, incluida la atención obstétrica y neonatal de emergencia. Es especialmente crítico asegurar que los adolescentes tengan acceso en el lugar a insumos para servicios de SSR, puesto que es posible que no tengan los recursos para obtenerlos por otros medios. El seguimiento de los adolescentes en estos servicios es una medida fundamental (ver la tabla 6.2).

Es esencial fortalecer los vínculos entre la persona, la familia, el establecimiento de salud y la comunidad para asegurar la programación holística destinada a los adolescentes. Por lo tanto, es importante procurar la elaboración y distribución de materiales informativos, educativos y de comunicación específicos para el contexto, para informar a los adolescentes sobre la disponibilidad de servicios de SSR y los beneficios de solicitarlos.

CUESTIONARIO DE LOS PROVEEDORES PARA ADOLESCENTES

Constituye una buena práctica hacer una revisión y una evaluación individual de todos los adolescentes que ingresan al sistema de salud por cuestiones de SSR, abuso de sustancias y problemas de salud mental. Al hacerlo, el proveedor de atención de la salud transmitirá el mensaje a

los adolescentes de que se preocupa por sus necesidades y de que el establecimiento de salud es un lugar seguro para hablar de cuestiones relacionadas con la SSR. Además, estos proveedores pueden utilizar la información para brindar el asesoramiento y las derivaciones correspondientes. Para que los servicios sean de calidad, es fundamental contar con personal de SSRA capacitado, idóneo y dedicado, incluido personal clínico.

Antes de reunir información de los adolescentes, considere los servicios disponibles para hacer derivaciones. Solo haga preguntas delicadas si se pueden dar respuestas adecuadas a situaciones posiblemente perjudiciales y si se pueden ofrecer derivaciones a servicios adicionales; de lo contrario, podrían generarse más perjuicios que beneficios. Una posible evaluación psicosocial del adolescente que ayudará a orientar a los proveedores de salud a hacer preguntas pertinentes para la edad, y a evaluar adecuadamente las necesidades de los adolescentes, consiste en utilizar la regla nemotécnica HEADSSS: Hogar, Educación/Empleo, Actividades, Drogas, Sexualidad, Suicidio y Depresión, Seguridad (ver la sección 6.6).

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SSR EN LA COMUNIDAD

La provisión de servicios e información en la comunidad brinda oportunidades para que no solo los adultos sino también los adolescentes demuestren liderazgo y adquieran

nuevas habilidades mediante el voluntariado, a la vez que fortalecen las colaboraciones entre adolescentes y adultos. La comunidad es también un ámbito ideal para recibir información y capacitación sobre SSR de modo que los adolescentes se sientan cómodos y dispuestos al diálogo y a realizar evaluaciones de riesgos personales y puedan abordar los temas sensibles en la comunidad.

APROVECHAR EL PODER DE LOS ADOLESCENTES

Los adolescentes pueden posicionarse para desempeñar roles de liderazgo en la comunidad al involucrarlos en actividades de preparación para emergencias, desarrollo de capacidades y otras iniciativas comunitarias. Esto incluye la participación en reuniones de coordinación al comienzo de la crisis, así como en reuniones de administración de campamentos. Incluir las opiniones de los adolescentes en los procesos de toma de decisiones permite abordar las cuestiones que más les preocupan, que pueden no ser evidentes para los adultos.

Los adolescentes también pueden actuar como socorristas para brindar servicios de SSR en la comunidad. Los adolescentes capacitados como distribuidores comunitarios son personas jóvenes que han recibido formación para asesorar sobre anticoncepción a sus pares en la comunidad. Por lo general, se concentran en la provisión de información de SSR, anticonceptivos orales, preservativos e información sobre VIH, y derivan a los clientes al centro de salud para que reciban otros servicios y métodos anticonceptivos. Los distribuidores comunitarios adolescentes pueden integrar efectivamente información sobre SSR y VIH.

Dado que hay muchos obstáculos que impiden que los adolescentes tengan acceso a servicios de SSR en clínicas, capacitar a los distribuidores comunitarios adolescentes es una estrategia prometedora para ampliar el acceso de los adolescentes a servicios e información sobre SSR, a la vez que se asigna a los distribuidores comunitarios adolescentes roles de liderazgo en la comunidad. Los distribuidores comunitarios adolescentes suelen convertirse en colaboradores de los servicios de salud prestados en establecimientos, al trabajar con los proveedores en la mejora de la calidad de los servicios orientados a adolescentes. Establezca objetivos de edad, género y diversidad cuando reclute a distribuidores comunitarios adolescentes, a fin de que tengan mayores probabilidades de llegar a adolescentes menos “visibles” y más vulnerables.

RECUADRO 6.8: LOS ADOLESCENTES PUEDEN TENER UN ROL CRUCIAL EN LA RESPUESTA HUMANITARIA

Las opiniones de los adolescentes pueden y deben ser tenidas en cuenta en la programación destinada a ellos. La programación de SSRA efectiva se desarrolla a partir de las capacidades de los adolescentes de fomentar su propio empoderamiento. Por ejemplo, los adolescentes pueden actuar como socorristas en las emergencias ayudando a los proveedores de salud como voluntarios y distribuidores comunitarios. También pueden participar en mecanismos de coordinación para que las necesidades adolescentes se tengan en cuenta desde el comienzo de una emergencia y hasta el proceso de recuperación. Procurar que los jóvenes participen en el diseño, la implementación, el monitoreo y los mecanismos de rendición de cuentas del proyecto da por resultado una mejora en los servicios.

Educadores de pares

Hay escasas evidencias que indiquen que los programas de educación entre pares sean efectivos por sí solos. Sin embargo, la educación entre pares puede ofrecer ciertos beneficios, dado que, por lo general, los pares son percibidos como fuentes de información seguras y confiables. Los programas de educación entre pares bien diseñados y basados en planes de estudio, y los pares educadores que trabajan en forma supervisada, pueden lograr mejorar los conocimientos, las actitudes y las habilidades de los adolescentes respecto de la SSR y la prevención del VIH. Si bien los modelos de pares se han considerado tradicionalmente muy efectivos para lograr cambios de comportamientos a nivel de la comunidad, ha surgido evidencia que indica diversos grados de efectividad debido a dificultades en la implementación y a la falta de fidelidad al diseño de los programas. Los adolescentes reciben una gran influencia de sus pares y, por lo tanto, la educación entre pares debe emplearse en el contexto de un enfoque que aborde diversos aspectos. A fin de asegurar la calidad en los programas de educación entre pares:

- Proporcione capacitación intensiva de alta calidad a los educadores de pares, incluidas evaluaciones regulares y fortalecimiento de sus capacidades mediante capacitaciones de actualización, supervisión estructurada, reconocimiento y empleo continuo de mentorías para los educadores de pares para abordar

los desafíos de motivación y retención, de modo que puedan proporcionar información precisa a sus pares

- A fin de mejorar la calidad, utilice listas de verificación estandarizadas al desarrollar e implementar programas de educación entre pares

Centros juveniles

Ha surgido evidencia que indica que los “centros juveniles” son problemáticos por diversos motivos. Por lo general, los grupos que acceden a ellos son grupos más favorecidos, y no resultan efectivos, en función del costo, para aumentar la aceptación de los servicios de SSR. Sin embargo, la programación orientada a los adolescentes puede ofrecer otros beneficios para el desarrollo positivo de este grupo, y los adolescentes suelen tener conductas menos riesgosas cuando participan de manera productiva. Por lo tanto, si bien es limitada la evidencia sobre su efectividad para aumentar la aceptación de los servicios de SSR, los centros juveniles podrían ser de todos modos útiles para lograr otros objetivos, como reunir a los adolescentes marginados.

Componentes de la extensión dirigida a adolescentes

Es importante desarrollar e implementar estrategias de extensión específicas para llegar a los adolescentes que, de otro modo, podrían no tener acceso a información y servicios de SSR. Las estrategias de extensión deben ser flexibles y prever gastos para transporte en entornos inseguros y otras áreas de difícil acceso. Algunas estrategias innovadoras para una extensión comunitaria dirigida a adolescentes expuestos a mayor riesgo son el uso de medios nuevos, como blogs, medios sociales y otras redes, y plataformas para compartir fotografías, aunque es posible que las tecnologías requeridas no estén disponibles en todos los lugares. Las actividades de extensión dirigidas a adolescentes también pueden facilitarse en los vecindarios; esto fortalece las redes de protección de pares de aquellos que pueden estar aislados en sus hogares.

Extensión comunitaria

Al abordar el principio de participación de la comunidad, utilice la extensión comunitaria para conseguir el apoyo de miembros de la comunidad y desarrollar las habilidades de estos. Los adultos necesitan información, habilidades y estímulos, no solo para apoyar la programación sobre SSRA, sino también para sentirse más cómodos al brindar información a los adolescentes. La extensión a la comunidad también puede ayudar a los adolescentes a abordar los impedimentos y las normas sociales que generan obstáculos para acceder a los servicios de SSRA.

Vincular los servicios de SSRA con los ámbitos educativos

Es fundamental fortalecer los vínculos entre la SSR y los ámbitos educativos a fin de proteger a los adolescentes, aumentar su resiliencia y favorecer su recuperación. La utilización de servicios de SSR por parte de adolescentes durante situaciones de crisis puede aumentarse cuando está disponible en un entorno educativo. Ofrezca servicios e información de SSRA en escuelas formales y no formales, así como también en centros de formación profesional. Relaciónese con educadores que puedan promover la generación de un entorno propicio para facilitar la prestación de servicios de SSR a adolescentes.

Instalaciones sanitarias diferenciadas por sexo

Es probable que los adolescentes sientan incomodidad y vergüenza al compartir instalaciones sanitarias como baños con el sexo opuesto, e incluso con niños y niñas más pequeños. Esto es probable que les ocurra, sobre todo, a las niñas durante la menstruación. Asimismo, las instalaciones sanitarias mixtas suelen señalarse como el lugar donde ocurren situaciones de violencia escolar por razones de género. La falta de instalaciones sanitarias diferenciadas por sexo, así como la falta de productos de higiene femenina, desalentará a las adolescentes de asistir a la escuela. A fin de reducir al mínimo el ausentismo escolar y el acoso y las agresiones sexuales vinculados con el ámbito escolar y para promover un entorno de aprendizaje más seguro:

- Cerciórese de que las escuelas cuenten con instalaciones sanitarias seguras diferenciadas por sexo
- Asegúrese de que haya instalaciones de lavabos adecuadas disponibles y accesibles, incluso para adolescentes con discapacidad
- Proporcione a las niñas paños u otros materiales sanitarios culturalmente apropiados para usar durante la menstruación

Educación relacionada con habilidades para la vida basada en planes de estudios

La educación relacionada con habilidades para la vida debe considerar la importancia de fomentar los recursos de desarrollo (humanos, sociales, financieros y físicos) de los adolescentes para aprovechar los roles sociales de los adolescentes, incluido su capital intelectual, emocional y físico, como actores influyentes en sus comunidades. Los programas de educación en sexualidad y VIH basados en un plan de estudio escrito e implementados entre grupos de adolescentes constituyen intervenciones prometedoras para reducir las conductas sexuales de riesgo de los

TABLA 6.3: CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE HABILIDADES PARA LA VIDA EFECTIVOS

DESARROLLO DE PLAN DE ESTUDIO	CONTENIDO DEL PLAN DE ESTUDIO	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ESTUDIO
Involucrar a personas con diferentes antecedentes	Concentrarse en metas claras (p. ej., prevención de ETS y/o embarazo)	Capacitar a educadores que puedan relacionarse con adolescentes
Evaluar las necesidades y los recursos del grupo destinatario	Transmitir mensajes claros sobre conductas que conducen a estas metas (p. ej., abstenerse de mantener relaciones sexuales, utilizar preservativos y/u otros métodos anticonceptivos)	Conseguir el apoyo de las autoridades, como ministerios de salud, distritos escolares u organizaciones comunitarias
Diseñar actividades acordes con los valores de la comunidad y los recursos disponibles (p. ej., tiempo y habilidades del personal, espacio del establecimiento e insumos)	Abordar factores de riesgo y de protección que afectan las conductas sexuales. Esta información debe incluir la pubertad, menstruación, normas de género, identidad de género, identidad corporal, orientación sexual, VIH y otras ETS, relaciones saludables y prevención del embarazo.	Generar un entorno seguro para que los adolescentes participen
Hacer una prueba piloto del programa	Utilizar métodos de enseñanza sólidos e incluir múltiples actividades (apropiadas para la cultura, edad y experiencia sexual) que involucren activamente a los participantes y los ayuden a personalizar la información	Reclutar a adolescentes y superar los obstáculos a su participación (p. ej., publicitar el programa, ofrecer alimentos y obtener el consentimiento de los padres)
		Enseñar todos los contenidos del plan de estudio

adolescentes. Los administradores de programas deben adaptar los planes de estudio con el fin de que sean adecuados para la edad, el grado de desarrollo y la cultura. Las características de los planes de estudio de habilidades para la vida que tienen un impacto positivo en las conductas de los adolescentes se indican en la tabla 6.3 e incluyen temas como la educación sobre pubertad y fertilidad, menstruación, normas de género, relaciones saludables, género, identidad de género, identidad corporal y orientación sexual.

Puesto que existen numerosos desafíos al impartir educación en sexualidad a los adolescentes, cobra incluso más importancia que los coordinadores de SSR y los administradores de programas de SSR proporcionen asistencia técnica a los docentes y los educadores comunitarios para que se sientan cómodos al abordar estos temas y elegir lecciones adecuadas para el plan de estudios de habilidades para la vida (ver el recuadro 6.6).

RECUADRO 6.9: HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN PARA LA VIDA

- Cambios físicos y emocionales que pueden esperarse durante la pubertad
- Planificación familiar
- Salud mental
- Habilidades para la vida adecuadas para cada edad para adolescentes más jóvenes, tales como identificar valores y comprender las consecuencias de los comportamientos
- Habilidades para la vida relacionadas con la SSR, como autoeficacia para el uso de preservativos, negociación de sexo seguro y uso de anticonceptivos, y rehusarse a mantener relaciones sexuales no deseadas
- Sexualidad y género, incluido el debate de normas de género de construcción social
- Conocimientos de salud y conciencia sobre la fertilidad
- Prevención del VIH/sida
- Prevención de la violencia de género
- Vínculos con establecimientos de salud, y acciones para instar a los adolescentes a solicitar estos servicios
- Otras habilidades para la vida, como toma de decisiones, pensamiento crítico, autoeficacia, creatividad, establecimiento de valores, comunicación, y saber enfrentar las emociones y el estrés

6.3.7 Coordinación y generación de vínculos

Generar vínculos entre los programas para adolescentes y coordinarlos permitirá prestar servicios de SSRA más integrales.

VINCULAR LOS SERVICIOS DE SSR CON SERVICIOS Y ESPACIOS COMUNITARIOS

Los adolescentes suelen acudir a adultos en los que confían en espacios seguros donde sienten que pueden compartir información de manera reservada. A menudo, esas personas trabajan en el ámbito de la comunidad. Implemente sistemas de derivaciones para que los adolescentes reciban un tratamiento adecuado de los problemas que podrían revelarse fuera del ámbito clínico, como la violencia sexual, el embarazo no deseado y el aborto inseguro.

ASEGURAR LA PROGRAMACIÓN MULTISECTORIAL

Es posible que los profesionales de SSR no puedan o no tengan las habilidades para incluir componentes de subsistencia en su programa. En coordinación con el grupo/sector de la salud, colabore con los grupos de administración de campamentos (si corresponde) y otros grupos de coordinación de agrupaciones para establecer vínculos entre los programas destinados a adolescentes, servicios de salud y protección, servicios psicosociales, educación y oportunidades de subsistencia.

Apoyar la formación profesional y el desarrollo de habilidades para los adolescentes aumentará su sensación de control y optimismo respecto del futuro. Además, es un paso esencial para reconstruir y rehabilitar sus redes sociales y comunidades, tanto durante una crisis humanitaria como con posterioridad. Colabore con los programas de desarrollo de habilidades para adolescentes como medios para las derivaciones y para integrar la información de SSR en los programas de subsistencia.

LOGRAR QUE HOMBRES Y VARONES PARTICIPEN COMO AGENTES DEL CAMBIO SOCIAL

Las normas sociales masculinas rígidas han estado asociadas con un agravamiento en los comportamientos sexuales de riesgo, lo cual puede conllevar mayores riesgos de ETS y transmisión del VIH, así como mayor consumo de sustancias e incremento de la violencia de género. Las condiciones en contextos de crisis humanitarias podrían hacer que los hombres sientan la presión de tener que desempeñar sus roles tradicionales como proveedores y

protectores, en casos en los que dependen de asistencia externa. La frustración y la humillación que se generan pueden agudizar los comportamientos sexuales de riesgo y la violencia intrafamiliar y por parte de las parejas íntimas. Los adolescentes varones necesitan entornos seguros donde puedan forjarse normas masculinas alternativas y, a la vez, se puedan deconstruir las normas sociales perjudiciales. Esto les da la oportunidad de abordar sus propias necesidades y hacerlos participar activamente en discusiones sobre salud reproductiva, lo que beneficia a niños y niñas adolescentes en general y promueve normas equitativas de género. Sin embargo, es importante asegurar que dicha programación sea transformadora en términos de género y no refuerce involuntariamente las normas que perpetúan la desigualdad de género.

EMPODERAMIENTO Y SOCIALIZACIÓN DE LAS NIÑAS

Trabajar con grupos integrados únicamente por niñas es una manera ideal de cuestionar también las normas sociales femeninas de pasividad, sumisión e inferioridad ante los hombres. Aliente a las niñas a dar su opinión y a fortalecer sus creencias y valores, lo cual reforzará su potencial de contribuir a la sociedad en condiciones de igualdad. En los contextos de crisis humanitarias pueden acentuarse las desigualdades en las relaciones de género y poder. Ante esto, diseñe programas para empoderar a las niñas a través de modelos emergentes empíricamente contrastados, como enfoques orientados a las niñas y programación que fomente los recursos para las adolescentes que contribuyan a su empoderamiento. También se deben hacer esfuerzos similares orientados a niños y hombres jóvenes.

6.3.8 Incidencia

Las personas que toman decisiones en todos los niveles, desde líderes nacionales hasta locales, y desde donantes hasta personal de salud humanitario, a menudo tienen la capacidad de generar cambios generales, dado que diseñan e implementan políticas y programas que afectan el acceso de los adolescentes a información y servicios de SSR. Por lo tanto, el trabajo de incidencia con estas partes interesadas puede reportar grandes beneficios.

Los esfuerzos de incidencia pueden llevarse a cabo con y entre diferentes partes interesadas; los coordinadores de SSR y los administradores de programas de SSR, mientras que los proveedores de servicios deben ser agentes de cambio. Hacer que los adolescentes participen de manera directa en los esfuerzos de incidencia puede ser una estrategia eficaz para identificar oportunidades de cambio a nivel de políticas y programas y comunicar las necesidades

a los responsables clave de tomar decisiones.

Los esfuerzos globales como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente y los Objetivos de Desarrollo Sostenible promueven la SSRA en contextos de crisis humanitarias y pueden utilizarse como herramientas de incidencia. Procure concienciar y orientar a las personas influyentes que son parte de la comunidad de asistencia/ desarrollo, así como de la comunidad destinataria, acerca de las vulnerabilidades, las necesidades específicas y los derechos de los adolescentes en materia de SSR.

DONANTES Y RESPONSABLES DE POLÍTICAS

- Los donantes deberían apoyar la programación multisectorial que abarque varios años (según corresponda, dado el contexto de emergencia), a fin de facilitar procesos repetitivos y reflexivos de desarrollo de programas que involucren a los adolescentes a lo largo del ciclo de gestión de riesgos de desastres
- Los defensores deben alentar a los donantes y a las organizaciones de investigación a consensuar e implementar un rango de edad y límites de edad uniformes, que permitan reunir datos de jóvenes de entre 10 y 19 años

GRUPOS DE SALUD

- El grupo/sector de la salud debe priorizar y aprobar proyectos inclusivos de SSRA en las solicitudes de fondos para asistencia humanitaria, desde el comienzo de las crisis y para una transición efectiva a la programación a largo plazo que responda a las necesidades singulares de los adolescentes

SOCORRISTAS, ACTORES HUMANITARIOS Y PERSONAL DE PROGRAMAS DE SSR

- Tanto las organizaciones humanitarias como las de desarrollo deberían abordar la SSRA durante la preparación para emergencias, de modo de incrementar las capacidades de los adolescentes y abordar sus necesidades
- El ciclo del programa debe incluir la participación, la inclusión y el liderazgo de la población adolescente heterogénea en todas las fases
- Los defensores deben trabajar para cerciorarse de que la información y los servicios disponibles estén orientados a adolescentes, y aseguren así un entorno propicio, y deben destacar las necesidades de los adolescentes ante los funcionarios, responsables de

políticas y donantes

- El personal de programas de SSR debe participar en actividades de concienciación en la comunidad, como “jornadas de puertas abiertas” y diálogos con la comunidad

LÍDERES COMUNITARIOS Y OTRAS PERSONAS INFLUYENTES EN EL MARCO ECOLÓGICO

- Las personas y grupos influyentes deben concienciar a padres, docentes, a la comunidad y a líderes religiosos sobre las necesidades de SSR singulares que tienen los adolescentes
- Los líderes comunitarios deben cerciorarse de que exista un entorno seguro y de apoyo para facilitar la salud, la protección y el desarrollo de los adolescentes

6.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

6.4.1 Estándares de derechos humanos

La categoría de adolescente (10 a 19 años) incluye a niños y niñas, a quienes la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) define como “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. La CDN enumera protecciones especiales a las que tienen derecho los niños y las niñas debido a su condición de tales. También reconoce la “evolución de las facultades del niño”. Esto significa que “a medida que los niños adquieren competencias cada vez mayores, disminuye su necesidad de dirección y orientación y aumenta su capacidad de asumir responsabilidades, tomando decisiones que afectan su vidas”. Los niños y las niñas tienen derecho a expresar sus opiniones en todos los asuntos que los afectan y a estas opiniones se les debe dar la debida importancia de acuerdo con la edad y la madurez del niño o la niña. Diversos órganos expertos de derechos humanos han reconocido el derecho de los adolescentes a participar de manera significativa en la toma de decisiones sobre la atención de su salud reproductiva, en consonancia con la evolución de sus facultades y el derecho de los adolescentes a acceder a servicios e información de salud reproductiva.

Al considerar cuestiones vinculadas con la salud y el desarrollo adolescentes, el Comité de los Derechos del Niño ha interpretado que la CDN obliga a los Estados a proporcionar a los adolescentes acceso a información y servicios de SSR.

Estos servicios incluyen, entre otros, preparación para el parto, atención materna, servicios de aborto seguro y atención después del aborto y servicios de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia. Esta obligación se basa en una serie de derechos contemplados en la CDN, incluido el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a la privacidad, el derecho a expresar sus opiniones y el derecho a la protección contra toda forma de abuso, abandono, violencia y explotación, incluidas prácticas tradicionales perjudiciales. Estos derechos también están contemplados en otros instrumentos internacionales de derechos humanos. Se aplican asimismo a adolescentes que no son niños, y podrían verse cercenados cuando:

- Los adolescentes no tienen acceso a servicios e información de SSR debido a su edad
- Se deniegan información y servicios de SSR a niñas que no están casadas debido a su estado civil
- Los adolescentes que viven con VIH están en situación de desventaja en ámbitos educativos y sociales formales e informales
- Las niñas son sometidas a prácticas tradicionales perniciosas, como la mutilación genital femenina; el matrimonio infantil, a temprana edad o forzado, y las pruebas de virginidad
- Se requiere autorización de un tercero (de un padre, tutor o cónyuge), ya sea por ley o en la práctica, para que los adolescentes accedan a servicios de SSR
- Se deniega a los adolescentes el derecho a participar significativamente en la toma de decisiones sobre su atención de SSR, en forma acorde con la evolución de sus facultades, incluido el derecho de las niñas a ser escuchadas y respetadas en la toma de decisiones sobre el aborto
- Se les niega a las niñas embarazadas el derecho a continuar con su educación, ya sea cuando se las expulsa de la escuela o no se les proporciona el apoyo social o económico adecuado para terminar la escuela
- Los trabajadores de la salud divulgan a un tercero la condición de VIH de un adolescente, sin obtener el consentimiento legal para revelar dicha información
- Los trabajadores de la salud divulgan a un tercero que un adolescente ha solicitado servicios de SSR, incluidos servicios de aborto o atención después del aborto, sin obtener el consentimiento legal para revelar dicha información

6.4.2 Desafíos y oportunidades

En algunos casos, los administradores de programas y proveedores de servicios de SSR pueden enfrentar decisiones difíciles o dilemas. Es posible que su capacidad para garantizar los derechos humanos de los adolescentes se encuentre restringida por la legislación nacional, normas sociales o culturales perniciosas o conceptos médicos equivocados. Dichas prácticas y leyes pueden contradecir los principios de derechos humanos internacionalmente aceptados. Por ejemplo:

- Es posible que familiares de una adolescente pidan a los proveedores de servicios que realicen un examen de virginidad (inspección del himen) para determinar si ha mantenido relaciones sexuales o ha sido violada. Dichos exámenes no tienen validez médica y constituyen una violación de los derechos de la adolescente si se realizan sin su consentimiento informado
- Podría ocurrir que cuidadores pidan a ciertos proveedores de servicios, o que estos últimos ofrezcan, la realización de procedimientos en adolescentes con discapacidad que pueden restringir sus derechos de SSR. Por ejemplo, a veces se realiza la esterilización forzada o coercitiva en mujeres y niñas con discapacidad para el manejo menstrual y el cuidado personal, e incluso para prevenir embarazos en situaciones que se perciben como de alto riesgo de abuso sexual. Dichas prácticas se reconocen actualmente como una violación de derechos humanos
- Los administradores y proveedores de servicios podrían ser renuentes a poner en práctica un programa que proporcione información o servicios de SSR a adolescentes, debido a la creencia equivocada de que tener acceso a educación en sexualidad e información de SSR puede alentar a los adolescentes a tener actividad sexual. En realidad, la información precisa y accesible favorece la capacidad de los adolescentes de tomar decisiones saludables, y negarse a proporcionar esta información a los adolescentes representa una privación de sus derechos
- Requerir que los adolescentes obtengan el consentimiento de los padres para algunos servicios puede obstaculizar su posibilidad de solicitar servicios de manera confidencial y autónoma

Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud o proveedores de servicios pueden enfrentarse a situaciones difíciles vinculadas con la provisión de información y servicios de SSR a niños y adolescentes. Es importante que conozca la postura de la agencia/organización sobre estas cuestiones y que la incorpore

como parte del análisis de situación y los próximos pasos posibles. Al enfrentar una situación como la descrita arriba, la primera prioridad debe ser el interés superior del cliente, concentrándose en su seguridad y salud. La seguridad del coordinador de SSR, administrador de programa de SSR o proveedor de servicios, así como la seguridad de los colegas, es otro punto crítico a tener en cuenta.

En función de la evaluación de la situación, podría ser conveniente realizar las siguientes acciones:

- Hablar con un supervisor
- Analizar las posibles opciones con el cliente, incluida, según corresponda, información sobre organizaciones locales de derechos de niños y niñas y derechos de la mujer que podrían ayudarlo
- Analizar maneras de movilizar el apoyo de la comunidad para los servicios de SSR orientados a adolescentes
- Considerar maneras de apoyar los esfuerzos de incidencia, si la agencia realiza trabajo de incidencia en este tema, y al mismo tiempo respetar la confidencialidad del cliente. Identifique con colegas cómo evitar/manejar dichas situaciones en el futuro, inclusive a través de estrategias como los ejercicios de aclaración de valores

- Plantear estas inquietudes en reuniones de coordinación de salud
- Intentar obtener orientación sobre los enfoques más efectivos que tengan presente la cultura

6.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para asegurarse de que los adolescentes estén utilizando los servicios de SSR disponibles y recibiendo información sobre SSR, los indicadores de SSR deben desglosarse por edad y sexo. Los indicadores de salud sexual y reproductiva de adolescentes incluyen lo siguiente:

- Cantidad de clientes adolescentes que solicitan servicios en establecimientos de salud (desglosada por adolescentes de muy corta edad, adolescentes mayores y otros subgrupos)
- El grado en que los adolescentes informan haber sentido que tenían una participación significativa en el ciclo del programa (podría ser un indicador cualitativo para fines de mejora del programa)
- Proporción de adolescentes con mayor conocimiento sobre la pubertad y conciencia sobre la fertilidad

6.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

Chandra-Mouli, V., Lane, C., y Wong, S. (2015). What Does Not Work in Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Review of Evidence on Interventions Commonly Accepted as Best Practices. *Global Health: Science and Practice*, 3(3), 333–340.

Human Rights Watch. (2011). *Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A Briefing Paper*. Extraído de: <https://www.hrw.org/news/2011/11/10/sterilization-women-and-girls-disabilities>

Kirby, D. B., Laris, B. A., y Rolleri, L. A. (2007). Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People throughout the World. *The Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206–217.

Naciones Unidas. (2016). *Comité de los Derechos del Niño: Observación general sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*. Extraído de: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/G1640449.pdf>

OMS. (2017). *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>

Pearce, E., Paik, K., y Robles, O. J. (2016). Adolescent Girls with Disabilities in Humanitarian Settings: “I Am Not ‘Worthless’ - I Am a Girl with a Lot to Share and Offer.” *Girlhood Studies*, 9(1), 118–136.

UNFPA y Save the Children. (2010). *Herramientas de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Contextos Humanitarios*. Extraído de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_espanol.pdf

Women’s Refugee Commission y ChildFund International. (2016). *Gender-Based Violence Against Children and Youth with Disabilities: A Toolkit for Child Protection Actors*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1289-youth-disabilities-toolkit>

Women’s Refugee Commission, Save the Children, Acnur, y UNFPA. (2012). *Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios: una mirada profunda a los servicios de planificación familiar*. Extraído de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ASRH_good_practice_documentation_1-25-2013_SPANISH_FINAL_4_logos.pdf

CAPÍTULO 7

ANTICONCEPCIÓN

- 7.1 Introducción
 - 7.2 Objetivos
 - 7.3 Programación de la anticoncepción
 - 7.3.1 Principios
 - 7.3.2 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
 - 7.3.3 Evaluación de necesidades
 - 7.3.4 Disponibilidad de servicios
 - 7.3.5 Implementación de programas de anticoncepción y planificación familiar
 - 7.3.6 Trabajo con poblaciones específicas
 - 7.3.7 Coordinación y generación de vínculos
 - 7.3.8 Incidencia
 - 7.4 Consideraciones legales y de derechos humanos
 - 7.5 Monitoreo y evaluación
 - 7.5.1 Registro clínico/de servicio
 - 7.5.2 Apoyo a la continuidad del cliente
 - 7.5.3 Indicadores
 - 7.6 Otros materiales de lectura y recursos
-

7.1 INTRODUCCIÓN

Más de 220 millones de mujeres —que en su mayoría se encuentran en los países más pobres del mundo y desean utilizar métodos anticonceptivos— aún no tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos. El acceso a métodos anticonceptivos es menor en períodos de crisis por desastres naturales o generados por el hombre, pues se ve afectado el acceso a los sistemas de salud. Se generan nuevos obstáculos en el acceso en un momento en que el deseo y la necesidad de muchas personas de espaciar los nacimientos y evitar los embarazos aumentan. Las evidencias indican que muchas parejas recientemente desplazadas expresan no tener deseo de convertirse en padres durante dos o más años. Asimismo, la pérdida de estructura social y de mecanismos de protección durante emergencias aumenta el riesgo de sexo forzado, conductas de

riesgo y exposición a situaciones de alto riesgo. Esto pone de manifiesto el rol clave de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluidos los métodos anticonceptivos de emergencia y los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) dirigidos a adolescentes. Cada año, estos factores ponen a miles de mujeres y niñas en riesgo de tener embarazos no deseados, abortos inseguros y mortalidad y morbilidad relacionadas.

RECUADRO 7.1: ACLARACIONES SOBRE LA TERMINOLOGÍA

Los términos intervalo entre nacimientos, planificación familiar y anticoncepción suelen utilizarse indistintamente. Los proveedores deben tener en cuenta las siguientes distinciones. Intervalo entre nacimientos se refiere a la práctica de mantener un espacio de tiempo entre los nacimientos; la Organización Mundial de la Salud recomienda un intervalo mínimo de 24 meses. La anticoncepción evita el embarazo al interferir en la ovulación, la fecundación y/o la implantación. Planificación familiar hace referencia a la variedad completa de prácticas que permiten que las personas y parejas prevean y logren la cantidad deseada de hijos, el intervalo entre los nacimientos y el momento para tenerlos.

En este capítulo, el término anticoncepción se utiliza entendiendo que la anticoncepción también puede utilizarse fuera de la planificación familiar y puede, de diversas maneras, mejorar la salud de las mujeres, niñas y sus comunidades. Asimismo, aunque no se indique explícitamente en cada caso, toda mención a la anticoncepción en este manual se refiere a anticoncepción exclusivamente voluntaria.

Mejorar el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos en contextos de crisis tiene un impacto significativo en varios aspectos. Evita los embarazos no deseados de manera segura y efectiva en términos de costos y reduce las muertes maternas y de recién nacidos, los abortos inseguros y las morbilidades relacionadas con el embarazo. Alrededor del 90 % de la morbilidad relacionada con abortos inseguros podría evitarse mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces. Asimismo, los datos mundiales sugieren que la provisión de métodos anticonceptivos podría reducir las muertes maternas en otro 29 %. Un análisis de 22 países con prioridad para la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional determinó que aumentar la disponibilidad de métodos anticonceptivos de 2012 a 2020 podía contribuir a evitar aproximadamente 7 millones de muertes de menores de 5 años y 450 000 muertes maternas. La provisión de información y servicios

completos de planificación familiar también conduce a mejoras importantes en los ingresos de las mujeres y la escolaridad de los niños y las niñas.

El acceso a métodos anticonceptivos también aumentará la participación de mujeres y niñas en las áreas de educación, protección, habilidades para la vida y programación de medios de subsistencia al permitirles tener control sobre su propia fertilidad. La imposibilidad de controlar la fertilidad y acceder a estos programas clave en contextos de crisis tendrá un impacto en sus vidas mucho después de que la emergencia haya pasado.

Es fundamental que los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios entiendan que la provisión de métodos anticonceptivos debe formar parte de la programación esencial de los servicios de salud, desde la primera fase de una emergencia hasta la recuperación.

7.2 OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son proporcionar orientación a los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios que:

- Establezca los aspectos críticos de la provisión de servicios de anticoncepción durante emergencias humanitarias, en términos de disponibilidad de métodos anticonceptivos, calidad y demanda
- Acompañe la transición de la provisión de servicios de anticoncepción, de una situación de emergencia aguda a la estabilización y la recuperación

7.3 PROGRAMACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN

7.3.1 Principios

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Las mujeres, parejas y familias tienen derecho a determinar el momento para formar una familia y el tamaño de esta, independientemente de su condición de personas desplazadas o de que vivan en un contexto de precariedad

- Cada cliente de métodos anticonceptivos tiene derecho a la información, confidencialidad y privacidad, y a poder elegir voluntariamente un método anticonceptivo
- La población afectada, tanto hombres como mujeres, debe participar en todos los aspectos de la programación de la anticoncepción
- Los servicios de anticoncepción de alta calidad satisfacen las necesidades de las personas y parejas en cada etapa de sus vidas reproductivas, al brindarles oportunidades para tomar decisiones informadas, una amplia variedad de métodos, procedimientos seguros y continuidad de servicios
- En los casos en que estén disponibles y sean de buena calidad, los servicios de anticoncepción se utilizarán independientemente de los argumentos contra su viabilidad o aceptación
- El respeto de la confidencialidad del cliente y de sus elecciones y opiniones es fundamental

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

- Obligar a las personas a utilizar un método anticonceptivo no es aceptable y resulta violatorio de las normas internacionales de derechos humanos
- Conforme al derecho internacional, el acceso universal a la planificación familiar es un derecho humano, puesto que todas las personas y parejas tienen derecho a decidir el número de hijos, el intervalo entre los nacimientos y el momento para tenerlos
- Todas las personas tienen derecho a la privacidad y a la igualdad y a no ser discriminadas.
- Todas las personas tienen derecho a difundir y recibir información sobre anticoncepción e intervalos entre nacimientos

PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA

- La posibilidad de una mujer de espaciar y limitar sus embarazos tiene un impacto directo en su salud y bienestar, así como en el resultado de cada embarazo.

APOYAR EL ACCESO PARA TODA LA POBLACIÓN

- Deben diseñarse servicios de anticoncepción que sean accesibles y convenientes
- Los coordinadores de SSR y los administradores de

programas de salud deben promover la provisión de servicios integrales de planificación familiar, siempre que sea posible

- El uso de métodos anticonceptivos contribuye al empoderamiento, la educación y la estabilidad económica de las mujeres

7.3.2 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

At the onset of an emergency, it is important to ensure En el comienzo de una emergencia, es importante asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos, dado que esto constituye una intervención vital. En consecuencia, evitar los embarazos no deseados es un objetivo del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM). Las actividades prioritarias de los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios deben concentrarse en:

- 1) Asegurar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos de acción prolongada reversibles y de acción corta (incluidos preservativos masculinos y femeninos y anticoncepción de emergencia) en los centros de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda
- 2) 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
- 3) Asegurar que la comunidad tenga conocimiento de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres

Los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (Botiquines de SR) ofrecen diferentes métodos anticonceptivos, incluidos preservativos, píldoras anticonceptivas de emergencia y dispositivos intrauterinos (DIU). En muchos contextos, los métodos anticonceptivos también están disponibles a través de recursos locales.

7.3.3 Evaluación de necesidades

En el comienzo de una crisis humanitaria, el PSIM debería implementarse sin realizar una evaluación de necesidades. Las prioridades dentro del PSIM se consideran básicas y esenciales para reducir la mortalidad y morbilidad

relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los coordinadores de salud reproductiva en contextos de emergencia pueden mejorar su respuesta inicial obteniendo información sobre la situación que servirá para el pedido de suministros y Botiquines de SR:

- Población de la comunidad afectada por la crisis
- Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de comunidades de acogida y desplazadas
- Variedad de métodos en las comunidades de acogida y desplazadas/afectadas
- La capacidad de los proveedores de proporcionar métodos anticonceptivos específicos

Los Botiquines de SR ofrecen una amplia variedad de métodos anticonceptivos que deberían estar disponibles en el comienzo de nuevas emergencias, según la capacidad disponible de los proveedores. A medida que la situación se estabiliza, los proveedores de servicios de salud deben coordinar la realización de una evaluación inicial rápida para orientar el resto del desarrollo del programa. En forma periódica, deben volver a evaluarse las conclusiones de la evaluación y las recomendaciones del programa para adaptarlas a los cambios de necesidades de una población y sus consiguientes deseos en cuanto a planificación familiar.

EVALUAR LA CAPACIDAD LOCAL

En casi toda comunidad afectada por una crisis existen grupos de expertos de salud capacitados (médicos, parteras, funcionarios médicos, trabajadores de la salud comunitarios, etc.). Se deben hacer esfuerzos para identificarlos, comprobar sus habilidades y movilizarlos para que presten servicios. La participación de proveedores locales contribuirá a un rápido aumento de los servicios de anticoncepción tanto en el ámbito clínico como comunitario, y establecerá modelos de prestación de servicios más sostenibles que permitirán una transición más efectiva hacia la recuperación. Mientras se evalúa la capacidad local, los actores humanitarios pueden estudiar lo siguiente:

- ¿Con qué grupos de expertos de salud capacitados cuenta esta comunidad?
- ¿En qué métodos se han capacitado para poder proporcionarlos?
- ¿Qué capacidad existe actualmente para brindar información sobre métodos anticonceptivos, tales como trabajadores y extrabajadores de salud comunitarios, defensores de la planificación familiar masculina y femenina, o grupos religiosos o de mujeres existentes en la población afectada por la crisis, herramientas de

apoyo para el trabajo, materiales disponibles en puntos de servicio, afiches de promoción de planificación familiar o programas académicos en idioma local para servicios, logística o sistemas de información de salud?

Gran parte de esta información también puede obtenerse de fuentes existentes y materiales reproducidos. Pocos programas de refugiados cuentan con financiamiento para elaborar desde cero materiales de comunicación de calidad para el cambio de comportamientos. Sin embargo, son importantes para proporcionar servicios de calidad.

REUNIR DATOS

Cuando los programas avanzan más allá de la provisión de servicios del PSIM (después de los primeros tres a seis meses), es fundamental identificar los atributos especiales que deben caracterizar la prestación de servicios de anticoncepción completos, como por ejemplo:

- Existencia, ubicación y financiamiento de programas que se mantengan vigentes para brindar servicios de anticoncepción
- Creencias de la comunidad y culturales con respecto a fertilidad, planificación familiar y anticoncepción
- Existencia de prohibiciones religiosas que se oponen a la planificación familiar, la anticoncepción y el intervalo entre nacimientos o al apoyo en estas áreas
- El rol de los hombres en la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos
- Valores y normas culturales que afectan el acceso a los servicios para mujeres y jóvenes
- Existencia de minorías estigmatizadas en la población de refugiados y los obstáculos que pueden afectar su acceso a los métodos anticonceptivos
- Leyes y políticas (previas a la migración) que podrían afectar el acceso a diversos servicios de anticoncepción para todos los países representados por las poblaciones de acogida, de desplazados internos y de refugiados
- Existencia de plataformas de planificación familiar nacionales y subnacionales, una política nacional de población, participación como signatario de convenciones de derechos, o compromiso con la alianza Family Planning 2020 (FP2020)
- Organismos o instituciones de incidencia que se concentran en las leyes, prácticas o costumbres que probablemente limiten o restrinjan el acceso de personas refugiadas a los servicios de SSR

Esta información puede reunirse mediante:

- Informes de donantes y de gobiernos
- Entrevistas o debates de grupos focales en las comunidades de acogida y desplazadas
- Estudios formales de conocimientos, actitudes y prácticas
- Visitas in situ
- Examen documental y búsquedas en internet

7.3.4 Disponibilidad de servicios

MÉTODOS DISPONIBLES

Existen muchos tipos diferentes de métodos y productos anticonceptivos que pueden utilizar los proveedores en contextos de crisis humanitarias. Según el contexto de emergencia, muchos de estos métodos pueden haberse ofrecido durante la primera fase de la emergencia (si existía capacidad de proveedores y había suficiente demanda). Sin embargo, a medida que la situación se estabiliza y mejora

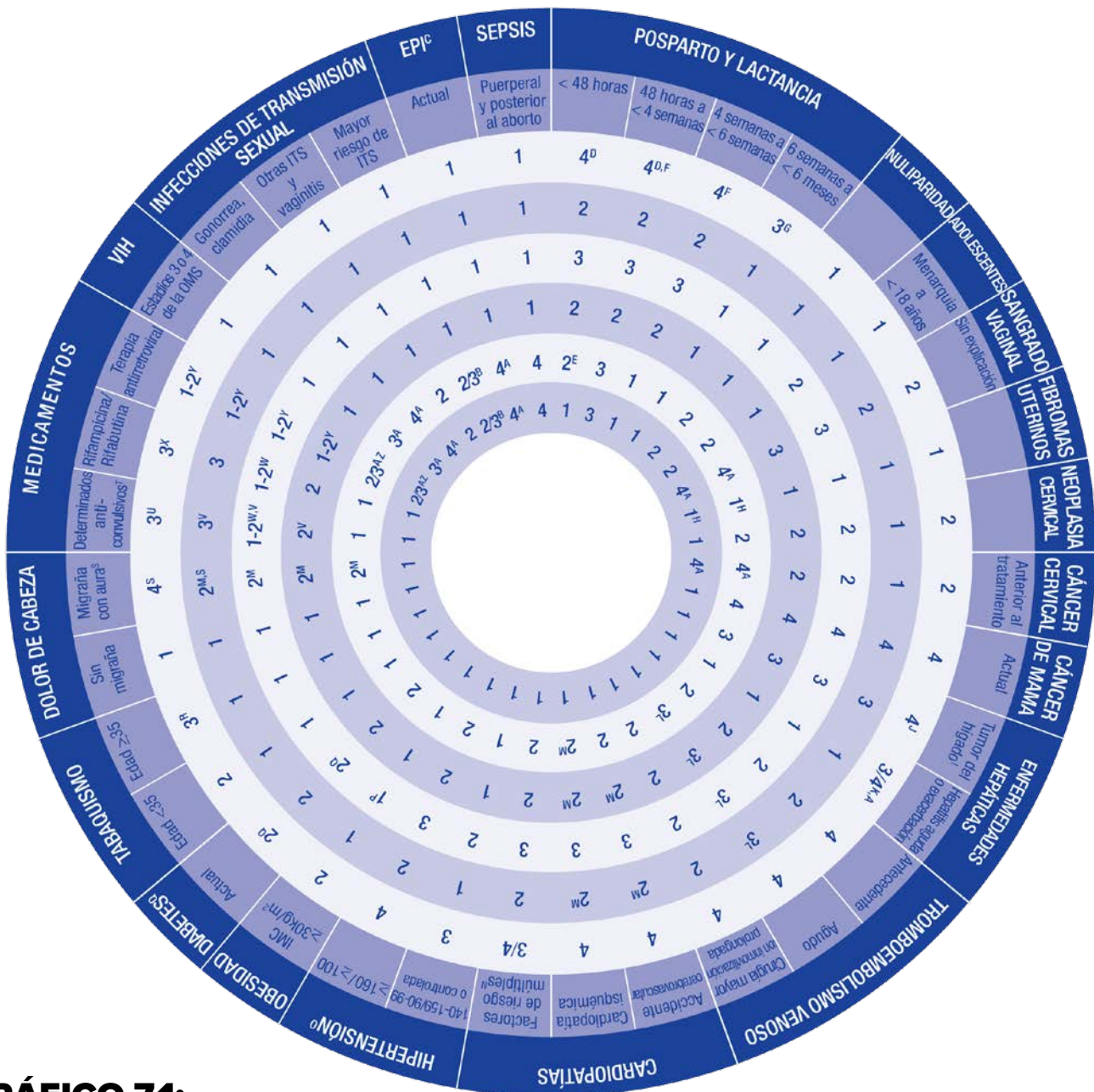


GRÁFICO 7.1:
LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LA OMS

la capacidad del programa, es cada vez más importante asegurar que haya diversos métodos adecuados a disposición de toda la población y que se comprendan y se satisfagan las intenciones de planificación familiar. Los programas deben abordar el contexto de sus operaciones, puesto que las expectativas de la población afectada estarán dadas por su previa exposición y uso de una variedad más amplia de métodos anticonceptivos.

No todos los métodos y productos son adecuados para todas las personas, y las necesidades anticonceptivas de las mujeres pueden cambiar a lo largo de su vida reproductiva y del desarrollo del contexto de emergencia. Los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME) de la Organización Mundial de la Salud proporcionan orientación basada en evidencias respecto de quiénes pueden usar métodos anticonceptivos de manera segura, en función de sus afecciones médicas (ver el gráfico 7.1). En el establecimiento, los proveedores también deben utilizar la rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos como herramienta práctica durante el asesoramiento y la toma de decisiones sobre el método a utilizar junto con la mujer. Es más probable que una mujer que ha elegido activamente un método en función de información de calidad lo utilice de manera sistemática y correcta.

Los proveedores de servicios deben estar preparados para ayudar a las personas a hacer una elección informada y voluntaria con respecto al método anticonceptivo. Como mínimo, los proveedores de servicios deben abarcar las cuestiones indicadas en el Recuadro 7.2. También deben adaptar la información a las metas de salud reproductiva y al perfil de la persona y considerar las necesidades de grupos específicos, incluidos adolescentes, mujeres que viven con VIH/sida, mujeres en lactancia en período de posparto y mujeres tras un aborto. Asimismo, los proveedores de servicios deben saber adónde remitir a las mujeres y parejas si el método elegido no está disponible en el punto de servicio. También debe haber disponibles materiales visuales y afiches con información relacionada con cada método en el punto de servicio. La versión de 2018 de Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores tiene toda la información esencial necesaria y debe ser la fuente de referencia para todos los proveedores de servicios de SSR (ver la sección 7.6).

RECUADRO 7.2: DATOS ESENCIALES AL PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN

- Efectividad relativa del método
- Uso correcto del método
- Cómo funciona el método
- Efectos secundarios comunes
- Riesgos y beneficios del método para la salud
- Signos y síntomas que indicarían la necesidad de regresar a la clínica
- Recuperación de la fertilidad después de la interrupción del método
- Protección contra ETS

La investigación, la innovación y las tecnologías relacionadas con los métodos anticonceptivos están en constante desarrollo y evolución. Se encuentran disponibles diversos métodos anticonceptivos nuevos y otros no tan nuevos. La siguiente lista incluye los métodos anticonceptivos y de planificación familiar más comunes que pueden obtenerse y utilizarse en todo el mundo en contextos de crisis humanitarias.

- Preservativos (masculinos y femeninos)
- Anticoncepción de emergencia (AE)
- Implantes
- Inyectables
- DIU
- Método de la amenorrea de la lactancia (MELA)
- Píldoras anticonceptivas orales (OCP)
- Métodos permanentes (ligadura tubárica o vasectomía)

RECUADRO 7.3: ¿QUÉ ES LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA?

Los anticonceptivos de emergencia son medicamentos o dispositivos que se utilizan después de mantener relaciones sexuales para reducir el riesgo de embarazo. Existen diferentes métodos de anticoncepción de emergencia a nivel global. Estos métodos incluyen la inserción tras el coito del dispositivo intrauterino de cobre, píldoras no hormonales que interactúan con los receptores de la progesterona, píldoras de progestina sola, y píldoras hormonales combinadas. Los anticonceptivos de emergencia de progestina sola, comúnmente denominados píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), son el método anticonceptivo poscoito más utilizado y conocido (ver el capítulo 3 para obtener más información).

Si bien debe proporcionarse información sobre todos estos métodos, debe ofrecerse información sobre métodos adicionales en función del contexto de la crisis o de la ubicación geográfica.

LOGÍSTICA Y CADENA DE SUMINISTRO

Los Botiquines de SR proporcionan anticonceptivos básicos para la entrega del PSIM durante los primeros tres a seis meses de una emergencia. Se aconseja evitar depender de los Botiquines de SR a medida que la situación se estabiliza. Los actores humanitarios deben abastecerse localmente siempre que sea posible y haya productos de calidad disponibles, y deben trabajar para establecer o vincularse con sistemas de logística en funcionamiento para asegurar el suministro continuo de anticonceptivos y pedir suministros en función de fórmulas de previsión existentes.

ENTRE LAS CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA LA LOGÍSTICA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SE INCLUYEN LAS SIGUIENTES:

- Es difícil estimar la anticoncepción de emergencia durante la primera etapa. Utilice la demanda para prever futuras necesidades. Sin embargo, la anticoncepción de emergencia no es ampliamente conocida, por lo que la demanda probablemente aumente a medida que la población se dé cuenta de que existe y comprenda cuándo y cómo utilizarla
- A diferencia de otros medicamentos obtenidos mediante adquisición (como antipalúdicos y antibióticos), la demanda de métodos anticonceptivos probablemente

aumentará con el tiempo. Las proyecciones y la planificación de abastecimiento deben tener esto en cuenta o, de lo contrario, habrá faltantes. Planifique contar con existencias para 3 meses y vuelva a pedir las según sea necesario

- No debe hacerse una distinción entre “preservativos para VIH/sida y preservativos para anticoncepción”. Se debe asesorar a las personas sobre el uso de preservativos para tener doble protección, y se les deben suministrar preservativos sin restricciones, tanto a través de clínicas como de canales de distribución de la comunidad
- Si no hay disponibilidad de datos sobre consumo confiables para calcular las necesidades anticonceptivas (después del PSIM), la información obtenida a través de la Encuesta Demográfica y de Salud o del Sistema de Información de Gestión de Salud (Health Management Information System, HMIS) del país antes de la crisis puede ser de ayuda. ¡Consulte a un experto según sea necesario!

7.3.5 Implementación de programas de anticoncepción y planificación familiar

PROVEEDORES

Los proveedores de servicios de planificación familiar y de métodos anticonceptivos en el nivel de los establecimientos de salud deben ser personal de enfermería diplomado, parteras o médicos. En determinados ámbitos puede haber otros proveedores calificados reconocidos a nivel nacional con distintos nombres (p. ej., auxiliares sanitarios o funcionarios médicos); el personal de enfermería diplomado, las parteras o los médicos deben supervisar a estos grupos de proveedores. Identifique y contrate a personal local en la comunidad de acogida y también en la comunidad afectada, que tenga habilidades y experiencia para brindar servicios de anticoncepción de calidad. En emergencias repentinas y complejas, contratar proveedores con estas habilidades es de suma importancia, pues la posibilidad de realizar capacitaciones inmediatas sobre cualquiera de las competencias clínicas es limitada.

Las iniciativas de extensión a la comunidad con posibilidad de distribución dentro de la comunidad se vuelven una opción importante para la prestación de servicios, a efectos de ampliar la accesibilidad. Cuando la distribución de productos anticonceptivos dentro de la comunidad sea parte de la respuesta sanitaria, se debe asegurar la supervisión y la capacitación de trabajadores de la salud no profesionales. Es importante que los distribuidores comunitarios sepan

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 7.1: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN COMPLETOS EN UN CONTEXTO DE CRISIS

ORGANIZACIÓN: CARE

LUGAR: Norte de Siria

INTRODUCCIÓN: La guerra civil siria ha dado lugar a la respuesta humanitaria más importante y compleja desde que la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas declaró la emergencia en septiembre de 2012. Uno de los mayores desafíos para los organismos humanitarios ha sido acceder a las poblaciones afectadas en áreas controladas por grupos armados de oposición. Gran parte de la respuesta a esta crisis se ha concentrado en la atención de traumatismos y la atención primaria de la salud, con escasa atención a la salud sexual y reproductiva (SSR). En el norte de Siria, CARE ha proporcionado una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, como planificación familiar y servicios de anticoncepción, derivaciones a atención obstétrica de emergencia y atención de la violencia sexual. Los servicios de anticoncepción incluyeron métodos de acción corta así como anticoncepción reversible de acción prolongada, especialmente DIU. Esto ha sido posible gracias a una colaboración para proporcionar servicios de SSR integrados entre CARE, Syria Relief and Development y UNFPA. Los servicios de anticoncepción se integraron en los servicios de atención primaria de la salud en establecimientos de salud fijos (financiados por otro donante) y en clínicas de SSR móviles para llevar los servicios a las comunidades.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: A nivel de atención primaria de la salud, tanto en las clínicas de SSR

fijas como en las móviles, parteras y personal de enfermería proporcionaron servicios de anticoncepción, lo que incluyó asesoramiento, pruebas de embarazo y diversos métodos anticonceptivos (DIU, inyectables, píldoras anticonceptivas orales, anticoncepción de emergencia de progestina sola y preservativos). Asimismo, proporcionaron botiquines para partos en condiciones higiénicas (para quienes no desearan o no pudieran dar a luz en un establecimiento), atención prenatal, servicios de parto seguro, atención posnatal, tratamiento sintomático de ETS, educación en salud, y derivaciones para parto seguro y atención obstétrica de emergencia.

RESULTADOS: Estas intervenciones han demostrado ser exitosas, dado que esta alianza ha creado diez clínicas de atención primaria, diez clínicas móviles que atienden a 60 comunidades y representan el 61 % de toda la prestación de servicios de planificación familiar, y un “Espacio Seguro para Mujeres y Niñas”. En total, se estima que la alianza ha alcanzado a 388 660 personas, incluidas 97 165 mujeres en edad reproductiva. Entre abril de 2016 y julio de 2017, la alianza proporcionó 60 876 servicios de planificación familiar, incluidas 9726 colocaciones de DIU, 7156 inyecciones de Depo-Provera, 22 611 ciclos de anticonceptivos orales y 10 711 preservativos.

ENSEÑANZA EXTRAÍDA: Antes de la crisis, las píldoras anticonceptivas orales dominaban la combinación de métodos y actualmente el método preferido es el DIU, debido al mayor acceso a servicios e insumos de anticoncepción.

RECUADRO 7.4: FÓRMULAS PARA LA PROYECCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS

La proyección de anticonceptivos es el proceso que consiste en estimar las cantidades de productos que se suministrarán o utilizarán durante un período y puede realizarse mediante diversos métodos. Si se cuenta con información confiable sobre uso histórico, estos datos pueden utilizarse para proyectar el uso futuro, dado que probablemente sean los mejores indicadores de uso futuro en el corto plazo. Si no hay datos históricos confiables disponibles, proyecte la demanda utilizando datos demográficos (cantidad de usuarios estimados por método para un año sobre la base de datos de la población X la cantidad de anticonceptivos que usaría un usuario de ese método en un año, comúnmente conocido como factor de años de protección por pareja o estadísticas de servicio (cantidad de clientes prevista por método durante un período multiplicada por la cantidad de anticonceptivos que recibe un usuario en una visita según las pautas de tratamiento estándar). Después de proyectar el uso, dedíquese a planificar el suministro para determinar las

cantidades de anticonceptivos requeridas para completar el inventario de insumos (incluidas existencias de respaldo), programar envíos y estimar costos.

Para obtener más información sobre proyección y planificación del suministro, consulte los siguientes recursos:

- The Quantification of Health Commodities (2017) producido por JSI
- The Quantification of Health Commodities: RMNCH Supplement producido por JSI Research & Training, Inc. con fondos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y Management Sciences for Health en el marco del programa Sistemas para Mejorar el Acceso a Productos y Servicios Farmacéuticos (Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services, SIAPS) financiado por USAID

reconocer los problemas médicos que requieren derivación a un establecimiento de salud y seguimiento. Sensibilice a los miembros de la comunidad con respecto a que el trabajador de la salud no profesional es supervisado por personal de enfermería o por un médico que, de ser necesario, están disponibles para atención clínica o consulta.

ESTABLECIMIENTO

Los servicios de anticoncepción prestados en establecimientos deben incluir una amplia variedad de métodos de acción corta y prolongada, incluidos métodos de barrera y anticoncepción de emergencia. Los establecimientos pueden clasificarse utilizando el modelo de atención primaria de la salud, donde los puestos de salud son el establecimiento de salud más periférico que funciona a nivel de la comunidad, seguidos de un centro de salud de nivel medio; ambas estructuras se apoyan en un hospital de distrito, que funciona como punto de derivación para los centros de salud comunitarios. Puede haber otras estructuras en medio de estas estructuras principales, según el contexto.

En caso de desastre, muchas de estas estructuras tendrán funcionalidad limitada o nula, y los programas tendrán que sortear la situación con lo poco que quede tras el desastre. La provisión de métodos anticonceptivos es una intervención de salud pública relativamente simple, que conlleva el inmenso potencial de salvar la vida de mujeres y de recién nacidos y lactantes. Sin embargo, es importante asegurar que se cuente con servicios básicos y buenas prácticas; esto puede lograrse con planificación y recursos modestos. Algunos de los aspectos importantes a considerar son:

- Asegurar la aplicación de las mejores prácticas en los servicios de anticoncepción
- Establecer un sistema eficaz de derivaciones para la atención clínica de nivel superior y seguimiento de los clientes
- Diseñar servicios de anticoncepción de una manera que garantice los derechos a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado de los clientes
- Implementar procedimientos adecuados de prevención de infecciones y gestión de residuos

CALIDAD

Los servicios de anticoncepción de alta calidad atienden las necesidades de personas y parejas en cada etapa de sus vidas reproductivas, mediante la competencia clínica de proveedores, habilidades de asesoramiento, incluida la información dada a los clientes, elección de métodos,

habilidades interpersonales, apoyo para la continuidad de uso del método, e integración con otros servicios de salud. Los proveedores de servicios deben proporcionar a los clientes información precisa y completa, que permita a las mujeres, hombres y adolescentes elegir voluntariamente un método que se adapte a sus necesidades.

Elección del método y continuidad de uso

Debido a las distintas preferencias personales y a los cambios en las necesidades durante la vida, ofrecer una amplia variedad de métodos es un componente esencial de un buen servicio de anticoncepción. La variedad de métodos, incluidas la anticoncepción reversible de acción prolongada (long-acting reversible contraception, LARC) y la anticoncepción de emergencia, es importante para abordar la elección informada y voluntaria y los cambios en las necesidades del cliente. Estos aspectos de los programas de planificación familiar se han asociado con un aumento de la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos. En el caso de métodos de corta acción, es importante facilitar los medios para que el cliente vuelva de modo que pueda continuar con el método elegido. Esto debe abordarse ofreciendo una asignación de productos por períodos más prolongados, así como mediante la introducción de un sistema confiable de citas y seguimientos que aliente a los clientes a volver para solicitar servicios para tener protección continua contra la posibilidad de un embarazo no deseado. Mantener una ficha de seguimiento del cliente en el establecimiento de salud para cada usuario puede ayudar a los proveedores de salud a llevar un registro de los servicios de seguimiento.

Competencia de los proveedores

A fin de ofrecer una amplia variedad de métodos, los proveedores deben tener la competencia técnica para proporcionar servicios relacionados. Los proveedores deben poder aplicar las siguientes habilidades cuando brindan asesoramiento y servicios:

- Describir los métodos, lo que incluye su efectividad, uso correcto, ventajas y desventajas
- Describir los mecanismos de acción, efectos secundarios comunes, posibles complicaciones y manejo de complicaciones
- Usar los Criterios médicos de elegibilidad e identificar interacciones farmacológicas
- Dar instrucciones para el uso preciso del método y/o su administración adecuada
- Implementar principios y prácticas de prevención de infecciones

Además, a fin de proporcionar servicios de calidad, los proveedores deben conocer las siguientes pautas y estar dispuestos a aplicarlas:

- Medios para mantener un suministro constante y suficiente de productos anticonceptivos e insumos relacionados
- Mecanismos para documentar y llevar registros de la provisión de servicios, así como de productos e insumos requeridos para la prestación de servicios
- Métodos para iniciar y mantener las derivaciones correspondientes a establecimientos de nivel superior, en función de prácticas de toma de decisiones clínicas sensatas

Habilidades de asesoramiento

En cualquier intervención para prestar servicios de anticoncepción, el asesoramiento es un componente esencial que constituye un aspecto central de la elección voluntaria e informada. El asesoramiento de alta calidad garantiza que los clientes estén informados sobre el método elegido y favorece la continuidad por más tiempo. El hecho de estar en un contexto de crisis humanitaria no es motivo para recortar el presupuesto en este aspecto cualitativo de la provisión de servicios; por el contrario, invertir en esta parte integral de los servicios de anticoncepción de calidad contribuye a sentar las bases para servicios de calidad que son fundamentales para infundir confianza en los clientes y facilitar las intervenciones de prestación de servicios a más largo plazo.

Se deben demostrar los siguientes principios básicos del asesoramiento sobre anticoncepción:

- Actitudes neutrales hacia los usuarios y no usuarios de métodos anticonceptivos, que respeten sus elecciones, dignidad, privacidad y confidencialidad
- Explicación completa de ventajas y desventajas de los diferentes métodos e información sobre manejo de efectos secundarios
- Respuestas discretas y basadas en evidencias a los rumores e ideas equivocadas sobre los métodos anticonceptivos
- Empatía ante las necesidades de grupos específicos (p. ej., adolescentes, personas con discapacidad, personas que viven con VIH y trabajadores sexuales)
- Mantener la confidencialidad de los servicios y reconocer que no se requiere el permiso de la pareja ni es necesario darle aviso

- Técnicas de comunicación, tales como diálogo interactivo abierto con los clientes: alentar a los clientes a expresar sus preguntas e inquietudes, escucha activa, aclaraciones, pedir a los clientes que indiquen lo que han entendido, reconocer los sentimientos de los clientes y hacer un resumen de la conversación
- Documentar la elección del método y guardar la información en un lugar confidencial

Los proveedores también deben tener presente la posibilidad de que un cliente esté viviendo violencia por parte de su pareja o coerción reproductiva en su relación. Si un proveedor sospecha que un cliente está sufriendo coerción reproductiva, debe proporcionar un entorno seguro y de apoyo y garantizar que se respete el derecho a la confidencialidad del cliente. También es importante que los proveedores conozcan el sistema de derivaciones para violencia de género (VG) y proporcionen información sobre servicios al cliente.

RECUADRO 7.5: 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 y planificación familiar que esté basado en los derechos humanos requiere que todos los servicios se ofrezcan en forma voluntaria. 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 pilares fundamentales del carácter voluntario de la provisión de planificación familiar se incluyen los siguientes:

- Las personas tienen la oportunidad de elegir en forma voluntaria si desean utilizar la planificación familiar o un método anticonceptivo específico
- Las personas tienen acceso a información sobre una amplia variedad de opciones anticonceptivas, incluidos los beneficios 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

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 7.2: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN COMPLETOS EN UN CONTEXTO DE CRISIS

ORGANIZACIÓN: Comité Internacional de Rescate (IRC)

LUGAR: Nigeria

INTRODUCCIÓN: La violencia perpetrada por Boko Haram ha obligado a alrededor de 1,82 millones de personas a abandonar sus hogares en el noreste de Nigeria. Con la continua huida de personas desarraigadas, se multiplicaban en el estado de Borno los campamentos de desplazados internos (DI) y las comunidades de acogida. Los centros de salud en campamentos de DI formales e informales administrados por el Ministerio de Salud federal nunca se recuperaron de la insurgencia de Boko Haram y no contaban con equipos ni personal suficientes. Los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR), eran prácticamente inexistentes en Maiduguri, lo que exponía a mujeres y niñas a mayor riesgo de problemas de salud con riesgo para la vida.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: En agosto de 2016, el IRC dio inicio a los servicios del PSIM y, en un lapso de cuatro semanas, había establecido la única clínica de salud reproductiva en el campo de Bakassi, que prestaba servicios a 21 293 desplazados internos. El IRC también financió cuatro establecimientos gubernamentales de atención primaria de la salud dentro del Consejo Metropolitano de Maiduguri, en el área de Jere, concentrándose especialmente en los servicios de anticoncepción, atención después del aborto, atención a sobrevivientes de agresión sexual y atención de partos. Asimismo, el IRC había establecido servicios completos de salud reproductiva en Konduga (9371 habitantes) y Monguno (40 147 habitantes) a través de clínicas de SSR. Durante este

período, el IRC brindó asistencia a 291 767 personas en total en el estado de Borno.

RESULTADOS: El IRC pudo incrementar la adopción de métodos anticonceptivos a través de una combinación de apoyo al personal, provisión de insumos, contacto con la comunidad mediante la participación de voluntarios y asistentes de parto tradicionales, y la capacitación de proveedores de salud gubernamentales. Tras una capacitación en anticoncepción para proveedores de atención de la salud, la cantidad de nuevas personas que aceptaron el uso de métodos anticonceptivos aumentó un 50 % en apenas una semana. Entre enero y marzo de 2017, en todos los lugares que recibieron asistencia, el IRC atendió en total a 3474 clientes de servicios de planificación familiar. De estos clientes, el 69 % (2398) eran nuevas personas que aceptaron el uso de anticoncepción y el 14,4 % (346) optó por un método anticonceptivo reversible de acción prolongada.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Estos resultados demuestran la capacidad de aumentar rápidamente los servicios de anticoncepción en un contexto de fragilidad con baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos. Los socorristas deben prever una baja presencia de personal de salud calificado disponible, largos plazos para la compra de insumos y la contratación de personas, y la baja prioridad de la SSR. Para salvar estas falencias, los socorristas deben incluir en el presupuesto más personal calificado, incluido personal de compras, y preparar datos y evidencias para compartir con las autoridades locales y en el grupo de salud, a fin de priorizar la SSR.

Integración de servicios

Los servicios de anticoncepción deben ser integrales y convenientes. Por ejemplo, un cliente debe poder completar todos los servicios necesarios para una visita y recibir su método anticonceptivo elegido el mismo día y en el mismo lugar en que recibió el asesoramiento inicial.

CAMBIO DE COMPORTAMIENTOS SOCIALES

La comunicación para el cambio de comportamientos sociales es el uso de la comunicación para cambiar comportamientos, incluido el uso de servicios, mediante la influencia positiva en los conocimientos, las actitudes y las normas sociales. La comunicación para el cambio de comportamientos sociales es sistemática, participativa, se basa en evidencias y fortalece la capacidad. Debido a que los comportamientos están profundamente arraigados en el constructo social de las personas y las sociedades, el proceso por el cual se cambian comportamientos negativos en cuanto a la salud requiere adquirir una comprensión profunda de estos constructos. Durante la implementación

del PSIM, los actores humanitarios se concentrarán en asegurar que los clientes sepan qué servicios tienen a su disposición y dónde pueden encontrarlos, que se sientan seguros y bienvenidos cuando solicitan servicios, que los servicios estén abiertos a todos los que los necesitan y que se presten tomando en cuenta sus necesidades específicas. A medida que se desarrolla la transición hacia servicios de SSR integrales, una característica clave será una comunicación para el cambio de comportamientos sociales más intensiva.

EXTENSIÓN A LA COMUNIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Las comunidades deben involucrarse en el desarrollo y la implementación de programas de planificación familiar, incluidas subpoblaciones específicas a las que puede ser más difícil llegar (adolescentes, trabajadores sexuales, personas con discapacidad, lesbianas, gais, bisexuales, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales [LGBTQIA], entre otras).

RECUADRO 7.6: DEFINICIÓN DE HUMILDAD CULTURAL

En 1998, Melanie Tervalon y Jann Murray-García desarrollaron el término “humildad cultural” para describir un proceso continuo mediante el que los profesionales médicos y de asistencia social pueden aprender sobre diferentes culturas, mientras reflexionan en profundidad sobre sus propias tradiciones, creencias y sesgos culturales. En la planificación familiar, entran en juego las áreas más sensibles y complejas de la cultura. Nuestras percepciones acerca del embarazo, la anticoncepción, el aborto, la mutilación genital femenina, las ETS y el valor de las niñas pueden generar división incluso entre personas que comparten una misma cultura. La prestación de servicios de anticoncepción de alta calidad reconoce la importancia de practicar la humildad cultural mientras se brinda atención, y atribuye al proveedor y al organismo de servicios de salud la responsabilidad de generar un espacio de respeto y neutral.

Participación de los hombres

En las parejas, los hombres a menudo son quienes toman las decisiones sobre si su compañera puede usar métodos anticonceptivos y, si se le permite, qué método utiliza. Se debe involucrar a los hombres como actores interesados y socios clave para aumentar la aceptación del programa dentro de la comunidad y el reconocimiento de otras cuestiones de SSR, como la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH. Considerar las perspectivas y las motivaciones de los hombres es fundamental para las actividades del programa.

El uso de métodos anticonceptivos por parte de los hombres les permite compartir con sus compañeras la responsabilidad por la prevención de embarazos. Es posible que algunos servicios deban adaptarse específicamente para satisfacer las necesidades de los usuarios masculinos. Las actividades orientadas a promover la participación de los hombres incluyen el asesoramiento de parejas, la promoción del uso del preservativo, horarios de atención para hombres en establecimientos de salud, las sesiones con grupos de pares y la difusión de información de SSR en grupos sociales de hombres.

Consulta con poblaciones que enfrentan necesidades únicas o riesgos específicos

Se deben poner a disposición de todos los segmentos de la población servicios de anticoncepción; de esta manera, se debe involucrar a los actores interesados clave en la consulta y el desarrollo de programas. Se recomienda realizar acciones para identificar a grupos locales que

actualmente proporcionan servicios a grupos específicos, como la comunidad LGBTQIA y trabajadores sexuales, a fin de establecer canales de derivación en las redes existentes. Se puede brindar a los proveedores simultáneamente capacitación sobre cómo prestar servicios y mostrar empatía hacia grupos con los que podrían tratar en su trabajo.

MATERIALES INFORMATIVOS, EDUCATIVOS Y DE COMUNICACIÓN

En la fase aguda deben utilizarse materiales informativos, educativos y de comunicación para generar conciencia básica sobre la disponibilidad de servicios de anticoncepción. Estos materiales pueden incluir afiches, folletos en idiomas locales con imágenes adecuadas para el lugar, y mensajes radiales. Al pasar a la fase de prestación de servicios integrales, los materiales deben cambiarse por mensajes para motivar a las mujeres, adolescentes, hombres, parejas y otros miembros de la comunidad a usar servicios de anticoncepción.

RESPUESTA ANTE LA DESINFORMACIÓN Y LA INTERRUPCIÓN DEL USO DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Un programa de prestación de servicios de anticoncepción integral y centrado en el cliente facilita la continuidad de uso del método y puede responder de manera rápida al cambio de método y brindar el apoyo necesario. Sin embargo, muchas mujeres interrumpen el uso de un método anticonceptivo por motivos que no tienen que ver con el deseo de quedar embarazadas, y muy a menudo no cambian por un nuevo método. Esto hace que muchas de las clientas no tengan cubierta su necesidad de anticoncepción y queden expuestas a embarazos no deseados.

Los proveedores que ofrecen anticoncepción pueden reducir al mínimo la interrupción si describen con precisión los efectos secundarios y las maneras de manejarlos cuando se manifiestan. Los proveedores también deben estar preparados y contar con las herramientas necesarias para retirar implantes y DIU si las clientas lo solicitan.

Como parte de los servicios de SSR integrales, pueden implementarse medidas para asegurar la continuidad, tales como:

- Fortalecer las habilidades de los proveedores en cuanto al asesoramiento, incluido el manejo de los efectos secundarios
- Seguimiento activo de clientas que faltan a una cita para renovar un método anticonceptivo
- Incorporación de trabajadores de la salud comunitarios

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 7.3: INVOLUCRAR A LOS HOMBRES EN LA PROGRAMACIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN EN CONTEXTOS DE CONFLICTO

ORGANIZACIÓN: Comité Internacional de Rescate (IRC)

LUGAR: Chad

INTRODUCCIÓN: En el campamento de Oure Cassoni en Amdjarass, el centro de salud financiado por el IRC presta servicios a una población total de 46 000 personas, incluida una población de acogida de 20 000 habitantes. A pesar de la disponibilidad de servicios y las actividades de movilización comunitarias en el campamento, la baja aceptación de métodos anticonceptivos planteaba un desafío considerable. Esto se debía, en particular, a la influencia que ejercían los líderes religiosos en las decisiones de las mujeres y su actitud en cuanto a intentar obtener atención médica.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: El IRC identificó a 40 líderes religiosos influyentes para que asistieran a sesiones de capacitación y sensibilización. En las sesiones se explicó la importancia de la anticoncepción y, en particular, se abordaron sus ventajas dentro del contexto más general de la salud materno-infantil en Chad. Durante las capacitaciones, se reiteró el aval del Presidente a la salud reproductiva y la anticoncepción y se hizo referencia a fragmentos de textos religiosos que son favorables a estos métodos. Se formó un comité de líderes religiosos a favor de la anticoncepción para poner en marcha acciones de concienciación comunitaria en mezquitas y para participar en reuniones de análisis de datos.

RESULTADOS: En Amdjarass, 316 clientes aceptaron la anticoncepción durante el período informativo del proyecto.

Este número superó la meta establecida y la cifra alcanzada en el semestre previo, cuando 180 clientes aceptaron la anticoncepción. Este resultado se debe en gran parte a la participación de líderes religiosos en la concienciación sobre anticoncepción, en especial en las mezquitas, y a la presencia de un equipo de IRC capacitado en el puesto de salud de Ouré Cassoni para garantizar la provisión de servicios y el desarrollo de capacidades del personal de refugiados existente. Antes de que se realizaran los esfuerzos de movilización, el IRC observó que un promedio de 20 nuevas personas por mes aceptaban la anticoncepción, y un promedio de 8 aceptaban la anticoncepción reversible de acción prolongada. Después de las capacitaciones brindadas a líderes religiosos y las acciones de sensibilización en la comunidad, el IRC registró un promedio de 33 nuevas personas que aceptaron la anticoncepción, con un promedio de 17 que aceptaron métodos de anticoncepción reversible de acción prolongada.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Los líderes religiosos suelen considerarse un obstáculo para la anticoncepción en los contextos de crisis humanitarias. Sin embargo, incluso en un contexto considerado tradicional y religioso, la anticoncepción es aceptada una vez que las personas se encuentran suficientemente informadas y se implementan servicios de calidad. La percepción de las creencias de la comunidad religiosa como obstáculos nunca debe ser una excusa para no ofrecer servicios de anticoncepción durante emergencias. Sin embargo, se necesita más concienciación para ampliar el acceso a los grupos vulnerables, dado que el uso de anticonceptivos entre jóvenes adolescentes y mujeres solteras sigue siendo un tema tabú.

en la prestación de servicios de anticoncepción en la comunidad

- Participación activa de miembros de la comunidad para disipar rumores
- Asegurar existencias confiables de métodos anticonceptivos para evitar faltantes

7.3.6 Trabajo con poblaciones específicas

ADOLESCENTES

Las complicaciones del embarazo y del parto son la segunda causa principal de muerte en niñas de entre 15 y 19 años, y el 50 % de las agresiones sexuales afectan a niñas de 15 años o menos. En emergencias humanitarias, los riesgos para las adolescentes se exacerban y, por lo tanto, sus necesidades de salud reproductiva deben ser una prioridad.

Las adolescentes en emergencias humanitarias enfrentan mayores riesgos de violencia sexual, abuso y explotación, embarazos no planificados y abortos inseguros. Los proveedores de salud deben asegurar que las adolescentes —casadas, solteras, con discapacidad, y que asisten o no a la escuela— puedan tener acceso a los servicios de SSR en general y a los servicios de anticoncepción en particular. Es posible que no siempre se conozcan las circunstancias que llevan a las adolescentes a buscar atención, y es fundamental que los proveedores brinden servicios de alta calidad sin juzgarlas, y que cuando surja la oportunidad aprovechen este punto de acceso para identificar y brindar otros servicios y recursos necesarios, según corresponda. Para obtener más información sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia, ver el capítulo 6.

RECUADRO 7.7: DEFINICIÓN DE “TRABAJADORES SEXUALES”

Trabajadores sexuales es un término que comprende a mujeres, hombres y personas transgénero adultos y jóvenes (mayores de 18 años) que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea en forma regular u ocasional. El trabajo sexual puede variar en cuanto al grado de “formalidad” u organización. Es importante observar que el trabajo sexual constituye sexo consensuado entre adultos, que adopta numerosas formas, y varía entre diferentes países y comunidades y dentro de estos. Asimismo, en muchos contextos, incluidos contextos de crisis humanitarias, muchas personas dedicadas a esta práctica no se autoperciben como trabajadores sexuales.

TRABAJADORES SEXUALES

Todos los trabajadores sexuales tienen el derecho humano fundamental al más alto nivel posible de salud. Es importante que las medidas se tomen de manera programática, y en el punto de prestación del servicio, a fin de asegurar el pleno ejercicio de estos derechos. Los proveedores de servicios tienen la obligación de brindar atención a trabajadores sexuales, independientemente de la condición legal del trabajo sexual en el ámbito específico. Los proveedores de servicios también deben tener presente que los trabajadores sexuales son capaces de tomar decisiones informadas.

Los proveedores de servicios deben ofrecer a los trabajadores sexuales la misma calidad de atención que a todos los demás clientes. Durante el asesoramiento, los proveedores deben:

- Hablar sobre los métodos anticonceptivos disponibles, incluida la protección del método dual
- Brindar asesoramiento sobre sexo seguro y protección contra enfermedades de transmisión sexual (ETS)/VIH que aborde las necesidades específicas de los trabajadores sexuales, incluidas instrucciones sobre el uso adecuado de preservativos masculino y femenino y de lubricantes
- Promocionar el uso de preservativos y lubricantes y proporcionarlos en cantidades suficientes
- Hacer pruebas de detección del VIH y otras ETS y brindar asesoramiento, tratamiento y seguimiento adecuados
- Hablar con la clienta sobre cuáles son sus intenciones con respecto al embarazo

- Determinar la elegibilidad médica para el método anticonceptivo deseado
- Proporcionar o recetar el método anticonceptivo preferido de la clienta
- Poner a disposición anticoncepción de emergencia

Además, se debe conectar a las clientas con servicios seguros de atención de abortos y atención de embarazos seguros, según sea necesario. Los proveedores deben tener presente que las trabajadoras sexuales enfrentan muchas de las mismas necesidades de SSR —incluidos embarazos planificados y no planificados— que sus pares que no se dedican al trabajo sexual, y deben cerciorarse de abordar estas necesidades.

RECUADRO 7.8: ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA PARA SOBREVIVIENTES DE VIOLACIONES

La anticoncepción de emergencia puede reducir el riesgo de embarazo después de un episodio de sexo sin protección, incluidos casos de violencia sexual. La directiva mundial de la OMS es clara en cuanto a que debe ofrecerse AE a mujeres y niñas para evitar las consecuencias traumáticas de un embarazo producido por una violación, como parte de la atención integral centrada en la mujer. No asegurar que las sobrevivientes de violencia sexual reciban AE puede dañar su salud física y psíquica (sobre todo en áreas en las que el aborto seguro es ilegal o no está disponible); no brindar AE en estos casos resulta violatorio de sus derechos humanos.

En el caso de los millones de mujeres y niñas que han sido afectadas por conflictos, desastres naturales y emergencias, tanto la necesidad de acceso a AE como los obstáculos a esta son mayores. El desplazamiento forzado, la exposición a la violencia y la separación de las familias y comunidades exponen a las poblaciones afectadas por crisis a un mayor riesgo de violencia sexual y al consiguiente riesgo de embarazos no deseados. Al mismo tiempo, su acceso a anticoncepción regular, que protege contra dicho riesgo, se encuentra disminuido.

Sin embargo, no existe suficiente acceso de rutina a la AE debido a obstáculos en las áreas de políticas, leyes, sistemas de salud y sensibilización. Muchos de los países sin productos de AE registrados están afectados en la actualidad o han sido recientemente afectados por un conflicto, y también es posible que acojan a grandes poblaciones desplazadas. En los contextos frágiles también es más probable que falten personal calificado e insumos suficientes.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad (CDPD) declara que las personas con discapacidades deben recibir atención y programas de salud gratuitos o asequibles del mismo tipo, calidad y estándar que los brindados a las demás personas, incluso en el área de SSR. Sin embargo, las necesidades de salud reproductiva diversas de las personas con discapacidad casi nunca son comprendidas ni abordadas a través de la programación de SSR en contextos de emergencia. Las necesidades de SSR de las personas con discapacidad, sus intenciones en materia de planificación familiar y su acceso a los servicios de anticoncepción deben comprenderse y reconocerse como prioridades dentro de la programación integral de SSR.

PERSONAS LESBIANAS, GAIS, BISEXUALES, TRANSGÉNERO, QUEER, QUE SE CUESTIONAN SU IDENTIDAD DE GÉNERO, INTERSEXUALES Y ASEXUALES

Las normas internacionales de derechos humanos establecen que los Estados deben garantizar la igualdad de derechos—incluidos los derechos a la vida, la salud y a la seguridad

de la persona— a todas las personas, independientemente de su identidad de género, orientación sexual u otra condición. Sin embargo, existen leyes, actitudes y prácticas discriminatorias que, a menudo, generan disparidades en el ámbito de la salud y comprometen la posibilidad de las personas LGBTQIA de acceder a servicios de salud reproductiva de calidad. Los proveedores son fundamentales para asegurar que se proteja y ejerza la igualdad de derechos a la salud de las personas LGBTQIA, y deben tener presentes los obstáculos específicos que pueden enfrentar las personas LGBTQIA al solicitar atención. Los proveedores deben adoptar una actitud respetuosa y neutral cuando prestan servicios y deben esforzarse por abordar cualquier inquietud que pueda ser específica de esta población.

7.3.7 Coordinación y generación de vínculos

Los coordinadores de SSR deben tener como objetivo la integración de los servicios de anticoncepción y los programas de planificación familiar en los programas de atención primaria de la salud y otros programas de SSR, lo que incluye:

- Provisión de anticoncepción de emergencia como parte

RECUADRO 7.9: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN LUEGO DE UN ABORTO

Brindar asesoramiento oportuno y efectivo tras un aborto puede ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. El asesoramiento sobre anticoncepción tras un aborto también está asociado a una reducción en la mortalidad materna e infantil y a la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo. Lamentablemente, la proporción de mujeres que reciben un método anticonceptivo luego de la atención de un aborto continúa siendo baja. Por lo tanto, el asesoramiento sobre anticoncepción y la provisión de un método deberían ser prioridades en todos los servicios de aborto. Asimismo, es posible que algunas mujeres hayan tenido un embarazo no deseado mientras utilizaban un método anticonceptivo; por ende, es importante abordar las causas por las que falló el método, y asesorar a las mujeres en función de esto. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todas las mujeres reciban información sobre anticoncepción y que se les ofrezca asesoramiento y métodos anticonceptivos después de un aborto, incluida anticoncepción de emergencia, antes de retirarse del establecimiento de salud.

Los proveedores deben asegurar que todas las mujeres, incluidas las mujeres jóvenes, que reciban atención relacionada con el aborto sepan lo siguiente:

- La ovulación y, por consiguiente, el embarazo pueden

producirse casi inmediatamente después de una evacuación uterina.

- En general, todos los métodos anticonceptivos pueden utilizarse inmediatamente después de una evacuación uterina.
- Dónde pueden obtener métodos y servicios de anticoncepción, incluida anticoncepción de emergencia (AE).

Proporcionar servicios de anticoncepción al mismo tiempo y en el mismo lugar que la atención del aborto puede contribuir a que una mujer reciba un método anticonceptivo antes de abandonar el establecimiento. Si una mujer reúne las condiciones y ha sido asesorada y ha prestado el consentimiento para el método, todos los métodos anticonceptivos—incluidos el DIU y la esterilización femenina— pueden iniciarse al mismo tiempo que una aspiración de vacío. La mayoría de los métodos anticonceptivos pueden administrarse al mismo tiempo que la primera píldora de un aborto inducido con medicamentos. Tras un aborto inducido con medicamentos, se puede colocar un DIU cuando se tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada y siempre que la clienta preste consentimiento para el procedimiento.

de la respuesta a sobrevivientes de violencia sexual y para cubrir la demanda

- Integración del asesoramiento sobre anticoncepción y prestación de servicios en programas de ETS y VIH, asegurando que los proveedores de servicios
 - o Hablen sobre prevención del embarazo y anticoncepción con las clientas según sea necesario
 - o Promuevan la doble protección (contra el embarazo y las ETS)
- Inclusión de la programación sobre anticoncepción en los servicios de salud adolescente
- Incorporación en los programas de salud materna y neonatal del asesoramiento y la gestión en materia de anticoncepción en los períodos prenatales, del parto y posparto
- Inclusión de asesoramiento y servicios de anticoncepción, y evaluaciones para detectar coerción con respecto al uso de anticoncepción, en los programas relacionados con violencia de género

7.3.8 Incidencia

Los coordinadores de SSR y los administradores de programas deben promover la provisión de información completa sobre planificación familiar siempre que sea posible. Deben implementarse medidas para que los proveedores de servicios conozcan y apliquen las políticas vigentes.

Relacionarse con organizaciones de la sociedad civil locales es esencial para identificar y cubrir las necesidades de las poblaciones afectadas. Los actores locales suelen conocer mejor la situación y las necesidades de la comunidad. Por ende, deben ser un recurso a consultar cuando se trabaja con el gobierno, donantes y otros organismos para asegurar la implementación de programas de planificación familiar integrales basados en derechos. Si bien prevalecen las pautas y leyes nacionales, es importante alinear estos estándares con las normas, estándares y protocolos internacionales para asegurar que las personas tengan acceso a información, servicios e insumos de anticoncepción completos y de calidad. Reunirse con las autoridades del Ministerio de Salud local, donantes privados y otros organismos para presentar datos sobre necesidades insatisfechas, posibles ahorros de costos y los beneficios para la salud que ofrece la provisión de servicios de anticoncepción puede dar por resultado políticas más eficaces que salvan vidas.

7.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

Conforme al derecho internacional, el acceso universal a la planificación familiar es un derecho humano: todas las personas y parejas tienen derecho a decidir el número de sus hijos, el intervalo entre los nacimientos y el momento para tenerlos. En la Conferencia Internacional de la ONU sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, los gobiernos acordaron poner la atención de la salud reproductiva a disposición de todas las personas, incluida una variedad completa de servicios de anticoncepción. El derecho al más alto nivel posible de salud incluye el derecho a recibir información y a tener acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. El Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, CEDAW) ha exhortado expresamente a los Estados a garantizar el acceso a la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, en contextos de conflicto.

Obligar a las personas a usar un método anticonceptivo no es planificación familiar y resulta violatorio de las normas internacionales de derechos humanos. Por ejemplo, la esterilización forzada vulnera el derecho al consentimiento informado, el derecho a la salud, el derecho a la seguridad y libertad de la persona y el derecho de las personas a decidir libremente sobre la cantidad de hijos y el intervalo entre los nacimientos.

7.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

7.5.1 Registro clínico/de servicio

Se debe mantener un registro clínico para asentar la información y ofrecer un seguimiento efectivo. En poblaciones móviles, es posible que los clientes deseen conservar una copia para sus registros. Debe asentarse la siguiente información en el registro del cliente (un cliente por fila):

- Fecha
- Nombre del cliente o, si se requiere confidencialidad, un identificador único
- Edad y otra información demográfica del cliente
- Tipo de cliente

GRÁFICO 7.2: INDICADORES CLAVE

INDICADOR	DEFINICIÓN	FUENTE DE DATOS	COMENTARIOS
INDICADORES DEL ESTABLECIMIENTO			
Cantidad de clientes que comienzan un método anticonceptivo moderno en este establecimiento, por método	<p>Cantidad de clientes que comienzan a usar un método anticonceptivo, por método</p> <ol style="list-style-type: none"> DIU Implantes Ligadura tubárica Vasectomía Píldora anticonceptiva oral diaria Anticonceptivos inyectables Preservativos (masculino o femenino) Anticoncepción de emergencia <ol style="list-style-type: none"> Píldoras de AE DIU como AE 	Registros del establecimiento	<p>Incluya a cualquier cliente que comience un método moderno, incluso a los que cambien de un método a otro</p> <p>Usted debe definir durante cuánto tiempo un cliente interrumpe un método antes de volver a comenzar: p. ej., si un cliente ha dejado de usar un método por 6 meses (por ejemplo, faltó a citas durante 6 meses), debe contarse como alguien que vuelve a comenzar</p>
Integración	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de clientes de anticoncepción que también recibieron asesoramiento sobre enfermedades de transmisión sexual Porcentaje de clientes de anticoncepción que también fueron derivados para la obtención de método anticonceptivo continuo 		
Combinación de métodos	<p>Numerador: Cantidad de clientes de anticoncepción que comienzan cada método</p> <p>Denominador: Cantidad de clientes que comienzan un método anticonceptivo moderno en este establecimiento</p>	Registros del establecimiento	
INDICADORES PROGRAMÁTICOS			
Cantidad de puntos de prestación de servicios de anticoncepción que no tuvieron faltantes de métodos en el mes anterior	Cantidad de puntos de prestación de servicios de anticoncepción que no tuvieron faltantes (durante más de 1 día) de métodos en el mes anterior	Registros de existencias	Es importante comprobar las existencias de todos los métodos que proporciona el establecimiento (p. ej., píldoras anticonceptivas orales, inyectables, DIU, implantes, AE)
Cantidad de proveedores con competencia técnica para proporcionar anticoncepción	Cantidad de proveedores con competencia técnica —según se determine en función de una lista de verificación— para proporcionar métodos anticonceptivos, por método	Registros de programas o supervisión	Los supervisores deben observar en forma periódica (por ejemplo, dos veces al año), mediante una lista de verificación, la competencia de los proveedores respecto de cada método

o Cliente nuevo: Los proveedores de servicios deben definir el significado de cliente “nuevo”. ¿Es este cliente nuevo para el establecimiento (está comenzando a usar un método anticonceptivo por primera vez en este establecimiento)? ¿Es nuevo en cuanto al método específico (está comenzando a usar este método por primera vez)? ¿Es nuevo en el

uso de anticoncepción (es la primera vez en la vida que utiliza anticoncepción)? Si utiliza formularios del Ministerio de Salud, anote la definición correcta

o Cliente que regresa: Un cliente que no es nuevo (según la definición específica). Puede incluir un cliente que regresa para una visita de seguimiento, para un resurtido o para cambiar de método

- o Cliente que cambia: Un cliente que cambia inmediatamente el uso de un método por otro. Se deben registrar ambos métodos
- Método seleccionado (y nombre de marca): Asegúrese de incluir todos los métodos. Es mejor que haya una columna para cada método (p. ej., píldoras anticonceptivas orales, inyectable, implante, DIU, etc.)
- Remoción del método (para DIU e implantes): Indique el motivo de la remoción en una columna de “comentarios”
- Derivado por: Si el programa se integra con otros servicios y utiliza trabajadores de la salud comunitarios, esta columna puede especificar la procedencia de la derivación

El formulario individual del cliente también puede permitir el seguimiento del uso de métodos anticonceptivos por parte de un cliente en particular a lo largo del tiempo. Este registro individual del cliente debe contener información adicional, incluidas la fecha, motivo(s) de la interrupción o cambio del método, manejo/tratamiento de efectos secundarios, etc.

7.5.2 Apoyo a la continuidad del cliente

Una parte integral de cualquier programa de anticoncepción es hacer un seguimiento de la continuidad de uso. Para esto, los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios necesitan contar con un sistema para identificar a los clientes que no han regresado a citas de resurtido y recordarles que han faltado a su cita. El sistema recomendado utiliza un fichero con divisores para archivar las fichas de los clientes en la forma que se describe a continuación. Si como práctica estándar el cliente conserva su propia ficha, utilice una ficha con la siguiente información para archivarla en el mes correspondiente: nombre, edad, fecha de visita, método administrado y fecha de la próxima visita.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

Consiga un fichero con capacidad para guardar las fichas archivadas. Divida el fichero en compartimentos o secciones, uno para cada mes del año, más uno para métodos de acción prolongada y uno para “pérdida de seguimiento menos de 6

meses”. Después de la cita, coloque la ficha del cliente en el compartimento correspondiente al mes en que el cliente debe regresar para el resurtido. Al final del mes, es fácil ver qué clientes faltaron a sus citas y ponerse en contacto con ellos para recordarles la cita. Es importante mantener la confidencialidad de los clientes al recordarles las citas a las que faltaron.

Los formularios de registro deben ser simples y adecuados para los datos reunidos y el nivel de alfabetismo del personal. Utilice formatos nacionales o locales que sean conocidos por el personal local y la población afectada. Capacite a todos los miembros del personal para que puedan mantener registros adecuados, incluidas definiciones y cómo completar formularios, y en el uso de la información recopilada en su programa.

7.5.3 Indicadores

En el gráfico 7.2 se proporciona información sobre los indicadores clave para la provisión de servicios de anticoncepción.

7.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

- CDC y U.S. Department of Health and Human Services. (2014). Providing Quality Family Planning Services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 63(4), 1–29.
- FHI360. (2012). *Facts for Family Planning*. Durham, North Carolina. Extraído de: https://www.fphandbook.org/sites/default/files/factsforfamilyplanning_0.pdf
- Ipas. (2013). *Woman-centered Postabortion Care: Reference Manual*. (K. L. Turner & A. Huber, Eds.) (segunda edición). Chapel Hill, NC: Ipas. Extraído de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Womancentered-postabortion-care-Reference-manual-Second-Edition.aspx>
- OMS. (2012). *Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44885/9789243503752_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2014). *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126318/9789243506746_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2015a). *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* (5th ed.). Extraído de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
- OMS. (2015b). *Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Extraído de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/mec-wheel-5th/es/
- OMS, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health y USAID. (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. Extraído de: <http://www.fphandbook.org/>
- OMS y UNFPA. (2015). *Ensuring Human Rights within Contraceptive Service Delivery: Implementation Guide*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf?ua=1
- Pathfinder International. (2016). *Tarjetas de consejería para adultos sobre la anticoncepción*. Extraído de: https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2016/11/Adult-Contraceptive-Cue-Cards_Spanish.pdf
- Reproductive Health Access Project. (sin fecha). *Fact Sheets on Various Contraceptive methods*. Extraído de: <https://www.reproductiveaccess.org/resources/>
- Ringheim, K. (2012). *Better Together: Linking Family Planning and Community Health for Health Equity and Impact* (segunda edición). Washington, D.C.: CORE Group. Extraído de: <http://coregroup.secure.nonprofitsoapRecuadro.com/storage/SMRH/FamilyPlanningReport/FPIreportRevised-online.pdf>
- USAID. (2011). *Manual de logística: Guía práctica para la gerencia de cadenas de suministros de productos de salud* (2nd ed.). Arlington. Extraído de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20211es/s20211es.pdf>

CAPÍTULO 8

ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO

8.1 Introducción

8.2 Objetivos

8.3 Programación para la atención integral del aborto

8.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

8.3.2 Evaluación de necesidades

8.3.3 Consideraciones de la programación

8.3.4 Implementación de la atención integral del aborto desde la fase aguda hasta la recuperación

8.3.5 Trabajo con poblaciones específicas

8.3.6 Coordinación y generación de vínculos

8.3.7 Incidencia

8.4 Consideraciones legales y de derechos humanos

8.5 Monitoreo y evaluación

8.6 Otros materiales de lectura y recursos

8.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que 56 millones de embarazos al año terminan en abortos inducidos; se estima que 22 millones de estos abortos son inseguros, lo que significa que son realizados por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ámbito que no cuenta con los estándares médicos mínimos, o bien en situaciones en que se presentan ambas condiciones. Las muertes y lesiones a causa de abortos inseguros continúan representando un grave problema de salud pública que afecta a mujeres, niñas, familias y a comunidades enteras. En todo el mundo, el aborto inseguro representa aproximadamente el 10 % de las muertes maternas, el 99 % de las cuales ocurren en países en desarrollo. Hacer que el embarazo sea más seguro incluye efectivizar el derecho de las mujeres y niñas a acceder a servicios integrales de salud sexual y reproductiva (SSR), incluida la provisión de servicios de aborto seguro, y el tratamiento oportuno y adecuado de abortos inseguros y espontáneos para todas las mujeres.

Las mujeres y niñas en contextos de crisis humanitarias pueden estar expuestas a mayores riesgos de embarazo no deseado y aborto inseguro y requerir acceso a servicios de aborto seguro:

- Es posible que las mujeres y niñas no puedan continuar con su método anticonceptivo porque lo perdieron durante el desplazamiento o por la falta de acceso a servicios de anticoncepción
- Es posible que las mujeres y niñas deseen retrasar la maternidad hasta que su seguridad y su subsistencia estén aseguradas, pero no tengan acceso a métodos anticonceptivos debido a alteraciones en los servicios e insumos de salud
- Muchas niñas alcanzan la edad reproductiva mientras se encuentran en situación de desplazamiento
- En los contextos de conflictos a menudo se documentan violaciones y otras formas de violencia sexual

Para ayudar a los gobiernos, planificadores y proveedores de servicios a implementar los compromisos que asumieron con respecto a la salud y los derechos de las mujeres, la OMS actualizó su orientación técnica en 2012 para fortalecer la capacidad de los sistemas de salud de proporcionar servicios de aborto seguro y atención después del aborto.

La atención después del aborto es la estrategia global para reducir las muertes y el sufrimiento asociados con complicaciones que son resultado de abortos inseguros y espontáneos, y comprende cinco elementos:

- 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
- Los servicios de anticoncepción 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 asegurar que los servicios de salud reflejen y cubran las necesidades y expectativas de la comunidad.

La atención integral del aborto incluye todos estos elementos de la atención después del aborto, así como el aborto inducido seguro. Todos estos elementos contribuyen a reducir la morbilidad y mortalidad maternas.

Existen diversas opciones tecnológicas para ayudar a las mujeres a evitar o afrontar un embarazo no deseado, incluida una variedad de métodos anticonceptivos permanentes y pericoitales, anticoncepción de emergencia, aborto inducido con medicamentos y aspiración de vacío. Asimismo, una cantidad cada vez mayor de países han reformado su legislación en materia de aborto con el fin de ampliar los supuestos legales de aborto, y debido a esto el aborto se encuentra legalizado en casi todos los países al menos en algunas circunstancias. Asimismo, varios acuerdos y órganos especializados internacionales han reconocido el derecho de la mujer a acceder al aborto seguro y sus relaciones con la reducción de la mortalidad materna.

8.2 OBJETIVOS

El objetivo de este capítulo es proporcionar a los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios lo siguiente:

- Información de programación sobre atención integral del aborto y provisión de dichos servicios o derivaciones a estos
- Información clínica básica para orientar la prestación de servicios
- Un marco para obtener información precisa y comprender el contexto administrativo y regulatorio relacionado con el aborto en el ámbito en el que estén trabajando
- Conocimientos sobre las normas sociales, culturales y religiosas en relación con los servicios de aborto seguro
- Herramientas para educar a las comunidades sobre sus derechos y a los responsables de la formulación de políticas sobre sus obligaciones

8.3 PROGRAMACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO

La incorporación de los servicios de aborto inducido seguro a los elementos del modelo de atención después del aborto genera un enfoque integral que reduce la mortalidad y morbilidad maternas, a la vez que apoya a las mujeres

TABLA 8.1: GESTIÓN DEL ABORTO Y ATENCIÓN DESPUÉS DEL ABORTO EN EL PRIMER TRIMESTRE

	Trabajadores de la salud no profesionales	Trabajadores de farmacia	Farmacéuticos	Médicos de sistemas de medicina complementaria	Auxiliares de enfermería Parteras auxiliares de enfermería	Personal de enfermería	Parteras	Médicos adjuntos/ adjuntos con estudios superiores	Médicos no especialistas	Médicos especialistas
Aspiración de vacío para aborto inducido										
Aspiración de vacío para gestión del aborto incompleto sin complicaciones/ aborto espontáneo										
Aborto inducido con medicamentos en el primer trimestre	Recomendación de subtareas (ver abajo)		Recomendación de subtareas (ver abajo)							
Gestión del aborto incompleto sin complicaciones/ aborto espontáneo con misoprostol										

* considerado dentro del alcance general de la práctica; evidencias no evaluadas.

** considerado fuera del alcance general de la práctica; evidencias no evaluadas.

en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Preferentemente, estos servicios se proporcionan como un paquete completo integrado.

La atención integral del aborto no debe depender de la disponibilidad de obstetras/ginecólogos o cirujanos. 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 seguro y de atención después del aborto de primera línea, incluso en ámbitos ambulatorios, como se muestra en la tabla 8.1.

8.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

La atención integral del aborto constituye una intervención vital y, por lo tanto, está incorporada en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM), un conjunto de actividades prioritarias que deben llevarse a cabo al comienzo de una crisis. La provisión de asesoramiento sobre opciones para el embarazo y servicios de aborto seguro y/o derivaciones a estos servicios, en la mayor medida permitida por la ley, se incluye como parte de la respuesta a sobrevivientes de agresión sexual. Asimismo, como función fundamental en

la atención obstétrica y neonatal de emergencia, asegurar la disponibilidad de atención vital después del aborto en los centros de salud y hospitales es una actividad prioritaria. Además, la provisión de servicios de aborto seguro a todas las mujeres en la mayor medida permitida por la ley se reconoce como “otra actividad prioritaria”. Por lo tanto, los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios deben asegurarse de que haya servicios de aborto seguro disponibles en el comienzo de una crisis con la capacidad ya existente. Cuando no hay capacidad existente, los servicios de aborto seguro deben ponerse a disposición una vez que estén en curso las actividades prioritarias del PSIM, preferentemente dentro de los tres meses del comienzo de una emergencia, o incluso antes.

8.3.2 Evaluación de necesidades

Al planificar los servicios de aborto, solicite información y considere las necesidades y percepciones de la comunidad, incluidas las preferencias de las mujeres en cuanto al tipo y sexo del proveedor y la ubicación de los servicios.

La alta incidencia del aborto inseguro suele ser el resultado de leyes que restringen el acceso al aborto y del estigma

asociado con esta práctica. Sin embargo, aun en los casos en que no hay restricciones tan estrictas al aborto, las mujeres a menudo no tienen acceso a servicios de aborto seguro y legal. Las condiciones en las cuales las leyes permiten el aborto varían según el país. En algunos países, el acceso está altamente restringido; en otros, la interrupción del embarazo está disponible a solicitud y en función de amplios criterios médicos y sociales. En prácticamente todos los países se permite el aborto seguro y legal en algunas circunstancias.

Es importante comprender el contexto del aborto en cada entorno de crisis humanitaria, a fin de identificar puntos de acceso para la provisión de servicios. Esto incluye analizar las leyes y políticas locales, comprender adónde recurren actualmente las mujeres y niñas en busca de servicios de aborto inducido, reconocer los obstáculos y facilitadores para la provisión de la atención integral del aborto e identificar a los promotores locales de la provisión de servicios de aborto seguro. De hecho, trabajar en estrecha colaboración con promotores locales de atención integral del aborto es fundamental para identificar los puntos de acceso más efectivos para la provisión de servicios. Entre estos promotores se pueden encontrar representantes de ministerios gubernamentales, actores de la sociedad civil, proveedores de atención de la salud, defensores de derechos, y otros.

Evalúe la capacidad clínica para la provisión de atención integral del aborto, incluidos los siguientes aspectos:

- Habilidades de una amplia variedad de proveedores de servicios de salud
- Disponibilidad de atención después del aborto y atención obstétrica básica de emergencia, dado que la atención integral del aborto puede proporcionarse en cualquier ámbito que también brinde estos servicios
- Disponibilidad de insumos y equipos para la atención integral del aborto, incluidos kits manuales de aspiración de vacío, medicamentos utilizados en los regímenes de aborto inducido con medicamentos y métodos anticonceptivos
- Datos de indicadores concentrados en el uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos y la cantidad de clientas de servicios de atención después del aborto
- Disponibilidad de derivaciones a atención en niveles superiores si se justifica, incluida la capacidad del establecimiento de derivación y sistema de traslado de emergencia

Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios deben conocer las leyes y políticas nacionales relacionadas con el aborto seguro en los países en los que trabajan:

- ¿Existe una ley, reglamentación, política y/o pauta nacional sobre la interrupción del embarazo/ disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto seguro? Se debe considerar en particular:
 - o Motivos en los cuales se permite legalmente el aborto (p. ej., riesgo para la vida, la salud física o mental de la mujer, malformación o discapacidad fetal, violación, incesto, circunstancias socioeconómicas o personales)
 - o Cumplimiento efectivo de las leyes, reglamentaciones, políticas y/o pautas nacionales
 - o Conocimiento de las leyes, reglamentaciones, políticas y/o pautas nacionales por parte de proveedores de servicios y otros actores interesados locales
 - o Límites de edad gestacional dentro de los cuales puede realizarse un aborto y si existen situaciones en las que podrían no aplicarse estos límites
 - o Disponibilidad de diferentes métodos de aborto (p. ej., aspiración de vacío eléctrica o manual, regímenes de aborto inducido con medicamentos como mifepristona/misoprostol, metotrexato / misoprostol y/o misoprostol solo) y distribución y provisión de medicamentos para la atención del aborto y luego del aborto
 - o Ámbitos en los que el aborto puede realizarse y/o el nivel del proveedor que puede practicar un aborto o proporcionar métodos de aborto
 - o Costos de un aborto
 - o Reglamentaciones y expectativas que exigen que otras personas (esposos, padres, tutores) den permiso para el procedimiento (autorización de terceros)
 - o Requisitos de comunicación obligatoria
 - o Requisitos para que los proveedores de salud que se oponen a practicar abortos (objeción de conciencia) hagan la derivación a un colega que proporcionará servicios de aborto
- Las perspectivas de las mujeres y niñas y de sus

familias, parejas y otras partes interesadas de la comunidad son esenciales para la planificación de la atención integral del aborto, incluidos:

- o Grupos de mujeres y otros grupos comunitarios existentes en la población local que podrían contribuir a promover e informar sobre los servicios disponibles entre la población
- o Normas sociales y culturales respecto del embarazo no deseado y el aborto, lo que incluye cómo se toman las decisiones respecto del acceso a los servicios y quiénes participan en la toma de decisiones
- o Prácticas y preferencias actuales de las mujeres y niñas con respecto al aborto

8.3.3 Consideraciones sobre programación

No existe un enfoque único sobre la provisión de atención integral del aborto en contextos de crisis humanitarias, y es esencial que los actores humanitarios colaboren para aumentar el acceso a los servicios. 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.
- Ofrecer apoyo técnico al personal médico calificado que ya proporciona servicios de aborto.
- Reducir el daño provocado por abortos inseguros mediante la distribución de información e insumos para el aborto seguro inducido con medicamentos.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 8.1: ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE DERIVACIÓN PARA SERVICIOS DE ABORTO

ORGANIZACIONES: Adolescent Reproductive Health Zone, Cambridge Reproductive Health Consultants, Universidad de Ottawa

LUGAR: Norte de Tailandia

INTRODUCCIÓN: Para las mujeres desplazadas y migrantes del norte de Tailandia, el acceso a la atención de la salud a menudo es limitado, es común el embarazo no deseado y el aborto inseguro es un importante factor que contribuye a los casos de mortalidad y discapacidad maternas. Si bien en Tailandia el aborto es legal en una serie de supuestos, las mujeres procedentes de Birmania tienen dificultades para acceder a estos servicios, incluso cuando cumplen los requisitos de elegibilidad. Sobre la base de un proyecto piloto y una investigación de análisis de situación, en 2015 un equipo multinacional introdujo el Programa de Derivaciones para Abortos Seguros (Safe Abortion Referral Program, SARP) en Chiang Mai, Tailandia, con el fin de reducir los obstáculos sociolingüísticos, económicos, de documentación y de transporte que enfrentan las mujeres de Birmania en el acceso a los servicios de aborto seguro y legal en Tailandia.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: La Adolescent Reproductive Health Zone (ARHZ), una red de cinco organizaciones comunitarias que atienden a mujeres refugiadas y migrantes procedentes de Birmania, presentó el SARP en abril de 2015. Antes del lanzamiento, varios consejeros de la ARHZ participaron en una capacitación de tres días en la que se abordaron los marcos legal y médico del aborto en Tailandia y Birmania, ejercicios para adquirir habilidades de asesoramiento sobre opciones para el embarazo, y los aspectos logísticos del SARP. La capacitación también representó una oportunidad de que los consejeros de

la ARHZ conocieran a colegas que participaban en el proyecto piloto en Mae Sot, Tailandia, proveedores de servicios de aborto tailandeses, e investigadores norteamericanos que proporcionan asistencia técnica y apoyo en las áreas de monitoreo y evaluación. Además de derivar a las mujeres para que reciban atención, el SARP ofrece a las mujeres ayuda financiera, que incluye la cobertura de costos tanto del procedimiento como de viaje, servicios de interpretación y acompañamiento, cuando estas lo necesiten y así lo deseen.

RESULTADOS: Durante los dos primeros años del programa, 81 mujeres de comunidades birmanas en el norte de Tailandia accedieron al SARP; y 52 mujeres (64 %) fueron derivadas con éxito para ser atendidas y recibieron servicios de aborto seguro y legal, ya sea en un hospital público o una clínica privada del país. Tanto los proveedores como las mujeres se mostraron sumamente positivos con respecto a sus experiencias con el SARP. Como características clave, las mujeres se refirieron a la ausencia de costos, la amabilidad del personal del programa, el acompañamiento y la interpretación en el establecimiento de atención, y la seguridad de los servicios. Después de acceder al SARP y recibir ayuda, muchas mujeres se convirtieron en promotoras comunitarias de la salud reproductiva.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Esta experiencia sugiere que los programas de derivaciones para el aborto seguro y legal pueden tener resultados positivos en contextos con grandes poblaciones de desplazados, migrantes y refugiados. Identificar formas de ampliar el acceso a servicios seguros, dentro de las restricciones legales vigentes, podría reducir el daño provocado por el aborto inseguro en contextos de crisis humanitarias y facilitar el acceso de las mujeres a una atención del aborto de calidad.

Si bien no todas las organizaciones podrán proporcionar atención para el aborto seguro en todos los contextos, ya habrá proveedores de atención integral del aborto a los que las organizaciones podrán hacer derivaciones en forma activa en algunos contextos.

Al brindar servicios, es importante que se ofrezcan de una manera equitativa. Esto significa que los proveedores no deben negar servicios en función de la edad, el estado civil, la discapacidad o la filiación religiosa de una clienta y que todas las clientas deben ser tratadas de manera respetuosa y neutral. Las organizaciones deben adoptar y difundir una política que indique claramente estas expectativas y que aborde las actitudes del personal en todos los niveles que no sean favorables para la prestación equitativa de servicios de aborto seguro. Un enfoque efectivo para mejorar las actitudes del personal es realizar una intervención de aclaración de valores y transformación de actitudes (values clarification and attitudes transformation, VCAT). Las evidencias demuestran que los participantes de VCAT tienen actitudes más favorables hacia el acceso a la atención para el aborto seguro al terminar el programa de capacitación.

La atención integral del aborto con aspiración de vacío manual es un procedimiento seguro y relativamente simple. Como se describe en las recomendaciones de tareas compartidas de la OMS, la atención integral del aborto puede ser proporcionada de manera segura y efectiva por diversos profesionales de servicios de salud, incluidos personal de enfermería y parteras, en cualquier establecimiento que brinde atención obstétrica básica de emergencia. Al igual que en cualquier servicio clínico, es importante asegurar la disponibilidad de suficiente personal de atención de la salud calificado. Debe evaluarse la competencia clínica de los proveedores antes de comenzar con la prestación de servicios, a fin de desarrollar un plan de capacitación basado en las competencias y de supervisión con apoyo.

ASESORAMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los proveedores de servicios deben saber que las mujeres que solicitan atención para un aborto pueden estar atravesando un fuerte estrés emocional o malestar físico. Se debe

RECUADRO 8.1: ACLARACIÓN DE VALORES Y TRANSFORMACIÓN DE ACTITUDES

Hay evidencias de que las actitudes estigmatizantes que mantienen desde las personas hasta líderes a nivel nacional —incluidos actores clave en la comunidad humanitaria como proveedores de atención de la salud, personal de programas y técnicos, y altos cargos dentro de agencias de asistencia humanitaria— desempeñan un papel considerable en la restricción del acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro en contextos de crisis y frágiles. Una evaluación global llevada a cabo por el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis y una encuesta interna realizada a miembros de IAWG arrojaron lo siguiente:

- El malestar o la objeción personal a proporcionar servicios de aborto seguro por motivos religiosos o morales influía en la conducta profesional de algunos miembros del personal humanitario.
- Las actitudes negativas hacia el aborto y el temor a las represalias por parte de su comunidad, debido a la participación real o percibida en servicios de aborto seguro, influían en la disposición de los proveedores de atención de la salud para prestar servicios.

Esto pone de manifiesto que, incluso con las habilidades clínicas necesarias y un conocimiento adecuado del marco legal vigente, las actitudes negativas de los proveedores y sus temores en relación con proporcionar servicios de anticoncepción y de aborto seguro continúan actuando como obstáculos subyacentes, que restringen el acceso de las mujeres a la atención en contextos frágiles y afectados por crisis.

Este constituye un auténtico desafío en la atención del aborto, pero puede abordarse mediante la adaptación y el uso de recursos existentes, como los materiales y enfoques de aclaración de valores y transformación de actitudes (values clarification and attitudes transformation, VCAT), que han dado buenos resultados en la atención del aborto en otros contextos. El trabajo de VCAT casi siempre es necesario, y es mejor realizarlo como trabajo previo a la capacitación técnica y/o la implementación de servicios. Las capacitaciones en VCAT recientes en el ámbito de diversas agencias humanitarias han generado impulso para la incorporación y/o el fortalecimiento de los servicios de aborto seguro en algunos de sus programas destinados a países, y actualmente los materiales de VCAT existentes se están adaptando para los contextos de crisis humanitarias (ver www.ipas.org).

asegurar que cuenten con privacidad, confidencialidad, acceso a información adecuada y consentimiento informado para el tratamiento. El asesoramiento de calidad brinda apoyo emocional a la mujer y contribuye a la efectividad del procedimiento. El asesoramiento efectivo e imparcial se estructura en función de las necesidades e inquietudes de la mujer, y se ofrece antes, durante y después del procedimiento.

El **consentimiento informado** asegura que la mujer comprenda el plan de tratamiento propuesto, incluidos sus beneficios, riesgos y alternativas, y que lo acepte. El consentimiento informado implica que una mujer toma sus

decisiones libremente, en función de información veraz e imparcial, sin ningún tipo de presión o coerción.

EVALUACIÓN CLÍNICA

Antes de realizar una evacuación uterina, es fundamental evaluar el estado clínico de la mujer y su elegibilidad para los métodos de inducción con medicamentos o aspiración de vacío. Esto permite que el proveedor asista a la mujer para que haga una elección informada sobre el método preferido de evacuación uterina. La evaluación debe hacerse en un ámbito de privacidad.

Los componentes de una evaluación clínica completa son:

- Antecedentes de salud (incluidos antecedentes de violencia sexual)
- Un cuidadoso examen físico y pélvico, incluida la palpación bimanual
- Toma de muestras y pedido de análisis de laboratorio, según lo ameriten las circunstancias

Un componente importante de la evaluación clínica es una evaluación del estado psíquico de la mujer, la relación en cuestión y las circunstancias familiares, así como de los sistemas de apoyo, dado que tienen incidencia directa en su experiencia clínica. La comunicación abierta y comprensiva y una actitud gentil y reconfortante ayudan a que el proveedor obtenga la información pertinente necesaria para ofrecer la mejor atención posible a la mujer.

Las mujeres que acuden para el tratamiento de un aborto incompleto o por complicaciones de un aborto (atención después del aborto) deben ser evaluadas con especial atención, porque es posible que presenten complicaciones con riesgo de vida. La evacuación uterina suele ser un componente importante en el manejo de estos casos y, una vez que la paciente esté estabilizada, este procedimiento no debe demorarse. Es posible que sea necesario el traslado inmediato a un hospital que reciba derivaciones, si la mujer requiere un tratamiento que no está dentro de la capacidad del centro de salud donde es atendida. Su condición debe estabilizarse antes de ser trasladada.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Al igual que en cualquier procedimiento médico, existe riesgo de infección para las pacientes, proveedores de servicios y personal de apoyo a través del contacto con contaminantes. Para minimizar el riesgo, deben adoptarse en todo momento las precauciones estándares. Dichas precauciones incluyen el uso de protección adecuada (como guantes y barbijos), manipulación cuidadosa de los residuos, y tomar recaudos

para evitar lesiones. La infección yatrogénica se previene mediante la observancia de precauciones estándares, con uso de técnicas asépticas y descartando o tratando la infección del cuello uterino antes de realizar procedimientos transcervicales.

Administre antibióticos profilácticos, 200 mg de doxiciclina por vía oral o 500 mg de metronidazol por vía oral, a todas las mujeres antes de una aspiración de vacío. En los casos en que no haya antibióticos disponibles, de todos modos puede ofrecerse la aspiración uterina. Se deben administrar antibióticos terapéuticos a todas las mujeres con diagnóstico o sospecha de infección. No es necesario que las mujeres que no presentan signos de infección continúen con los antibióticos después del procedimiento.

No se recomienda el uso de antibióticos como rutina para mujeres que se someten a un aborto inducido con medicamentos. Las mujeres que presentan signos o síntomas de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) en el momento del aborto inducido con medicamentos deben recibir el tratamiento correspondiente, y el aborto inducido con medicamentos puede proporcionarse sin demora.

Inmediatamente después del uso, todo el instrumental quirúrgico reutilizable que se usó en la atención del aborto debe enviarse para su limpieza y esterilización. Los equipos e insumos médicos destinados a un solo uso no deben reutilizarse. Siga las pautas estándares para el procesamiento de instrumental y las instrucciones de los fabricantes. Algunos fabricantes producen aspiradores y cánulas confeccionados con plásticos de alta calidad que pueden esterilizarse en un autoclave, mientras que otros instrumentos plásticos se agrietarán y derretirán al ser expuestos a altas temperaturas. Los trabajadores de atención de la salud siempre deben consultar las instrucciones de uso de todos los artículos que se desinfectan, para cerciorarse de que se utilice el método de desinfección adecuado.

CONTROL DEL DOLOR

Las mujeres que se someten a la aspiración de vacío durante el primer trimestre deben recibir una combinación de analgésicos (como ibuprofeno o diclofenac por vía oral), anestesia local por bloqueo paracervical y abordajes no farmacológicos para tratar el dolor. Los medicamentos deben complementarse con técnicas de apoyo para reducir el dolor y la ansiedad. Algunas técnicas que pueden ser útiles incluyen contar con personal respetuoso, un ámbito limpio, seguro y privado, asesoramiento, apoyo verbal, el empleo de una técnica quirúrgica suave, y una almohadilla caliente o botella de agua caliente en la sala de recuperación. No suele ser necesario el empleo de anestesia general, que expone a la mujer a mayor riesgo. El paracetamol no es eficaz para

aliviar el dolor durante la aspiración por vacío.

A las mujeres que se someten a un aborto inducido con medicamentos en el primer trimestre también se les debe ofrecer control del dolor con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como ibuprofeno o diclofenac. Además de los medicamentos, se puede ayudar a las mujeres a controlar el dolor durante un aborto inducido con medicamentos a través de otros métodos como el asesoramiento, un entorno de apoyo y aplicando una almohadilla térmica o botella de agua caliente en la parte baja del abdomen. Estos métodos son complementarios, pero no constituyen sustitutos adecuados del control del dolor con medicamentos.

Diversos estudios han demostrado que los AINE no reducen la efectividad del misoprostol. Asimismo, varios estudios han comprobado que el paracetamol y el acetaminofén no son efectivos para aliviar el dolor producido por la evacuación uterina.

INDICACIONES Y MÉTODOS PARA LA EVACUACIÓN UTERINA

Aborto inducido: Primer trimestre

Los métodos de aborto recomendados en el primer trimestre son la aspiración de vacío manual o eléctrica o métodos con

medicamentos en los que se utiliza una combinación de mifepristona seguida de misoprostol. Cuando no se dispone de mifepristona, las evidencias avalan el uso de misoprostol solo, aunque es menos efectivo que cuando se usa en combinación con mifepristona, y también menos efectivo que la aspiración de vacío. El uso de mifepristona y/o misoprostol para la atención del aborto seguro y después del aborto requiere contar con servicios de aspiración de vacío como respaldo, ya sea en el lugar o mediante derivación, en caso de que no se haya producido la evacuación de los productos uterinos o de que esta haya sido incompleta. El legrado instrumental, o dilatación y legrado, es una técnica de aborto quirúrgico perimida y debe ser reemplazada por métodos de aspiración o con medicamentos.

RECUADRO 8.2: ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN

Todo material que haya entrado en contacto con líquidos corporales debe considerarse desecho infeccioso y eliminarse de manera adecuada; esto incluye el tejido humano, como los productos de la concepción.

Algunos protocolos locales indican que los desechos infecciosos de un establecimiento de salud deben ser retirados por una parte externa, como una compañía privada o una organización gubernamental, y eliminarse fuera del establecimiento. Donde sea que se depositen los desechos infecciosos, siempre deben estar contenidos y, preferentemente, incinerarse. Para eliminar desechos infecciosos, incluidos los productos de la concepción:

- Quemar los desechos infecciosos sólidos en un incinerador o tambor de aceite es la mejor opción.
- La quema a cielo abierto en un área segura puede ser una alternativa aceptable.
- Enterrar los desechos infecciosos sólidos en el lugar, siempre que sea de manera segura, detrás de un cerco o pared y lejos de cualquier fuente de agua. La profundidad inicial debe ser de entre 2 y 5 metros. A medida que se agregan desechos, cubrirlos con 10 a 30 cm (4 a 10 pulgadas) de tierra. Cuando el nivel de desechos llegue a una profundidad de entre 30 y 50 cm de la superficie del suelo, llenar el hoyo con tierra, sellarlo con concreto y cavar otro hoyo. Enterrar los desechos es la segunda mejor opción después de la incineración.
- Verter los desechos infecciosos líquidos por un lavabo o desagüe conectado a un alcantarillado o letrina adecuadamente tratados. Enterrar líquido infeccioso con otros desechos infecciosos es una alternativa aceptable.

Los productos de la concepción provenientes de un aborto inducido con medicamentos deben eliminarse de la misma manera que otros desechos infecciosos. Si una mujer expulsa los productos de la concepción en su casa, se le debe informar que debe eliminarlos con cualquier medio adecuado que tenga a su disposición, como arrojarlos por el inodoro que se utiliza para la materia fecal o enterrarlos alejados de una fuente de agua.

• *Aspiración de vacío*

- o La aspiración de vacío manual (AVM) o la aspiración de vacío eléctrica (AVE) se recomiendan para embarazos de hasta 12 o 14 semanas (12-14 semanas desde el primer día del último periodo menstrual de la mujer)
- o La aspiración de vacío es sumamente efectiva y segura y resulta exitosa en el 98 % a 100 % de los casos
- o El procedimiento no debe completarse mediante legrado instrumental
- o Tras el procedimiento, examine los productos

TABLA 8.2: REGÍMENES CON MIFEPRISTONA Y MISOPROSTOL PARA EL ABORTO HASTA LAS 12 SEMANAS

EDAD GESTACIONAL	DOSIS DE MIFEPRISTONA	DOSIS DE MISOPROSTOL, VÍA Y MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN
Hasta 10 semanas	200 mg por vía oral	Después de 24-48 horas, 800 µg por vía oral, sublingual o vaginal, una dosis
10 a 12 semanas	200 mg por vía oral	Después de 36-48 horas, 800 µg por vía vaginal seguidos de 400 µg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas, 5 dosis de misoprostol como máximo

TABLA 8.3: REGÍMENES DE MISOPROSTOL SOLO, PARA EL ABORTO HASTA LAS 12 SEMANAS

DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN
Misoprostol 800 µg (Cuatro pastillas de 200 µg) O BIEN	Vaginal	Cada 3 -12 horas, 3 dosis como máximo
Misoprostol 800 mcg (Cuatro pastillas de 200 µg)	Sublingual	Cada 3 horas, 3 dosis como máximo

de la concepción para descartar la posibilidad de un embarazo ectópico o molar o de un aborto incompleto

- **Métodos con medicamentos**

- o Los métodos de aborto inducido con medicamentos pueden usarse hasta las 12 semanas de embarazo
- o El método de referencia es una combinación de mifepristona seguida de una prostaglandina como el misoprostol
- o Los protocolos de investigación de embarazos de hasta 12 semanas informan tasas de éxito superiores al 95 %
- o El misoprostol solo para el aborto inducido, utilizando el régimen recomendado, es exitoso en aproximadamente el 85 % de los casos

El misoprostol puede reducir el costo de los servicios de atención integral del aborto. El costo de la evacuación uterina depende del régimen clínico, la tecnología empleada y el costo de proporcionar una intervención complementaria en caso de que se necesite una nueva evacuación. La evacuación uterina con misoprostol se considera un tratamiento de bajo costo, y al igual que la AVM, puede

ser proporcionada por diversos proveedores de servicios de salud.

Aborto inducido: Segundo trimestre

A partir del segundo trimestre de embarazo, las mujeres deben ser derivadas a un hospital con instalaciones, insumos y proveedores capacitados para el tratamiento. Se recomiendan dos tipos de procedimientos de aborto en el segundo trimestre: dilatación y evacuación y métodos basados en el uso de misoprostol (mifepristona más misoprostol o misoprostol solo). La dilatación y evacuación consiste en preparar el cuello uterino y luego evacuar el útero con una combinación de aspiración de vacío y fórceps. Este procedimiento requiere médicos calificados, instrumental especializado y atención clínica más intensiva que la aspiración en los primeros meses de embarazo. La provisión de dilatación y evacuación es adecuada para establecimientos que reciben mayor volumen de pacientes, puesto que el nivel de experiencia de los proveedores se relaciona directamente con las tasas de complicaciones. Los regímenes basados en medicamentos con mifepristona más misoprostol o solo misoprostol se utilizan tanto para preparar el cuello uterino como para inducir las contracciones del útero y la eventual expulsión del embarazo. Cuando se encuentran disponibles tanto métodos instrumentales como con medicamentos, se debe brindar a las mujeres la opción de elegir el método

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 8.2: DISTRIBUCIÓN DE MISOPROSTOL EN COMUNIDADES PARA EL ABORTO EN LAS PRIMERAS SEMANAS DE EMBARAZO

ORGANIZACIONES: Organizaciones comunitarias, Cambridge Reproductive Health Consultants, Ibis Reproductive Health y Universidad de Ottawa

LUGAR: Norte de Tailandia

ANTECEDENTES: Si bien en Tailandia el aborto es legal en una serie de supuestos, las mujeres procedentes de Birmania que viven en Tailandia a menudo no pueden acceder a servicios seguros. Sin embargo, hay amplia disponibilidad de misoprostol en clínicas, farmacias y droguerías en el norte de Tailandia.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: En 2011, un equipo multidisciplinario de Ibis Reproductive Health se alió con personas asociadas a organizaciones comunitarias locales en la provincia de Tak, Tailandia, para establecer una red de distribución de misoprostol. Utilizando un modelo de capacitación de capacitadores, durante cinco días los líderes de la red recibieron formación en los aspectos médicos y legales del uso de misoprostol para la interrupción del embarazo en las primeras semanas (definido como ≤ 9 semanas de gestación), información de contacto de expertos de guardia que podrían analizar casos complejos o revisar protocolos, las indicaciones para la derivación a servicios de atención después del aborto, y consideraciones logísticas relacionadas con la distribución de medicamentos y la documentación de casos. Tras una determinación de la elegibilidad en función de la comunicación espontánea y el asesoramiento, los miembros de la red que habían recibido capacitación explicaron a mujeres que deseaban tener un aborto que debían administrarse por vía vaginal 800 mcg de misoprostol, una segunda dosis de 800 mcg 24 horas después, y una tercera dosis de 800 mcg una semana más tarde, si era necesario. Los proveedores de la red dieron a las mujeres misoprostol de calidad comprobada.

RESULTADOS: Durante los primeros 3 años, 918

mujeres recibieron servicios de aborto en las primeras semanas de embarazo con uso de misoprostol mediante el programa de distribución comunitaria. De estas, 885 mujeres (96,4 %) no estaban embarazadas en el momento de la visita de seguimiento, 29 estaban embarazadas en el momento de la visita de seguimiento (3,2 %), y cuatro no acudieron al seguimiento (0,4 %). En diversas entrevistas, se pudo apreciar que los proveedores tienen interés en participar debido a las preocupaciones que genera el aborto inseguro en la comunidad. Los proveedores consideran su trabajo una intervención de salud pública, y las mujeres tenían sentimientos positivos sobre sus experiencias de aborto y con respecto a la iniciativa. Todos los proveedores y mujeres que entrevistamos, incluidas las mujeres que continuaron embarazadas después de la administración de misoprostol, recomendarían la iniciativa a otras mujeres y creían que era necesario ampliar el alcance de la red.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Diversas iniciativas globales para proporcionar a las mujeres información precisa desde el punto de vista médico sobre el aborto inducido con medicamentos, incluidos los regímenes de misoprostol solo para el aborto en las primeras semanas de embarazo, han propiciado programas de reducción del daño, la difusión de información precisa desde el punto de vista médico a través de servicios de telemedicina y sitios web, y el establecimiento de centros de llamadas en contextos en los que el acceso a servicios seguros es limitado o no está disponible. Los hallazgos de esta iniciativa demuestran que la distribución de misoprostol en las comunidades puede ser una estrategia segura, efectiva y de resonancia cultural para aumentar el acceso al aborto seguro, incluso en contextos afectados por conflictos, con restricciones legales y de bajos recursos. Los hallazgos y el modelo del proyecto pueden ser útiles para replicar la iniciativa en contextos similares donde existe morbilidad y mortalidad materna persistente como resultado de abortos inseguros y leyes sobre aborto restrictivas.

que prefieren. El aborto con medicamentos en el segundo trimestre requiere menos habilidades y recursos técnicos y puede ofrecerse en centros donde no pueden proporcionarse servicios de dilatación y evacuación. Por lo general, el aborto con medicamentos en el segundo trimestre puede ofrecerse en cualquier establecimiento donde se presten servicios de obstetricia.

Atención después del aborto

Tanto la aspiración de vacío como el misoprostol solo son métodos seguros, efectivos y aceptables para la evacuación del útero en la atención después del aborto durante el primer trimestre. El misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es una opción importante en contextos

de crisis humanitaria. En estos contextos, podría ser difícil mantener equipos de AVM y proveedores adecuadamente capacitados, y la derivación para una evacuación uterina quirúrgica podría demorarse. El uso de misoprostol para indicaciones obstétricas está evolucionando rápidamente. Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios deben estar al tanto de la evolución de los recursos clínicos y técnicos.

Tanto los métodos de dilatación y evacuación como los de aborto con medicamentos se utilizan para la atención después del aborto a partir del segundo trimestre (ver inciso anterior). La determinación del método se basa en indicaciones clínicas específicas, así como en la preferencia del proveedor y de la paciente

TABLA 8.4: MISOPROSTOL PARA EL ABORTO INCOMPLETO CON TAMAÑO UTERINO DE HASTA 13 SEMANAS

DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN
Misoprostol 600 µg (tres pastillas de 200 µg) O BIEN	Oral	Dosis única
Misoprostol 400 µg (dos pastillas de 200 µg)	Sublingual	Dosis única

Prevención del tétanos

Las mujeres que se han sometido a abortos inseguros con instrumentos no esterilizados están en riesgo de contraer tétanos. Proporcione a la paciente profilaxis contra el tétanos si se tiene la certeza o sospecha de su presencia, en particular en comunidades en las que se han informado casos de tétanos tras la práctica de abortos.

RECUADRO 8.3: SEGURIDAD DEL ABORTO INDUCIDO

“Cuando el aborto inducido es realizado por profesionales capacitados que aplican técnicas médicas y fármacos adecuados y en condiciones higiénicas, este es un procedimiento médico muy seguro”.

Organización Mundial de la Salud, 2012.

Manejo de las complicaciones

Aunque poco frecuentes, es posible que haya complicaciones con los procedimientos de evacuación uterina y deben ser tratadas por proveedores calificados de inmediato. Las complicaciones graves son muy poco frecuentes. Asegúrese de que las mujeres tengan acceso permanente a la atención de emergencia durante el tratamiento. Si la mujer requiere tratamiento que excede la capacidad del establecimiento donde es atendida, establezca su condición antes de trasladarla a un servicio de nivel superior.

Por lo general, las mujeres que acuden para recibir atención después del aborto son pacientes ambulatorias que presentan sangrado vaginal junto con dolor y fiebre o escalofríos, y necesitan tratamiento por un aborto incompleto. 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 el aborto inseguro es común.

Debe realizarse una evaluación inicial rápida a todas las mujeres que acuden por atención. 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, puede realizarse una evaluación clínica más completa para determinar la causa y comenzar el tratamiento. El choque en clientes de 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. Se debe realizar con urgencia la anamnesis y exploración física indicada para el tratamiento definitivo de las causas subyacentes. El tratamiento puede requerir la evacuación uterina inmediata. Si la mujer requiere tratamiento que excede la capacidad del establecimiento donde es atendida, establezca su condición antes de trasladarla a un servicio de nivel superior.

Asesoramiento y seguimiento después del procedimiento

Las mujeres deben recibir instrucciones sobre cómo cuidarse después del procedimiento. Los proveedores de servicios deben explicar los signos de una recuperación normal y los signos y síntomas de posibles complicaciones que requieren atención inmediata. También deben brindar información detallada sobre anticoncepción después del aborto y protección contra enfermedades de transmisión sexual (ETS). No es necesario el seguimiento de rutina después de una evacuación uterina con AVM, aborto con medicamentos con mifepristona seguida de misoprostol o tratamiento del aborto incompleto (atención después del aborto) con misoprostol. Sin embargo, se recomienda el seguimiento de rutina después de un aborto inducido con misoprostol solo, debido a su menor eficacia. En todos los casos, si se presentan complicaciones, la mujer debe regresar al establecimiento de inmediato. Si la mujer desea recibir atención de seguimiento, se puede programar una cita aproximadamente dos semanas después del procedimiento para confirmar que el proceso fue exitoso, o para recibir otros servicios que desee.

Anticoncepción después del aborto

La falta de acceso a servicios de anticoncepción adecuados es un importante factor que contribuye a la necesidad de ofrecer abortos seguros. A su vez, el embarazo no deseado y, en muchos casos, el aborto inseguro, son los principales indicadores de la necesidad no cubierta de servicios de anticoncepción segura y efectiva. Asegúrese de que todo el personal que brinda servicios integrales de aborto sepa cómo asesorar sobre métodos anticonceptivos después de los servicios de aborto seguro o de atención después del aborto y esté en condiciones de proporcionarlos. Los índices de aceptación y continuidad de métodos anticonceptivos son mayores cuando se ofrecen en el lugar donde se brinda el tratamiento inicial, y cuando se encuentra disponible una amplia variedad de métodos de corta acción, de acción prolongada y permanentes.

Como mínimo, todas las mujeres que reciben atención del aborto deben recibir asesoramiento sobre anticoncepción

después del aborto y comprender que:

- La ovulación puede producirse apenas 10 días después de un aborto, y generar un embarazo incluso antes de que se reanude la menstruación
- Todos los métodos, incluidos el dispositivo intrauterino (DIU) o los métodos hormonales, pueden comenzar a utilizarse inmediatamente después de una evacuación uterina con aspiración de vacío, sin complicaciones
- Los métodos hormonales, incluidos los implantes, las píldoras anticonceptivas orales y los inyectables, pueden comenzar a utilizarse el mismo día en que se administra la primera dosis del medicamento para inducir el aborto
- Los DIU pueden usarse tan pronto como el proveedor tenga la certeza razonable de que la mujer ya no está embarazada

RECUADRO 8.4: TRABAJO CON PROVEEDORES EXISTENTES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ABORTO

Una organización humanitaria que respondió a una crisis en Asia identificó el aborto inseguro como una causa importante de morbilidad y mortalidad maternas. Si bien en este país el aborto está permitido en algunas circunstancias, continúa estando restringido desde el punto de vista legal y culturalmente es un tema tabú. A través de conversaciones con informantes clave se detectó que las mujeres y niñas prefieren buscar servicios de aborto de proveedores privados, pues perciben que estos son discretos y confidenciales. Sin embargo, otras entrevistas demostraron que la calidad de los servicios de aborto dependía del lugar y que no se cumplía con los estándares internacionales de servicios de aborto seguro.

A pesar de algunas cuestiones relacionadas con la calidad de los servicios, la organización humanitaria identificó a estos proveedores privados como un área de contacto importante para aumentar el acceso a los servicios de aborto seguro en un contexto de crisis en el que existen restricciones legales. La organización humanitaria consideró que podía llegar a más mujeres y niñas mejorando la calidad de los servicios ya ofrecidos por estos proveedores que introduciendo servicios a través de nuevos proveedores que no eran conocidos por las mujeres y niñas. Esta organización

humanitaria localizó a todos los proveedores privados de servicios de aborto en la zona y seleccionó a proveedores que se mostraron dispuestos y tenían la preparación médica necesaria para brindarles asistencia técnica. La organización humanitaria proporciona capacitación clínica y mentoría, supervisión con apoyo y los insumos y equipos esenciales para asegurar que los proveedores privados cumplan con los estándares internacionales en cuanto a elección informada voluntaria, asesoramiento, evacuación uterina y provisión de anticoncepción.

Una dificultad que enfrentó la organización humanitaria fue el acceso igualitario a los servicios de aborto seguro, dado que estos proveedores privados cobran aranceles de atención a las clientas por los servicios de aborto seguro. Si bien no puede eliminar los aranceles de atención, la organización humanitaria también asiste a parteras de su propio personal para que proporcionen servicios de aborto seguro sin cargo en los establecimientos gubernamentales que reciben apoyo de la organización. Las mujeres y niñas que no pueden costear la atención de los proveedores privados pueden solicitar los servicios de aborto seguro de estas parteras.

8.3.4 Implementación de la atención integral del aborto desde la fase aguda hasta la recuperación

Como se describió en el capítulo 3, la provisión de atención para el aborto seguro contribuye a reducir el exceso de morbilidad y mortalidad maternas. La atención integral

del aborto y la anticoncepción después del aborto deben brindarse durante la fase aguda hasta la fase de recuperación de una crisis, utilizando la orientación clínica descrita en este capítulo.

Sin embargo, durante una emergencia aguda, tal vez no sea posible implementar la capacitación clínica basada en las competencias y las actividades de aclaración de valores.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 8.3: PROVISIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO

ORGANIZACIÓN: Confidencial

LUGAR: País de Asia afectado por crisis donde el aborto solo se permite en unas pocas circunstancias

INTRODUCCIÓN: Según la Organización Mundial de la Salud, entre 2010 y 2014, se produjeron 25 millones de abortos inseguros (el 45 % de todos los abortos) por año. Una mayoría abrumadora de los abortos inseguros tuvieron lugar en países en desarrollo en África, Asia y América Latina. En un país de Asia en situación de crisis, esta organización humanitaria ha hecho grandes esfuerzos para ampliar el acceso a servicios de anticoncepción y de atención después del aborto. A pesar de los avances logrados, la cantidad de abortos inseguros continúa siendo alta, lo que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: La organización reconoció la necesidad de que haya un mayor acceso a servicios de aborto seguro y decidió incorporar la atención integral del aborto en su programación. De este modo, la atención integral del aborto se integró en los servicios ya ofrecidos por personal de enfermería y parteras en los establecimientos de salud gubernamentales y se proporcionó asistencia para mejorar la calidad de los servicios de aborto ofrecidos por proveedores privados. Las actividades de aclaración de valores y transformación de actitudes fueron importantes como primer paso para promover un entorno que propiciara la atención imparcial de alta calidad. 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. A fin 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 informó a las mujeres sobre la existencia de 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.

En su trabajo con proveedores privados, la organización desarrolló un Memorandum de Entendimiento, facilitó la capacitación basada en competencias sobre anticoncepción, AVM y prevención de infecciones, y proporcionó todos los insumos y equipos necesarios a cambio de que se redujera el costo de los servicios de anticoncepción y de atención integral del aborto.

RESULTADOS: En el primer año de la iniciativa, 3411 mujeres y niñas recibieron servicios de atención integral del aborto. De estas, 3086 fueron clientas de atención después del aborto y 325 fueron clientas de servicios de aborto seguro. Desde julio hasta diciembre de 2017, los 59 establecimientos públicos a los que prestó asistencia la organización recibieron a 206 clientas de servicios de aborto seguro y 1604 clientas de atención posterior al aborto. En los 11 proveedores privados con apoyo de la organización, 25 clientas de servicios de aborto seguro y 715 de atención después del aborto tuvieron acceso a los servicios. Como resultado de las capacitaciones ofrecidas, estos proveedores privados ahora están utilizando AVM y misoprostol, en lugar de dilatación y legrado, para las clientas de atención integral del aborto.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Los talleres de aclaración de valores y transformación de actitudes son clave para mejorar la predisposición de los proveedores de salud y el personal de la organización. Mantener un bajo perfil, asegurar la confidencialidad de las clientas, trabajar con personal de enfermería y parteras, y realizar sesiones informativas individuales sobre atención integral del aborto fueron estrategias especialmente útiles para integrar los servicios de aborto seguro en los establecimientos gubernamentales. Quedó demostrado que la implementación de atención integral del aborto a través de una red de proveedores privados puede resultar compleja, debido a su reticencia a registrar y compartir datos, y que los costos más elevados por los servicios continúan siendo un obstáculo para mujeres y niñas. También es difícil medir la calidad de la atención de los proveedores privados, sin observación directa.

Cuando sea posible, los servicios deben ser prestados por personas ya capacitadas en la provisión de atención integral del aborto. En muchos casos, puede proporcionarse capacitación rápida en el trabajo a trabajadores de atención médica calificados para desarrollar sus habilidades, cuando no haya disponibles proveedores previamente capacitados. Cuando se atraviesa la transición a servicios integrales, las organizaciones deben planificar la capacitación basada en competencias, el empleo continuo de mentorías clínicas y la mejora continua de las actitudes del personal para acompañar la provisión de servicios de alta calidad.

8.3.5 Trabajo con poblaciones específicas

ADOLESCENTES

La cantidad extremadamente elevada de mujeres jóvenes que continúan recurriendo al aborto inseguro hace que sea fundamental asegurar que las jóvenes, independientemente de su estado civil, tengan acceso a un aborto seguro como parte de los servicios de atención de la salud integrales.

Existen muchos obstáculos sociales, económicos, logísticos, de políticas y en los sistemas de salud que se interponen a la atención del aborto seguro para las mujeres

jóvenes. Esto incluye la estigmatización y las actitudes negativas respecto de la sexualidad adolescente, el temor a repercusiones negativas, falta de acceso a educación integral en sexualidad, recursos financieros limitados, costo de la atención, transporte, normas que exigen dar participación a terceros, y consideraciones sobre privacidad y confidencialidad. Estas dinámicas explican por qué las jóvenes a menudo no encuentran otra alternativa más que recurrir al aborto inseguro, incluso en ámbitos donde el aborto seguro es legal. Estas dinámicas también han revelado por qué las jóvenes que obtienen atención del aborto en general acceden a esta cuando el embarazo está más avanzado, y por qué, en comparación con las mujeres adultas, es más probable que demoren la búsqueda de ayuda por complicaciones relacionadas con el aborto.

RECUADRO 8.5: PRINCIPIOS RECTORES DE LOS SERVICIOS DE ABORTO PARA MUJERES JÓVENES

- Las mujeres jóvenes tienen derecho a decidir si desean mantener relaciones sexuales, cuándo y con quién.
- Las mujeres jóvenes tienen derecho a decidir si desean tener un hijo, cuándo y con quién.
- Las mujeres jóvenes tienen derecho a recibir atención de la salud de calidad, que incluye atención integral del aborto y servicios de anticoncepción.
- Las mujeres jóvenes tienen derecho a recibir atención confidencial que proteja su privacidad y seguridad.
- Las mujeres jóvenes son las partes interesadas más importantes en la atención de sus necesidades de SSR.
- Las mujeres jóvenes tienen perspectivas y experiencias que las personas mayores no tienen, y esto puede contribuir a mejorar la prestación de los servicios.
- Al solicitar voluntariamente servicios de aborto seguro, se puede presuponer que las mujeres jóvenes son capaces de prestar su consentimiento informado para dichos servicios.

RECUADRO 8.6: SERVICIOS DE ABORTO PARA MUJERES VIH POSITIVO

Las mujeres con VIH tienen los mismos derechos que otras mujeres a decidir si desean llevar un embarazo a término o someterse a un aborto.

Las mujeres que reciben servicios de aborto y son VIH positivo necesitan información, apoyo, asesoramiento y atención médica específicos. Si los asesores no han recibido amplia capacitación en VIH, deben derivar a las mujeres VIH positivo a los servicios correspondientes, en los casos en que estén disponibles. Se debe ofrecer a las mujeres VIH positivo información que pueda ayudarlas a comprender mejor su condición y a mejorar su propia salud, así como la salud de sus parejas sexuales e hijos.

Las mujeres que viven con VIH y sida pueden usar todos los procedimientos de aborto actualmente disponibles, incluidos regímenes de aborto inducido con medicamentos. Las mujeres que viven con VIH o sida pueden presentar riesgo de anemia, especialmente si tienen malaria o están recibiendo determinadas terapias antirretrovirales. Como con cualquier mujer, si se produce sangrado abundante después del inicio de la atención del aborto inducido con medicamentos, debe ser tratada de inmediato con aspiración de vacío.

Los trabajadores de atención de la salud deben tratar la sangre y los líquidos corporales de todas las personas como posibles fuentes de infección, independientemente del diagnóstico o del riesgo percibido. Deben tomarse las precauciones estándares con todas las clientas y todos los trabajadores, independientemente de su presunto estado o diagnóstico de infección, y no hay motivo para tratar de manera diferente a las personas con enfermedades conocidas que se transmiten a través de la sangre.

La provisión clínica de atención del aborto para mujeres jóvenes es, por lo general, la misma que para mujeres adultas. Sin embargo, deben considerarse algunas diferencias clínicas.

- Asesoramiento: Es posible que las jóvenes hayan tenido escasas oportunidades de aprender sobre la SSR y, en consecuencia, necesiten más información que las mujeres adultas.
- Primer tacto vaginal: En el caso de una mujer joven, posiblemente este sea el primer tacto vaginal que se le realice y puede estar nerviosa o atemorizada. Asegure la privacidad para que no puedan verla ni escucharla, ofrézcale la posibilidad de que una trabajadora de la salud mujer, un familiar, un amigo o pareja esté

cerca de ella para hablarle y ofrecerle apoyo durante el tacto vaginal si la joven lo desea, explíquele qué se hará, no comience a examinarla hasta que reciba su consentimiento, incluso si un adulto ha dado el consentimiento legal en nombre de la paciente, y realice el examen de la manera más delicada y suave posible para minimizar las molestias y la ansiedad.

- Aspiración de vacío: Si bien no se han realizado estudios sobre el tema, es posible que a los proveedores les resulte más difícil dilatar el cuello uterino de una mujer joven nulípara que el de una mujer mayor que ya ha dado a luz y que, por consiguiente, se requiera un procedo de dilatación más lento. Esto puede lograrse ya sea comenzando con un dilatador más pequeño que el que se necesita para mujeres con uno o más hijos, o preparando el cuello uterino con misoprostol. En algunos establecimientos, este último método puede ser parte del protocolo clínico para todas las evacuaciones uterinas. Las dosis de anestesia son las mismas que para las mujeres mayores.
- Aborto inducido con medicamentos: Se ha demostrado que el aborto inducido con medicamentos en los primeros meses es seguro, efectivo y aceptable para mujeres jóvenes, al igual que para las adultas. Las pautas posológicas son las mismas para ambas poblaciones.

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, que incluye la violación, agresión sexual, sexo forzado, incesto y trabajo sexual involuntario, por lo general padecerán condiciones de salud relacionadas, como lesiones físicas, ETS, estrés psicológico, o embarazos no planificados. 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. Los trabajadores de la salud deben ser conscientes de sus propias limitaciones para asistir a las mujeres que sufren violencia, conocer los canales de derivación existentes para la violencia de género (VG) y, siempre que sea posible, derivar a las mujeres a otras personas que se especialicen en abordar las necesidades de estas mujeres.

Las consideraciones especiales relativas al asesoramiento en casos de violencia de género incluyen las siguientes:

- Un embarazo no deseado puede ser resultado de una violación o incesto
- Un aborto espontáneo podría haber sido provocado por una situación de abuso físico
- Una mujer puede enfrentar más violencia si no se mantiene la confidencialidad del aborto o del uso de anticoncepción
- Una mujer puede haber sido forzada o presionada para tener un aborto
- El embarazo puede haber sido deseado

8.3.6 Coordinación y generación de vínculos

Es fundamental que todas las mujeres y niñas que hayan recibido atención integral del aborto reciban asesoramiento sobre anticoncepción y se les proporcione el método que hayan elegido el mismo día en que se realiza el procedimiento. Los proveedores de servicios también deben identificar otras necesidades de SSR que puede tener cada mujer o niña y derivarla a los servicios pertinentes u ofrecerle información sobre estos, como tratamiento de infecciones del aparato reproductor o atención luego de una violación. A las mujeres y niñas que acuden para recibir atención luego de una violación y presentan un embarazo se les debería ofrecer la posibilidad de un aborto seguro o una derivación, si lo desean.

Todos los trabajadores de atención de la salud deben contar con habilidades básicas para la atención del aborto seguro y tener actitudes favorables al respecto, de modo que puedan identificar a las mujeres que quieren el servicio, derivarlas al proveedor correspondiente y tratarlas con respeto. Los proveedores de atención de la salud que manifiestan objeción de conciencia a proporcionar abortos deben derivar a la mujer o niña a otro proveedor dispuesto y capacitado, en el mismo establecimiento de salud o en otro al que pueda accederse fácilmente. En lugares donde no sea posible hacer derivaciones, el proveedor que manifiesta la objeción debe practicar el aborto para salvar la vida de la mujer o evitar daños en su salud.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 8.4: PROVISIÓN DE SERVICIOS DE REGULACIÓN MENSTRUAL Y ATENCIÓN DESPUÉS DEL ABORTO EN UNA CRISIS AGUDA

ORGANIZACIÓN: Ipas con socios para la implementación

LUGAR: Bangladés

INTRODUCCIÓN: Un brote de violencia desató un éxodo de refugiados a Bangladés. Cerca de 626 000 refugiados llegaron a Bangladés en el término de tres meses a partir de agosto de 2017, que se sumaron a los aproximadamente 400 000 que habían llegado antes de esa escalada. Se sabe que en contextos de crisis las mujeres enfrentan dificultades significativas cuando intentan evitar embarazos no deseados, debido a la pérdida de los medios de subsistencia, bienes y estructuras familiares y sociales; la interrupción del acceso a servicios de anticoncepción y otros servicios de SSR; y el mayor riesgo de explotación, violencia sexual y sexo transaccional. En febrero de 2017, un informe de las Naciones Unidas indicó que más de la mitad de las 101 refugiadas entrevistadas por investigadores de la ONU al otro lado de la frontera en Bangladés manifestaron haber sido violadas o sufrido otras formas de violencia sexual a manos de miembros de las fuerzas de seguridad.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Ipas-Bangladesh respondió a un pedido del UNFPA para establecer servicios de regulación menstrual (RM)* y atención después del aborto en ocho establecimientos ubicados estratégicamente que atienden a refugiados. La implementación incluyó rápidamente los siguientes componentes: evaluación inicial; participación de socios y partes interesadas clave; aprobación del gobierno de Bangladés; provisión de medicamentos e insumos para la aspiración de vacío disponibles en el Ministerio de Salud y los sistemas de adquisición del PSIM; provisión de equipos para la preparación del establecimiento; fortalecimiento de la capacidad de los proveedores de atención de la salud; y fortalecimiento de centros de derivación para complicaciones graves relacionadas con abortos inseguros. Se elaboraron estrategias de desarrollo de capacidades y capacitación, a fin de que la interrupción en la provisión de servicios, de ocurrir, fuese mínima. Se ajustó la duración de las capacitaciones formales y el tiempo se destinó prioritariamente a sesiones de práctica con modelos pélvicos y mujeres que solicitaban atención, para asegurar una adecuada adquisición de habilidades y aprendizaje

de los procedimientos. Estas estrategias de capacitación y fortalecimiento de los establecimientos abordaron la estigmatización, los valores y las actitudes con respecto a la regulación menstrual, a través de ejercicios de aclaración de valores y transformación de actitudes. Tras la formación, los capacitadores clínicos y el personal del proyecto proporcionaron apoyo para que los proveedores recién capacitados tuvieran suficiente suministro y apoyo logístico para evaluar la competencia y la confianza en la prestación de servicios de regulación menstrual y atención después del aborto.

RESULTADOS: En total, 51 proveedores de servicios que representaban a múltiples grupos participaron en las capacitaciones iniciales. Los proveedores de servicios provenían de los ocho centros iniciales y representaban a otras partes interesadas que ofrecen servicios en los campamentos y sus proximidades. En los primeros tres meses, 283 mujeres y niñas solicitaron servicios, el 75 % para la regulación menstrual y el 25 % para la atención después de un aborto. La mayoría (60 %) fue tratada con medicamentos, mientras que el 38 % recibió atención con AVM. El 57 % recibió anticoncepción después de un aborto.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: La regulación menstrual y la atención después del aborto fueron cruciales durante esta crisis. Cuando hubo servicios disponibles, las mujeres los usaron, y esto evitó que tuvieran complicaciones a raíz de abortos inseguros y que la atención después del aborto fuera posiblemente inexistente o de baja calidad. Este proyecto demuestra que existía una demanda de estos servicios entre la población refugiada, pero esta necesidad podría haberse pasado fácilmente por alto en este entorno complejo en el que hay múltiples urgencias. Incorporar estos servicios tan pronto como sea posible permite que las mujeres comiencen a sanar y hablen sobre la exposición a la violencia, anticoncepción y otras cuestiones de SSR importantes para ellas, en un momento en el que atraviesan serias dificultades.

**La regulación menstrual es un procedimiento que utiliza la aspiración de vacío manual o una combinación de mifepristona y misoprostol para “regular el ciclo menstrual cuando la menstruación no se presenta durante un período breve”.*

8.3.7 Incidencia

La atención integral del aborto es una intervención de salud comprobada y necesaria para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas. Muy a menudo, son los factores políticos, religiosos o culturales, más que la evidencia médica, los que influyen en las decisiones sobre la atención del aborto. Incluso cuando el aborto es legal sin restricciones en cuanto al motivo, suelen existir otros obstáculos regulatorios y factores de estigmatización que dificultan el acceso para las mujeres y niñas.

Se puede realizar un importante trabajo de incidencia con el fin de mitigar estos obstáculos para los proveedores de salud y eliminar los obstáculos para la atención de las mujeres. El personal debe estar bien informado de las leyes y políticas nacionales e internacionales —así como de la postura de su organización— sobre el aborto, incluidas derivaciones, deberes relacionados con la objeción de conciencia, y requisitos de presentación de informes. Los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y otro personal clave deben relacionarse con actores locales, funcionarios del Ministerio de Salud, donantes y otras agencias para reclamar un mayor acceso a la atención integral del aborto, mediante las siguientes acciones:

- Ampliar el conjunto de circunstancias en las que se proporciona/permite el aborto
- Alinear las políticas nacionales con las normas internacionales
- Presentar datos sobre las necesidades insatisfechas y las consecuencias de limitar/no proporcionar servicios de atención integral del aborto
- Adherir a protocolos médicos internacionales, como las pautas de la OMS sobre atención del aborto seguro
- Asegurar la provisión de atención integral del aborto por parte de proveedores calificados, incluida AVM
- Generar conciencia sobre la provisión de atención para el aborto seguro y garantizarla en el comienzo de una emergencia, como se describe en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
- Priorizar la atención integral del aborto para todas las mujeres y niñas al incluirla en los pedidos de financiamiento humanitario
- Defender la inclusión de la mifepristona y del misoprostol en las listas nacionales de medicamentos para el aborto inducido con medicamentos
- Conseguir la participación de personal, beneficiarios y líderes comunitarios en campañas de concienciación

8.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

Numerosos tratados y acuerdos internacionales reconocen el derecho al aborto legal y seguro. La orientación brindada en este capítulo se basa en los compromisos de la Conferencia Internacional de la ONU sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) relativos a asegurar el acceso a atención después del aborto y al aborto seguro, y para reducir la mortalidad materna a causa del aborto inseguro.

Desde la adopción del Programa de acción de la CIPD, diversos órganos de derechos humanos han reafirmado la relación entre el aborto inseguro y la mortalidad materna y han determinado que la denegación del acceso al aborto seguro y legal viola los derechos a la vida, la salud, la privacidad, la igualdad, a no sufrir discriminación y a no ser sometido a tortura o malos tratos. Las normas internacionales de derechos humanos exigen que los Estados adopten medidas positivas para garantizar el acceso a información y servicios de aborto donde este sea legal, y para garantizar que sea legal, como mínimo, cuando la vida o la salud de una mujer se encuentra en riesgo, en casos de anomalías fetales graves o fatales, y en casos de violación e incesto. Se ha determinado que no permitir el aborto en estas situaciones constituye una violación de las obligaciones de derechos humanos asumidas por los Estados. Diversos órganos de derechos humanos han instado a los Estados a eliminar las medidas punitivas previstas para mujeres que se someten a abortos y para proveedores de la salud que prestan servicios de aborto, reconociendo la relación entre la criminalización de estos servicios, los altos índices de aborto inseguro y la mortalidad materna. Cada vez con más frecuencia, estos órganos instan a los Estados a asegurar el acceso a servicios de aborto seguro sin restricciones e independientemente de su legalidad. Muchos países han liberalizado las leyes con respecto al aborto, y este es legal en casi todos los países en al menos algunas circunstancias. El Centro de Derechos Reproductivos mantiene una base de datos de leyes sobre aborto a nivel mundial y actualiza este recurso periódicamente; la OMS también lanzó en 2017 una base de datos de acceso público dedicada a leyes, políticas y estándares de salud sobre aborto (ver la sección 8.6).

En contextos de crisis, los Estados deben asegurar la provisión de servicios integrales de SSR, incluido el acceso a servicios de aborto seguro, entre otros servicios de salud reproductiva clave. Específicamente, con respecto a las personas sobrevivientes de violencia sexual, los acuerdos internacionales y los organismos expertos reconocen el derecho de las mujeres que han sido violadas en contextos de guerra a tener acceso a servicios de aborto seguro.

RECUADRO 8.7: UN ENFOQUE BASADO EN DERECHOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ABORTO

La definición integral de salud y derechos reproductivos consensuada en la Conferencia Internacional de la ONU sobre la Población y el Desarrollo de 1994 proporciona un marco para legitimar y proteger los derechos reproductivos de las mujeres. Los derechos específicos que avalan la atención relacionada con el aborto incluyen:

- El derecho a decidir si se quiere tener hijos y cuándo tenerlos. Las mujeres deben tener acceso a los métodos anticonceptivos que deseen y a decidir cuándo interrumpir un embarazo.
- El derecho a la vida. Las mujeres no deben morir a causa de un aborto inseguro.
- El derecho a la salud. Este derecho incluye el acceso a servicios integrales de SSR, incluidos servicios de aborto seguro. Las mujeres no deben sufrir lesiones a corto y largo plazo a causa de un aborto inseguro.
- El derecho a la dignidad y a la integridad física. Las mujeres jóvenes deben poder prestar su consentimiento para el procedimiento de evacuación uterina que se les practique.
- El derecho a no sufrir discriminación. Por ejemplo, la evacuación uterina es un procedimiento que necesitan solo las mujeres, no los hombres; por lo tanto, no debe restringirse de manera indebida.
- El derecho a no ser objeto de tratos inhumanos y degradantes. Por ejemplo, este derecho puede verse vulnerado cuando se niega el aborto o la atención después del aborto.
- El derecho a gozar de los beneficios del avance científico. Por ejemplo, este derecho se efectiviza cuando los proveedores pueden utilizar los métodos de evacuación uterina recomendados por la OMS.
- El derecho a la libertad de opinión y expresión. Por ejemplo, este derecho se reconoce cuando las personas pueden manifestar su apoyo a los servicios de aborto seguro.

Han determinado que la denegación del aborto seguro a sobrevivientes de violaciones vulnera los derechos a la salud y a la privacidad y podría constituir una violación de las prohibiciones sobre malos tratos y atención médica discriminatoria.

Se ha determinado que los siguientes actos constituyen violaciones de derechos humanos:

- Denegación de servicios de aborto a una mujer cuyo embarazo supone un riesgo para su vida o salud, es resultado de una violación o incesto, o presenta anomalías fetales graves o fatales
- Denegación de la atención después de un aborto, incluso en contextos con leyes sobre aborto restrictivas, o el condicionamiento de la atención después del aborto al hecho de que la mujer admita que el aborto fue inducido o a que divulgue información sobre un proveedor de abortos
- Violar la confidencialidad de la paciente mediante la denuncia de un aborto ilegal o inseguro a las autoridades
- Requerir la autorización de terceros, ya sea legalmente o en la práctica, para acceder a los servicios de aborto o de atención después del aborto
- Obligar a la mujer a someterse a un aborto o a esterilización contra su voluntad o sin consentimiento informado y completo
- Embarazo forzado (también puede constituir un crimen de guerra)

8.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Consiga la participación de las beneficiarias para monitorear y evaluar continuamente los servicios de aborto seguro y de atención después del aborto, así como el marco jurídico y de políticas que rige la provisión de la atención integral del aborto. Evalúe el nivel de uso de estos servicios y revise los registros de las clientas, la disponibilidad y el uso adecuado de equipos e insumos, y los indicadores específicos de la calidad de la atención. Identifique los cambios o problemas que se produzcan, incluso mediante la creación de mecanismos accesibles para que las beneficiarias soliciten una reparación, proporcione comentarios al personal e intervenga para corregir cualquier problema identificado.

Mantenga un registro clínico para asentar la información sobre clientas de servicios de atención integral del aborto; esta información puede cifrarse o enmascarse para proteger la confidencialidad.

La siguiente información debe asentarse en un registro ginecológico o de atención integral del aborto y guardarse en un lugar confidencial y bajo llave:

- Fecha
- Nombre de la clienta o, si se requiere confidencialidad, un identificador único
- Edad y otra información demográfica de la clienta
- Tiempo de embarazo (en semanas)
- Diagnóstico (p. ej., aborto inducido, aborto incompleto, aborto completo)
- Complicaciones (p. ej., sangrado vaginal leve/moderado, sangrado vaginal abundante, septicemia, choque, lesiones en órganos). Esto es más relevante para las clientas de servicios de atención después del aborto que acuden con un aborto incompleto
- Tratamiento/procedimiento (p. ej., AVM, mifepristona y misoprostol, misoprostol solo, dilatación y legrado, antibióticos parenterales, transfusión de sangre, control del dolor)
- Anticoncepción después del aborto: Sí/No y método elegido (p. ej., píldoras anticonceptivas orales, inyectable, implante, DIU, esterilización)
- Derivación a un establecimiento en niveles superiores

El programa también puede optar por mantener un registro individual de las clientas que contenga datos clínicos más detallados.

8.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

- Center for Reproductive Rights. (2018). *The World's Abortion Laws*. Extraído de: <http://worldabortionlaws.com/>
- Edelman, A. y Kapp, N. (2017). *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or after 13 Weeks Gestation ('Second Trimester')*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Edelman, A. y Mark, A. (2017). *Medical Abortion Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or after 13 Weeks Gestation ('Second Trimester')*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2013). *Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care: Reference Manual*. (K. L. Turner y A. Huber, Eds.) (2nd ed.). Chapel Hill, NC.
- Ipas. (2014). *Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care: Trainer's Manual*. (K. L. Turner y A. Huber, Eds.) (segunda edición). Chapel Hill, NC. Extraído de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/WomanCentered-Comprehensive-Abortion-Care-Trainers-Manual-Second-Edition.aspx>
- Ipas. (2017). *Clinical Updates in Reproductive Health*. (D. Brahmi, Ed.). Extraído de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Clinical-updates-in-reproductive-health.aspx>
- Ipas. (2018). *Abortion Attitude Transformation: A Values Clarification Toolkit for Humanitarian Audiences*. Chapel Hill, NC. Extraído de: <http://www.ipas.org/humanitarianVCAT>
- Ipas and Venture Strategies Innovations. (2011). *Misoprostol Use in Postabortion Care: A Service Delivery Toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas. Extraído de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-use-in-postabortion-care-A-service-delivery-toolkit.aspx>
- Ipas y Gynuity Health Projects. (2012). *Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion: Training Guide*. Extraído de: <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Misoprostol-for-treatment-of-incomplete-abortions-Training-guide.aspx>
- National Abortion Federation. (2018). *Clinical Policy Guidelines for Abortion Care*. Washington, D.C. Extraído de: https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018_CPGs.pdf
- OMS. (2012). *Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (segunda edición). Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2014). *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf?ua=1
- OMS. (2015). *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf?sequence=1
- OMS. (2017). *Global Abortion Policies Database*. Extraído de: <https://srhr.org/abortion-policies/>
- UNICEF y UNFPA. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. (WHO, Ed.) (segunda edición). Ginebra, Suiza. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>

CAPÍTULO 9

SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

9.1 Introducción

9.2 Objetivos

9.3 Servicios de salud materna y del recién nacido

9.3.1 Servicios mínimos para prevenir la morbilidad y mortalidad maternas y de recién nacidos

9.3.2 Transición a servicios integrales de salud materna y del recién nacido

9.3.3 Servicios integrales de salud materna y del recién nacido

9.4 Programación para la salud materna y del recién nacido integral

9.4.1 Evaluación de necesidades

9.4.2 Principios para trabajar en salud materna y del recién nacido

9.4.3 Consideraciones de la programación

9.4.4 Cuestiones y poblaciones especiales

9.4.5 Coordinación y generación de vínculos

9.4.6 Incidencia

9.5 Consideraciones legales y de derechos humanos

9.6 Monitoreo y evaluación

9.6.1 Disponibilidad y utilización de servicios de salud materna y del recién nacido

9.6.2 Calidad de los servicios de salud materna y del recién nacido

9.6.3 Indicadores de prioridad para el monitoreo de servicios de salud materna y del recién nacido en contextos humanitarios

9.7 Otros materiales de lectura y recursos

9.1 INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, 1 de cada 7 mujeres enfrentará una complicación durante el embarazo o el parto. Se producen más de 303 000 muertes maternas cada año, y el 99 % ocurren en países en desarrollo. Se estima que, cada año, 2,9 millones de recién nacidos mueren

en las primeras 4 semanas de vida (el período neonatal) y que 2,6 millones más son mortinatos que mueren en el útero durante los tres últimos meses de embarazo (incluso durante el parto).

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 acontecimientos. Los contextos de crisis humanitarias emergentes y las situaciones de conflicto, posconflicto y desastre obstaculizan significativamente el avance de la reducción de la mortalidad materna y de recién nacidos. En esas situaciones, el colapso de los sistemas de salud puede causar un dramático aumento en la cantidad de muertes debido a complicaciones que serían fácilmente tratables en condiciones estables. Por ejemplo, Sierra Leona tiene la tasa de mortalidad materna más alta del mundo, de 1360 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos con vida. Sudán del Sur y Somalia tienen tasas de mortalidad materna de 789 y 732, respectivamente. En países designados como estados frágiles, se estima que el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida es de 1 cada 54, en comparación con 1 cada 5800 en el Reino Unido o 1 cada 8800 en Canadá.

RECUADRO 9.1: CAUSAS DE MUERTE MATERNA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las causas más comunes de muertes maternas incluyen las siguientes:

- ABORTO (8%)**
- EMBOLIA (3%)**
- HEMORRAGIA (27%)**
- HIPERTENSIÓN (14%)**
- SEPTICEMIA (11%)**
- OTRAS CAUSAS DIRECTAS (10%)**
- CAUSAS INDIRECTAS (27%)**

Muchas de estas causas son prevenibles o podrían ser tratadas por proveedores calificados que cuenten con recursos adecuados a nivel de los establecimientos. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente se basa en las estrategias para terminar con la mortalidad materna prevenible y en el Plan de Acción Cada Recién Nacido (Every Newborn Action Plan, ENAP) y establece una hoja de ruta para terminar con todas las muertes prevenibles de mujeres, niños y adolescentes dentro de una generación.

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 “día del nacimiento” es el más peligroso: más del 40 % de las muertes maternas y de recién nacidos y de los nacimientos de mortinatos ocurren en las primeras 24 horas después del parto. Las principales causas de muerte materna son hemorragia, hipertensión, septicemia y complicaciones por abortos inseguros. Otras causas directas de la mortalidad materna incluyen embolia, complicaciones del parto y distocia/ruptura uterina. Las causas indirectas de muerte materna incluyen malaria y trastornos existentes, tales como VIH, cuando son exacerbados por el embarazo. Las muertes de neonatos son hasta 7 veces más frecuentes que las muertes maternas. Las 3 causas principales de mortalidad neonatal son complicaciones durante el parto, infecciones, y complicaciones por nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. Las principales causas de muerte materna y de recién nacidos se presentan en el recuadro 9.1 y en el recuadro 9.2.

RECUADRO 9.2: CAUSAS DE MUERTE NEONATAL

La OMS informa que las causas más comunes de muertes neonatales incluyen las siguientes:

- CONGÉNITAS (10%)**
- COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO PREMATURO (35%)**
- DIARREA (1%)**
- RELACIONADAS CON EL MOMENTO DEL PARTO (24%)**
- NEUMONÍA (5%)**
- SEPTICEMIA/MENINGITIS (15%)**
- TÉTANOS (2%)**
- OTRAS (8%)**

Alcanzar los objetivos de 2030 para reducir la mortalidad materna y de recién nacidos requiere esfuerzos deliberados para minimizar las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención en torno al momento del nacimiento, incluida una mayor concentración en la atención de madres y bebés en contextos de crisis humanitaria, cuando se produce una proporción mayor de muertes prevenibles.

Asegurar una atención de la maternidad respetuosa es

especialmente crítico en un contexto humanitario, donde la violencia cotidiana y la falta de mecanismos de rendición de cuentas ya afectan tanto a las mujeres que buscan atención como a sus proveedores. La atención proporcionada debe ser aceptable para la población atendida de modo que no se disuada a las mujeres de dar a luz en un establecimiento con un asistente de parto calificado. También es necesario el apoyo psicosocial durante el embarazo y el parto para considerar las circunstancias en las que se encuentran las mujeres, que tendrán consecuencias de por vida.

9.2. OBJETIVOS

El objetivo de este capítulo es ayudar a los coordinadores de salud sexual y reproductiva (SSR), a los administradores y a los proveedores de servicios que trabajan con poblaciones afectadas por crisis a lograr lo siguiente:

- Comprender las intervenciones empíricamente contrastadas y los obstáculos a la implementación que afectan la salud materna y de los recién nacidos
- Planificar e implementar servicios de salud materna y del recién nacido integrales y respetuosos en contextos de crisis humanitarias
- Mejorar la calidad de la atención para madres y

recién nacidos que respete los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva durante todo el embarazo, el parto y el período de posparto

9.3. SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

Uno de los objetivos del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) es prevenir niveles excesivos de morbilidad y mortalidad maternas y de recién nacidos (ver el capítulo 3). Las intervenciones del PSIM se concentran en el día del nacimiento porque la mayoría de las muertes maternas y de neonatos ocurren cerca del momento de trabajo de parto, del parto o en el período inmediato de posparto. Este capítulo también describe enfoques para que los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios programen servicios integrales de salud materna y del recién nacido tan pronto como la situación lo permita, basándose en las intervenciones del PSIM. Si bien este manual proporciona orientación sobre enfoques programáticos y componentes de servicios de salud materna y del recién nacido, no tiene por objeto brindar lineamientos de gestión clínica integrales y detallados. Se brinda más información en la sección 9.7 de este manual y los recursos complementarios.

RECUADRO 9.3: ACTIVIDADES PRIORITARIAS DEL PSIM RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNAS Y DE RECIÉN NACIDOS EXCESIVAS

- 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, como por ejemplo:
 - o En los hospitales que reciben derivaciones: Personal médico idóneo e insumos para poder atender todas las emergencias obstétricas y neonatales.
 - o 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.
 - o 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.
- Establecer 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.
- Garantizar la disponibilidad de atención vital posterior al aborto en centros de salud y hospitales.
- 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

9.3.1 Servicios mínimos para prevenir la morbilidad y mortalidad maternas y de recién nacidos

ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA

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 este tipo de

atención no está disponible, establezca a la madre y/o al recién nacido antes de la derivación a un hospital.

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, como se indica en la tabla 9.1. Esto incluye el tratamiento de las complicaciones de abortos inseguros y/o incompletos. Aunque algunos servicios críticos no se mencionan, están incluidos en estas funciones. Por ejemplo, realizar cesáreas implica administrar anestesia.

TABLA 9.1: FUNCIONES FUNDAMENTALES PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA

ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA BÁSICA	ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA INTEGRAL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar antibióticos parenterales para tratar la septicemia 2. Administrar medicamentos uterotónicos (es decir, oxitocina parenteral o comprimidos de misoprostol) para el tratamiento de la hemorragia posparto 3. Administrar anticonvulsivos parenterales para controlar la preeclampsia y la eclampsia (es decir, sulfato de magnesio) 4. Realizar parto vaginal asistido (p. ej., extracción con ventosa, parto con fórceps) 5. Retirar manualmente la placenta 6. Retirar los productos de la concepción retenidos (p. ej., aspiración de vacío manual, misoprostol para el tratamiento de abortos incompletos) 7. Realizar reanimación neonatal básica (p. ej., con bolsa y mascarilla) 	<p>Realizar las funciones fundamentales 1-7, y además:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Realizar cirugía (por ejemplo, cesárea) 9. Realizar transfusión de sangre segura observando las precauciones universales para la prevención de infecciones

El suministro insuficiente de productos básicos vitales de alta calidad es un obstáculo persistente en los esfuerzos por terminar con las muertes maternas prevenibles y la provisión de las funciones fundamentales 1-3 (tabla 9.1) depende de la disponibilidad continua de medicamentos esenciales. En referencia específica al tratamiento de la hemorragia posparto, también debe haber disponibilidad de misoprostol como producto básico vital esencial en los establecimientos, dado que puede usarse para prevenir y controlar estas hemorragias y solo se necesita capacitación mínima de los proveedores. El sulfato de magnesio (MgSO₄) es la opción más común para la prevención y el tratamiento de la eclampsia.

La cesárea puede ser una práctica necesaria cuando el parto vaginal podría implicar un riesgo para la mujer o el bebé, por ejemplo debido a trabajo de parto prolongado,

sufrimiento fetal, o presentación o posición anormal del feto. Sin embargo, las cesáreas sin indicación médica pueden causar complicaciones importantes, discapacidad o muerte, sobre todo en ámbitos que no cuentan con los establecimientos para practicar cirugías seguras o tratar posibles complicaciones.

Como en el caso de las emergencias obstétricas, las emergencias neonatales no siempre pueden predecirse. Por ejemplo, cuando surgen complicaciones durante el trabajo de parto que no se reconocen o abordan de manera adecuada y oportuna, el bebé puede nacer muerto o nacer con vida pero presentar sufrimiento fetal agudo, y es posible que no pueda comenzar a respirar espontáneamente. Por lo tanto, el personal debe estar preparado para la reanimación neonatal en cada parto, y debe haber disponible un equipo de ventilación con bolsa y mascarilla para recién nacidos.

RECUADRO 9.4: NEWBORN RESUSCITATION

5%-10% of all newborns need some type of resuscitation at birth. Newborn resuscitation consists of a range of interventions, from the simple, such as keeping the baby dry and warm, stimulation, positioning and clearing airway (suction), to the more complex, such as ventilation (bag- and mask-resuscitation). All newborns must be closely monitored following resuscitation.

De manera similar, el personal debe estar preparado para identificar y tratar posibles infecciones graves del recién nacido. Las prácticas de parto en condiciones higiénicas, lavarse las manos antes de tener contacto con un bebé, el cuidado higiénico del cordón umbilical y la lactancia inmediata y exclusiva contribuyen en gran medida a la prevención de infecciones en recién nacidos. También hay algoritmos simplificados para el diagnóstico y tratamiento de infecciones posiblemente graves del recién nacido, incluidas pautas para el tratamiento inicial antes de la derivación, y tratamiento cuando no es posible la derivación.

Por último, el personal debe estar preparado para diagnosticar, prevenir y tratar complicaciones asociadas con el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, siempre que existan la capacidad y la infraestructura necesarias para atender de manera integral a los bebés prematuros. Los recién nacidos pequeños y enfermos requieren de internación oportuna de alta calidad para sobrevivir. Esto incluye la provisión de asistencia para controlar la temperatura y para alimentarse, así como atención más intensiva y avanzada en algunos casos.

Cerciórese de que los proveedores de salud sean competentes en proporcionar procedimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia y puedan hacer derivaciones a niveles superiores de atención cuando sea necesario. Asegúrese de que se exhiban públicamente los protocolos y se pongan a disposición los medicamentos, equipos e insumos relevantes en todos los centros de salud.

SISTEMAS DE DERIVACIONES

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 hospital con capacidad para atención obstétrica y neonatal integral de emergencia. Esto incluye protocolos que especifiquen cuándo y adónde derivar y un registro adecuado de los casos derivados (incluidos los nombres de la persona, motivos de la derivación, resultados en el establecimiento de derivación, regreso al establecimiento de salud inicial y seguimiento con proveedores allí). Los sistemas de derivaciones y los sistemas de contraderivaciones de calidad requieren protocolos clínicos, de comunicación y de traslado, así como confianza y entendimiento entre la comunidad, los proveedores de servicios, el centro de salud y el hospital. Como regla, el personal de salud debe comprender que cuanto más alejado se encuentre el establecimiento de derivación, más temprano debe tomar la decisión de derivar a las mujeres con complicaciones obstétricas.

BOTIQUINES PARA PARTO SEGURO E HIGIÉNICO Y ATENCIÓN NEONATAL

En todos los contextos de crisis humanitaria, hay mujeres y niñas que se encuentran en las últimas etapas del embarazo y que darán a luz durante la emergencia. En el comienzo de una emergencia humanitaria y en contextos con altos niveles de partos domiciliarios antes de la emergencia, los nacimientos pueden producirse fuera de establecimientos de salud sin la asistencia de asistentes de parto calificados.

Debe ponerse a disposición de todas las mujeres cuyo embarazo sea notorio botiquines para parto seguro e higiénico y atención neonatal, a fin de mejorar las prácticas de parto cuando no es posible acceder a un establecimiento de salud. Las distribuciones pueden hacerse en centros de registro o mediante trabajadores de la salud comunitarios cuando haya una red establecida. Como mínimo, los botiquines deben incluir 1 sábana de plástico limpio sobre la que las mujeres puedan parir (observando que deben adoptar la posición de parto elegida), una pastilla de jabón, un par de guantes, 1 hoja de rasurar nueva para cortar el cordón umbilical, 3 piezas de cuerda para atar el cordón, 2 paños de tela de algodón (1 para secar al bebé y otro para cubrirlo) y 1 pomo de gel antiséptico de digluconato de clorhexidina al 7,1 % para el cuidado higiénico del cordón.

En contextos donde hay protocolos nacionales para la distribución avanzada de comprimidos de misoprostol para la prevención de hemorragias posparto, este producto básico vital esencial debe incluirse en todos los botiquines. Décadas de investigación han demostrado la seguridad y eficacia de utilizar misoprostol como uterotónico profiláctico para reducir las hemorragias posparto cuando se toma inmediatamente después del nacimiento de un bebé. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 9.1: GESTIÓN DE DERIVACIONES OBSTÉTRICAS EN EL CONTEXTO DE UN CAMPAMENTO DE REFUGIADOS

ORGANIZACIÓN: American Refugee Committee (ARC)

LUGAR: Ruanda

INTRODUCCIÓN: ARC administra centros de salud en 3 campamentos de refugiados en Ruanda. Todos los establecimientos están integrados en la estructura del Ministerio de Salud para garantizar que se brinde una atención de la salud primaria curativa y preventiva de calidad, lo que incluye salud reproductiva y nutrición de personas refugiadas.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: ARC proporciona atención de la salud primaria de forma acorde con los estándares del Ministerio de Salud, incluida atención prenatal, parto seguro, atención posnatal y servicios de planificación familiar. Las pacientes que presentan complicaciones al acudir a las visitas de atención prenatal, en las consultas ambulatorias o al estar internadas se derivan de inmediato a un hospital de distrito. Si es necesario, se establece un plan para dar a luz en un hospital de distrito. Las mujeres que llegan al servicio de maternidad para dar a luz pero se determina que tienen complicaciones y exceden la capacidad del centro de salud para tratarlas de manera segura también son derivadas de inmediato a un hospital de distrito

con ambulancias disponibles en el centro de salud de cada campamento. Si el caso no puede tratarse a nivel del hospital de distrito, la mujer es derivada al siguiente nivel (hospital de atención terciaria). Las derivaciones a los niveles secundario o terciario se basan en procedimientos operativos estándares desarrollados por Acnur con formularios de derivaciones; estos documentan el resultado de la derivación y facilitan que la institución que hace la derivación pueda aprender del proceso. Los costos de las derivaciones a instituciones de nivel secundario (hospital de distrito) son pagados por ARC, con reembolso de Acnur, mientras que otro socio cubre las derivaciones al nivel terciario.

RESULTADOS Y ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS:

La integración completa de los servicios de salud para refugiados en la estructura del Ministerio de Salud del país de acogida han permitido que mujeres refugiadas accedan a atención obstétrica y neonatal de emergencia integral y a otros servicios de atención de la salud secundaria y terciaria. Este proceso ha ayudado a que los casos se deriven a tiempo y ha tenido un impacto positivo en la mortalidad materna, con 2 muertes o menos por año en los campamentos en los que ARC presta servicios.

administración de misoprostol por parte de trabajadores de la salud comunitarios y trabajadores de la salud no profesionales cuando no haya asistentes de parto calificados presentes y no haya oxitocina disponible. Según evidencias recientes obtenidas en contextos de estabilidad y de crisis, la autoadministración de misoprostol puede ser segura y efectiva. En particular, el misoprostol puede llegar a las mujeres que, por propia elección o por necesidad, den a luz en su hogar o en establecimientos de salud donde no haya electricidad, refrigeración o proveedores de salud idóneos.

En todos los ámbitos, se deben proporcionar materiales instructivos adecuados al contexto. En el momento de la distribución, se debe proporcionar a las mujeres información esencial sobre el contenido del botiquín, su uso y los signos de peligro.

9.3.2 Transición a servicios integrales de salud materna y del recién nacido

La programación integral de la salud materna y del recién nacido tiene 3 prioridades estratégicas:

- Entender y eliminar los obstáculos a los servicios de salud materna y del recién nacido
- Aumentar la disponibilidad de servicios de salud

materna y del recién nacido basados en evidencias

- Mejorar la utilización y la demanda de los servicios de salud materna y del recién nacido

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La calidad de la atención apunala todos los componentes de los servicios integrales de salud materna y del recién nacido y se considera un componente clave del derecho a la salud y el camino hacia la equidad y la dignidad para todas las mujeres y niños. Las características de los servicios de salud materna y del recién nacido de calidad incluyen lo siguiente:

- **Disponibilidad:** Debe haber al menos 5 establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia (incluido al menos 1 establecimiento de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral) por cada 500 000 personas. Deben atender y contar con personal suficiente las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7), puesto que los partos y las complicaciones pueden ocurrir en cualquier momento.
- **Accesibilidad:** Se debe poder acceder a los servicios por carretera o vías fluviales y se debe contar con medios de transporte asequibles

- **Acceptabilidad:** Los proveedores deben estar comprometidos y capacitados para tratar a todas las personas con dignidad y respeto, generar confianza y fomentar la demanda de servicios
- **Efectividad:** Los servicios incluyen intervenciones empíricamente contrastadas para mejorar la salud materna y del recién nacido y la supervivencia en el embarazo, el parto y el período de posparto
- **Asequibilidad:** Se deben hacer esfuerzos para ofrecer servicios a un costo reducido o sin cargo
- **Culturalmente adecuados:** Considere el idioma y la cultura de las poblaciones destinatarias, como la preferencia por un proveedor de salud de sexo femenino; sin embargo, la falta de un proveedor de sexo femenino no debe ser un obstáculo para los servicios
- **Seguros:** La atención y los servicios no deben provocar daños a los pacientes

- **Oportunos:** La atención y los servicios deben proporcionarse cuándo y dónde sean necesarios
- **Respetuosos:** Los servicios deben respetar la humanidad, los sentimientos, las elecciones y las preferencias de toda mujer. Deben cumplir con lo establecido en el documento **Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva**

Como se muestra en la visión de la OMS sobre la calidad de la atención para la salud materna y del recién nacido (gráfico 9.1), los servicios de salud materna y del recién nacido de calidad en cualquier contexto requieren recursos humanos idóneos y motivados, infraestructura sanitaria, y uso adecuado de intervenciones clínicas y no clínicas efectivas en un entorno humano de contención donde una mujer (o su familia si es necesario) pueda sentir que comprende lo que está sucediendo y qué esperar antes, durante y después del parto.

GRÁFICO 9.1: MARCO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



9.3.3 Servicios integrales de salud materna y del recién nacido

ATENCIÓN PRENATAL

Los cronogramas de atención prenatal recomendados pueden variar según el país. Un paquete de atención prenatal ideal consiste en ocho contactos prenatales, siendo el primero al comienzo del embarazo, 2 contactos durante el segundo trimestre (a las 20 y 26 semanas de gestación), y 5 contactos en el tercer trimestre (a las 30, 34, 36, 38 y 40 semanas). Esta pauta reemplaza el modelo de atención prenatal de 4 visitas de la OMS; se utiliza la palabra “contacto” en lugar de “visita” para destacar la conexión entre una mujer embarazada y su(s) proveedor(es) de salud e incluye la provisión de contactos con trabajadores de la salud mediante actividades de extensión comunitaria y visitas clínicas tradicionales. En cualquier contexto, los principales objetivos de la atención prenatal son:

- Brindar prevención de enfermedades y promoción de la salud
- Identificar y tratar problemas de salud preexistentes y complicaciones que surgen durante el embarazo
- Ofrecer orientación sobre preparación para el parto y para complicaciones
- Establecer una relación de confianza entre la mujer y el proveedor

Para consultar un resumen de intervenciones de atención prenatal, ver la sección 9.7.

Vacunación

Todas las mujeres que dan a luz y sus hijos recién nacidos deben estar protegidos contra el tétanos. Se recomienda la vacunación de las mujeres durante el embarazo para brindar protección contra el tétanos tanto materno como neonatal. Los servicios prenatales son una buena oportunidad para vacunar a las mujeres embarazadas. Sin embargo, en los casos en que la cobertura de atención prenatal no es adecuada y existe alto riesgo de tétanos materno y neonatal, la vacunación masiva de mujeres en edad reproductiva podría ser una alternativa, aunque más costosa.

Detección de sífilis

Todas las mujeres embarazadas deben realizarse pruebas para detectar sífilis en la primera visita prenatal. La sífilis contribuye a la mortalidad materna y a desenlaces clínicos negativos del embarazo. Cada año, se producen medio millón de nacimientos de mortinatos y abortos espontáneos

a causa de sífilis materna, y esta enfermedad es responsable de al menos medio millón de bebés que nacen con sífilis congénita. Anteriormente, las pruebas estándares para detectar sífilis eran difíciles de realizar y no resultaban adecuadas en ámbitos de atención primaria. Ahora hay disponibles pruebas de diagnóstico rápido de sífilis sencillas y efectivas, con resultados inmediatos para que las mujeres (y sus parejas) que obtienen un resultado positivo puedan recibir tratamiento sin demora en el punto de atención.

RECUADRO 9.5: PRÁCTICA PROMETEDORA: ATENCIÓN PRENATAL GRUPAL

La atención prenatal grupal es una alternativa a la atención prenatal tradicional (es decir, proporcionada por un proveedor calificado a 1 mujer por vez). La atención prenatal grupal se brinda a un grupo de hasta 15 mujeres embarazadas con aproximadamente el mismo tiempo de gestación. Facilitadores capacitados llevan a cabo una serie de reuniones de dos horas, estructuradas y altamente participativas, que integran la evaluación de salud habitual con información, educación y apoyo de pares. Las investigaciones han demostrado que la atención prenatal grupal favorece aumentos en la asistencia, los conocimientos y la satisfacción de pacientes y proveedores, así como mejoras en las prácticas de salud y los resultados. En las Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo se recomienda la atención prenatal grupal en el contexto de la investigación.

Diagnóstico y tratamiento de infecciones urinarias asintomáticas y sintomáticas

Durante el embarazo, la infección urinaria se asocia con aumento de los riesgos de morbilidad y mortalidad maternas y de recién nacidos, incluso cuando la infección es asintomática. La detección y el tratamiento de infecciones urinarias puede reducir el riesgo de septicemia y anemia maternas, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer y muerte perinatal. Esto incluye análisis de orina prenatales combinados con el tratamiento antibiótico adecuado para mujeres diagnosticadas con bacteriuria.

Necesidades de nutrición de mujeres embarazadas y en período de lactancia

Durante el embarazo y la lactancia, las necesidades nutricionales de energía, proteínas y micronutrientes de las mujeres aumentan significativamente. Las mujeres embarazadas requieren 285 kcal/día adicionales y las mujeres en período de lactancia requieren 500 kcal/día adicionales. El aporte adecuado de hierro, ácido fólico y de yodo es especialmente importante para la salud de las mujeres y sus bebés. Las mayores necesidades de micronutrientes de las mujeres embarazadas y en período de lactancia por lo general no se cubren mediante la provisión de una porción básica de alimento. Las mujeres embarazadas y en período de lactancia deben, por lo tanto, recibir un complemento alimentario fortificado que aporte entre 500 y 700 kcal para la alimentación en el lugar y entre 1000 y 1200 kcal si se proporciona como una porción para llevar al hogar. Las mujeres embarazadas deben recibir complementos diarios de hierro (60 mg/día) para prevenir la anemia y de ácido fólico (400 µg/día) para prevenir anomalías del tubo neural.

Preparación para el parto y para complicaciones

Muchas muertes maternas y de recién nacidos podrían evitarse si las mujeres recibieran atención cuando la necesitan. Tres fases en las que las demoras suelen contribuir a la muerte materna y de recién nacidos son: 1) decidir buscar atención; 2) acceder a la atención; y 3) recibir atención. La preparación para el parto y las complicaciones reduce las demoras. La atención prenatal es una oportunidad para que los proveedores de atención de la salud ayuden a una mujer y su familia a establecer un plan de parto y emergencia sobre la base de sus necesidades, recursos y circunstancias específicos. El plan de parto y emergencia identifica sus intenciones sobre dónde y con quiénes desea dar a luz y las medidas a tomar en caso de complicaciones (p. ej., traslado, lugar de derivación o fondos de emergencia). El plan también incluye identificar a una persona de apoyo, planificar el cuidado del niño, ahorrar dinero, planificar el traslado y educar a los miembros de la familia sobre los signos de una complicación (ver el recuadro 9.6) y qué medida tomar. Al igual que en la mayoría de las complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, se recomienda y se debe alentar el parto con la atención de un asistente de parto calificado en un establecimiento de salud con el equipamiento adecuado que pueda atender posibles complicaciones.

RECUADRO 9.6: MENSAJES CLAVE PARA LA PREPARACIÓN PARA EL PARTO

- Preparar un botiquín de parto
- Elegir un establecimiento
- Elegir a alguien que acompañe durante el parto
- Ahorrar dinero para gastos del nacimiento
- Tener un plan de transporte para el día y la noche
- Enseñar a los familiares los signos de peligro y analizar la toma de decisiones
- Tener un plan para elegir el momento y el intervalo entre los embarazos que sean adecuados para la salud

RECUADRO 9.7: SIGNOS DE PELIGRO CLAVE EN EL EMBARAZO

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

La orientación sobre planificación familiar posparto y las necesidades de salud también es una parte importante de la preparación para el parto. La planificación familiar posparto, que tiene por objeto prevenir el alto riesgo de embarazos no deseados y con poco tiempo entre un nacimiento y el siguiente durante el primer año tras dar a luz, es una de las intervenciones de mayor impacto para evitar el mayor riesgo de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, muerte fetal y neonatal, y desenlaces clínicos adversos para la salud materna. La demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar posparto continúa siendo alta en muchos países; por lo tanto, estos servicios deben incorporarse en la atención prenatal y nuevamente tras el parto y en el período de posparto. Se debe dar a todas las mujeres información sobre el proceso fisiológico de recuperación después del parto y se les debe informar que algunos problemas de salud son comunes, aconsejándoles informar las inquietudes que tengan a un profesional de

atención de la salud. También se debe orientar a las mujeres respecto de cuestiones después del parto como el cuidado y la higiene, la nutrición, el intervalo entre nacimientos y la planificación familiar, incluidos los riesgos del embarazo posparto y las opciones de anticoncepción, y cuándo volver para realizarse exámenes posnatales y aplicarse vacunas.

El asesoramiento sobre atención neonatal incluye orientación sobre lactancia, cuidado del cordón y reconocimiento temprano de signos de peligro del recién nacido. Los contactos posnatales deben tener lugar dentro de las 24 horas del nacimiento así como a las 48-72 horas, a los 7-14 días y a las 6 semanas después del nacimiento. Para nacimientos que ocurren fuera del establecimiento, se recomienda un contacto adicional a las 24-48 horas.

Registro de datos clínicos

Todos los hallazgos clínicos y tratamientos proporcionados durante la atención prenatal deben registrarse, preferentemente en una ficha o registro de salud que conserve la mujer. El buen mantenimiento de registros es esencial para facilitar la toma de decisiones y las intervenciones adecuadas.

ATENCIÓN DEL PARTO

RECUADRO 9.8: SIGNOS DE PELIGRO CLAVE EN RECIÉN NACIDOS NEWBORNS

- **No se alimenta**
- **Respiración rápida**
- **Hundimiento del pecho grave**
- **Ausencia de movimientos espontáneos**
- **Fiebre**
- **Baja temperatura corporal**
- **Ictericia en las primeras 24 horas de vida o palmas de las manos y plantas de los pies amarillas a cualquier edad**

El parto abarca el trabajo de parto, el parto propiamente dicho y el período inmediato de posparto. El parto debe tener lugar en un establecimiento de salud que garantice la privacidad, confidencialidad y la atención digna y respetuosa sin discriminación; que sea seguro y esté equipado con los insumos, los medicamentos y el personal esenciales necesarios. Asimismo, debe tener acceso a traslados a los hospitales de derivación y medios para comunicarse con ellos en casos de emergencias obstétricas y neonatales. Los coordinadores de SSR y los administradores de programas

de SSR deben cerciorarse de que todos los establecimientos de atención de la salud tengan protocolos clínicos así como protocolos para medidas de precaución estándares, incluida la gestión de residuos médicos para líquido amniótico, sangre y placentas. Deben respetarse el lavado de manos y otras medidas de prevención de infecciones.

Partograma

El partograma es una herramienta para tomar decisiones que a menudo no se utiliza suficientemente. Sirve como apoyo para la atención durante el parto, específicamente para monitorear el progreso del trabajo de parto y detectar complicaciones maternas o fetales. El partograma simplificado de la OMS (ver la sección 9.7) es una herramienta importante en muchos ámbitos para:

- Identificar complicaciones durante el trabajo de parto (p. ej., complicaciones fetales) de manera oportuna
- Obtener información para tomar decisiones respecto del trabajo de parto prolongado y el uso de estimulación
- Mejorar la práctica clínica y la calidad de la atención proporcionadas a las mujeres (p. ej., reducir la mortalidad de recién nacidos debido a complicaciones durante el parto)

Numerosos factores contribuyen a la infrautilización del partograma y las dificultades pueden exacerbarse en contextos de crisis humanitarias. Las estrategias para facilitar el uso correcto del partograma incluyen:

- Establecer un responsable de uso del partograma dentro del establecimiento
- Cerciorarse de que los protocolos de gestión para el trabajo de parto y el parto estén vinculados con el partograma para que los proveedores sepan qué medidas tomar conforme avanza el trabajo de parto
- Monitorear el uso del partograma y poner al día a los proveedores sobre cómo usarlo correctamente

Prevención de hemorragias posparto

Una de las principales causas de la mortalidad materna es la hemorragia posparto. La administración de un medicamento uterotónico dentro del primer minuto de dar a luz reduce el riesgo de placenta retenida y hemorragia posparto.

La oxitocina es el uterotónico recomendado para la prevención de la hemorragia posparto por atonía. Sin embargo, en algunos contextos, es posible que no se pueda proporcionar oxitocina a todas las mujeres en la tercera etapa del trabajo de parto debido a la ausencia de personal

calificado, dificultades para garantizar prácticas seguras en la aplicación de inyecciones, y/o a la falta de refrigeración, todo lo cual es necesario para el uso de oxitocina. En estos escenarios, se recomienda el uso de misoprostol, un comprimido uterotónico estable en condiciones de calor. Los trabajadores de la salud que administran misoprostol deben estar capacitados para evitar que se administre antes del parto, para su uso correcto (administración por vía oral

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 9.2: PROMOCIÓN DEL CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO

ORGANIZACIÓN: JSI Research & Training Institute, Inc., en colaboración con el gobierno de Nepal

LUGAR: Nepal

INTRODUCCIÓN: La clorhexidina (CHX) es un antiséptico de amplio espectro que reduce la colonización bacteriana en el muñón del cordón umbilical de los recién nacidos. JSI está ayudando al gobierno de Nepal y a otros asociados a reducir la mortalidad neonatal aumentando el uso de clorhexidina para el cuidado del cordón umbilical. Desde su incorporación, 1,5 millones de bebés recibieron CHX, se evitaron 5800 muertes de recién nacidos y el 67 % de los recién nacidos ahora tienen acceso a CHX. Como consecuencia de los terremotos de abril/mayo de 2015, 9000 personas murieron, 800 000 viviendas resultaron dañadas y 500 establecimientos de salud se destruyeron.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Tras los terremotos de 2015, el programa dirigido por JSI Chlorhexidine Navi Care Program (CNCP) movilizó rápidamente a voluntarias de salud de la comunidad y al personal para responder en los 15 distritos más afectados y rápidamente distribuyeron CHX y capacitaron a trabajadores de la salud en su uso, con lo cual aumentaron en poco tiempo los servicios para ayudar a los más afectados.

RESULTADOS: En el término de meses de ocurridos los terremotos, JSI asistió específicamente con ampliación continua del programa, distribución de los paquetes de socorro de emergencia para voluntarios de la salud, y desarrollo de capacidades de proveedores de servicios (1308 trabajadores de la salud y 703 voluntarias de salud de la comunidad). En consecuencia, el programa suministró alrededor de 65 490 pomos de gel de CHX en estos distritos.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Los programas existentes, el personal, los miembros de la comunidad y las estructuras pueden mobilizarse rápidamente tras los desastres, con lo cual en poco tiempo se amplían o se reanudan los servicios integrales de salud materna y del recién nacido.

de 600 µg inmediatamente después del nacimiento) y para brindar orientación a la mujer sobre los efectos secundarios y cómo controlarlos. En esos casos, no se debe realizar una intervención activa para la expulsión de la placenta.

En contextos donde, antes de la emergencia, se implementaban programas para la distribución anticipada de misoprostol con fines de autoadministración para prevenir hemorragias posparto en partos domiciliarios, debe hacerse todo lo posible para garantizar la continuidad de su disponibilidad tan pronto como se pueda después de la emergencia. En otros contextos, esta práctica puede incorporarse como parte de una estrategia integral para abordar las hemorragias posparto tanto a nivel de la comunidad como de los establecimientos.

Atención inmediata del recién nacido

La atención esencial del recién nacido es la atención básica que requiere cada bebé. Independientemente de dónde tenga lugar el nacimiento, el pinzamiento del cordón debe demorarse entre 1 y 3 minutos a fin de aumentar las reservas de hierro del recién nacido para los primeros 6 a 8 meses de vida. La atención esencial de todos los recién nacidos incluye **atención térmica** (secar y mantener al bebé caliente mediante el contacto de piel con piel durante la primera hora después del nacimiento y demorar el baño), **prevención de infecciones** (promover y adoptar el lavado de manos para todos los cuidadores, proporcionar cuidado higiénico de la piel y del cordón umbilical), **apoyo para la alimentación** (lactancia temprana y exclusiva), y **monitoreo de los recién nacidos para detectar signos de peligro** que indiquen la necesidad de atención adicional.

RECUADRO 9.9: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN CLAVE PARA RECIÉN NACIDOS PRÁCTICAS

- Demorar el baño
- Contacto piel con piel
- Cuidado higiénico del cordón umbilical
- Lactancia exclusiva
- Vacunación

Prevención y manejo del nacimiento prematuro

El nacimiento prematuro es la causa más importante de mortalidad y morbilidad perinatal y neonatal y la principal causa de muerte en niños menores de 5 años. Las muertes de bebés y las discapacidades a largo plazo tras un nacimiento prematuro pueden reducirse cuando se proporcionan intervenciones adecuadas a la madre en riesgo inminente de parto prematuro y al bebé prematuro después del

nacimiento. Las intervenciones recomendadas para mujeres con parto prematuro inminente incluyen la provisión de corticosteroides prenatales a mujeres que llevan entre 24 y 34 semanas de gestación, provisión de antibióticos para rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto, y provisión de sulfato de magnesio a mujeres con menos de 32 semanas de gestación para neuroprotección fetal si es probable que el parto prematuro se produzca en el término de 24 horas. La determinación precisa de la edad gestacional es esencial para orientar la atención adecuada, y las intervenciones solo deben considerarse cuando haya atención adecuada a nivel de hospital para la mujer y el recién nacido.

Las complicaciones asociadas con bajo peso al nacer/ nacimiento prematuro son hipoglucemia, hipotermia, dificultades para alimentarse, ictericia y mayor riesgo de infecciones. Los cuidados del bebé con bajo peso al nacer/ nacimiento prematuro incluyen el método madre canguro (kangaroo mother care, KMC) o el cuidado piel con piel prolongado, mantener a los bebés calientes, lactancia inmediata y exclusiva, asistencia para alimentarse, prevención de infecciones e identificación temprana y tratamiento adecuado de infecciones y complicaciones.

ATENCIÓN POSNATAL MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

El período posnatal es un momento en que se producen cambios fisiológicos rápidamente para la madre y el bebé, siendo las primeras 24-48 horas las más críticas. El 60 % de las muertes maternas y el 40 % de las muertes de neonatos ocurren en las primeras 24 horas después del parto. Tras un parto sin complicaciones de un bebé a término sano, se recomienda mantener a la madre y al bebé en el establecimiento de salud en observación durante al menos 24 horas. Si se da el alta antes de las 48 horas después del parto, un proveedor calificado debe revisar a la madre y al bebé dentro de las 24-48 horas después del alta. Asegúrese de que los trabajadores de la salud estén capacitados para reconocer las complicaciones posparto y para derivar a las madres y recién nacidos que puedan necesitar observación o tratamiento adicional. Informe a las familias para que conozcan los signos de peligro para madres y recién nacidos después del parto y busquen atención temprana si es necesario. Cuando sea posible, todas las madres después del parto deben recibir una visita a domicilio dentro de la primera semana, independientemente de dónde hayan dado a luz.

RECUADRO 9.10: DEFINICIÓN DE LAS TRES DEMORAS

- **Demora 1:** Demora en la decisión de buscar atención
- **Demora 2:** Demora en acceder a la atención
- **Demora 3:** Demora en recibir atención de calidad

Se recomiendan al menos tres contactos posnatales adicionales para todas las madres y recién nacidos, el día 3 (48-72 horas), entre los días 7 y 14 después del nacimiento y a las 6 semanas del nacimiento. Estas visitas proporcionan una oportunidad para evaluar y hablar sobre la higiene, la lactancia y los métodos y momentos adecuados de planificación familiar. Cerciérese de que los proveedores de salud apoyen la lactancia temprana y exclusiva y hablen sobre la nutrición adecuada con la madre. Estas visitas también ofrecen la oportunidad de pesar al recién nacido, hablar sobre su atención y proporcionar derivaciones; los recién nacidos deben derivarse a clínicas para menores de 5 años para recibir vacunas, monitoreo del crecimiento y otros servicios para el control de niños sanos.

Lactancia

La lactancia es especialmente importante en contextos de crisis humanitaria. Los riesgos asociados con la lactancia artificial y alimentos sucedáneos de la leche materna se ven sumamente agravados cuando hay condiciones de mala higiene, hacinamiento y acceso limitado a agua limpia y combustible. En estas situaciones, la leche materna puede ser la única fuente de alimento segura y sostenible para los lactantes. Por lo tanto, es importante promover un entorno que apoye la lactancia exclusiva fomentando el contacto piel con piel ininterrumpido, ayudando a las madres a iniciar la lactancia dentro de la primera hora del nacimiento, mostrándoles a las madres cómo sacar la leche del pecho, no dándoles otro alimento ni bebida más que leche materna a menos que lo indique el médico, alentando a que las madres y los bebés permanezcan juntos, y alentando la lactancia a demanda sin restricción ni duración ni frecuencia de alimentación. La lactancia a demanda durante los primeros 6 meses también brinda protección anticonceptiva, siempre que la menstruación no se haya reanudado y no se dé otro alimento al bebé (método de la amenorrea de la lactancia).

Planificación familiar posparto

El objetivo de la planificación familiar posparto es ayudar a las mujeres a decidir el método anticonceptivo que desean

9.4 PROGRAMACIÓN PARA LA SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO INTEGRAL

9.4.1 Evaluación de necesidades

Después de la implementación del PSIM, integre las consideraciones de salud materna y del recién nacido en las evaluaciones de necesidades para una planificación integral de SSR, a fin de diseñar un programa de salud materna y del recién nacido integral y adecuado. Utilizando una combinación de herramientas, los coordinadores de SSR deben recolectar y estimar la siguiente información, en coordinación con otros actores del sector/grupo de salud:

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

- El tamaño de la población afectada y su distribución geográfica
- Los indicadores demográficos sobre el estado de la salud materna y del recién nacido de la población afectada antes de la crisis, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad neonatal, la tasa bruta de mortalidad, tasa de fertilidad general o total, la tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos, el porcentaje de nacimientos con un asistente de parto calificado, etc.
- La cantidad de mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas y recién nacidos
- La cantidad de partos por mes
- Creencias, conocimientos, actitudes y prácticas de la población relacionados con el embarazo y el parto
- Conocimiento y satisfacción de la comunidad respecto de la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud materna y del recién nacido

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS NACIONALES

Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios también deben conocer las leyes y políticas nacionales relacionadas con la salud materna y del recién nacido. Por ejemplo: Determinar si hay leyes, reglamentaciones o políticas respecto de:

- Reducción de la mortalidad materna
- Acceso y prestación de servicios de salud materna y del recién nacido. Prestar especial atención a disposiciones sobre:

usar, iniciar el uso del método y ayudarlas a continuar con el uso del método anticonceptivo durante 2 años o más, dependiendo de las intenciones reproductivas de la mujer o de la pareja. La orientación sobre planificación familiar posparto puede proporcionarse en muchos puntos de contacto en el sistema de salud desde el período prenatal hasta 12 meses después del nacimiento. Una consideración importante al planificar un programa o intervención de planificación familiar posparto es la seguridad clínica, es decir, qué métodos pueden usarse en qué momento tras el parto y dada la condición de la madre en cuanto a la lactancia (ver el capítulo 7).

GENERAR CONCIENCIA Y AUMENTAR LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

Para asegurar que los servicios proporcionados sean adecuados, de la más alta calidad y se utilicen completamente, los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben cerciorarse de que:

- Todas las mujeres y sus familias sepan dónde obtener asistencia para atención prenatal, parto y atención posnatal y cómo reconocer signos de complicaciones
- Los componentes de los servicios de salud materna y del recién nacido estén a cargo de personal competente, motivado y calificado que trabaje en un entorno propicio, que incluso cuente con los insumos apropiados y suficientes, y reciba capacitaciones de actualización y supervisión rigurosa
- Los servicios no generen daños ni malos tratos que podrían desalentar a las mujeres a solicitar servicios, incluido el parto en un establecimiento con un asistente de parto calificado
- Los proveedores de servicios comprendan y hablen respetuosamente sobre las creencias y prácticas de la comunidad y las actitudes en cuanto a intentar obtener atención médica en relación con el embarazo y el parto, tales como nutrición, posiciones para parir, presencia de familiares para brindar apoyo, y prácticas tradicionales tanto positivas (lactancia) como perjudiciales (mutilación genital femenina)

Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud pueden usar el modelo de las Tres Demoras para identificar los obstáculos a la utilización de servicios en su contexto.

- o Realización de rutina de auditorías y revisiones de muertes maternas, perinatales y neonatales
- o Otorgamiento de licencias a asistentes de parto calificados
- o Asistentes de parto tradicionales
- o Uso, distribución y suministro de medicamentos esenciales para la salud materna y neonatal (incluso a nivel de la comunidad)
- Registro obligatorio de nacimientos
- Pruebas de VIH a mujeres embarazadas y prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo
- Tratamiento, atención y apoyo para mujeres embarazadas VIH positivo
- Autorización de terceros (p. ej., del esposo) para solicitar servicios de atención materna
- Mutilación genital femenina y/u otras prácticas perjudiciales que tienen consecuencias nocivas para la salud materna
- La eliminación del matrimonio precoz, matrimonio forzado, la edad mínima para contraer matrimonio y/o el consentimiento libre y pleno para contraer matrimonio

DISPONIBILIDAD Y PREPARACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y DEL RECIÉN NACIDO

Defina los puntos de prestación de servicios de salud existentes por ubicación geográfica y tipo, y el organismo que los financia/administra. Se debe evaluar cada establecimiento considerando su capacidad para proporcionar servicios de salud materna y del recién nacido de calidad, incluidos atención obstétrica y neonatal de emergencia, la disponibilidad de proveedores de salud calificados e insumos médicos y/o la posibilidad de hacer derivaciones a servicios de nivel superior. Entre los ejemplos de información que se debe recolectar se incluyen:

- Cantidad, ubicación y tipo de centros de salud y hospitales.
- Cuáles de estos establecimientos prestan servicios de salud materna y del recién nacido, incluidas atención obstétrica y neonatal de emergencia básica y atención obstétrica y neonatal de emergencia integral.
- Disponibilidad de equipos en funcionamiento,

insumos y medicamentos para prestación de servicios de atención materna y del recién nacido.

- Disposiciones de precauciones estándares, incluidas instalaciones para la eliminación de residuos médicos y placentas.
- Cantidad, disponibilidad, tipo y niveles de habilidad del personal de salud (evaluación de necesidades de capacitación).
- Disponibilidad de protocolos y directrices de salud materna y del recién nacido.
- Sobre los mecanismos de derivación:
 - o Distancias de la comunidad a los establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica
 - o Distancias de los establecimientos de atención obstétrica y neonatal de emergencia básica a los de atención obstétrica y neonatal de emergencia integral
 - o Opciones de transporte viables
 - o Medios de comunicación
 - o Protocolos para controlar y derivar casos con complicaciones
- Disponibilidad de agua limpia, electricidad, refrigeración e instalaciones sanitarias (instalaciones de baño e inodoros) en los puntos de prestación de servicios.
- Disponibilidad de nutrición adecuada para mujeres embarazadas y en período de lactancia
- Información, educación y comunicación sobre la disponibilidad de servicios

9.4.2 Principios para trabajar en salud materna y del recién nacido

- Manténgase concentrado tanto en la mujer como en el recién nacido (díada madre-hijo)
- Considere la capacidad de servicio antes de la crisis y los recursos disponibles en diferentes niveles (comience por donde haya capacidad)
- Mantenga el cumplimiento de los estándares clínicos y de programas globales
- Garantice un proceso continuo de atención de calidad,

respetuosa y digna centrada en la mujer/familia, sin daños ni malos tratos, desde el embarazo hasta el período de posparto

9.4.3 Consideraciones de la programación

LOGÍSTICA Y CADENA DE SUMINISTRO

La logística es fundamental para la prestación exitosa de servicios de salud materna y del recién nacido. En las fases iniciales de la respuesta de emergencia, la atención debe estar puesta en garantizar que los proveedores de servicios de salud materna y del recién nacido tengan productos básicos vitales disponibles y que se cuente con transporte para facilitar la derivación oportuna de casos de complicaciones obstétricas y neonatales cuando sea necesario. A medida que la situación se estabilice y los programas pasen a la prestación de servicios integrales de salud materna y del recién nacido, debe considerarse un conjunto más amplio de cuestiones de logística en la planificación y la implementación de programas.

Adquisiciones

En muchos contextos, los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (Botiquines de SR) son la fuente primaria de insumos para la implementación del PSIM. Sin embargo, los Botiquines de SR no tienen por objeto reemplazar las cadenas de suministro nacionales, y deben hacerse esfuerzos para evaluar qué hay disponible y establecer o recomponer los inventarios o cadenas de suministro del sector público y privado tan pronto como sea posible. Cuando se depende de Botiquines de SR, es importante tener presente que los Botiquines no contienen insumos suficientes para la prestación de atención integral durante el parto. Por ejemplo, hasta 2018, el paquete de Botiquines de SR (6-10) para centros de salud solo incluía insumos suficientes para estabilizar y derivar a clientes con complicaciones obstétricas o neonatales. No incluye suficiente oxitocina para que cada mujer reciba un uterotónico después del parto para la prevención de la hemorragia posparto, ni suficiente sulfato de magnesio para administrar tanto dosis de ataque como de mantenimiento a mujeres con preeclampsia o eclampsia grave.

Los contenidos de los Botiquines de SR pueden usarse como guía para realizar adquisiciones en las primeras fases de la respuesta a una emergencia. Sin embargo, se debe hacer todo lo posible para conseguir la gama completa de artículos incluidos en la listas de medicamentos esenciales nacionales o de la OMS para los servicios integrales de salud materna y del recién nacido lo antes posible. Los administradores de programas de salud materna y del recién

nacido deben trabajar con proveedores de servicios y equipos de logística para conseguir los artículos correctos, en la dosis y formulación correcta, para la población destinataria.

En épocas de crisis, suelen recibirse grandes donaciones de leche de inicio, biberones y tetinas de varias fuentes. Si bien en general esto se hace con buenas intenciones, no se tiene conciencia de que tales donaciones pueden ser más perjudiciales que beneficiosas, dado que no hay infraestructura básica ni condiciones adecuadas para reducir los riesgos relacionados con la preparación de leche de inicio ni otros sucedáneos de la leche materna. Por lo tanto, esas donaciones deben evitarse. En su lugar, deben conseguirse, distribuirse y administrarse sucedáneos adecuados que formen parte del inventario regular de alimentos y medicamentos solo a los pocos bebés que efectivamente tengan que ser alimentados con sucedáneos de la leche materna luego de una evaluación de necesidades adecuada.

Gestión de suministros

Una parte importante de la logística para la salud materna y del recién nacido es establecer la cadena de frío, pues hay algunos artículos dentro de los Botiquines de SR que necesitan de la cadena de frío. Cuanto más rápidamente los coordinadores de SSR y administradores de programas de salud establezcan esto en una respuesta de emergencia, más flexibilidad y capacidad habrá para la programación. Los refrigeradores que funcionan con energía solar y las tecnologías móviles para gestión de suministros se están utilizando con más frecuencia en emergencias.

Traslado para derivaciones

Para cada especialista en logística que trabaja en una respuesta de emergencia y cada administrador de programas de salud materna y del recién nacido, hay pocas cosas peores que necesitar traslado para una persona que necesita atención médica urgente y no poder encontrarlo. Ya sea por falta de planificación, falta de recursos, o por el contexto, el traslado parece estar siempre encabezando la lista de necesidades de programación, después de la dotación de personal. Sin embargo, hay un área que suele pasarse por alto hasta que se producen consecuencias trágicas: el traslado para sistemas de derivaciones. No es necesario que estos sistemas de derivaciones dependan de la compra de un vehículo nuevo de capota dura, pero deben ser lo más confiables y adaptados al contexto local posible. En algunas áreas, debido a la seguridad, los vehículos rentados pueden ser el enfoque más adecuado, mientras que en otros un sistema de carros tirados por burros o incluso camillas para llevar manualmente a las mujeres hasta la carretera principal pueden ser aptos. Lo que importa es que los

coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud comiencen a planificar al comienzo de cualquier respuesta programática de salud materna y del recién nacido qué traslado para el sistema de derivaciones funciona más rápido y garantiza el acceso a la atención de emergencia dentro de los recursos del programa. Es posible que deban conectarse varias formas de transporte a fin de trasladar a una mujer al hospital. Por ejemplo la mujer puede ser trasladada en camilla hasta la carretera principal donde la espera la ambulancia y la traslada el resto del camino al hospital.

RECURSOS HUMANOS Y FUNCIONES COMPARTIDAS

Los niveles de establecimientos de salud, sus tamaños y servicios, y el grupo de proveedores de salud varían según el contexto, lo que hace difícil llegar a un consenso global sobre cuál sería la cantidad y composición óptimas de los trabajadores de salud. Los programadores deben, por lo tanto, adherir a los estándares de nivel nacional en cuanto a las cantidades y los perfiles del personal de salud para asegurar una combinación adecuada de habilidades y capacidad para prestar servicios de salud materna y del recién nacido. Los recursos humanos que proporcionan servicios de salud materna y del recién nacido deben estar compuestos por diversos proveedores (p. ej., médicos, parteras, personal

de enfermería, farmacéuticos, trabajadores de la salud comunitarios) que estén capacitados, sean competentes, compasivos y respetuosos y trabajen dentro de un entorno propicio, y su cantidad debe ser suficiente para hacer frente al volumen de clientes con alta calidad de atención. El origen étnico y el género de los proveedores de salud también pueden ser aspectos importantes a considerar en la atención de la maternidad en ciertos contextos. Se deben considerar esquemas de beneficios e incentivos, lo cual incluye garantizar entornos seguros que contemplen una perspectiva de género para el personal, a fin de facilitar la salud mental, el bienestar, la motivación y la retención de los trabajadores de la salud en contextos remotos y con dificultades.

Si bien es prometedor que la capacitación de los trabajadores de la salud comunitarios y/o asistentes de parto tradicionales pueda mejorar los desenlaces clínicos perinatales y neonatales, actualmente la evidencia en este sentido es mixta e insuficiente. Por ende, cuando no haya asistentes de parto calificados, o el acceso a establecimientos sea limitado, capacitar a trabajadores de la salud comunitarios o asistentes de parto tradicionales en intervenciones específicas puede reducir los malos desenlaces de salud para los neonatos. Sin embargo, los asistentes de parto calificados continuarán siendo esenciales para reducir la mortalidad materna y de recién nacidos.

RECUADRO 9.11: COMPARACIÓN ENTRE ASISTENTE DE PARTO CALIFICADO Y ASISTENTE DE PARTO TRADICIONAL

Un asistente de parto calificado se define como un profesional de la salud acreditado —como una partera, médico o personal de enfermería— que ha recibido formación y capacitación para tener idoneidad en las habilidades necesarias para atender embarazos, partos y el período de posparto inmediatos normales (sin complicaciones) y para identificar, tratar y derivar los casos con complicaciones en mujeres y recién nacidos.

Si bien los asistentes de parto tradicionales, sean capacitados o no capacitados, no pueden considerarse proveedores calificados, suelen ocupar un lugar especial en la comunidad. Si bien ya no se recomienda la capacitación

de asistentes de parto tradicionales para que sean asistentes de parto calificados, es importante integrarlos en otros aspectos de la prestación de servicios de salud materna y del recién nacido. Por ejemplo, los asistentes de parto tradicionales desempeñan un papel en la promoción de la salud sexual y reproductiva, al abordar los obstáculos a la atención, facilitar derivaciones a establecimientos de salud y proporcionar apoyo para el trabajo de parto a las mujeres. Esto puede optimizar la aceptación en la comunidad de los servicios de salud materna y del recién nacido, y ayudar a establecer vínculos entre familias, comunidades, autoridades locales y servicios de salud reproductiva.

Compartir funciones en los servicios de atención materna y del recién nacido es una estrategia crítica para ampliar el acceso en contextos con escasez de trabajadores de la salud. Es abundante la evidencia a favor de distribuir las tareas en las intervenciones clave, delegando funciones del personal de mayor jerarquía a trabajadores de la salud de nivel medio y trabajadores de la salud comunitarios.

Se debe establecer un enfoque de aseguramiento de la

calidad que garantice que los servicios sean de calidad, respetuosos, reciban monitoreo regularmente, cuenten con apoyo y estén bien administrados. Un marco de aseguramiento de la calidad efectivo garantizará que el personal alcance y mantenga competencias en habilidades clínicas e interpersonales que son esenciales para prestar servicios de salud materna y del recién nacido de calidad. Se debe evaluar el desempeño de los proveedores al inicio, detectar las falencias e identificar las intervenciones para

desarrollo de capacidades, incluidos modelos de capacitación efectivos. Es importante que los modelos de capacitación se adapten para cubrir las necesidades de la población y el alcance del trabajo de los grupos según la legislación y las políticas nacionales. Asimismo, la participación de la comunidad y de los clientes en el diseño y el monitoreo de los proyectos ayudará a garantizar que se respeten los principios de servicios de calidad, incluida la atención respetuosa.

9.4.4 Cuestiones y poblaciones especiales

FÍSTULA OBSTÉTRICA

Se estima que más de 2 millones de mujeres sufren de fístula obstétrica no tratada y al menos 50 000 a 100 000 nuevas mujeres son afectadas cada año. La gran mayoría de los casos de fístula obstétrica son provocados por trabajo de parto prolongado o distocia, una de las principales causas directas de mortalidad y morbilidad materna.

Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben cerciorarse de que los programas nacionales para fístulas, si existen, lleguen a las comunidades de refugiados y de desplazados internos. Las estrategias de erradicación de la fístula incluyen prevención primaria, prevención secundaria, tratamiento y reinserción. La prevención primaria y secundaria incluye demorar el matrimonio y la concepción precoces, mejorar la nutrición de niñas y adolescentes, educar contra las prácticas tradicionales perjudiciales, aumentar la educación de mujeres y niñas, utilizar el partograma de manera correcta y sistemática, y mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, en especial las cesáreas.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Las complicaciones asociadas con la mutilación genital femenina en el embarazo pueden identificarse mediante la anamnesis y el examen pélvico durante la atención prenatal. En contextos en los cuales es común la escisión de parte o la totalidad de los genitales externos y la sutura/estrechamiento de la abertura vaginal (mutilación genital femenina tipo III), se debe hacer una revisión de rutina

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 9.3: DESARROLLO DE UNA GUÍA DE CAMPO PARA LA ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS

ORGANIZACIÓN: Save the Children y otros asociados

LUGAR: Sudán del Sur

INTRODUCCIÓN: En áreas afectadas por conflicto o inestabilidad política, persisten desenlaces clínicos relativamente deficientes para los recién nacidos. Reconociendo esta necesidad, Save the Children y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) llevaron adelante un esfuerzo interinstitucional para desarrollar la *Guía de campo para la salud del recién nacido en contextos humanitarios* (Guía de campo). Save the Children, en colaboración con Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Unicef, International Medical Corps (IMC) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, probaron la implementación de la Guía de campo en Sudán del Sur. Sudán del Sur es el país más reciente del mundo, creado tras décadas de guerra civil con una alta cantidad de desplazados internos y refugiados debido al conflicto renovado a nivel interno y en los países vecinos. La extensa historia de conflicto ha dado por resultado una fuerza laboral de salud limitada y cadenas de suministros médicos e infraestructura deficientes.

Los objetivos del estudio inicial fueron los siguientes:

- 1) ¿Qué factores influyen en la implementación de la Guía de campo entre los trabajadores de salud de International Medical Corps y el personal del programa a nivel de la comunidad y de los establecimientos de salud?
- 2) ¿Cuáles son las actitudes de los trabajadores de la salud hacia la adopción de prácticas para recién nacidos?
- 3) ¿Cuál es la asociación entre la intervención y los cambios en las prácticas de atención de recién nacidos al inicio y 5 meses después de la intervención?

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: El proyecto se implementó mediante centros dirigidos por ONG internacionales en los niveles comunitario, de centros de salud y de hospitales en contextos de campamentos de refugiados y desplazados internos. Las áreas de intervención clave fueron la provisión de insumos para atención de recién nacidos, capacitación de trabajadores de la salud comunitarios y de establecimientos, y supervisión y capacitación de administradores de programas. Entre las áreas transversales se incluyeron calidad de datos y cambios de comportamientos y comunicación.

RESULTADOS: Las evaluaciones iniciales y finales se realizaron utilizando un enfoque de métodos combinados. Los resultados indican mejoras en el conocimiento y las prácticas para trabajadores de la salud comunitarios y de establecimientos así como conocimientos y comportamiento de búsqueda de atención por parte de las madres.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Este proyecto reveló que 1) la provisión de servicios de atención de recién nacidos de calidad es viable; 2) existen actitudes positivas entre los trabajadores de la salud respecto de la importancia de las prácticas de atención de recién nacidos; 3) a menudo faltan medicamentos e insumos específicos para recién nacidos; y que 4) existe poco conocimiento entre las madres y los trabajadores de la salud comunitarios y de establecimientos sobre los signos de peligro en recién nacidos y las prácticas clave.

de la zona de la vulva durante la primera visita de atención prenatal. La apertura de la infibulación se realiza durante el segundo trimestre, después de brindar una orientación cuidadosa a la mujer y su pareja. Una vez que se ha abierto la infibulación, la episiotomía solo debe realizarse si resulta necesaria durante el trabajo de parto y si la mujer da su consentimiento informado.

Cuando una mujer con una mutilación genital femenina tipo III no abierta da a luz, es probable que la formación de tejido cicatricial rígido alrededor de la abertura vaginal provoque demoras en la segunda etapa del trabajo de parto, lo que puede poner en riesgo tanto a la madre como al bebé. Es posible que para un parto seguro sea necesaria una episiotomía anterior, que corte las infibulaciones cicatrizadas y posiblemente se extienda a episiotomías laterales. Otra posibilidad es que el bebé tenga que nacer por cesárea. Los proveedores deben estar capacitados para no volver a unir los labios con sutura después del parto; en cambio, deben suturar los bordes por separado de cada lado para evitar que vuelva a generarse una infibulación. Ambos miembros de la pareja deben recibir orientación sensible para entender y aceptar los cambios después de la desinfibulación.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MALARIA

La malaria es la causa del 2 % al 15 % de los casos de anemia en mujeres embarazadas en África, lo que da por resultado mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materna. La malaria también aumenta el riesgo de aborto espontáneo, nacimiento de mortinatos, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. Se estima que entre el 3 % y el 8 % de todas las muertes de niños pequeños pueden atribuirse a infección por malaria en la madre. Para prevenir la malaria en el embarazo:

- Aconseje a las mujeres que cubran puertas y ventanas para evitar que ingresen mosquitos a la habitación, que eviten salir después de que oscurezca o antes del amanecer y que utilicen repelentes en espiral para matar o ahuyentar los mosquitos
- Aliente a todas las mujeres embarazadas a dormir bajo mosquiteros para cama tratados con insecticida desde lo antes posible durante el embarazo y a continuar usándolos durante el período de posparto, junto con sus bebés. Los mosquiteros deben usarse toda la noche, todas las noches y cubrir toda la cama
- Proporcione tratamiento preventivo intermitente de mujeres embarazadas con sulfadoxina/pirimetamina en áreas de transmisión moderada a alta de malaria. El

tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina/pirimetamina debe iniciarse tan pronto como sea posible en el segundo trimestre. Lo ideal es administrar este tratamiento como terapia con observación directa y se recomienda administrarlo en cada visita de atención prenatal programada hasta el momento del parto, siempre que las dosis se den con intervalos de al menos un mes

- Evalúe a cada mujer embarazada con anemia y/o fiebre que haya estado expuesta a malaria y adminístrele tratamiento para la malaria según las directrices del país
- Se necesita un paquete de intervenciones integrado para prevenir la malaria, la carencia de hierro y la anemia en el embarazo. Para garantizar la efectividad del tratamiento preventivo intermitente con sulfadoxina/pirimetamina, la dosis de ácido fólico debe limitarse a menos de 5 mg. Preferentemente, utilice un complemento diario combinado de hierro 60 mg y ácido fólico 0,4 mg lo antes posible en el embarazo

DETECCIÓN DEL VIH/SIDA Y PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO

La detección del VIH y la prevención de la transmisión de madre a hijo son un componente esencial de los servicios integrales de salud materna y del recién nacido en muchos países. Se estima que 150 000 niños contrajeron VIH en 2015, más del 90 % de ellos por transmisión de madre a hijo. Sin tratamiento, alrededor de la mitad de estos niños VIH positivo morirán antes de cumplir los dos años. Sin intervención, el riesgo de transmisión de madre a hijo oscila entre el 15% y el 45 %. Con intervenciones específicas, el riesgo de transmisión puede reducirse a menos del 2 % en poblaciones sin lactancia y al 5 % en poblaciones con lactancia.

Consideraciones y principios clave de la prevención de la transmisión de madre a hijo:

- Ofrezca a todas las mujeres embarazadas orientación y pruebas de VIH voluntarias en la primera visita de atención prenatal. La terapia antirretroviral (TAR) debe iniciarse de inmediato en mujeres que obtienen un resultado positivo en la prueba por primera vez cuando ya están embarazadas, pues se recomienda iniciar la TAR en todos los adultos que viven con VIH independientemente del estadio clínico según la OMS y el recuento de células CD4. Preferentemente, las mujeres VIH positivo embarazadas deben iniciar el tratamiento de por vida, pero si esta opción no está disponible se debe seguir el protocolo nacional

- Las mujeres embarazadas y madres que se sabe que son VIH positivo deben recibir tratamiento antirretroviral de por vida o profilaxis con medicamentos antirretrovirales durante todo el embarazo y la lactancia
- Las madres que viven con VIH deben amamantar durante al menos 12 meses y pueden continuar amamantando por hasta 24 meses o más (de manera similar a la población general) mientras tengan pleno apoyo para el cumplimiento del régimen de TAR
- La clave para garantizar el apoyo dentro de las familias es involucrar a las parejas en los programas para la prevención de la transmisión de madre a hijo y brindar orientación para parejas y seguimiento continuo

Ver el capítulo 11 para consultar el régimen de TAR recomendado a las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

9.4.5 Coordinación y generación de vínculos

Se necesitan vínculos intersectoriales sólidos para prestar servicios integrales de salud materna y del recién nacido.

Conseguir y mantener servicios adecuados de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de atención de la salud es crítico para la prevención y el control de infecciones. Los establecimientos de atención de la salud limpios y seguros también mejoran la experiencia de la atención, la confianza en el sistema de salud y la demanda de servicios.

Los vínculos con programas de apoyo de salud y psicosocial también son esenciales. La depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental materna son una causa común de discapacidad durante el embarazo y después de este, que afectan la calidad de vida tanto de madres como de hijos.

Los vínculos con iniciativas de prevención y respuesta a la violencia de género (VG) también son esenciales. Las mujeres que sufren violencia durante sus embarazos podrían enfrentar una serie de complicaciones para la salud materna y del recién nacido. Las sobrevivientes de violencia de género necesitan atención integrada y completa que aborde sus necesidades legales, psicológicas y de salud, así como los obstáculos que enfrentan para acceder a los servicios. Los proveedores de atención de la salud tienen un rol importante en la prestación de atención y, en algunos casos, en la identificación de las personas que han sufrido violencia y en facilitar los vínculos con servicios de protección legal y social.

9.4.6 Incidencia

En ocasiones, los proveedores de servicios pueden enfrentar decisiones difíciles o dilemas al proporcionar información y servicios de salud materna y del recién nacido. La prestación de atención adecuada puede verse restringida por la legislación nacional, las normas sociales o culturales o las ideas médicas equivocadas. Por ejemplo, las leyes sobre la edad para contraer matrimonio pueden ser diferentes para niños y niñas, y las niñas, por lo tanto, pueden estar sujetas a matrimonio precoz y/o forzado. Las normas sociales pueden impedir que las mujeres dejen sus hogares para acudir a un establecimiento de salud en busca de servicios de salud materna y del recién nacido, o es posible que determinados grupos en un contexto humanitario (p. ej., refugiados y desplazados internos) no puedan acceder a servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia a través de programas patrocinados por el gobierno. Dichas normas, leyes y prácticas pueden contradecir los principios de derechos humanos internacionalmente aceptados. Los administradores de programas de SSR o proveedores de servicios pueden enfrentarse a dichos dilemas y deben conocer la postura de la agencia/organización sobre estas cuestiones. Esta información también debe incluirse en el análisis de la situación y de los posibles pasos por seguir.

Cuando están frente a una situación difícil, los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud o proveedores de servicios deben, ante todo, dar prioridad a la seguridad y la salud de la clienta y a su propia seguridad y la de los colegas. Los pasos a seguir pueden incluir:

- Hablar con un supervisor
- Analizar opciones con la clienta
- Averiguar si el organismo tiene actividades de incidencia respecto del tema y de qué manera se puede contribuir
- Analizar vínculos con organizaciones locales que puedan ayudar a la clienta y derivaciones a esas organizaciones
- Respetar la confidencialidad de la clienta y, al mismo tiempo, trabajar con colegas y otros proveedores de SSR para identificar de qué manera evitar tales situaciones o manejarlas en el futuro
- Plantear estas inquietudes en reuniones de coordinación de salud

9.5 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

La atención de maternidad respetuosa en contextos de crisis humanitaria es un derecho de la mujer, no un privilegio. Asegurar que las mujeres no solo estén satisfechas con sus experiencias de atención sino que tengan una buena experiencia de parto puede ser el catalizador para garantizar que sobrevivan y prosperen. Las experiencias de las mujeres con los servicios de salud materna y del recién nacido pueden empoderarlas y reconfortarlas, o pueden causarles daños duraderos y traumas emocionales. El maltrato de las mujeres en la atención de la maternidad es un problema mundial y socava los esfuerzos continuos por aumentar la asistencia de parto calificada. El maltrato es una cuestión compleja con muchos factores que lo favorecen, incluidos el propio sistema de salud y las desigualdades de género. Los esfuerzos para reducir el maltrato y promover la atención de maternidad respetuosa son fundamentales para mejorar la calidad de la atención.

La atención de maternidad respetuosa es un derecho humano universal que corresponde a todas las mujeres en edad reproductiva en todo sistema y ámbito de salud. Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva reconocidos en la Carta de Cuidado Materno Respetuoso incluyen:

- El derecho a no sufrir daños ni malos tratos, antes, durante y después del parto
- El derecho a la información, al consentimiento informado y la denegación, y el respeto de sus elecciones y preferencias (incluido el derecho a elegir quién la acompañará durante el trabajo de parto y el parto, cuando sea posible)
- El derecho a la privacidad y la confidencialidad antes, durante y después del parto
- El derecho a ser tratada con dignidad y respeto antes, durante y después del parto
- El derecho a la igualdad, a no sufrir discriminación y a una atención equitativa antes, durante y después del parto
- El derecho a la atención de la salud y al más alto nivel posible de salud, incluido el acceso a atención prenatal, de parto y de posparto para todas las madres y sus bebés y todas las medidas necesarias para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas y perinatales prevenibles

- El derecho a la libertad, la autonomía, la autodeterminación y a no ser objeto de coerción

El goce efectivo de otros derechos humanos, como el derecho a alimento suficiente, albergue, agua limpia, información y educación, también es clave para garantizar la supervivencia y la salud de madre e hijo.

9.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN

9.6.1 Disponibilidad y utilización de servicios de salud materna y del recién nacido

El monitoreo continuo de servicios de salud materna y del recién nacido es esencial para comprender las necesidades de las mujeres y de los recién nacidos en la fase de emergencia aguda, y si sus necesidades están siendo cubiertas a medida que las actividades de respuesta avanzan hacia la prestación de servicios integrales de salud materna y del recién nacido. Los datos requeridos para el monitoreo pueden obtenerse a través de diversos mecanismos, que se explican con mayor detalle en el capítulo 5.

En la fase de emergencia aguda, la atención obstétrica y neonatal de emergencia, la atención neonatal esencial y los canales de derivación son áreas sumamente sensibles que deben evaluarse y monitorearse. A medida que los programas cambian por servicios integrales de salud materna y del recién nacido, el monitoreo debe dejar atrás el seguimiento de la disponibilidad de servicios y comenzar a evaluar la utilización y la calidad de los servicios proporcionados. Los datos relacionados con atención prenatal de rutina, atención durante el parto, atención posnatal y la fuerza laboral se reunirán, en la mayoría de los casos, mediante sistemas dependientes de los establecimientos. Los registros y las planillas de informes agrupados deben estandarizarse y simplificarse en la mayor medida posible. Es importante minimizar la carga de los esfuerzos de monitoreo exigiendo únicamente la recolección de datos que se utilizarán para tomar decisiones clínicas y programáticas.

Monitorear la existencia y la funcionalidad de canales de derivación es también clave para proporcionar servicios de salud materna y del recién nacido de calidad tras una emergencia. Cuando sea posible, la información sobre derivaciones recibidas y realizadas debe ser recolectada por los establecimientos (mediante registros o formularios de derivación). Las evaluaciones de los sistemas de derivaciones requerirán colaboración con todos los establecimientos

de salud en funcionamiento e investigación de todos los requisitos para un sistema de derivaciones funcional. Esto incluirá mapeo de establecimientos, conocimiento de las capacidades de cada establecimiento, opciones de transporte y canales de comunicación.

9.6.2 Calidad de los servicios de salud materna y del recién nacido

La calidad de los servicios de salud materna y del recién nacido es un área en la que el interés de las ONG y los proveedores de fondos por evaluarla y monitorearla es cada vez mayor. La calidad se refiere tanto a la atención que se proporciona como a la experiencia de atención, que puede incluir la perspectiva del proveedor y del cliente. Hay muchos aspectos de la calidad de la atención a los que puede darse seguimiento, desde el uso adecuado de intervenciones clínicas hasta la satisfacción del cliente, y los aspectos que pueden monitorearse serán determinados por los objetivos del programa. Para obtener datos relacionados con la calidad del servicio, los administradores de programas pueden utilizar registros de los establecimientos, pero también deberán utilizar otros medios de recolección de datos que pueden incluir entrevistas con clientes y proveedores, evaluaciones de establecimientos, observaciones directas de servicios, y grupos focales con clientes y/o proveedores.

VIGILANCIA DE LAS MUERTES MATERNAS Y PERINATALES Y RESPUESTA

Las auditorías de mortalidad y las revisiones de incidentes de seguridad del paciente sin daño son herramientas que pueden utilizarse para evaluar la calidad de la atención. Las revisiones de muertes maternas, mortinatos y muertes neonatales, así como los casos en que la mujer o el bebé casi mueren, se utilizan para identificar los factores que conducen a las complicaciones o la muerte. También ayudan a identificar fallas en el sistema de salud y pueden inspirar soluciones locales para prevenir esas complicaciones o muertes en el futuro. Hay varias técnicas diferentes que pueden utilizarse para realizar auditorías de mortalidad materna y perinatal y revisiones de incidentes de seguridad del paciente sin daño como parte de un programa integral de salud materna y del recién nacido. Es sumamente importante comenzar las evaluaciones entendiendo que no se registrarán nombres y que no se atribuirán culpas. Este proceso de auditoría de mortalidad y retroalimentación, si se combina con un plan de acción y objetivos claros, muestra mayor impacto y resultados en las prácticas de atención de la salud que otras estrategias de mejora de la calidad.

9.6.3 Indicadores de prioridad para el monitoreo de servicios de salud materna y del recién nacido en contextos humanitarios

Hay muchos indicadores relacionados con la salud materna y del recién nacido que pueden utilizarse para monitorear la implementación y el avance del programa. En contextos de emergencia, la recolección de datos y los esfuerzos de monitoreo deben limitarse a la información necesaria y específica de las actividades y metas del programa. A continuación se incluyen los 11 principales indicadores recomendados para los esfuerzos de monitoreo.

PORCENTAJE DE MUJERES EMBARAZADAS QUE HAN TENIDO AL MENOS 4 VISITAS PRENATALES DURANTE EL EMBARAZO

- **Definición:** Cantidad de mujeres que dan a luz que recibieron atención prenatal de un proveedor calificado 4 o más veces durante el embarazo dividida por la cantidad total de nacimientos con vida en un determinado período
- **Finalidad/fundamento:** La cobertura de atención prenatal es el indicador recomendado para el acceso a la atención durante el embarazo
- **Métodos y consideraciones para la recolección de datos:** Los datos pueden recolectarse de encuestas de hogares representativas. En algunos contextos, también pueden usarse los datos y sistemas de registros vitales de los establecimientos

TASA DE ASISTENCIA DE PARTO CALIFICADA

- **Definición:** Porcentaje de nacimientos con vida asistidos por personal calificado en un determinado período (cantidad de nacimientos atendidos por médicos/personal de enfermería/parteras capacitados en provisión de atención obstétrica y neonatal dividida por la cantidad total de nacimientos con vida en el mismo período)
- **Finalidad/fundamento:** La mayoría de las muertes maternas no relacionadas con abortos ocurren durante el trabajo de parto y el parto o dentro de los primeros días después de dar a luz. La tasa de asistencia de parto calificada es el indicador recomendado para el acceso a la atención vital durante el parto
- **Métodos y consideraciones para la recolección de datos:** Los datos pueden recolectarse de encuestas

de hogares representativas o de sistemas de vigilancia demográfica/sanitaria. En algunos contextos, también pueden usarse los datos y sistemas de registros vitales de los establecimientos

PORCENTAJE DE MUJERES/NIÑAS QUE DAN A LUZ EN UN ESTABLECIMIENTO QUE RECIBEN UN UTEROTÓNICO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO PARA LA PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS POSPARTO

- **Definición:** Cantidad de mujeres que recibieron un uterotónico (oxitocina o misoprostol) en la tercera etapa del trabajo de parto dividida por la cantidad total de mujeres que dieron a luz en el mismo período
- **Finalidad/fundamento:** La hemorragia posparto es la principal causa de mortalidad materna en países de bajos ingresos y la causa primaria de casi una cuarta parte de las muertes maternas a nivel mundial. La administración de un uterotónico inmediatamente después del parto es el indicador recomendado para calidad de la atención durante el parto
- **Métodos y consideraciones para la recolección de datos:** Se deben recolectar datos de los registros de los establecimientos

PORCENTAJE DE DÍADAS MADRE-HIJO QUE RECIBEN ATENCIÓN POSNATAL DENTRO DE LOS DOS DÍAS DEL PARTO

- **Definición:** Cantidad de mujeres/niñas y sus bebés que recibieron atención posnatal dentro de los dos días del parto dividida por la cantidad total de mujeres/niñas con un nacimiento con vida en un determinado período
- **Finalidad/fundamento:** La atención posnatal temprana es fundamental para la detección de complicaciones en mujeres en período de posparto y sus bebés recién nacidos. La cobertura de atención posnatal es el indicador recomendado para el acceso a atención posnatal
- **Métodos y consideraciones para la recolección de datos:** Los datos pueden recolectarse de encuestas de hogares representativas. En algunos contextos, también pueden usarse registros de los establecimientos

DISPONIBILIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y NEONATAL DE EMERGENCIA

- **Definición:** La cantidad de establecimientos que

proporcionaron servicios obstétricos básicos e integrales (conocidos como funciones fundamentales) al menos una vez en los 3 meses anteriores por cada 500 000 personas de la población

- **Finalidad/fundamento:** Este indicador demuestra la disponibilidad de servicios de atención obstétrica vital. Tiene por objeto reflejar de qué manera están funcionando realmente los establecimientos y no cómo se supone que deben funcionar
- **Métodos y consideraciones para la recolección de datos:** Los datos pueden recolectarse de encuestas de establecimientos que estudian los registros médicos o estadísticas de servicio. Las entrevistas con personal idóneo que asiste a pacientes obstétricas son una segunda fuente de información, aunque posiblemente más sesgada que los registros escritos

CESÁREAS COMO PROPORCIÓN DE TODOS LOS NACIMIENTOS

- **Definición:** Cantidad de nacimientos con vida en un establecimiento mediante parto por cesárea dividida por la cantidad de nacimientos con vida en un establecimiento en un determinado momento
- **Fundamento:** Este indicador es un marcador de la atención obstétrica de emergencia integral y proporciona información tanto de la atención materna como del recién nacido. Si el porcentaje es alto (rango esperado 5 %-15 %), puede significar que hay uso de cesáreas no indicadas. Cuando está agrupado por establecimiento, también puede poner de manifiesto desigualdades de recursos humanos, capacitación y equipos/insumos
- **Recolección de datos:** Se deben recolectar datos de registros de establecimientos. Se debe incluir a las mujeres que son trasladadas a establecimientos de salud que atienden derivaciones debido a complicaciones obstétricas, aunque la capacidad para obtener esos datos dependerá de la solidez del sistema de derivaciones

TASA DE FATALIDAD POR CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRECTAS (O TASA DE MORTALIDAD MATERNA INSTITUCIONAL SI NO PUEDE CONFIRMARSE LA CAUSA DE MUERTE)

- **Definición:** Cantidad de mujeres que dan a luz en un establecimiento que mueren antes del alta debido a causas obstétricas directas dividida por la cantidad

total de mujeres que dan a luz en el establecimiento en un determinado momento

- Finalidad/fundamento: Las muertes maternas son eventos no habituales, y es posible que no resulte práctico llevar a cabo encuestas a gran escala para estimar la mortalidad materna a nivel de población. La tasa de fatalidad por causas obstétricas directas es un indicador recomendado de la disponibilidad y la calidad de la atención de emergencia
- Métodos y consideraciones para la recolección de datos: Los datos se deben recolectar de registros de los establecimientos

TASA DE MORTINATOS

- Definición: Cantidad de bebés nacidos después de 28 semanas de gestación sin signos vitales dividida por la cantidad total de nacimientos en un determinado período
- Finalidad/fundamento: La tasa de mortinatos es un indicador importante de la calidad de la atención durante el parto
- Métodos y consideraciones para la recolección de datos: Los datos se deben recolectar de registros de los establecimientos

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (ANTES DEL ALTA)

- Definición: Cantidad de bebés nacidos en un establecimiento que mueren durante las primeras 24 horas de vida (o antes del alta si permanecen menos de 24 horas) dividida por la cantidad total de nacimientos con vida en el establecimiento en un determinado período
- Finalidad/fundamento: En todo el mundo, aproximadamente 2 millones de bebés mueren cada día

cerca del momento del parto. Las muertes neonatales precoces incluyen neonatos nacidos a término que no pudieron ser reanimados, para los que no había medios disponibles para la reanimación o que tenían un traumatismo de nacimiento específico, cuando la muerte ocurrió dentro de las 24 horas del parto

- Métodos y consideraciones para la recolección de datos: Los datos se deben recolectar de registros de los establecimientos

TASA DE REANIMACIÓN NEONATAL

- Definición: Cantidad de bebés reanimados con éxito dividida por la cantidad de bebés nacidos en un establecimiento en un determinado período que no respiran/lloran al nacer.
- Métodos y consideraciones para la recolección de datos: Los datos se deben recolectar de registros de los establecimientos

PROPORCIÓN DE BEBÉS CON BAJO PESO AL NACER

- Definición: Cantidad de bebés nacidos con peso por debajo de 2500 gramos dividida por la cantidad total de nacimientos con vida en un determinado período.
- Finalidad/fundamento: El bajo peso al nacer es resultado de un nacimiento prematuro, o bien, de crecimiento fetal restringido. Los riesgos de mortalidad neonatal son significativamente más altos entre bebés con bajo peso al nacer.
- Métodos y consideraciones para la recolección de datos: Los datos se deben recolectar de registros de los establecimientos

9.7 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

American Academy of Pediatrics. (2011). *Guide for Implementation of Helping Babies Breathe: Strengthening neonatal resuscitation in sustainable programs of essential newborn care*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. Extraído de: https://www.aap.org/en-us/Documents/hbs_implementationguide_english.pdf

Acnur. (2015). *Operational Guidelines on Improving Newborn Health in Refugee Operations*. Extraído de: <http://www.unhcr.org/protection/health/54bd0dc49/operational-guidelines-improving-newborn-health-refugee-operations.html>

Dao, B. (2012). *Guidelines for In-Service Training in Basic and Comprehensive Emergency Obstetric and Newborn Care*. Baltimore, Maryland: Jhpiego. Extraído de: http://reprolineplus.org/system/files/resources/Guidelines_for_Basic_and_Comprehensive_InService_Final.pdf

ENN (2017). *Alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en emergencias*. Extraído de: https://www.ennonline.net/attachments/3218/Ops_IFE_Spanish_WEB.pdf

Jhpiego. (2015). *Ayudando a las Madres a Sobrevivir Sangrado después del Parto Guía del Proveedor: Aprendizaje y Práctica en Equipo*. Jhpiego. Extraído de: <http://reprolineplus.org/resources/HMS-Spanish>

Jhpiego. (2016). *Uterine Balloon Tamponade Learning Resource Package & Job Aid*. Extraído de: <http://reprolineplus.org/resources/Uterine-Balloon-Tamponade-LRP>

Iniciativa del Presidente contra la Malaria, CDC, MCHIP y MCSP. (2017). *Treatment of Uncomplicated Malaria among Women of Reproductive Age*. Extraído de: https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2015/12/MIP_JobAid_Formatted_English.pdf

OMS. (2013). *Maternal Death Surveillance and Response: Technical Guidance - Information for Action to Prevent Maternal Death*. Ginebra, Suiza. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87340/1/9789241506083_eng.pdf?ua=1

OMS. (2016a). *Making Every Baby Count: Audit and Review of Stillbirths and Neonatal Deaths*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249523/1/9789241511223-eng.pdf?ua=1>

OMS. (2016b). *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*.

OMS, UNFPA y UNICEF. (2003). *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42753/1/9241546220.pdf>

OMS, UNFPA y UNICEF. (2015). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice* (tercera edición). Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf?ua=1>

OMS, UNFPA, UNICEF y Mailman School of Public Health Averting Maternal Death and Disability (AMDD). (2009). *Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44559/9789243547732_spa.pdf?sequence=1

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, OMS y The Aga Kahn University. (2011). *Intervenciones, Productos y Directrices Esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. Ginebra, Suiza: La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. Extraído de: https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/20120321_essential_interventions_sp.pdf?ua=1

UNICEF y UNFPA. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*. (OMS, Ed.) (segunda edición). Ginebra, Suiza. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>

CAPÍTULO 10

VIOLENCIA DE GÉNERO

- 10.1 Introducción
 - 10.2 Objetivos
 - 10.3 Programación relativa a la violencia de género
 - 10.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
 - 10.3.2 Evaluación de necesidades
 - 10.3.3 Consideraciones sobre programación para personas sobrevivientes de violencia de género
 - 10.3.4 Consideraciones de apoyo psicosocial para personas sobrevivientes de violencia de género
 - 10.3.5 Coordinación y generación de vínculos
 - 10.3.6 Incidencia
 - 10.4 Consideraciones legales y de derechos humanos
 - 10.4.1 Principios rectores
 - 10.4.2 Desafíos y oportunidades
 - 10.5 Monitoreo y evaluación
 - 10.6 Otros materiales de lectura y recursos
-

10.1 INTRODUCCIÓN

La violencia de género es una expresión genérica que se refiere a cualquier acto perjudicial que se comete contra la voluntad de una persona y que se basa en diferencias (de género) atribuidas socialmente entre hombres y mujeres. Incluye actos que infligen daño o sufrimiento físico, sexual o psíquico, amenazas de tales actos, coerción y otras privaciones de la libertad. Estos actos pueden ocurrir en público o en privado.

La expresión “violencia de género” (a veces llamada “violencia sexual y de género”) hace hincapié en la dimensión de género que tienen este tipo de actos. En otras palabras, resalta la relación que existe entre el papel subordinado de las mujeres en la sociedad y su mayor vulnerabilidad frente a la violencia. Las mujeres y las niñas son las más afectadas por la violencia de género y, por lo tanto, las expresiones “violencia de género” y “violencia contra las mujeres” suelen utilizarse indistintamente. Sin embargo, la violencia contra hombres y niños también puede ser de género o sexual, en especial, cuando son objeto de tortura o detención o cuando están obligados a participar como niños soldados. Además, la expresión “violencia de género” también puede usarse para

hacer referencia a violencia contra personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales (LGBTQIA), quienes enfrentan riesgos debido a que muchos consideran que desafían las normas sexuales y de género establecidas por la sociedad, y a quienes también se hace referencia como personas de género no conforme.

La violencia de género incluye:

- Violencia sexual, incluidas violaciones, abuso sexual, explotación sexual y prostitución forzada
- Violencia doméstica e infligida por la pareja
- Matrimonio infantil, precoz y forzado
- Prácticas tradicionales perjudiciales, como mutilación genital femenina, los denominados crímenes “de honor” y el levirato

- Trata de personas, incluida trata con fines de explotación sexual, tráfico de menores y trata con fines de explotación laboral
- Denegación de recursos y falta de oportunidades por razones de género, orientación sexual o identidad de género
- Actos perjudiciales sobre la base de la orientación sexual o la identidad de género

Los actos de violencia de género violan diversos derechos humanos universales protegidos por instrumentos y convenios internacionales. Muchas formas de violencia de género constituyen actos ilegales y delictivos en virtud de leyes y políticas nacionales, aunque el contenido y la forma de implementación de tales instrumentos pueden variar según el país. Si bien la responsabilidad por la violencia de género recae en el grupo de protección, la prevención de la

RECUADRO 10.1: VIOLENCIA DE GÉNERO: ALGUNAS DEFINICIONES

VIOLENCIA SEXUAL

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. La violencia sexual incluye:

- **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, 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 inequitativas o coercitivas.
- **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.

VIOLENCIA DOMÉSTICA Y VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA

La violencia doméstica se produce entre parejas actuales o anteriores (cónyuges, novios/novias) así como entre familiares (p. ej., suegras y nueras). La violencia doméstica puede incluir abuso sexual, físico y psicológico. Otros términos que se usan para hacer referencia a la violencia doméstica cometida por una pareja son, por ejemplo, “abuso conyugal” y “maltrato conyugal”.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La mutilación genital femenina abarca todos los procedimientos que conllevan una resección parcial o total de los genitales externos femeninos u otra lesión causada a tales órganos por motivos no médicos. A veces, estas prácticas se denominan “circuncisión femenina” o “mutilación genital femenina”.

MATRIMONIO PRECOZ FORZADO

Se produce cuando los padres u otras personas arreglan que un menor se case con alguien y lo obligan a hacerlo. Es forzado cuando, por ejemplo, se presiona a un menor para que se case o se le ordena hacerlo, y puede estar relacionado con dotes u otros motivos. El matrimonio forzado es una forma de violencia de género porque al menor no se le permite tomar una decisión informada o no tiene la edad suficiente para hacerlo.

violencia sexual, en especial, en cuanto a facilitar acceso seguro a atención de la salud y a atención para personas sobrevivientes de violencia sexual, así como a otra atención de salud médica y mental, corresponde al sector/grupo de salud.

Las consecuencias de la violencia de género pueden ser inmediatas o a largo plazo, y ser resultado directo de los actos violentos o tener efectos secundarios a largo plazo:

- Las consecuencias físicas pueden ser desde lesiones relativamente menores hasta lesiones graves que
- Las consecuencias psicológicas pueden incluir ansiedad, como trastorno de estrés postraumático,

RECUADRO 10.2: VIOLENCIA DE GÉNERO EN CONTEXTOS DE CRISIS HUMANITARIA

- Durante 2013, en la República Democrática del Congo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), en coordinación con socios, prestó servicios a 12 247 sobrevivientes de violencia de género; 3827, o aproximadamente el 30 %, eran niños, de los cuales 3748 eran de sexo femenino y 79 de sexo masculino.
- En Pakistán, tras las inundaciones de 2011, el 52 % de las comunidades entrevistadas denunciaron que la privacidad y seguridad de mujeres y niñas era una inquietud clave. En una evaluación rápida de protección realizada en 2012 a desplazados internos afectados por conflictos, las comunidades entrevistadas informaron que muchas mujeres y niñas enfrentaban situaciones agravadas de violencia doméstica, matrimonio forzado, matrimonio precoz e intercambios matrimoniales, además de otros casos de violencia de género.
- En Afganistán, surgió de una encuesta a hogares realizada en 2008 que el 87,2 % de las mujeres indicaron haber sido objeto de alguna forma de violencia durante su vida y el 62% de varias formas de violencia.
- En Liberia, según una encuesta a 1666 adultos, el 32,6 % de los hombres combatientes experimentaron violencia sexual, mientras que el 16,5% fueron forzados a trabajar como sirvientes sexuales. De una muestra de 388 mujeres refugiadas liberianas en campamentos de Sierra Leona, el 74 % denunció haber sido objeto de abusos antes de su desplazamiento; y el 55 % experimentó violencia sexual durante el desplazamiento.
- De las 64 mujeres con discapacidad entrevistadas en Uganda del Norte luego del conflicto, un tercio denunció haber experimentado algún tipo de violencia de género y muchas tuvieron hijos como consecuencia de la violación.
- En la evaluación de 2011, jóvenes adolescentes somalíes en el complejo de refugiados de Dadas de Kenia explicaron que en muchos sentidos se encuentran “bajo ataque” de violencia, que incluye acoso verbal y físico, explotación y abuso sexuales vinculados con la satisfacción de sus necesidades básicas, y violación sexual, incluso en público y por parte de múltiples agresores. Las niñas indicaron sentirse especialmente vulnerables frente a la violencia al acceder a los escasos servicios y recursos, como puntos de agua, o cuando recogían leña fuera de los campamentos.
- En Mali, las hijas de familias desplazadas desde el norte (donde la mutilación genital femenina no es una práctica tradicional) vivían en comunidades de acogida en el sur (donde la mutilación genital femenina es común). Muchas de estas niñas sufrían ostracismo por no haber sido sometidas a esa práctica; por lo tanto, algunas familias procedentes del norte se sentían presionadas a realizar tal mutilación en sus hijas.
- Se indicó ampliamente que la violencia doméstica había aumentado tras el tsunami del océano Índico de 2004. Una ONG informó que los casos que se les presentaban se habían triplicado. Estudios de los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda y Australia también sugieren un aumento significativo en la violencia infligida por la pareja que se relaciona con desastres naturales.
- La investigación que llevó adelante la Unidad de Documentación de Derechos Humanos y la Unión de Mujeres Birmanas en 2000 concluyó que alrededor de 40 000 mujeres birmanas son objeto de trata cada año en fábricas y burdeles de Tailandia y como trabajadoras domésticas.
- El sistema de gestión de información sobre violencia de género, que se inició en Colombia en 2011 con el objetivo de mejorar el acceso de los sobrevivientes a atención, ha recabado datos de los incidentes de violencia de género de 7 municipios. A mediados de 2014, 3499 mujeres (92,6 % de las cuales tenían 18 años o más) y 437 hombres (91,8 % de los cuales tenían 18 años o más) fueron registrados en el sistema de gestión de información sobre violencia de género. De esa cantidad, 3000 recibieron asistencia.

depresión, sentimientos de inferioridad, desconfianza, miedo, mayor consumo y abuso de sustancias, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, disfunción sexual, y suicidio y autolesiones

- La violencia de género también tiene un gran impacto en la salud social de la persona y de la comunidad en cuanto a estigmatización, aislamiento y rechazo de las personas sobrevivientes y de los niños nacidos como consecuencia de violaciones (incluso por parte de maridos y familias), pérdidas del ingreso potencial de las mujeres, interrupción de la educación de adolescentes y homicidios (p. ej., los denominados crímenes “de honor” e infanticidio femenino)

Si bien la violencia de género es una cuestión mundial, la índole y el alcance de los tipos específicos de violencia de género varían según los países y las regiones. A menudo no se denuncia, aunque se han documentado varias formas de violencia de género durante crisis humanitarias y debe presumirse que ese tipo de violencia se produce desde el inicio de una crisis, independientemente de que existan o no datos sobre prevalencia.

Puede existir violencia de género en cualquier momento de la vida (ver el gráfico 10.1). Algunas personas son más vulnerables que otras según el grupo de identidad del que formen parte.



10.2 OBJETIVOS

Este capítulo se concentra en la responsabilidad que tienen los coordinadores de salud sexual y reproductiva (SSR), los administradores de programas de SSR y los proveedores de servicios de prevenir consecuencias de salud relacionadas con la violencia de género y de responder a ellas. El objetivo de este capítulo es ayudar a tales personas a comprender lo siguiente:

- Las distintas formas en que puede expresarse la violencia de género y afectar a distintas subpoblaciones
- Los roles y responsabilidades del sector de salud para responder a la violencia de género en contextos de crisis humanitaria
- El enfoque multisectorial para prevenir la violencia de género y responder a ella
- De qué manera colaborar para integrar los elementos de prevención de la violencia de género y de respuesta a ella en el sector/grupo de salud

10.3 PROGRAMACIÓN RELATIVA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

10.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

A menudo, los servicios de salud son el primer (y a veces el único) punto de contacto de las personas sobrevivientes que buscan ayuda por violencia de género. Desde que se inicia una emergencia, los actores de salud deben trabajar para prevenir y proporcionar atención clínica a personas sobrevivientes de violencia sexual, de acuerdo con el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM). El PSIM tiene como objetivo fundamental prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes. Las actividades prioritarias se concentran en lo siguiente: 1) trabajar con otros grupos, en especial, el subgrupo 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 violencia sexual; 2) prestar atención clínica y hacer derivaciones a otros servicios de apoyo que se ofrezcan para quienes sobrevivan a actos de violencia sexual; y 3) 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.

Tan pronto como sea posible, debe equiparse a los actores del sector de salud con lo necesario para brindar atención clínica a las personas sobrevivientes de todo tipo de violencia de género y para realizar las derivaciones necesarias a otros servicios pertinentes. Para poder brindar servicios de atención de la salud accesibles y de calidad a las personas sobrevivientes de violencia de género, es esencial garantizar que tales servicios se presten de manera segura, confidencial, con respeto por la dignidad de la persona y sin discriminación, teniendo en cuenta el género, la edad y las necesidades específicas del sobreviviente.

10.3.2 Evaluación de necesidades

Si bien las evaluaciones son fundamentales para el diseño y la implementación del programa, no son un requisito preliminar para la implementación de algunas medidas esenciales de prevención y mitigación de la violencia de género y de respuesta a ella antes del inicio de la emergencia o desde que esta comienza. Pueden llevarse adelante muchas intervenciones para reducir los riesgos sin necesidad de realizar una evaluación. Por ejemplo, los actores del sector de la salud pueden implementar el PSIM al inicio de cada emergencia.

Para planificar la prestación de servicios de SSR integrales, deben integrarse las consideraciones sobre violencia de género en las evaluaciones de necesidades. Dentro del marco multisectorial, los coordinadores de SSR y los administradores de programas de SSR forman parte del sector/grupo de salud y deben colaborar con actores de otros sectores o grupos que participen en la programación en materia de violencia sexual, a fin de recabar la siguiente información:

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Grado de concientización acerca de las consecuencias de salud que tiene la violencia de género y cuándo y dónde se puede acceder a servicios de salud pertinentes
- Grado de concientización respecto de los servicios y recursos relacionados con la violencia de género en las poblaciones en riesgo

EN EL ÁMBITO DEL PROGRAMA

- Actores locales e internacionales que trabajan en materia de violencia de género
- Existencia de procedimientos operativos, protocolos,

prácticas y formularios de denuncia nacionales, multisectoriales e interinstitucionales

- Ubicación y tipo de servicios que brindan atención a personas sobrevivientes de violencia de género (de salud, comunitarios, de apoyo, sociales, psicológicos, legales)
- Alcance del cumplimiento de las normas éticas y de seguridad en los servicios de salud (seguridad, privacidad, confidencialidad, respeto)
- Necesidades de capacitación del personal y de los proveedores de atención de la salud de los programas de SSR
- Disponibilidad de insumos para atender a personas sobrevivientes de violencia sexual, incluidos anticonceptivos de emergencia (AE), profilaxis posterior a la exposición (PPE), y medicamentos y equipos de aspiración de vacío para atención de abortos seguros en la máxima medida que lo admite la ley
- Datos sobre violencia de género recabados en los establecimientos

EN EL ÁMBITO NACIONAL

- Protocolos nacionales relacionados con la atención médica de la violencia de género y las derivaciones por ese tema
- Leyes nacionales relacionadas con la violencia de género y tipos de violencia de género mencionados
- Planes y políticas nacionales para eliminar la violencia de género. ¿Qué tipos de violencia de género aborda el programa?
- Definición legal de violación sexual. Edad legal de consentimiento para la actividad sexual. ¿Es diferente para niños y niñas?
- Leyes sobre denuncia obligatoria en casos de abuso sexual y agresión sexual
- Leyes nacionales sobre el aborto en el contexto de la violación y el incesto
- Grupos de proveedores de servicios de salud autorizados a recabar evidencia forense y variedad de evidencia forense admisible judicialmente

Se sabe que en casi todas partes del mundo se denuncia un número de casos de violencia de género, y en especial, de violencia sexual muy inferior al real. Las personas sobrevivientes temen sufrir posibles consecuencias

sociales, físicas, psicológicas o legales perjudiciales si revelan lo que les sucedió. Y es aún menos probable que lo hagan en contextos caracterizados por inestabilidad, inseguridad, pérdida de autonomía, subversión de la ley y el orden, y alteración generalizada de los sistemas de contención comunitarios y familiares. Todo dato disponible, en cualquier entorno, sobre denuncias de violencia de género obtenido de la policía, fuentes judiciales, de salud o de otras fuentes representará solo una pequeña proporción de sobrevivientes que eligen denunciar ellos mismos el acto violento, pero esos datos no deben usarse para establecer la prevalencia ni la incidencia ni para sacar conclusiones sobre tipos comunes de violencia de género.

Toda consulta sobre violencia sexual y otras formas de violencia de género debe diseñarse y llevarse a cabo comprendiendo la situación y teniendo en cuenta de qué forma se usará la información, quiénes la consultarán, de qué manera se informará, a quiénes y con qué fin, y quiénes se beneficiarán con ella. Tenga en cuenta en todo momento cuestiones éticas y de seguridad al participar en la recabación, análisis y presentación de informes acerca de información sobre violencia de género.

10.3.3 Consideraciones sobre programación para personas sobrevivientes de violencia de género

Los enfoques acerca de la programación de salud destinados a prevenir y mitigar la violencia de género y responder a ella deben adaptarse según la naturaleza variable de las emergencias (incluida la creciente urbanización de las poblaciones desplazadas internamente, de migrantes y de refugiados), las emergencias prolongadas, en especial en Estados frágiles, y a emergencias tanto que se gestan de manera paulatina como que surjan repentinamente. Además, deben analizarse y abordarse estrategias para cubrir contextos que no sean campamentos, áreas rurales y lugares más inaccesibles (p. ej., áreas bajo asedio o contextos de alta seguridad) y para acceder a ellos. En la tabla 10.1 se muestran las acciones clave para prevenir la violencia de género y responder a ella en distintas etapas de una emergencia.

Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben cerciorarse de que los proveedores de servicios estén capacitados para brindar atención clínica competente, confidencial y compasiva a las personas sobrevivientes de violencia sexual y que cuenten con insumos para hacerlo. En esta sección se describen distintos tipos de violencia de género y sus consecuencias de SSR, así como estrategias de prevención y respuesta específicas.

RECOMENDACIONES ÉTICAS, METODOLÓGICAS Y SOBRE SEGURIDAD PARA DOCUMENTAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN SOBRE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DENUNCIADOS A LOS SERVICIOS DE SSR

CUÁNDO DOCUMENTAR INFORMACIÓN

- Antes de comenzar cualquier actividad en la que las personas puedan revelar información sobre sus experiencias de violencia de género deben existir servicios de atención básica y de apoyo para sobrevivientes
- La seguridad física y material de los proveedores de servicios que participen en la recabación de información sobre violencia de género es de fundamental importancia y debe monitorearse continuamente, en especial, en contextos de crisis humanitaria
- La confidencialidad de las personas que proporcionan información sobre violencia de género debe protegerse en todo momento, y esas personas deben brindar su consentimiento informado antes de que su información sea documentada
- Los proveedores de SSR que atiendan a sobrevivientes de violencia de género deben ser elegidos con cuidado y se les debe proporcionar capacitación relevante y suficiente así como apoyo permanente
- El personal debe estar capacitado en protocolos de protección de datos y debe responder por su cumplimiento
- Deben implementarse otras garantías si hay niños o niñas (es decir, menores de 18 años) involucrados

CUÁNDO COMPARTIR DATOS

- Tenga presente quiénes son los destinatarios y el posible uso de los datos, y ofrezca orientación acerca de la interpretación de los datos
- Proporcione el contexto de todos los datos informados. Si la conoce y es seguro hacerlo, proporcione información sobre los campamentos/clínicas/distritos en donde se denunciaron los casos. Sea específico, p. ej., “casos denunciados en X (cantidad) establecimientos de salud”
- Solo proporcione una descripción integral del incidente si esta no puede vincularse con sobrevivientes específicos (la fecha y lugar precisos, la información de la víctima, su origen étnico, edad, sexo, y las conclusiones médicas solo deben incluirse si es seguro hacerlo)
- Proporcione cualquier otra información que pueda haber contribuido a que se produjeran cambios en la cantidad de casos denunciados con respecto al período de información anterior. Por ejemplo, mayor cantidad de servicios disponibles, campañas de información pública, aumento en la cantidad de ataques violentos. Cuando sea posible, debe recabarse información sobre cuándo se produjeron los incidentes, y la información debe presentarse junto con los números totales
- Identifique todas las tablas e informes de manera apropiada a fin de evitar que se saque la información de contexto

VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual adopta muchas formas e incluye la violación, el acoso sexual, los embarazos/abortos forzados, la explotación sexual y la trata con fines sexuales. Por lo general, se entiende que violencia sexual es cualquier tipo de acto sexual no consentido, intento por obtener un acto sexual, comentarios sexuales no deseados o propuestas relacionadas con la sexualidad de una persona.

Las personas desplazadas o que viven en contextos de conflicto u otro tipo de emergencia son más vulnerables a la violencia sexual. Para estas poblaciones, la violencia puede producirse dentro de un contexto bélico o de conflicto, durante el tránsito y desplazamiento, y en el campamento o asentamiento. Debido a la crisis de las estructuras familiares y sociales y a los cambios en las estructuras de aplicación de la ley y de protección, la pérdida de viviendas seguras, oportunidades económicas limitadas y la inestabilidad, las

poblaciones afectadas por situaciones de conflicto o de crisis enfrentan un mayor riesgo de que personas conocidas o no aprovechen la situación para cometer actos de violencia sexual. Además, en algunos contextos de conflicto o posteriores al conflicto, la violencia sexual se utiliza como táctica de guerra. Se calcula que más de 1 cada 5 mujeres/niñas experimentan en el curso de su vida alguna situación de violencia sexual durante el desplazamiento. Probablemente, este cálculo sea inferior al real, en parte debido al desconocimiento de los servicios disponibles y a la estigmatización relacionada con la denuncia de estas violaciones.

Se espera que los establecimientos de salud en contextos de crisis humanitaria, por lo menos, establezcan atención clínica básica de acuerdo con las directrices del PSIM y que realicen derivaciones a servicios psicosociales y de protección para personas sobrevivientes de violencia sexual. Por lo general, para que las personas sobrevivientes

TABLA 10.1: ACCIONES CLAVE QUE LOS ACTORES DE SALUD DEBEN TOMAR PARA PREVENIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y RESPONDER A ELLA

ACCIONES CLAVE	PREPARACIÓN	RESPUESTA	RECUPERACIÓN
Garantizar que las mujeres y las jóvenes adolescentes puedan acceder de inmediato a servicios de salud reproductiva prioritarios según se establece en el PSIM al inicio de una emergencia.		X	
Garantizar que las personas sobrevivientes de violencia de género tengan acceso a atención de la salud vital y de calidad, incluido el tratamiento posterior a la violación y la atención clínica para otras formas de violencia de género.		X	X
Luego del inicio inmediato y durante las etapas de transición, restablecer servicios de salud reproductiva integrales, incluido el tratamiento de violencia de género y sistemas de derivación.			X
Involucrar a mujeres, jóvenes adolescentes y otros grupos en riesgo en el diseño y la ejecución de programación de salud (con la debida precaución allí donde esto plantee un posible riesgo de seguridad o aumente el riesgo de violencia de género).	X	X	X
Posicionar previamente a personal entrenado e insumos adecuados a fin de ofrecer atención clínica para personas sobrevivientes de violencia de género en diversos sistemas de prestación de salud (p. ej., fármacos, equipos, insumos administrativos, apoyo de salud mental y psicosocial, derivaciones, etc.)	X	X	
Elaborar o estandarizar protocolos y políticas de programación de salud relacionada con la violencia de género, junto con el Ministerio de Salud, según sea posible, y los actores de la sociedad civil, incluidos grupos de defensa de los derechos de la mujer, para que las personas sobrevivientes reciban atención integrada y de calidad.	X	X	X
Mejorar la capacidad de los proveedores del sector de la salud para proporcionar atención de calidad que sea adecuada según la edad, el género y los aspectos culturales de las personas sobrevivientes, mediante capacitación, apoyo y supervisión sobre prevención de violencia de género y atención clínica para casos de agresión sexual y otras formas de violencia de género. Garantizar que haya un enfoque claro en las competencias clínicas y relativas a actitudes, a fin de brindar atención orientada a niños y niñas y promover el acceso y la recuperación tanto para hombres como para mujeres sobrevivientes.	X	X	X
Promover la integración de servicios de salud disponibles en procedimientos operativos estándares sobre violencia de género o canales de derivación; promover la calidad de las evaluaciones de atención según lo exija el contexto.	X	X	X
Evaluar y abordar la accesibilidad a establecimientos de salud y de salud reproductiva que integren servicios relacionados con la violencia de género (p. ej., proporcionar personas que acompañen de manera segura y confidencial hasta los establecimientos, ofrecer horarios de atención convenientes, garantizar el acceso universal para personas con discapacidad, eliminar los cargos por los servicios, etc.)	X	X	X
Implementar estrategias que maximicen la calidad de la atención que se brinde a las personas sobrevivientes en los establecimientos de salud (p. ej., implementar pautas estandarizadas para la atención clínica de las agresiones sexuales; establecer salas de consulta privadas; contar con los insumos y fármacos adecuados; proporcionar servicios de seguimiento; etc.)		X	X
Garantizar el intercambio de información y la coordinación entre los grupos de trabajo de salud y violencia de género, lo que incluye identificar acciones conjuntas para abordar riesgos de violencia de género y garantizar la protección de mujeres, niñas y otros grupos de riesgo y proporcionar servicios de salud de calidad a los sobrevivientes de violencia de género.		X	X
Buscar mecanismos de coordinación sobre violencia de género para brindar apoyo y orientación y, cuando sea posible, establecer un punto de contacto para que participe con regularidad en las reuniones de los grupos de trabajo sobre violencia de género.		X	X
Identificar, recabar y analizar un conjunto fundamental de indicadores (desagregados por sexo, edad, discapacidad y otros factores de vulnerabilidad pertinentes) para monitorear las actividades de reducción de riesgo de violencia de género durante todo el ciclo del programa.	X	X	X

accedan a estos servicios, es necesario que ellas o sus familiares y comunidades busquen los servicios y revelen el abuso sexual. Algunos de los obstáculos a los que se enfrentan los sobrevivientes es el desconocimiento de los servicios disponibles y de la importancia de conseguir atención oportuna. A su vez, es necesario que las personas sobrevivientes confíen en que el proveedor de salud en el establecimiento mantendrá la confidencialidad y la privacidad y actuará con compasión. Estos son algunos de los motivos por los cuales la violencia sexual aún no se denuncia en todos los casos, los servicios disponibles no siempre se utilizan y continúa la victimización de personas sobrevivientes de violencia sexual en los contextos de crisis humanitaria.

Impacto sobre la salud

La violencia sexual es una de las formas de violencia más generalizadas y constituye un importante problema de salud pública. Es una experiencia traumática que puede tener diversas consecuencias negativas en la salud psicológica, física, sexual y reproductiva de las mujeres.

La violencia sexual puede tener efectos tanto a corto como a largo plazo en la salud, e incluir, por ejemplo, los siguientes:

- Lesiones físicas
- Trastornos psicológicos
- ETS, incluido el VIH
- Embarazos no deseados y abortos inseguros
- Fístulas y dolor crónico
- Muerte

La muerte puede ser consecuencia directa del acto de violencia o puede resultar del suicidio de la víctima posterior a la agresión. Además, las personas que sobreviven a violencia sexual también pueden estar expuestas al riesgo de morir a manos de familiares o miembros de la comunidad, práctica que a veces se denomina “crimen de honor”.

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. Comunidades enteras sufren profundamente debido a los efectos que la violencia sexual tiene en distintos niveles.

Respuesta de SSR

Las responsabilidades del sector de la salud al responder a

situaciones de violencia sexual son las siguientes:

- Asegurarse de que los establecimientos de salud cuenten con equipos y personal, y que se ofrezcan servicios de salud vitales de alta calidad, incluida atención luego de una violación
- Mejorar la capacidad de los proveedores de salud en todos los niveles para responder a las personas sobrevivientes, mediante capacitación, apoyo y supervisión de manera no discriminatoria, confidencial y segura
- A través de la capacitación, el apoyo y la supervisión, se debe sensibilizar a los proveedores para que aborden cuestiones como el asesoramiento sobre anticoncepción de emergencia y atención integral para abortos seguros y la provisión de dicha anticoncepción y atención, las pruebas de virginidad como mala praxis médica, y la atención de niñas, niños, hombres, personas LGBTQIA y otros grupos marginados
- Asegurarse de que el sector de la salud participe activamente en el desarrollo y actualización permanente de una ruta para la atención de víctimas que sea funcional e integral y tenga en cuenta todas las necesidades de los sobrevivientes
- Garantizar que los estándares y protocolos de prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual, incluido el intercambio confidencial de documentos e información, estén en consonancia con las directrices internacionales y que estas se implementen debida y sistemáticamente

Los proveedores de atención de la salud suelen entrar en contacto con sobrevivientes de violencia sexual y se encuentran en una excelente posición para crear un entorno seguro y confidencial para que los sobrevivientes puedan dar a conocer sus experiencias de violencia. Algunas veces, esas personas necesitarán atención clínica para prevenir o tratar las consecuencias de violencia sexual y, en algunos casos, lo correcto para ayudarlas será derivarlas a otros recursos y servicios, según cuáles sean las necesidades y deseos del sobreviviente. Independientemente de las circunstancias, los proveedores de atención de la salud que entren en contacto con sobrevivientes deberán estar atentos a signos y síntomas de violencia sexual y actuar según corresponda.

VIOLENCIA DOMÉSTICA E INFLIGIDA POR LA PAREJA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia infligida por la pareja como aquel comportamiento dentro de una relación íntima que produce daño físico, psicológico o

sexual a los miembros de la pareja. La violencia infligida por la pareja se considera una forma de violencia doméstica, que también incluye otras formas de violencia que se producen dentro del hogar o del seno familiar, como abuso infantil o de personas mayores y abuso por parte de otros familiares. En todo el mundo, en el curso de sus vidas, una de cada tres mujeres es golpeada, obligada a tener sexo o abusada de alguna otra manera por una expareja o por su pareja actual.

La coerción económica es una forma de violencia infligida por la pareja, en la que uno de los miembros de la pareja, por lo general, el hombre cuando se trata de una relación heterosexual, controla los recursos y activos vitales del otro miembro y obliga a esa persona a actuar de determinada manera. Con frecuencia, la coerción económica limita la posibilidad de la mujer de abandonar una relación abusiva e incentiva la dependencia. Esto ocurre particularmente en emergencias en donde los sistemas sociales y económicos están desestabilizados, así como en los campamentos, donde el acceso a los recursos y su control es un factor importante.

Impacto sobre la salud

La violencia doméstica e infligida por la pareja afecta a la persona sobreviviente de muchas maneras, como las siguientes

- Heridas físicas, como quebraduras, moretones, agresión sexual y otras formas de lesiones
- Trastornos psicológicos, incluida depresión, trastorno por estrés postraumático y suicidio
- ETS, incluido el VIH
- Abortos espontáneos y pérdidas de embarazos
- Embarazos forzados, embarazos no deseados y abortos inseguros
- Muerte

Respuesta de SSR

Los proveedores de servicios y el personal de atención de la salud pueden desempeñar un rol estratégico en la detección, derivación y atención de las mujeres que conviven con la violencia. Los pasos para responder a esas situaciones, que se indican más abajo, son una respuesta mínima, que debe ampliarse rápidamente para brindar atención integral tan pronto como sea posible. También es importante que la atención se proporcione prestando atención a la persona sobreviviente y cubriendo las necesidades de poblaciones cada vez más vulnerables (mujeres, adolescentes, muchachos jóvenes, personas mayores, personas con discapacidad, personas LGBTQIA, etc.).

Detección

Las mujeres abusadas suelen buscar atención de la salud incluso aunque no revelen el hecho de violencia. Por lo tanto, las intervenciones de los proveedores de SSR pueden reducir los efectos de la violencia de género en la salud de las mujeres y sus familias tanto a corto como a largo plazo.

Debe capacitarse a los proveedores de SSR para reconocer los signos de violencia doméstica e infligida por la pareja y sobre cómo reaccionar ante la sospecha o denuncia de abuso. Si se sospecha que ha habido abuso (por ejemplo, si el proveedor observa moretones u otras lesiones sin explicación), los profesionales de SSR pueden indagar más información de manera privada, atenta y sin juzgar. Por ejemplo: “¿Alguna vez su pareja u otra persona importante para usted lo (la) ha lastimado o herido físicamente de alguna manera (por ejemplo, le ha pegado, pateado o quemado)?” o “¿Le teme a su pareja?”. Mantenga la confidencialidad, ya que la persona sobreviviente u otros familiares podrían sufrir mayores daños. Asegúrese de que la persona sobreviviente tenga un lugar seguro donde ir. Si tiene que regresar con quien cometió el abuso, podría haber represalias. Si no hay un lugar seguro de inmediato, trabaje con la persona sobreviviente para preparar un plan de seguridad alternativo.

Junto con los coordinadores de salud, procure que:

- El personal de toda la clínica y de recepción estén informados sobre temas de violencia doméstica e infligida por parejas
- Todo el personal comprenda y aplique los cuatro principios rectores de seguridad, respeto, confidencialidad y no discriminación
- Se exhiban afiches y folletos en los que se condene la violencia y se brinde información sobre grupos de apoyo

Derivaciones

Se debe capacitar a todos los proveedores de SSR para que deriven los casos de violencia doméstica e infligida por la pareja, de la siguiente manera:

- Si el agresor se entera de que se ha presentado una denuncia, ayude a la sobreviviente a evaluar su actual riesgo de sufrir daños: “¿Usted o sus hijos se encuentran en una situación de daño inminente?” “¿Se siente segura de ir a su casa?” “¿Desea algún tipo de ayuda para lidiar con la situación en su hogar?”
- Ofrezca información y derivación a servicios de asesoramiento legal, de ayuda social o de otro tipo. Ayúdela a identificar fuentes de apoyo, como familiares

y amigos, grupos locales de mujeres, refugios y servicios legales. Asegure a la sobreviviente que no está sola

- Derívela para que reciba servicios luego de la violación u otro tratamiento médico que necesite
- Derívela a servicios psicosociales y de apoyo de salud mental si los hubiera

Atención

La violencia doméstica o infligida por la pareja suele incluir violencia sexual, y las personas sobrevivientes deben recibir la atención que, en consecuencia, corresponda. La atención a sobrevivientes de violencia doméstica e infligida por la pareja también debe incluir:

- Brindar apoyo inicial aplicando una estrategia basada en la persona sobreviviente
- Contar con equipos para brindar atención de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana y para tratar lesiones agudas

- Derivar a los servicios de salud mental apropiados y disponibles

PRÁCTICAS PERNICIOSAS

El término “prácticas perniciosas” puede referirse a diversos abusos de los derechos de mujeres y niñas, como el infanticidio femenino, el matrimonio infantil, precoz y forzado, la mutilación genital femenina y los denominados crímenes de “honor”. Las prácticas perniciosas pueden entenderse como convenciones sociales respaldadas por normas y desigualdades culturales, sociales y de discriminación de género muy arraigadas, creencias sobre la posición de la mujer en el hogar y en la sociedad, sobre la moral sexual de la mujer y, en algunos casos, sobre la elegibilidad para contraer matrimonio. Los contextos de conflicto o de crisis agravan el riesgo de algunas de estas prácticas perniciosas. Debido a su alto grado de prevalencia en todo el mundo y al impacto específico que tienen en la SSR de mujeres y niñas, esta sección se concentra en los temas de mutilación genital femenina y de matrimonios infantiles, precoces y forzados.

RECUADRO 10.4: CLASIFICACIONES DE LAS MUTILACIONES GENITALES FEMENINAS SEGUN LA OMS

TIPO I	Resección parcial o total del clítoris (clitoridectomía) y/o del prepucio
TIPO II	Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores (escisión)
TIPO III	Estrechamiento de la abertura vaginal con la creación de un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores y/o mayores, con o sin escisión del clítoris (infibulación)
TIPO IV	Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Se calcula que más de 200 millones de niñas y mujeres han experimentado alguna forma de mutilación genital femenina y que cada año hay 3 millones de niñas en riesgo de que se las someta a esas prácticas. La mayoría de estas niñas y mujeres viven en África, aunque la práctica también es común en determinados países de Medio Oriente y África del Norte, así como en otras regiones. Los coordinadores de SSR y administradores de programas de salud deben saber que la mutilación genital femenina y sus consecuencias en la salud pueden ser comunes entre los miembros de la

población en el contexto en el que trabajan. La mutilación genital femenina, de cualquier tipo que sea (ver el recuadro 10.4), es una forma extrema de discriminación contra la mujer y una violación de los derechos humanos. Aproximadamente el 10 % de las mujeres y niñas que son objeto de la práctica de mutilación genital femenina sufren la de tipo III, que es la forma más grave.

Con frecuencia, realizan esta práctica médicos tradicionales que tienen conocimientos limitados de anatomía y medicina, y quienes es posible que no puedan reaccionar eficazmente si surgen complicaciones. A veces también

se recurre a médicos profesionales para que realicen mutilaciones genitales femeninas, en la creencia de que, así, el procedimiento será más seguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a los profesionales de la salud a no legitimar la práctica realizando ninguna forma de mutilación genital femenina, incluida la reinfibulación, que consiste en volver a coser los labios vaginales externos tras una desinfibulación, o corte para abrir los labios vaginales, para hacer posible el coito o el parto.

RECUADRO 10.5: MENSAJE CLAVE

La medicalización de la mutilación genital femenina (daño que los profesionales de salud causan a sabiendas en órganos saludables por motivos no terapéuticos) es un paso irrazonable y antiético que no aborda la injusticia fundamental de la mutilación genital femenina.

Impactos de la mutilación genital femenina en la SSR

La mutilación genital femenina no tiene beneficios de salud para niñas y mujeres, y aquellas a quienes se les realiza ese procedimiento están expuestas a sufrir varias consecuencias de salud inmediatas y a largo plazo, que pueden afectarlas el resto de la vida.

Entre las complicaciones inmediatas se incluyen las siguientes:

- Hemorragia (una de las complicaciones más comunes), dolor, estado de choque
- Infecciones, incluidas infecciones locales, formación de abscesos, septicemia, infecciones del aparato genital y reproductivo, infecciones urinarias y transmisión del VIH, u otras infecciones provocadas por el uso de instrumentos en condiciones de higiene inadecuadas
- Retención de orina
- Problemas relacionados con la cicatrización de heridas
- Lesiones en órganos cercanos, como la uretra, la vagina o el recto
- Muerte

Entre las complicaciones a largo plazo se incluyen las siguientes:

- Problemas menstruales, como dismenorrea, menstruaciones irregulares y tránsito difícil de la sangre menstrual
- Dolor o dificultad al orinar
- Infecciones urinarias recurrentes
- Infecciones pélvicas crónicas que pueden aumentar el riesgo de embarazos ectópicos o de infertilidad
- Abscesos y quistes
- Posible mayor riesgo de transmisión del VIH
- Menor sensibilidad sexual y coito doloroso

Es común que las mujeres a quienes se les ha realizado mutilación genital femenina tipo III tengan problemas durante el embarazo y el parto. Entre las complicaciones obstétricas se incluyen trabajos de parto prolongados u obstruidos, cesáreas, laceraciones obstétricas, hemorragias e infecciones. El vínculo causal entre el trabajo de parto prolongado u obstruido y la fístula obstétrica sugiere que es posible que algunas formas de mutilación genital femenina también aumenten el riesgo de fístula. Estas diversas complicaciones se relacionan, además, con una mayor incidencia de nacimientos sin vida y de muertes neonatales, así como con asfixia fetal.

El trauma de la mutilación genital femenina puede tener efectos psicológicos a largo plazo. El procedimiento y sus consecuencias en la salud física de la mujer están relacionados con problemas como ansiedad, depresión y trastorno postraumático. Algunas personas consideran que, además, el impacto físico y psicológico de la mutilación genital femenina puede contribuir al desarrollo de problemas en las relaciones sexuales.

Es importante recordar que no todas las mujeres que han sufrido una mutilación genital tendrán un determinado problema de salud relacionado. Por otro lado, es posible que las mujeres no sepan sobre los problemas de salud que pueden sufrir como consecuencia de la mutilación genital femenina.

Respuesta de SSR

SRH service providers must be able to interview and conduct a physical examination of women who have undergone FGC, recognize and provide appropriate information, counseling, support, treatment and/or referral for further management of the complications of FGC in a confidential, private, and non-judgmental manner (see Chapter 9).

Salud materna y del recién nacido

Asegurarse de que los proveedores de servicios de SSR que tienen servicios de partería estén capacitados para evaluar y tratar a mujeres que sufran complicaciones debido a mutilación genital femenina durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y en el período posterior al parto. Esto incluye desinfibulación y resucitación del recién nacido en el momento del parto.

Desinfibulación

En los ámbitos donde la mutilación genital femenina tipo III es común, los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben cerciorarse de que los proveedores de servicios estén capacitados en procedimientos de desinfibulación (apertura de una infibulación) cuando sea indicado o de que sepan cuándo deben hacer una derivación para este procedimiento y a dónde hacerla. Además de realizarse para permitir el coito, este procedimiento se recomienda para prevenir y tratar complicaciones obstétricas, facilitar el parto, y prevenir y tratar complicaciones urológicas, incluidas infecciones del tracto urinario y retención de orina. Los proveedores deben asegurarse de que las pacientes que se realicen una desinfibulación para permitir el parto o por otros motivos estén informadas sobre las consecuencias de salud que puede tener la reinfibulación (procedimiento para estrechar la abertura vaginal en una mujer que ha sido desinfibulada) y los beneficios de no reinfibular. La desinfibulación, realizada con consentimiento informado, también puede considerarse una acción tendiente a restablecer el derecho de una mujer al nivel de salud más alto posible.

Anticoncepción

La anticoncepción es tan adecuada para niñas y mujeres con mutilación genital femenina como para cualquier otra paciente. Es posible que aquellas mujeres que han sido sometidas a un procedimiento de mutilación genital femenina tipo III tengan dificultades para utilizar métodos de inserción vaginal, como dispositivos intrauterinos (DIU), preservativos femeninos o anillos vaginales. Esto destaca la importancia del asesoramiento sobre anticonceptivos y de la combinación de métodos.

MATRIMONIO INFANTIL, PRECOZ Y FORZADO

Cada año alrededor de 15 millones de niñas en todo el mundo se casan antes de cumplir 18 años. Si bien en muchas comunidades de todo el mundo se acostumbra realizar matrimonios infantiles, la mayoría de esos matrimonios se concentra en países en desarrollo, donde 1 de cada 3 niñas se casa antes de los 18 años y 1 de cada 9 antes de los 15.

Existen cada vez más evidencias que sugieren que este tipo de matrimonio infantil suele aumentar en épocas de crisis.

Además de las normas de género o culturales, en la decisión de las familias de casar a las niñas también influyen los factores socioeconómicos, como dotes, precio de la novia o falta de recursos para cuidar de las hijas. Con frecuencia, durante emergencias humanitarias, las familias pierden sus medios de subsistencia y quizás les resulte difícil conseguir alimentos y otros recursos necesarios para cuidar de sus hijos, lo que aumenta los factores económicos que llevan al matrimonio infantil. Además, es posible que algunas familias intenten casar a las niñas con personas que consideren que tienen más posibilidades de mantenerlas durante una crisis, o quizás perciban que el matrimonio es una forma de protección contra otras formas de violencia, como violencia sexual, que aumentan durante las emergencias. Para poder prevenir y responder a matrimonios infantiles, precoces y forzados se precisa una respuesta intersectorial.

Impacto del matrimonio infantil, precoz y forzado en la SSR

El matrimonio infantil, precoz y forzado viola varios derechos humanos, incluido el derecho a lograr el más alto nivel posible de salud.

Embarazo precoz

Las novias jóvenes suelen enfrentar la presión de tener que probar su fertilidad y se embarazan pronto luego de la celebración del matrimonio. Esta presión, exacerbada por las dinámicas de desequilibrio de poder en los matrimonios precoces, limita el poder de decisión de las niñas; además, debido a la falta de información sobre las opciones de anticoncepción que tienen a su disposición a menudo se producen embarazos precoces. El estrés del embarazo, del trabajo de parto y del parto en los cuerpos de jóvenes adolescentes que no han llegado aún a la madurez física aumenta el riesgo de que tengan complicaciones, como abortos espontáneos, nacimientos prematuros, hemorragia posparto, trabajo de parto prolongado u obstruido, fístula obstétrica y muerte. La mortalidad materna es la segunda causa principal de muerte en jóvenes adolescentes de entre 15 y 19 años en todo el mundo.

VIH/ETS

Las niñas casadas suelen ser mucho más jóvenes (con frecuencia, más de 10 años menores) que sus esposos, quienes es posible que hayan tenido más parejas sexuales y, por lo tanto, tienen más riesgo de portar y transmitir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, a sus esposas. Las diferencias de poder que pueden existir entre esposos y esposas debido a las normas de género, y

la desigualdad suelen combinarse con las diferencias de edad, por lo que es posible que las niñas no puedan negarse a tener relaciones sexuales o a negociar para tener sexo de manera más segura.

Mayor riesgo de otras formas de violencia

Además de que el matrimonio infantil es una forma de violencia de género, según las evidencias, existen más probabilidades de que las niñas que se casan jóvenes experimenten violencia sexual o física en el hogar.

Respuesta de SSR

Como a las jóvenes adolescentes se las suele aislar dentro del hogar, a menudo les resulta difícil encontrar información o servicios (que, por lo general, han sido elaborados para mujeres mayores o adolescentes solteras), a pesar de sus necesidades (ver el capítulo 6).

Atención prenatal y obstétrica

En comparación con las mujeres de veinte o treinta años, es menos probable que las jóvenes adolescentes, a pesar de su estado civil o de otros factores, busquen cuidados prenatales. Sin embargo, los cuidados prenatales pueden ayudar a identificar precozmente complicaciones del embarazo y brindar a las niñas jóvenes (y sus familiares) que experimentan su primer embarazo la oportunidad de aprender a reconocer los signos de complicaciones.

Debido al alto riesgo de complicaciones durante el parto, incluido un trabajo de parto prolongado u obstruido, debe recomendarse a las jóvenes adolescentes que, si es posible, den a luz con la ayuda de un asistente de parto idóneo.

Anticoncepción

Las adolescentes casadas tienen el mismo derecho que otras mujeres y niñas a poder acceder a servicios de información sobre planificación familiar, incluida una amplia gama de métodos anticonceptivos. Los proveedores deben procurar que las jóvenes adolescentes conozcan estos servicios y sepan de qué manera acceder a ellos. El asesoramiento para planificar la anticoncepción luego del parto puede ser una buena oportunidad para informar a las niñas sobre los beneficios de la planificación familiar y del intervalo entre nacimientos. Al igual que con los demás servicios, es fundamental que la atención sea respetuosa y confidencial.

TRATA DE PERSONAS

RECUADRO 10.6: TRATA DE PERSONAS EN CONTEXTOS DE CRISIS HUMANITARIA

Entre los factores que aumentan el riesgo de trata para los refugiados se encuentran su inseguridad física, su marginación social, económica y política, la victimización por parte de los contrabandistas que facilitan el desplazamiento de refugiados; las experiencias de violencia sexual; el aislamiento social u otras consecuencias negativas resultantes de situaciones de violencia sexual; la presión para someterse a prostitución para sobrevivir; alteraciones graves en la estructura familiar; y la falta de protección legal.

La trata de personas es un riesgo adicional al que se enfrentan las mujeres y niñas refugiadas, tanto en entornos urbanos como en campamentos. Los niños y niñas refugiados que no están acompañados se encuentran en mayor riesgo de ser objeto de abuso y trata de personas. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define “trata de personas” como la “captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación”. El tráfico sexual es el que guarda la relación más directa con la salud sexual y reproductiva, aunque es posible que otras formas de trata (p. ej., el trabajo forzado) también puedan afectar negativamente la situación general de la salud.

Es difícil conseguir y verificar datos confiables sobre trata de personas debido a las distintas definiciones que existen, a la invisibilidad y a la ilegalidad de la propia actividad, y la combinación con otras actividades, como el trabajo sexual.

Según evidencias confiables con las que contamos actualmente, las mujeres y los niños y niñas tienen más probabilidades de ser objeto de trata en la industria del sexo y como sirvientes en el trabajo doméstico. Según las denuncias de tráfico de hombres, los hombres y los niños suelen ser objeto de trata para otros tipos de labores; en general, estos sectores de trata varían según el país o la región.

Impactos sobre la salud

Muchas de las implicancias de la trata de personas sobre la SSR se deben a la violencia sexual. Sin embargo, otros impactos que tienen consecuencias para la SSR incluyen el consumo de drogas o de alcohol forzado o coaccionado, restricciones sociales o manipulación emocional.

Respuesta de SSR

Si una persona ha sido objeto de trata, entonces es probable que la atención de SSR sea más reactiva que preventiva. Quienes han sido objeto de trata deben recibir una amplia gama de servicios de SSR, según lo que necesiten y según lo justifiquen las circunstancias, así como apoyo psicosocial. Es fundamental que los proveedores de servicios ofrezcan atención y exámenes físicos no estigmatizantes.

10.3.4 Consideraciones de apoyo psicosocial para sobrevivientes de violencia de género

Muchas personas sobrevivientes sufren efectos psicológicos y sociales a largo plazo, aunque el impacto de la violencia de género puede variar según la persona. Las consecuencias psicológicas de la violencia de género pueden alterar el funcionamiento y bienestar de una sobreviviente, no solo en el ámbito personal sino también en cuanto a sus relaciones familiares e incluso en cuanto a su comunidad.

La estigmatización social, el aislamiento y el rechazo, incluso de parejas, cónyuges y familiares, son consecuencias graves, que suelen hacer difícil la recuperación emocional, ya que la persona sobreviviente deja de hacer sus actividades diarias y de recibir apoyo social. La mayoría de las sociedades culpan a las víctimas de violencia sexual por el incidente, lo cual puede aislarlas socialmente y prolongar o evitar la recuperación, y los efectos pueden agravarse de generación en generación, en especial, cuando nacen niños como consecuencia de violaciones. Además, la violencia infligida por la pareja, el matrimonio precoz, la mutilación genital femenina y otras prácticas perniciosas suelen ser aceptadas como algo normal en muchas comunidades y sociedades. Por lo tanto, es posible que las personas sobrevivientes de violencia de género o quienes no se adecuan a estas prácticas sociales perniciosas queden expuestos a situaciones de exclusión y al riesgo de sufrir distintas formas de violencia emocional y física.

Las consecuencias psicológicas que puede experimentar cada persona sobreviviente pueden ser diversas: ansiedad y temor, depresión, enojo, autoculparse, recordar imágenes del pasado y tener pesadillas, sensación de impotencia, problemas sexuales y cambios de humor. Para la mayoría

de las personas sobrevivientes, estas experiencias son respuestas emocionales normales al trauma. Estos efectos psicosociales pueden durar años y causar un sufrimiento prolongado, y pueden, en ocasiones, conllevar autolesiones o incluso intentos de suicidio. Con apoyo social y emocional, muchos sobrevivientes aprenden a lidiar con su situación y, con el paso del tiempo, el padecimiento se reduce. Sin embargo, poder contar con atención de la salud psicosocial y mental profesional permanente puede ser muy importante para los sobrevivientes y, si es posible, debe ofrecerse a todos los sobrevivientes la posibilidad de que se los derive a asesores capacitados que los evalúen y les brinden atención psicológica profesional.

EL PROCESO DE SANACIÓN DE LA PERSONA SOBREVIVIENTE SE INICIA A PARTIR DE LA PRIMERA VISITA A LA CLÍNICA

Los proveedores de servicios de SSR deben garantizar que los servicios clínicos y los de apoyo psicosocial estén estrechamente coordinados a fin de que el personal pueda derivar a la persona sobreviviente a servicios de salud psicosocial o mental. El apoyo psicosocial debe iniciarse a partir del primer encuentro con la persona sobreviviente. Los proveedores en todos los servicios de salud y comunitarios deben estar capacitados para escuchar y brindar apoyo emocional cuando una persona sobreviviente revele o dé a entender que ha sufrido violencia de género, para proporcionar información y ofrecer opciones de derivación psicosocial, y para ayudar a la persona sobreviviente a recuperar su sentido de la dignidad y el control.

Los comportamientos y las actitudes de los miembros del personal de salud con quienes la persona sobreviviente entre en contacto pueden desempeñar un papel importante en la recuperación de esa persona. Es fundamental que el personal de salud esté capacitado para brindar a las personas sobrevivientes atención compasiva y basada en los derechos, que incluya derribar mitos y concepciones erróneas sobre violencia sexual y otras formas de violencia de género. Esto incluye abordar de manera práctica la inculpaación de la víctima y otras prácticas (por ejemplo, técnicas invasivas no indicadas médicamente, como exámenes con espéculo o la prueba de virginidad) que puedan volver a traumatizar a las personas sobrevivientes. También puede volver a traumatizarlas el hecho de ser sometidas a varias entrevistas intrusivas sobre el incidente, y por eso estas no deberían ser necesarias para acceder a los servicios. Debe evitarse que las personas sobrevivientes tengan que repetir su historia a varios miembros del personal dentro del mismo servicio o de diferentes organizaciones. También debe evitarse que participen en entrevistas obligatorias con los medios

o distintas autoridades gubernamentales. El personal de salud debe contar con capacitación en técnicas de trato infantil para brindar atención de calidad a niños, niñas y adolescentes sobrevivientes. Además, la capacitación sobre no discriminación y reducción de la estigmatización debe integrarse en el desarrollo de la capacidad clínica para todo el personal que trabaje con hombres y mujeres sobrevivientes, personas que se dediquen al trabajo sexual, poblaciones de personas LGBTQIA, personas con discapacidades y otros grupos marginados.

RECUADRO 10.7: MENSAJES CLAVE AL BRINDAR ATENCIÓN A PERSONAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

- No debe culparse a la persona sobreviviente por la agresión
- Es posible que esa persona experimente una serie de emociones confusas que pueden tardar un tiempo en desaparecer
- Esa reacción es normal y comprensible teniendo en cuenta lo que tuvo que vivir
- Si se proporciona atención médica temprana, se puede ayudar a prevenir problemas físicos graves
- La persona sobreviviente no está sola. Por lo general, a los sobrevivientes les ayuda hablar sobre su experiencia
- Informe a la persona sobreviviente qué fuentes de apoyo tiene a su disposición y que es ella quien decide acceder o no a estos servicios
- Asegúrese de que la persona sobreviviente sepa que la información sobre la agresión se mantendrá confidencial y que no es necesario que cuente su historia para poder acceder a los servicios

En la mayoría de los entornos culturales, es probable que el apoyo de familiares y amigos sea un factor fundamental para poder superar el trauma de la violencia. Los proveedores deben facilitar la participación y la integración de las personas sobrevivientes en la comunidad. Las actividades comunitarias que pueden ser adecuadas son las siguientes:

- Identificar y capacitar a los recursos existentes adecuados en la comunidad, como asistentes de parto tradicionales, parteras, grupos de mujeres, líderes religiosos y programas de servicios comunitarios para que sepan de qué manera apoyar a las personas sobrevivientes

- Crear grupos de apoyo para mujeres, incluso capacitar o brindar apoyo específico a grupos de autoayuda de comunidades integradas o marginadas, como personas con discapacidad o LGBTQIA. Es posible que, en algunos contextos, sea apropiado tener grupos de apoyo diseñados específicamente para sobrevivientes de violencia sexual y sus familias; sin embargo, debe prestarse mucha atención de no aumentar la estigmatización social señalando a un grupo de personas
- Crear centros y lugares sociales especiales para sobrevivientes, donde puedan recibir atención confidencial y compasiva
- Proporcionar la ayuda material que sea necesaria mediante servicios de salud u otros servicios comunitarios
- Estimular el uso de recursos tradicionales apropiados. Si fuera posible, colaborar con los curanderos o clérigos tradicionales que, respectivamente, pueden realizar ceremonias u ofrecer oraciones de liberación para personas sobrevivientes de violencia sexual. Muchas de esas prácticas pueden ser muy beneficiosas; sin embargo, hay que asegurarse de no perpetuar la inculpaación de la víctima ni contribuir de otra manera a infligir nuevos daños físicos o psicológicos a la persona sobreviviente

Estas actividades deben ser culturalmente apropiadas y deben realizarse previa consulta con los miembros de la comunidad (y si es posible también con su ayuda). Necesitarán apoyo financiero y logístico permanente y, cuando corresponda, capacitación y supervisión.

Las sobrevivientes de mutilación genital femenina y las mujeres obligadas a contraer matrimonio a temprana edad también necesitan ayuda psicosocial. La organización y el nombre que se brinde a ese apoyo deben adaptarse, ya que la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz suelen estar socialmente aceptadas y es posible que la gente no las considere sobrevivientes.

10.3.5 Coordinación y generación de vínculos

La atención verdaderamente integral para las personas sobrevivientes proviene de cuatro sectores independientes, entre ellos, salud, policía y justicia, servicios sociales, y coordinación y gobernanza. Las instituciones de protección, de salud, de violencia de género y de servicios más abarcativos deben trabajar coordinadamente para brindarles a las personas que sufran violencia de género atención que

se centre en las sobrevivientes.

Hasta la fecha, el modelo de programación multisectorial constituye la “mejor práctica” para la prevención y respuesta a la violencia de género en contextos de crisis humanitaria. Entre las características más importantes del modelo multisectorial se encuentran la participación plena de la comunidad afectada, la cooperación y colaboración interdisciplinaria e interinstitucional, y la coordinación de los servicios de salud, psicológicos, legales y de seguridad en la respuesta a las necesidades de las personas sobrevivientes de violencia de género.

El principio sobre el que se basa este modelo reconoce que los derechos y las necesidades de las personas sobrevivientes de violencia de género son primordiales en cuanto al acceso a servicios respetuosos y de contención, a la garantía de confidencialidad y seguridad, y a la capacidad de determinar un curso de acción para abordar el incidente de violencia de género de acuerdo con las necesidades y deseos de cada sobreviviente.

Dada la importancia de la colaboración multisectorial en la programación sobre violencia de género, los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben participar activamente en un proceso orientado a aclarar roles y responsabilidades y la colaboración dentro los sectores y entre ellos, a fin de prevenir situaciones de violencia de género y responder a ellas. El resultado de este proceso a veces se denomina procedimiento operativo estándar sobre violencia de género. Los procedimientos operativos estándares que puedan consensuarse son resultado de un proceso de colaboración que se realiza mediante una serie de consultas con las principales partes interesadas y actores en el entorno.

Si bien todos los sectores/grupos desempeñan un papel en la prevención de situaciones de violencia de género y en la respuesta a ellas, este proceso debe incluir, por lo menos, representantes de los sectores de salud, psicosocial, de seguridad, y legal/de justicia/de protección (organismos de la ONU, ONG nacionales e internacionales, organizaciones comunitarias y autoridades gubernamentales pertinentes, según corresponda).

Los representantes de otros sectores/grupos (incluido el educativo, el de alimentos y nutrición, planificación de administración de campamentos/refugios/centros y de agua/saneamiento) también deberían participar en la elaboración de procedimientos operativos estándares.

Dentro del modelo multisectorial, entre las responsabilidades del sector/grupo de salud se incluyen las siguientes:

- Proporcionar atención clínica a hombres, mujeres y

niños y niñas sobrevivientes de violencia sexual y de otros tipos de violencia de género

- Garantizar que en el establecimientos de salud haya medicamentos (anticoncepción de emergencia) e insumos (botiquines y medicamentos para atención posterior a una violación así como equipos de aspiración de vacío manual (AVM) para ayudar a brindar atención de aborto seguro en la máxima medida que lo admita la ley) y que el personal haya recibido capacitación adecuada
- Documentar los hallazgos de manera objetiva y sin juzgar, en formularios estándares de admisión de acuerdo con las recomendaciones de la OMS
- Recabar evidencias forenses cuando corresponda (ver el capítulo 3) y si se proporciona el consentimiento informado para esto
- Prestar testimonio en aquellos casos en los que una persona sobreviviente decida iniciar acciones legales
- Identificar personas que hayan sobrevivido a diversos tipos de violencia de género y ofrecerles derivación a los servicios correspondientes
- Llevar adelante sesiones de sensibilización sobre la violencia de género en ámbitos comunitarios y en los establecimientos

10.3.6 Incidencia

Para prevenir que se produzcan situaciones de violencia de género, los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben trabajar en estrecha colaboración con los actores interesados locales, en especial, con organizaciones no gubernamentales de mujeres y organizaciones profesionales, con el objetivo de que la comunidad tome la decisión conjunta de abandonar esas prácticas. Debe organizarse en la comunidad un análisis e intercambio de información que tengan como propósito lograr el empoderamiento y la efectivización de los derechos humanos de niñas y mujeres, y brindar información sobre los efectos en la salud y los derechos de mujeres y niñas, y las consecuencias perniciosas de las prácticas y los beneficios de abandonarlas.

Todos los organismos deben promover que se sancionen leyes nacionales contra la violencia de género y que se exija su cumplimiento, de conformidad con las obligaciones legales internacionales, incluido el juzgamiento de los agresores y la implementación de medidas legales para proteger y apoyar a las sobrevivientes.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 10.1: OBSTÁCULOS PARA LA ATENCIÓN DE SSR Y EXPERIENCIAS DE EMBARAZOS NO DESEADOS ENTRE MUJERES JÓVENES EN NICARAGUA

ORGANIZACIÓN: Centro para Emergencias Humanitarias, Universidad de Emory

LUGAR: Nicaragua

INTRODUCCIÓN: Más del 89 % de las mujeres nicaragüenses experimentan abuso físico, sexual o psicológico en el transcurso de sus vidas. Además, existe una gran necesidad insatisfecha de servicios de SSR, y más de la mitad (65 %) de los embarazos entre mujeres de entre 15 y 29 años son no deseados. Debido a la “prohibición total” del aborto de 2006 en Nicaragua, las mujeres que consiguen abortar en cualquier circunstancia, así como los proveedores, pueden ser sancionados, con lo que se genera un efecto disuasivo. Las complicaciones de los abortos inseguros contribuyen al alto índice de mortalidad materna del país.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Realizamos 10 entrevistas a fondo a mujeres de entre 16 y 23 años que habían tenido embarazos no deseados. Entre los temas se incluyeron antecedentes de embarazos y planificación familiar, circunstancias que rodearon el embarazo no deseado y experiencias de aborto.

RESULTADOS: Todas las mujeres habían estado embarazadas solo una vez, y cinco de ellas habían quedado embarazadas entre los 14 y los 17 años. Cuatro consideraron realizarse un aborto inseguro, y dos quedaron embarazadas como consecuencia de sexo no consensual. Una mujer, Ana María*, se realizó un aborto inseguro.

Ana María tenía 19 cuando la violó un hombre de mayor edad que era el mejor amigo de su hermano y vivía en su misma localidad. No le dijo a nadie lo que había sucedido, ni siquiera

a su familia. Era virgen y sabía poco sobre embarazos o cómo prevenirlos. Sin embargo, poco después de la agresión, comenzó a sospechar que estaba embarazada. Confirmó sus temores con una prueba casera de embarazo y más tarde con un análisis de sangre en una clínica comunitaria. Desesperada, le contó al hombre que la había violado que estaba embarazada. Él la obligó a ver a una médica “que usaba medicina natural” y le dio dinero para que se hiciera un aborto. Ana María viajó para ver a la mujer, que puso fin al embarazo insertando una larga varilla en su vagina. La mujer le dijo que tendría algunos calambres y que en unos días estaría bien. Horas más tarde, Ana María se sintió fiebre y comenzó a expulsar coágulos de sangre oscuros y de olor fétido. Su hermano, al ver que se sentía mal, le exigió que le contara qué había sucedido. Cuando lo hizo, él la llevó a ver a una enfermera. Si bien muchos proveedores de salud son reticentes a proporcionar atención posterior al aborto debido a los límites legales sobre el aborto, una enfermera la ayudó. Recibió tratamiento por útero perforado, una complicación común después de un aborto inseguro. Como resultado de su experiencia, Ana María indicó que se sentía deprimida y aislada.

PREGUNTAS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA: ¿Cuáles fueron las oportunidades desaprovechadas en relación con la SSR antes de la agresión a Ana María y luego de esta? Aparte de la violación en sí misma, ¿qué otras formas de violencia de género sufrió Ana María?

¿Qué cuestiones de derechos humanos surgen del caso de Ana María?

**Se ha utilizado un seudónimo*

10.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

La violencia de género es una violación de derechos humanos fundamentales y puede constituir un serio impedimento para hacer efectivos derechos humanos y libertades fundamentales, entre ellos los siguientes derechos:

- A la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona. Este derecho se encuentra en riesgo cuando una persona es objeto de diversas formas de violencia de género, como violencia sexual, violencia infligida por la pareja y mutilación genital femenina
- El nivel más alto posible de salud física y mental. Este derecho puede verse limitado, por ejemplo, si a una persona se le niega el acceso a atención médica

apropiada luego de una violación sexual o si una niña es forzada a contraer matrimonio a temprana edad

- A no sufrir tortura ni tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
- A no sufrir ningún tipo de discriminación, por ejemplo, sobre la base de sexo, género, identidad y expresión de género, y orientación sexual. Este derecho puede verse amenazado cuando las leyes no protegen a las mujeres y niñas de la violencia de género o cuando deben estar acompañadas por su esposo o su padre para obtener tratamiento médico tras una violación. Todas las formas de violencia contra mujeres son una manifestación de discriminación de género
- Contraer matrimonio con pleno y libre consentimiento e igualdad de derechos para casarse, así como durante el matrimonio y al momento de su disolución. El

matrimonio forzado es una denegación de este derecho al igual que una violación dentro del matrimonio

- Derecho a decidir libremente sobre la cantidad de hijos y el intervalo entre los nacimientos. La coerción reproductiva constituye una violación de este derecho
- Libertad de circulación, opinión, expresión y asociación. Estas libertades se restringen cuando una persona es objeto de trata o se la encierra, o si el esposo o un familiar le prohíben acceder a servicios de salud o de otro tipo. Esto último constituye una forma de violencia psicológica infligida por la pareja
- Derecho a la información. Impedir que las jóvenes y mujeres accedan a información sobre cómo evitar embarazos no deseados y que puedan elegir en materia de reproducción constituye una violación de este derecho

Las niñas se encuentran especialmente en riesgo de violencia de género debido a su sexo y a su corta edad. La Convención sobre los Derechos del Niño establece que niños y niñas tienen derecho a recibir protección contra toda forma de violencia física o mental (incluido el abuso sexual, independientemente de que este se produzca dentro del seno familiar o en instituciones) y contra abusos sexuales organizados. También tienen derecho a recibir protección contra prácticas perniciosas, como la mutilación genital femenina, y a prevenir de manera segura embarazos no deseados, incluso mediante el uso de anticoncepción de emergencia.

Las personas sobrevivientes de violencia de género tienen derecho a buscar tratamiento médico sin que se les impongan requisitos procesales engorrosos. Por lo tanto, exigirle a una sobreviviente que presente un certificado de matrimonio, que cuente con la autorización del esposo o que presente una denuncia policial como requisito para que pueda acceder a tratamiento médico y recibirlo constituye una denegación de este derecho. Cuando hay adolescentes implicados, los Estados deben garantizar que haya disposiciones legales que establezcan la posibilidad de brindar tratamiento médico a adolescentes sin que sea necesario el consentimiento de los padres.

10.4.1 Principios rectores

Es probable que los administradores o proveedores de servicios de salud reproductiva en distintos contextos enfrenten dilemas similares. La clave para brindar atención segura y ética para sobrevivientes de violencia de género es garantizar que, en la práctica, se sigan los principios rectores e implementar cuatro enfoques interrelacionados:

- A través de **un enfoque centrado en las personas sobrevivientes** se da prioridad a los derechos, necesidades y deseos de la persona sobreviviente al diseñar y elaborar la programación relacionada con la violencia de género
- **Un enfoque basado en derechos** utiliza normas y principios internacionales de derechos humanos para analizar y abordar las causas subyacentes de las violaciones y prácticas discriminatorias
- **Un enfoque basado en la comunidad** es fundamental para empoderar a las personas, familias y comunidades con conocimientos, habilidades y recursos que permitan cambiar las normas sociales perniciosas que perpetúan la violencia de género
- **Un enfoque de sistemas** analiza las cuestiones relacionadas con la violencia de género dentro de toda una organización, sector o sistema humanitario a fin de diseñar soluciones sistemáticas y específicas para el contexto y mejorar las iniciativas de prevención y reducción de la violencia de género a corto y a largo plazo

El enfoque centrado en las personas sobrevivientes puede orientar a los profesionales (cualquiera sea su función) cuando deban interactuar con personas que han experimentado violencia de género. Tiene como objetivo generar un entorno de contención en el que se respeten los derechos de la persona sobreviviente de violencia de género, se garantice la seguridad y se trate a dicha persona con dignidad y respeto. El enfoque ayuda a promover la recuperación de la persona sobreviviente y a fortalecer su capacidad para identificar y expresar sus necesidades y deseos; además, consolida la capacidad de esa persona de tomar decisiones sobre posibles intervenciones.

Principios rectores para proveedores de servicios de SSR:

- **Seguridad:** La seguridad material y personal de la persona sobreviviente y de otras personas, como sus hijos e hijas y las personas que los han ayudado, debe ser la principal prioridad de todos los actores. Por lo general, quienes revelan un incidente de violencia de género o antecedentes de abuso quedan expuestos a un alto riesgo de que el (los) agresor(es) u otras personas de su entorno cometan nuevos actos de violencia
- **Confidencialidad:** La confidencialidad refleja la creencia de que las personas tienen el derecho de elegir a quiénes les contarán o no su historia. Mantener la confidencialidad significa no divulgar información en ningún momento a terceros sin el consentimiento informado de la persona afectada. La

confidencialidad promueve la seguridad, la confianza y el empoderamiento

- **Respeto:** La persona sobreviviente es el actor principal, y la función de quienes la ayudan es facilitar su recuperación y brindarle recursos para poder solucionar su problema. Todas las medidas que se tomen deben basarse en el respeto de las decisiones, deseos, derechos y dignidad de la persona sobreviviente
- **Ausencia de discriminación:** Las personas sobrevivientes de violencia deben recibir un trato justo y equitativo, independientemente de su edad, género, raza, religión, nacionalidad, origen étnico, orientación sexual u otras características

RECUADRO 10.8: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esto hace referencia a la aprobación o asentimiento, en especial, tras haber reflexionado con cuidado sobre su contenido. Se proporciona el consentimiento libre e informado sobre la base de una apreciación y entendimientos claros de los hechos, de las implicancias y de las consecuencias futuras de una acción. Para proporcionar su consentimiento informado, la persona en cuestión debe conocer todos los hechos pertinentes al momento de proporcionar el consentimiento y debe poder evaluar y comprender las consecuencias de una acción. También debe saber que tiene derecho de negarse a hacer algo y de no ser objeto de coacción, y que puede ejercer ese derecho. Por lo general, se considera que los niños no pueden proporcionar el consentimiento informado porque no tienen la capacidad ni la experiencia para prever las implicancias de un acto, y quizás no comprendan o no puedan ejercer su derecho a negarse. Los proveedores de servicios que trabajan con niños deben facilitar el asentimiento (en el caso de niños mayores) u obtener el consentimiento del tutor o adulto a cargo designado. También es posible que, en algunas circunstancias, no pueda obtenerse el consentimiento debido a discapacidades cognitivas o físicas, sensoriales o intelectuales.

Un elemento fundamental del enfoque basado en la persona sobrevivientes es el “consentimiento informado”. Para el personal de SSR esto implica brindarles a los sobrevivientes de violencia de género, con imparcialidad, información precisa sobre todos los servicios disponibles, los beneficios y las posibles consecuencias de acceder a esos servicios y compartir información para que la persona sobreviviente pueda tomar la decisión informada que le resulte más conveniente. Nunca debe forzarse a una persona sobreviviente a acceder a servicios si no lo desea. Además, los proveedores de servicios de SSR deben informarle que

puede retirar su consentimiento para el servicio o para que su información se comparta en cualquier momento (incluso mientras se esté brindando el servicio o después de haberse compartido la información sobre el incidente).

10.4.2 Desafíos y oportunidades

A veces, es posible que los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios deban tomar decisiones difíciles al brindar atención a sobrevivientes de violencia de género. Quizás se encuentren con que las leyes nacionales o normas sociales o culturales establecen restricciones a la prestación de determinados servicios o en determinadas circunstancias. Por ejemplo:

- En algunas sociedades, es común que en casos de violencia sexual la familia o las autoridades obliguen a las mujeres sobrevivientes a casarse con el agresor (doble victimización)
- En aquellas comunidades donde la virginidad de la mujer al momento del matrimonio se considera muy importante, es posible que la familia de una sobreviviente solicite a los proveedores de servicios que realicen una “prueba de virginidad”
- Si la confidencialidad de la paciente está en peligro, los servicios que se presten a la sobreviviente pueden exponerla al riesgo de sufrir represalias y de que continúe la violencia en su contra
- Las actitudes y comportamientos de los proveedores de servicios de salud suelen reflejar las actitudes discriminatorias de las comunidades afectadas, como culpar a la víctima, lo que puede ser un obstáculo para que las personas sobrevivientes accedan a los servicios y se recuperen
- Es posible que un proveedor de servicios sospeche o sepa que el agresor es alguien relacionado o cercano a la persona sobreviviente y puede considerar que la seguridad de esa persona no está garantizada, en especial, en el caso de niños y niñas

En estos casos, el coordinador de SSR, el administrador del programa de salud o el proveedor de servicios podrán:

- Conversar con su supervisor
- Analizar opciones con su cliente
- Analizar opciones y estrategias de incidencia dentro de la estructura de su organización o clínica

- Analizar vínculos con organizaciones locales que puedan ayudar al cliente y derivaciones a esas organizaciones
- Respetar la confidencialidad de su cliente y, al mismo tiempo, analizar con colegas de qué manera evitar tales situaciones o manejarlas en el futuro
- Plantear estas inquietudes/problemas en las reuniones de coordinación de salud

10.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Como parte del procedimiento operativo estándar debe llegarse a un acuerdo con respecto al monitoreo y a la comunicación de casos de violencia de género, al intercambio de información, a la documentación de incidentes y a los análisis de datos. Si la recabación y el análisis de información sobre violencia de género se llevan adelante y se comparten de manera correcta, puede obtenerse información valiosa.

10.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

Deben recabarse indicadores en los establecimientos de salud:

- Cantidad de casos de violencia sexual denunciados a los servicios de salud (por mes)
- Oportunidad de la prestación de anticoncepción de emergencia (porcentaje de sobrevivientes de violación elegibles, que se presentan a los servicios de salud en el término de 120 horas y que reciben anticoncepción de emergencia)
- Oportunidad de la prestación de profilaxis posterior a la exposición (PPE) (porcentaje de sobrevivientes de violación elegibles, que se presentan a los servicios de salud en el término de 72 horas y que reciben PPE)
- Cantidad de mujeres y niñas que reciben servicios de aborto seguro en la máxima medida admitida por la ley

Indicadores que deben medirse anualmente:

- Cantidad de trabajadores de salud capacitados para prestar atención clínica a sobrevivientes de violencia sexual (consultar más información en el capítulo 3)

Acnur. (2004). *Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for Use with Refugees and Internally Displaced Persons. Revised Edition*. Extraído de: <http://www.unhcr.org/protection/health/403a0b7f4/clinical-management-rape-survivors-developing-protocols-use-refugees-internally.html>

Anderson, M., Wheaton, W. y Evans, D. P. (sin fecha). *Protection in Health in Humanitarian Settings: Principles and Practice for Public Health and Healthcare Practitioners*. (D. Townes, Ed.).

IASC. (2015). *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria*. Extraído de: https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2016/03/2015-IASC-Directrices-VG_version-espagnol.pdf

IASC. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra, Suiza. Extraído de: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/iasc_guidelines_mhpps_spanish.pdf

IASC Sub-Working Group on Gender & Humanitarian Action. (2008). *Gender-based Violence Resource Tools: Establishing Gender-based Violence Standard Operating Procedures (SOP Guide)*.

IRC (Comité Internacional de Rescate) y UNICEF. (2012). *Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings* (primera edición). Extraído de: https://www.unicef.org/pacificislands/IRC_CCSGuide_FullGuide_lowres.pdf

- Oficina de Relaciones Exteriores y de Asuntos del Commonwealth. (2014). *Protocolo internacional de documentación e investigación de violencia sexual en situaciones de conflicto armado* (primera edición). United Kingdom. Extraído de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/376552/low_res_PSVI_Protocol_FULL-es.pdf
- OMS. (2001). *Female Genital Mutilation: Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery: A Teacher's Guide*. Ginebra, Suiza. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66857/1/WHO_FCH_GWH_01.3_eng.pdf?ua=1
- OMS. (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Ginebra, Suiza. Extraído de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>
- OMS. (2007). *WHO Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies*. Extraído de: http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf
- OMS. (2013). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Extraído de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf
- OMS. (2014). *Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual - Manual clínico*. Extraído de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>
- OMS. (2016). *WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf
- OMS. (2017). *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259270/1/9789241550147-eng.pdf?ua=1>
- OMS, War Trauma Foundation y World Vision International. (2011). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1
- RHRC Consortium y Women's Commission for Refugee Women & Children. (2004). *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Program Design, Monitoring & Evaluation in conflict-affected settings*. Extraído de: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/FC881A31BD55D2B3C1256F4F00461838-Gender_based_violence_rhrc_Feb_2004.pdf
- UN Action Against Sexual Violence in Conflict. (2008). *Reporting and interpreting Data on Sexual Violence from Conflict-Affected Countries: Do's and Don'ts*. Extraído de: <http://www.stoprapenow.org/uploads/advocacyresources/1282164733.pdf>
- UNFPA. (2015). *Estándares Mínimos para la Prevención y Respuesta a la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia*. Extraído de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/GBViE.MS_FINAL_ESP_12-22_0.pdf
- Women's Refugee Commission. (2014). *The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability: Research from Kenya, Uganda and Nepal*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/1084-srh-disabilities-uganda-2014>
- Women's Refugee Commission. (2015). *"I See That It Is Possible" Gender-based Violence Disability Toolkit: Disability Inclusion in Gender-based Violence Programming*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1173-gbv-disability-toolkit-all-in-one-book>
- Women's Refugee Commission. (2016). *Mean Streets: Identifying and Responding to Urban Refugees' Risks of Gender-Based Violence*. Nueva York, NY. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1272-mean-streets>
- Women's Refugee Commission y IRC (Comité Internacional de Rescate). (2015). *I See That It Is Possible: Building Capacity for Disability Inclusion in Gender-Based Violence Programming in Humanitarian Settings*. Extraído de: <https://www.womensrefugeecommission.org/disabilities/resources/document/945-building-capacity-for-disability-inclusion-in-gender-based-violence-gbv-programming-in-humanitarian-settings-overview>

CAPÍTULO 11

VIH

- 11.1 Introducción
 - 11.2 Objetivos
 - 11.3 Programación para el VIH
 - 11.3.1 Preparación
 - 11.3.2 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
 - 11.3.3 Evaluación de necesidades
 - 11.3.4 Principios del trabajo con poblaciones clave y grupos en riesgo
 - 11.3.5 Consideraciones sobre programación
 - 11.3.6 Implementación de servicios integrales para la prevención y la atención del VIH
 - 11.3.7 Implementación de atención integral para personas que viven con VIH
 - 11.3.8 Coordinación y generación de vínculos
 - 11.3.9 Incidencia
 - 11.4 Consideraciones legales y de derechos humanos
 - 11.5 Monitoreo y evaluación
 - 11.6 Otros materiales de lectura y recursos
-

11.1 INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años se han hecho importantes avances en la respuesta a la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel mundial. Sin embargo, abordar el problema del VIH continúa siendo un desafío constante, especialmente en contextos de crisis humanitaria. Si bien una proporción significativa de las personas afectadas por emergencias humanitarias son personas en riesgo de VIH o que viven con VIH, el acceso a prevención, tratamiento y atención del VIH no es algo que suele priorizarse durante las emergencias. La transmisión del VIH en contextos de crisis humanitarias es compleja y depende de la interacción dinámica de diversos factores. Esto incluye la prevalencia del VIH y la vulnerabilidad de algunos grupos dentro de la población en la región de origen y la de 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). Sin embargo, 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 ambiental e indefensión, pueden aumentar la vulnerabilidad de las poblaciones afectadas y su riesgo ante el VIH. Esta mayor vulnerabilidad se produce al ocurrir lo siguiente:

- Se reduce el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH debido al colapso de la infraestructura sanitaria
- Se alteran las redes de contención social, lo que aumenta la exposición a la posibilidad de violación y explotación sexual, el trabajo sexual y el uso de sustancias psicoactivas, incluidas drogas inyectables
- Se exacerban las desigualdades existentes, la estigmatización y la marginación de poblaciones clave en riesgo de VIH y de quienes viven con VIH
- Se incrementa el desplazamiento de la población a un área donde hay mayor prevalencia del VIH

En 2017, aproximadamente 36,9 millones de personas en todo el mundo vivían con VIH; y cerca del 59 % accedían a terapia antirretroviral. Alrededor de 1,7 millones de personas que viven con VIH estaban afectadas por emergencias humanitarias en 2013, el año más reciente del que se tienen datos, incluidos 174 000 niños (entre 0 y 14 años), 81 000 mujeres embarazadas y 193 000 adolescentes. La cobertura de tratamiento era baja en poblaciones afectadas por emergencias, pero era en general similar a la cobertura de tratamiento mundial en ese momento. En 2013, el 63 % de todas las personas que vivían con VIH no tenían acceso a terapia antirretroviral, mientras que el 68 % de las personas que vivían con VIH afectadas por emergencias no tenían acceso a tratamiento. Sin embargo, la cobertura variaba por subpoblación; la brecha más grande en el tratamiento se encontraba en niños y niñas afectados por emergencias (83 %), seguidos por adolescentes (76 %), adultos (67 %) y mujeres embarazadas (55 %). A pesar de los recientes avances en intervenciones iniciadas por usuarios y herramientas de salud móviles, los servicios de VIH destinados a poblaciones clave (ver la sección 11.3.4) continúan siendo insuficientes en la mayoría de los contextos.

Al planificar la programación para el VIH en contextos de crisis humanitaria, los coordinadores de salud sexual y reproductiva (SSR) y los administradores de programas de salud, junto con proveedores de servicios y administradores de programas de VIH, deben considerar lo siguiente:

- El impacto combinado de las emergencias humanitarias y el VIH, incluidos factores que pueden aumentar la vulnerabilidad al VIH

- Políticas y prácticas existentes en la respuesta humanitaria que tienen por objeto prevenir la propagación del VIH y mitigar su impacto
- La disponibilidad y accesibilidad de servicios de prevención, atención y tratamiento para personas que viven con VIH, incluidos interrupción, reinicio o continuación del tratamiento antirretroviral, y de terapia de sustitución de opioides (TSO) para personas que usan drogas inyectables
- La necesidad de iniciar terapia antirretroviral (TAR) al menos en personas que han obtenido un resultado positivo en una prueba de VIH por primera vez y presentan progresión avanzada del VIH según las políticas y directrices nacionales
- Estigmatización y discriminación contra las personas que viven con VIH, que están expuestas al riesgo y afectadas por el VIH
- La necesidad de prevenir y controlar otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)

11.2 OBJETIVOS

El objetivo de este capítulo es ayudar a los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios a lo siguiente:

- Planificar e implementar servicios integrales de prevención, atención y tratamiento del VIH como parte de la respuesta humanitaria
- Comprender las intervenciones basadas en evidencias y los obstáculos a la implementación
- Mejorar la utilización y la demanda de los servicios de VIH

11.3 PROGRAMACIÓN PARA EL VIH

11.3.1. Preparación

La alteración de los servicios de prevención y tratamiento del VIH puede tener un impacto significativo en los riesgos de transmisión, incluida la transmisión de madre a hijo, y en la salud de las personas que viven con VIH. Para mitigar estos riesgos, es clave que el VIH y el sida se incluyan en los esfuerzos de preparación.

1. Debe incluirse el VIH en los planes de acción humanitaria. La capacidad de abordar de manera oportuna las necesidades de las personas que viven con VIH o afectadas por el VIH se relaciona directamente con la inclusión de estas necesidades en los planes de preparación y contingencia, tanto del programa para el VIH como de los planes generales nacionales de preparación para desastres. Al hacerlo, debe involucrarse a todas las partes interesadas pertinentes, incluidas organizaciones de personas que viven con VIH, trabajadores de la salud de agencias de implementación que intervienen en la prestación de servicios relacionados con VIH y SSR, y representantes de comunidades, grupos de mujeres y poblaciones clave, según corresponda. Los protocolos para realizar análisis de situación y evaluaciones de necesidades adaptados al contexto nacional, desarrollados en la fase de preparación, deben contemplar el VIH.
2. Deben emplazarse previamente existencias de reserva, redistribuirse insumos en las áreas de mayor necesidad y proporcionarse soporte para el transporte y las adquisiciones de emergencia para asegurar el suministro de medicamentos e insumos en contextos humanitarios. En emergencias agudas, cuando no hay existencias de reserva, se debe considerar incluir el VIH, la prevención de la transmisión de madre a hijo y los botiquines de inicio de TAR en los insumos de emergencias globales/regionales para que no se interrumpa el tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV), orientación y pruebas de VIH y servicios de prevención/acceso a insumos clave.
3. Se insta a asumir un rol de liderazgo y apoyo para cerciorarse de que los medicamentos antirretrovirales se incluyan en la respuesta de emergencia desde el comienzo. Debe incorporarse el tema del VIH en los temarios de las reuniones de coordinación/del grupo de salud e integrarse el VIH de manera sistemática en las evaluaciones humanitarias.

11.3.2 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Los componentes del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) relacionados con las intervenciones de VIH en el comienzo de una respuesta humanitaria se concentran en prevenir la transmisión del VIH y reducir la morbilidad y mortalidad por VIH y otras ETS. Para reducir la transmisión del VIH desde el comienzo de la respuesta humanitaria, el coordinador de SSR debe trabajar con asociados del sector/grupo de salud para:

- 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
- Apoyar la provisión de medicamentos antirretrovirales para continuar el tratamiento de las personas que se inscribieron en un programa de TAR antes de la emergencia, incluidas mujeres que estaban inscritas en programas para la prevención de la transmisión de madre a hijo
- Proporcionar profilaxis posterior a la exposición (PPE) a los sobrevivientes de violencia sexual según corresponda y para exposición laboral
- Apoyar la provisión de profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas para pacientes que se determine que tienen VIH o ya diagnosticados con VIH
- Garantizar la disponibilidad de diagnóstico sindrómico y tratamiento de ETS en los establecimientos de salud

Estas intervenciones prioritarias deben proporcionarse en todas las emergencias humanitarias, independientemente de la epidemiología local del VIH. En contextos de alta prevalencia de uso de drogas inyectables, debe brindarse acceso a agujas o jeringas estériles (y continuidad de TSO), en consonancia con las políticas nacionales.

Este capítulo describe enfoques para que los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios programen servicios integrales de prevención, atención y tratamiento del VIH tan pronto como la situación lo permita, basándose en intervenciones del PSIM. Al planificar servicios integrales de prevención, atención y tratamiento del VIH, debe llevarse a cabo una evaluación de necesidades como primer paso.

11.3.3 Evaluación de necesidades

Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios deben recopilar o estimar la información relevante para el contexto en el que trabajan, en coordinación con representantes del Ministerio de Salud y otros actores del sector/grupo. Existen diversos métodos de recopilación de datos y diseños de estudios para evaluar las necesidades relacionadas con el VIH de las poblaciones desplazadas, e incluyen desde encuestas cuantitativas, monitoreo de datos y estudios etnográficos profundos hasta estudios cualitativos transversales. Las misiones de evaluación conjunta sobre necesidades relacionadas con el VIH requieren consensuar los objetivos y las prioridades, pero también que se adopten enfoques e instrumentos estandarizados en común. Debe reconocerse que los instrumentos deben adaptarse en cada contexto específico. La experiencia ha demostrado que una evaluación conjunta

entre actores gubernamentales y no gubernamentales tiene muchas ventajas.

El equipo de evaluación debe trabajar con organizaciones no gubernamentales (ONG) locales, organizaciones comunitarias y otros colaboradores que aporten información (como personas desplazadas, poblaciones clave) para reunir información desde perspectivas locales.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

- Información poblacional (información demográfica de las poblaciones de acogida y desplazadas), patrones de desplazamiento y cantidades de personas en diferentes ámbitos (rural, urbano y migración).
- Prevalencia del VIH y otras ETS (tanto de poblaciones desplazadas como de acogida). Estos datos pueden encontrarse en el sitio web de ONUSIDA, así como a través del Programa Nacional de Control del Sida o de fuentes de vigilancia del Ministerio de Salud.
- Cantidad de personas que viven con VIH de la población afectada cuyos servicios de tratamiento de VIH se alteraron (p. ej., programas de prevención de transmisión de madre a hijo y de TAR) y que necesitan continuidad de regímenes de medicamentos antirretrovirales.
- El perfil y la cifra de las poblaciones cuyos servicios de prevención del VIH esenciales (como preservativos y lubricantes, agujas y jeringas, y TSO) se han alterado o están en riesgo de alterarse.
- Factores de comportamiento, estructurales y ambientales que podrían exponer a subgrupos vulnerables a mayor riesgo de transmisión de VIH.

CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Establecimientos de salud y personal de salud que ya están disponibles en el área (internacionales, del Ministerio de Salud, y de las comunidades).
- Personal comunitario y de establecimientos de salud, incluidos farmacéuticos, con experiencia en prevención, tratamiento y atención del VIH, y necesidades de capacitación del personal.
- Disponibilidad de preservativos y lubricantes compatibles con preservativos.
- Disponibilidad de equipos de inyección estériles para personas que usan drogas inyectables y TSO.
- Protocolos nacionales de medicamentos antirretrovirales para prevención (PPE), profilaxis previa a la exposición (PPRE), prevención de la transmisión de madre a hijo,

y tratamiento (TAR) y antirretrovirales disponibles.

- Disponibilidad de servicios de laboratorio, incluidas pruebas rápidas en el punto de atención.
- Disponibilidad de diferentes tipos de pruebas de VIH.
- Existencia de una cadena de suministro confiable que pueda mantener el acceso sostenible a insumos para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH (como medicamentos antirretrovirales y preservativos).
- Disponibilidad de asistencia de alimentaria y nutricional.
- Disponibilidad de organizaciones locales o redes de pares y grupos de pares de personas que viven con VIH, o poblaciones clave o quienes prestan servicios a estas poblaciones en el contexto local.

LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS NACIONALES

Los administradores de programas y proveedores de servicios de SSR deben también conocer la legislación y las políticas nacionales relacionadas con el VIH, evaluar cómo se incluye a los refugiados y desplazados internos (DI) y si hay restricciones basadas en el género, la edad u otra condición. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Leyes y/o políticas sobre pruebas de VIH, incluida orientación antes y después de las pruebas. ¿Hay leyes sobre pruebas obligatorias? ¿Especificaciones sobre dónde puede realizarse la prueba?
- Leyes y/o políticas relacionadas con distribución de preservativos, personas que usan drogas inyectables y servicios de reducción del daño (especialmente TSO y programas de agujas y jeringas).
- Leyes y/o políticas respecto de la transmisión del VIH, trabajo sexual o relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.
- Leyes y/o políticas respecto de la divulgación de la condición de VIH por parte de los proveedores de atención de la salud.
- Leyes y/o políticas que rigen la provisión y el acceso a TAR y si las personas desplazadas (refugiados/DI) están incluidas en planes y políticas nacionales sobre VIH.

CARACTERÍSTICAS DE LA EPIDEMIA DE VIH

Para tener impacto en la prevalencia del VIH, los programas deben estar debidamente orientados. Como referencia de programación útil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA han categorizado de manera general las epidemias de VIH en diferentes países como epidemias

TABLA 11.1: ESCENARIOS DE EPIDEMIA DE VIH

	ESCENARIO DE EPIDEMIA	CONOCER SU EPIDEMIA
Nivel bajo	Prevalencia de VIH <1%: La prevalencia del VIH no ha alcanzado niveles significativos en ninguna subpoblación. Esto sugiere que las redes de riesgo son difusas o que el virus se ha introducido recientemente.	El conocimiento de conductas de riesgo, redes de contacto sexual y otros factores que indican el potencial de propagación del VIH —como índices de otras ETS— es esencial para planificar la prevención.
Concentrada	La prevalencia del VIH es lo suficientemente alta (5 % o más) en una o más poblaciones clave, como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que usan drogas inyectables, personas transgénero o trabajadores sexuales y sus clientes, para mantener la epidemia en esa subpoblación. Sin embargo, el virus no circula entre la población general, donde la prevalencia se mantiene en <1 %.	El curso futuro de este tipo de epidemia será determinado por <ul style="list-style-type: none"> • El tamaño de las subpoblaciones vulnerables y la frecuencia y naturaleza de las interacciones entre ellas y la población general. • El alcance de los programas de VIH diseñados a medida, proporcionados por y para las poblaciones clave afectadas. • El grado en el cual las poblaciones clave pueden automovilizarse (afectadas por la estigmatización y, a su vez, por el empoderamiento de la comunidad).
Generalizada	La prevalencia del VIH es 1 %-15 % en mujeres embarazadas que asisten a centros de atención prenatal, lo que indica que la prevalencia del VIH está presente entre la población general en niveles suficientes para que las redes de contacto sexual propicien la epidemia. En una población con una prevalencia de más del 5 % cada persona sexualmente activa tiene posiblemente un alto riesgo de infección, y ninguna subpoblación se considera de “bajo riesgo”.	Las normas sociales que llevan a relaciones con múltiples parejas sexuales y/o las normas y políticas que evitan que las personas se protejan (por ejemplo, normas que reducen el acceso de las niñas a la educación y la información) participan directamente en la dinámica de la epidemia y deben abordarse.

Existe una situación excepcional en la región sur de África donde grandes cantidades de personas, más de la mitad de ellas niñas y mujeres, viven con VIH. En este escenario hiperendémico, la prevalencia del VIH supera el 15 % en la población adulta. Estas situaciones requieren recursos y esfuerzos excepcionales para movilizar a comunidades enteras a cambiar las conductas sexuales. Además, responder a la epidemia de VIH de manera efectiva requiere de una mejor localización geográfica y poblacional para que se brinden combinaciones efectivas, diseñadas a medida, de las intervenciones de prevención y tratamiento a personas en riesgo de VIH, ya sea en contextos de epidemia generalizada, concentrada o mixta.

de bajo nivel, nivel concentrado y generalizadas (ver Tabla 11.1).

11.3.4 Principios del trabajo con poblaciones clave y grupos vulnerables

Existen ciertas poblaciones claves que, en casi todos los contextos, están desproporcionadamente afectadas por el VIH. Estas poblaciones incluyen hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que usan drogas inyectables, las personas que realizan trabajo sexual, personas transgénero y personas en cárceles y otros ámbitos cerrados. Los riesgos desproporcionados reflejan tanto los obstáculos legales como sociales que aumentan la vulnerabilidad y los comportamientos asociados con riesgos entre miembros de estas poblaciones.

En determinados contextos, otros grupos son particularmente vulnerables a la infección por VIH, por ejemplo adolescentes, trabajadores migrantes, refugiados, conductores de camiones de larga distancia, personal militar y, en el sur de África, las mujeres jóvenes. Estas poblaciones no presentan una vulnerabilidad uniforme ni están afectadas por igual en los diferentes países y contextos epidémicos. Los países deben identificar estas poblaciones adicionales que son específicas de sus contextos y desarrollar servicios y adecuarlos en función de esto. En muchos países, la cobertura insuficiente y la baja calidad de los servicios para poblaciones clave y grupos vulnerables debilitan las respuestas al VIH. Todos los países deben considerar la importancia de llegar a estos grupos, comprender sus necesidades, empoderarlos y proporcionarles servicios equitativos, accesibles y aceptables.

RECUADRO 11.1: POBLACIÓN CLAVE: HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES

Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres incluyen a todos los hombres que tienen relaciones con personas del mismo sexo, independientemente de su orientación sexual autopercibida (gay, bisexual o heterosexual). Se estima, a nivel mundial, que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres tienen 24 veces más probabilidades de contraer VIH que la población general, y la prevalencia del VIH varía entre el 14 % y el 18 % en América, Asia y el África subsahariana. Las respuestas al VIH para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres siguen estando obstaculizadas por la homofobia, la discriminación, la violencia y la criminalización, todo lo cual afecta la salud mental y física de esta población y limita su acceso a servicios. Abordar la homofobia, la estigmatización y la discriminación es central para implementar servicios de prevención y tratamiento del VIH basados en derechos y evidencias.

Brindar un proceso continuo de servicios en estrecha colaboración con las comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres favorece un mayor acceso y reduce la morbilidad, la mortalidad y la transmisión continua del VIH. Una programación efectiva para el VIH destinada a este grupo incluye lo siguiente:

- El empoderamiento de la comunidad es esencial para todas las iniciativas de prevención. El empoderamiento apoya a estos hombres para que aborden las limitaciones estructurales a su salud, derechos humanos y bienestar, y mejora el acceso a los servicios. El fortalecimiento de las capacidades de los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres apoya la planificación, la implementación, el aumento, la gestión y el monitoreo de los programas de VIH con esta población.
- Abordar la violencia es una necesidad sumamente urgente y prioritaria de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. La protección frente a la violencia, la discriminación y otras formas de violaciones de derechos humanos es necesaria para que las intervenciones de VIH puedan implementarse de manera efectiva.
- La provisión de preservativos y lubricantes es una intervención de prevención fundamental, que incluye la gestión de insumos, la promoción en múltiples niveles y el favorecimiento de un entorno propicio para aumentar el uso de preservativos.
- Los servicios de atención de la salud integrales incluyen orientación y pruebas de VIH, PPrE y PPE, TAR, tratamiento de ETS y otras infecciones concomitantes, abordar los problemas de salud mental y de uso de sustancias, incluidos programas de agujas y jeringas y TSO para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y usan drogas inyectables.
- Los servicios comunitarios son un medio importante de prestación de servicios. Los grupos de salud de hombres

y las organizaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres son socios esenciales para brindar extensión comunitaria, administrar centros sociales, y ayudar a los pares a utilizar los servicios sociales, de salud y de justicia. La participación y el liderazgo de esta población generan confianza, hacen que los programas sean más completos y receptivos y generan entornos propicios para la prevención del VIH.

- Los servicios integrados permiten el tratamiento, la atención y el apoyo para múltiples comorbilidades (p. ej., VIH, hepatitis viral, TB, ETS y afecciones de salud mental) y situaciones sociales precarias (p. ej., detención, falta de vivienda y desempleo). Los servicios integrados facilitan una mejor comunicación y atención y permiten mejores resultados de los clientes de esta población.

Los programas de VIH para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pueden enfrentar resistencia y críticas de la comunidad en general, en especial cuando actitudes sociales, culturales y religiosas estigmatizan a esa población. Sin embargo, con financiamiento y apoyo, los encargados de implementar los programas pueden aumentar la aceptación de la comunidad de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las intervenciones. Por ejemplo:

- Determinar el tamaño y las características de las comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres entre la población afectada e involucrarlas en el diseño y la implementación de actividades de prevención del VIH específicas.
- Promover la comprensión y aceptación de la diversidad en cuanto a orientación sexual e identidad de género en campañas públicas de concienciación para reducir la homofobia.
- Sensibilizar y fortalecer las capacidades de profesionales, en especial de los trabajadores de la salud, los funcionarios de aplicación de la ley, trabajadores sociales y trabajadores comunitarios, para interactuar o trabajar con esta población y aplicar enfoques basados en derechos y prácticas basadas en evidencias.
- Implementar y hacer cumplir las leyes contra la discriminación y de protección, para eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia.
- Monitorear y denunciar la violencia, en consulta con los clientes y teniendo conocimiento de los riesgos legales, y establecer mecanismos de resarcimiento para brindar justicia.
- Asegurar que los servicios de salud sean accesibles, aceptables, se encuentren orientados a los pacientes y se basen en principios de ética médica, no discriminación, derecho a la salud y eviten la estigmatización.

RECUADRO 11.2: POBLACIÓN CLAVE: PERSONAS QUE USAN DROGAS INYECTABLES

Según estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), en 2014, alrededor de 11,7 millones de personas en todo el mundo se habían inyectado drogas recientemente; de estas personas, 1,6 millones vivían con VIH (13,5 %). El uso de drogas inyectables tiene alta prevalencia en Europa Oriental y Sudoriental y el 27 % de las personas que usan drogas inyectables residen en Asia Oriental y Sudoriental. Se ha determinado que los índices de nuevas infecciones por VIH son 24 veces más altos entre personas que usan drogas inyectables que en la población general. Existe alta prevalencia de VIH entre personas que usan drogas inyectables en Asia Sudoccidental y en Europa Oriental y Sudoriental, donde respectivamente el 27,9 % y el 22,9 % de las personas que usan drogas inyectables viven con VIH. Compartir agujas y jeringas contaminadas contribuye a un tercio de las nuevas infecciones por VIH fuera del África subsahariana. Las mujeres que se inyectan drogas están especialmente estigmatizadas y son vulnerables a la violencia y al VIH. Resulta preocupante la cobertura insuficiente de programas de reducción de daños en contextos donde el uso inseguro de drogas inyectables es alto, debido al alto riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones como la hepatitis viral.

Si bien se sabe que compartir jeringas y otros equipos para la inyección de drogas es una vía de transmisión del VIH, el uso de drogas inyectables también contribuye a la propagación de la epidemia fuera del círculo de quienes usan drogas inyectables. Las parejas sexuales de las personas que usan drogas inyectables están en riesgo a través de la transmisión sexual. Los hijos de madres que contrajeron VIH mediante el uso de agujas compartidas o por vía sexual con una persona que utiliza drogas inyectables también podrían contraer la infección. Las personas que realizan trabajo sexual y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y utilizan drogas estimulantes (cocaína o anfetaminas) también tienen mayor prevalencia de conductas sexuales de riesgo.

Las personas que usan drogas inyectables también pueden tener riesgos adicionales de transmisión del VIH como el trabajo sexual y el encarcelamiento. La criminalización del uso de drogas inyectables puede llevar a la marginación social y limitar el acceso a servicios de salud y VIH, incluidos orientación y pruebas de VIH y medicamentos antirretrovirales. Todo esto puede favorecer más la epidemia.

Los servicios de VIH para personas que se inyectan drogas deben, por lo tanto, concentrarse en un enfoque de reducción del daño. El paquete integral para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre personas que usan drogas inyectables incluye nueve intervenciones clasificadas por orden de prioridad:

- 1) Programas de agujas y jeringas
- 2) Terapia de sustitución de opioides
- 3) Orientación y pruebas de VIH
- 4) Terapia antirretroviral

- 5) Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- 6) Programas de preservativos para personas que usan drogas inyectables y sus parejas sexuales
- 7) Información, educación y comunicación específicas para personas que usan drogas inyectables y sus parejas sexuales
- 8) Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento para la hepatitis viral
- 9) Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

La provisión de agujas y jeringas estériles reduce el riesgo de transmisión del VIH. Cuando sea posible, y dependiendo del contexto, podría considerarse la provisión de otros servicios de reducción de daños, como la terapia de sustitución de opioides (metadona o buprenorfina) para personas dependientes de los opioides, naloxona para la prevención de sobredosis y apoyo psicosocial. Además, deben considerarse servicios de prevención de transmisión de madre a hijo para mujeres que utilizan drogas inyectables y para parejas sexuales de personas que usan drogas inyectables como parte de la programación de SSR. Siempre se deben proporcionar preservativos de calidad.

En la mayoría de los casos, los proveedores de servicios no tienen experiencia, habilidades ni competencia para prestar servicios de buena calidad a las personas que usan drogas inyectables. En esos casos, debe considerarse la posibilidad de capacitar a proveedores de servicios sobre los servicios relacionados con el VIH destinados a personas que usan drogas inyectables. La extensión comunitaria inter pares es una manera efectiva de llegar a las personas que usan drogas inyectables que no están en contacto con servicios de salud y de prevención del VIH. Más específicamente:

- Determine el tamaño y las características de las personas que usan drogas inyectables entre la población afectada e involúcrelas en el diseño y la implementación de actividades de prevención y tratamiento del VIH específicas.
- Genere demanda y ofrezca acceso a equipos estériles para inyectar a través de programas de agujas y jeringas.
- Genere demanda y ofrezca acceso a TSO y otros servicios para la dependencia de drogas basados en evidencias.
- Genere demanda y ofrezca acceso a orientación y pruebas de VIH y TAR.
- Genere demanda y ofrezca acceso a preservativos, prevención y tratamiento de ETS y servicios de SSR.
- Aborde y mitigue la estigmatización y la discriminación.

Además, debe proporcionarse naloxona en la comunidad para prevenir la muerte por sobredosis de opiáceos.

RECUADRO 11.3: POBLACIÓN CLAVE: PERSONAS QUE REALIZAN TRABAJO SEXUAL

El intercambio de servicios sexuales por dinero o bienes está presente en todas las comunidades y a menudo es prevalente en poblaciones afectadas por emergencias. Esto incluye a personas que no se consideran a sí mismas trabajadores sexuales pero que no tienen otras fuentes de ingresos y ofrecen servicios sexuales para su sustento y el de sus dependientes durante situaciones de crisis humanitaria. Por lo tanto, además de garantizar la seguridad y el acceso a alimentos y apoyo para personas vulnerables, es sumamente importante proporcionar servicios de VIH y SSR no estigmatizantes para todas las personas que ofrecen servicios sexuales en contextos de crisis humanitarias. Las personas que realizan trabajo sexual y sus familias se benefician con mecanismos de apoyo, incluida la provisión de asistencia e incentivos así como servicios legales, económicos y sociales para reducir la dependencia del trabajo sexual para la subsistencia.

En todo el mundo, las personas que realizan trabajo sexual experimentan 10 veces mayor prevalencia de VIH que la población general, con un índice promedio del 12 % de infección por VIH. Existen numerosos motivos para este riesgo, como tener múltiples parejas sexuales, la vulnerabilidad a la violencia sexual, las condiciones de trabajo riesgosas, los obstáculos a la negociación del uso sistemático de preservativos y la falta de acceso a servicios de salud. La estigmatización, la discriminación, la violencia y la criminalización del trabajo sexual limitan el acceso a los servicios y la capacidad para reducir el riesgo. Por ejemplo, la policía puede hostigar a las personas que realizan trabajo sexual y utilizar la posesión de preservativos como evidencia de trabajo sexual. La violencia, el consumo de drogas y alcohol en algunos contextos también aumentan la vulnerabilidad y el riesgo que enfrenta esta población clave.

Se han identificado una serie de intervenciones para reducir el VIH dentro del contexto del trabajo sexual:

- El empoderamiento de la comunidad es esencial para reducir el riesgo de las personas que realizan trabajo sexual y otras poblaciones clave. Permite la planificación, implementación y monitoreo efectivos de todos los aspectos de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y las ETS. Fortalecer la capacidad de las redes de trabajadores sexuales contribuye a la implementación y el aumento de intervenciones que se diseñan para las comunidades de trabajadores sexuales.
- Abordar la violencia contra las personas que realizan trabajo sexual es una prioridad, que a menudo requiere mayor atención inmediata que la prevención del VIH. Los programas de VIH deben incluir protección contra la violencia, discriminación, abuso y otras violaciones de derechos humanos, incluso por parte de actores del Estado.
- La programación relacionada con preservativos y lubricantes es una intervención clave para asegurar la provisión adecuada de preservativos masculinos y femeninos y de lubricantes, incluso en ámbitos comunitarios.
- Los servicios clínicos y de apoyo deben basarse en derechos y orientarse a las personas, además de garantizar el consentimiento informado y voluntario y que se eviten la coerción y/o actitudes sentenciosas de los proveedores. Los servicios voluntarios incluyen orientación y pruebas de VIH, PPrE y PPE, TAR, tratamiento de ETS e infecciones concomitantes, como TB y hepatitis viral, incluida la vacuna

para el virus de la hepatitis B, y servicios adicionales para SSR, reducción del daño para trabajadores sexuales que utilizan drogas inyectables, atención tras una violación y servicios de salud mental. En lugares con alta prevalencia de ETS y servicios de salud limitados, puede ofrecerse tratamiento provisional periódico para las ETS a trabajadores sexuales durante períodos limitados. La adopción de todos los servicios depende de que los trabajadores sexuales estén adecuadamente informados y empoderados para hacer sus propias elecciones sobre la aceptación del tratamiento y el apoyo.

- La provisión de servicios comunitarios aumenta el alcance y la prestación de servicios aceptables para las personas que realizan trabajo sexual por parte de pares en ámbitos comunitarios. Un enfoque comunitario respecto de la planificación, la prestación y el monitoreo de los servicios favorece que los programas sean más efectivos y sostenibles, con prestaciones mediante extensión comunitaria, clínicas móviles y espacios seguros (centros sociales), así como el acompañamiento de pares en el uso de los sistemas de salud, sociales y de justicia para maximizar la aceptación y garantizar que se reconozcan los derechos de los trabajadores sexuales. Las intervenciones también pueden abordar el lado de la “demanda” del trabajo sexual —trabajar para cambiar el comportamiento de los clientes— a fin de reducir la violencia contra las personas que realizan trabajo sexual y disminuir la demanda de sexo pago sin protección. El personal humanitario, las fuerzas de paz, la policía civil y la población general pueden ser clientes de trabajadores sexuales en contextos de crisis humanitarias.
- Se consideran fundamentales las intervenciones que tienen como propósito prevenir la discriminación y la violencia, y otras violaciones de derechos humanos que enfrentan las personas que realizan trabajo sexual, así como mejorar el derecho de los trabajadores sexuales a servicios sociales, de salud y financieros. Es posible que estas intervenciones deban vincularse con los sectores abocados a cuestiones de protección o de violencia de género.
- Los servicios de salud deben estar disponibles, ser accesibles y aceptables para las personas que realizan trabajo sexual respetando los principios de no estigmatización, no discriminación y derecho a la salud.
- El trabajo de incidencia con líderes comunitarios contribuye a aumentar la concienciación y la aceptación de la importancia de prestar servicios a las personas que realizan trabajo sexual.

Por último, cualquier iniciativa para detener la trata de personas y la explotación sexual de niños y niñas debe implementarse en armonía con las comunidades de trabajadores sexuales y los programas de VIH, protección o violencia de género. Los operativos de “redada y rescate” a ciegas no tienen en cuenta los derechos de los trabajadores sexuales y hacen que tanto el trabajo sexual como la trata de personas estén incluso más ocultos, lo que aumenta el riesgo de VIH y violencia. Las comunidades de trabajadores sexuales son excelentes aliados para las iniciativas contra la trata de personas y se les debe consultar y dar participación. A menudo los propios trabajadores sexuales no sabrán si las personas están siendo obligadas o forzadas a prestar servicios sexuales ni si son menores de 18 años (niños y niñas sometidos a explotación sexual).

11.3.5 Consideraciones sobre programación

RECURSOS HUMANOS, FUNCIONES COMPARTIDAS Y DELEGACIÓN DE FUNCIONES

La solidez y eficacia de los sistemas de salud depende de que cuenten con suficiente personal clínico, con las habilidades correctas, en el lugar correcto. Sin embargo, la cantidad de trabajadores de la salud disponibles continúa siendo insuficiente en muchos contextos con una alta carga de VIH y esto se acentúa en los contextos de emergencias. El acceso universal a los servicios de VIH no será posible sin sistemas de salud fortalecidos, incluida una expansión importante del personal de salud. En esta situación, se hace evidente la necesidad de un plan para fortalecer y ampliar el personal de salud en el contexto del VIH. Ante la cantidad de pacientes, la falta de personal médico capacitado y las limitaciones financieras cada vez mayores, el tratamiento debe proporcionarse de manera más eficiente.

El incremento de los programas de prevención, tratamiento y atención del VIH no puede basarse solo en profesionales de atención de la salud formalmente capacitados, dado que estos no son suficientes para responder a las necesidades. Los programas también deben incluir a personal de administración y apoyo no perteneciente al sector clínico que pueda liberar a los proveedores de atención de la salud de las tareas que les restan tiempo para dedicarse al trabajo clínico. Las funciones compartidas y la delegación de funciones (en las que los médicos, personal de enfermería, odontólogos y otros profesionales de la salud delegan responsabilidades de atención de la salud y conocimientos relevantes a otras partes, incluidos trabajadores de la salud comunitarios capacitados y atención y apoyo llevados adelante por la comunidad), permiten aprovechar mejor los recursos humanos existentes y reducir los atascos en la prestación de servicios sin comprometer los resultados para los pacientes. Compartir la responsabilidad también puede implicar la delegación de algunas tareas bien definidas a grupos recientemente creados de trabajadores de la salud que reciben capacitación en competencias específicas.

Las funciones compartidas son el proceso que consiste en permitir que diversos profesionales de la atención de la salud no expertos y capacitados —como personal de enfermería, parteras, funcionarios médicos, trabajadores de la salud comunitarios— realicen tareas y procedimientos clínicos de manera segura que, de otro modo, estarían restringidos a grupos de nivel superior. Las funciones compartidas destacan el requisito de contar con una base de conocimientos para las funciones y responsabilidades

que se delegan y ponen de manifiesto la colaboración de los profesionales de la salud al proporcionar atención.

La Organización Mundial de la Salud define la **delegación de funciones** como el proceso por el cual, cuando sea conveniente, se pueden delegar determinadas funciones en trabajadores de la salud con menor capacitación y menos especializados. Los trabajadores de la salud comunitarios, incluidas personas que viven con VIH, pueden proporcionar de manera segura y efectiva servicios de VIH específicos, tanto en un establecimiento de salud como en la comunidad. A diferencia de la delegación de funciones o las funciones compartidas informales y oportunistas, las estrategias deliberadas están acompañadas de capacitación, certificación, apoyo y supervisión.

CAPACITACIÓN

Para prestar servicios de VIH de buena calidad, es esencial contar con capacidad para implementar programas de VIH de calidad. Sin embargo, la capacidad puede variar según el contexto. A su vez, la naturaleza de una emergencia puede requerir la ampliación de habilidades y competencias específicas entre los proveedores de servicios de salud (p. ej., cómo responder a violencia sexual o cómo administrar efectivamente los insumos para VIH). Por este motivo, es importante que se incluya una evaluación básica de deficiencias de capacidades como parte de la evaluación de necesidades y la planificación de programas. En función de las deficiencias de capacidades y habilidades identificadas, se puede brindar capacitación, concentrándose en diferentes destinatarios, tales como:

- Proveedores de atención de la salud en clínicas o puestos de salud
- Administradores del sector de la salud en organismos de implementación
- Trabajadores de la salud comunitarios y trabajadores de extensión inter pares
- Otras personas según las necesidades y deficiencias identificadas

Cuando sea posible, utilice manuales o materiales de capacitación existentes y recurra al conocimiento local.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN DIFERENTES CONTEXTOS Y ÁMBITOS

Más del 60 % de los refugiados y DI del mundo viven en ámbitos urbanos. A diferencia de un campamento de refugiados o personas desplazadas, las ciudades permiten que los refugiados lleven una vida anónima, ganen

dinero y se forjen un futuro más próspero. Pero también presentan riesgos. Los refugiados pueden ser vulnerables a la explotación, el arresto o la detención, y pueden verse obligados a competir con los trabajadores locales con menos recursos por los peores empleos. Grandes cantidades de mujeres, niños y personas mayores refugiados en áreas urbanas se enfrentan a una serie de riesgos de protección, incluida la amenaza de arresto y detención, devolución (refoulement), acoso, explotación, discriminación, albergue inadecuado o en condiciones de hacinamiento, así como vulnerabilidad a violencia sexual y de género (VG), VIH, trastornos de abuso de sustancias y trata de personas.

En contextos urbanos, deben hacerse esfuerzos específicamente orientados a llegar a los refugiados y DI, puesto que a menudo no hay registros y esas personas no suelen recibir ayuda material directa ni servicios de los gobiernos de acogida u organismos humanitarios. Los proveedores de servicios tienen dificultades para llegar a los refugiados y DI en ámbitos urbanos, y esas personas suelen tener escasas oportunidades de expresar sus inquietudes. Asimismo, los refugiados en áreas urbanas a menudo enfrentan numerosas desventajas en comparación con los habitantes de ciudades que tienen bajos ingresos, como la falta de sistemas de apoyo comunitario, barreras lingüísticas, exclusión de los sistemas de seguridad social o de regímenes de seguro de salud e ingresos insuficientes. La estigmatización y la discriminación también pueden reducir el acceso a servicios de salud del gobierno ya desbordados.

En países donde los ciudadanos tienen servicios de salud subsidiados o gratuitos, la principal prioridad sería la integración de servicios de salud para refugiados en el sistema de salud nacional, con el objeto de garantizar a los refugiados urbanos el mismo acceso que el disponible para ciudadanos. Esto se aplicaría especialmente a servicios de salud primaria y servicios específicos de SSR, como servicios de anticoncepción, atención prenatal y posnatal, atención obstétrica de emergencia, y manejo de VIH/ETS y violencia de género. Si el país de acogida no otorga este privilegio, existe la necesidad de establecer servicios alternativos y desarrollar una estrategia de incidencia.

Los servicios comunitarios de protección informales y las redes de pares también pueden ser un eje fundamental de la protección en contextos urbanos. Estas redes de pares pueden darse entre refugiados, por ejemplo en forma de grupos de apoyo, incluidos sobrevivientes de violencia de género, personas mayores, personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales (LGBTQIA), personas que realizan trabajo sexual, personas con discapacidad, personas que usan drogas inyectables, personas en cárceles y personas que viven con VIH. Se debe

alentar a las poblaciones clave a movilizarse y a formar redes locales para trabajar en forma colectiva. Cuando sea posible, proporcione centros sociales comunitarios donde puedan proporcionarse servicios y las personas puedan reunirse e iniciar acciones comunitarias. Consiga la participación de organizaciones locales que tengan experiencia de haber trabajado en un vecindario o área geográfica en particular donde haya afluencia de refugiados; otras pueden tener experiencia en el trabajo con subpoblaciones urbanas, incluidos grupos vulnerables como personas LGBTQIA, trabajadores sexuales, personas sin techo y personas que viven con VIH.

11.3.6 Implementación de servicios integrales para la prevención y la atención del VIH

Una vez que las condiciones lo permitan, el paquete inicial mínimo para VIH debe ampliarse a servicios integrales de prevención, atención y tratamiento del VIH. Los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios deben revisar los hallazgos de la evaluación de necesidades de situación e implementar servicios integrales de VIH, según los servicios disponibles y las condiciones de seguridad. Proceso continuo de atención del VIH se refiere a un paquete integral de servicios de prevención, pruebas, tratamiento y atención del VIH proporcionados a personas en riesgo de contraer VIH y personas que viven con VIH y sus familias.

CONCIENCIACIÓN SOBRE EL VIH

Deben llevarse a cabo campañas de información pública para generar conciencia en la comunidad sobre cómo se transmite y no se transmite el VIH y para promover los derechos de las personas que viven con VIH, los beneficios de conocer la condición propia de VIH y la disponibilidad de servicios para la prevención, pruebas, atención y apoyo del VIH. La información sobre divulgación segura es también fundamental. Las personas, y en particular las mujeres y niñas que pueden estar en riesgo de violencia, deben tener una elección informada acerca de a quién divulgan, para quién divulgan y cuándo, dónde y cómo divulgan su condición. Las personas que viven con VIH y las comunidades afectadas deben participar en la formulación, implementación y el monitoreo de esas campañas.

Los esfuerzos de comunicación al principio de la respuesta humanitaria se concentran en informar a las personas dónde pueden acceder a servicios de VIH básicos. Tan pronto como sea posible, revise los hallazgos de la evaluación inicial para adaptar las comunicaciones a las poblaciones locales afectadas por VIH, por ejemplo:

RECUADRO 11.4: POBLACIÓN CLAVE: PERSONAS TRANSGÉNERO

Es poco frecuente que las personas transgénero puedan identificarse en los sistemas de vigilancia nacionales, y el conocimiento de la carga global de VIH y otras ETS entre las poblaciones transgénero es limitado. Solo hay datos disponibles de países de ingresos medios y altos, que indican que las mujeres transgénero, en particular, tienen un riesgo desproporcionado de infección por VIH, 49 veces más alto que el de la población general. Un metaanálisis publicado en 2013 determinó un índice de prevalencia del VIH de 17,7 % entre 7197 mujeres transgénero de países de ingresos bajos y medios.

Las poblaciones transgénero son distintas de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y a menudo tienen vulnerabilidades y necesidades de salud diferentes (como la terapia hormonal) y requieren servicios que incluyan una perspectiva de género. La transfobia y la falta de documentos de identidad congruentes con el género pueden limitar su posibilidad de acceder a atención de la salud. Puede ser necesario sensibilizar a los trabajadores de atención de la salud que proporcionan servicios de VIH para que estén en condiciones de prestar servicios que reafirmen el género a personas transgénero adultas y adolescentes, sin transfobia.

Una “sindemia” (sinergia de epidemias) de múltiples problemas de salud concomitantes afecta marcadamente a las personas transgénero, sobre todo a las mujeres transgénero, incluidos altos índices de violencia, victimización, consumo de sustancias, abuso y agresión sexual y depresión con pensamientos suicidas e intentos de suicidio. Esta sindemia se asocia con desigualdades estructurales y sociales, que incluyen estigmatización y discriminación, falta de documentos de identidad que coincidan con la expresión de género, desempleo, trabajo sexual mal pago, falta de vivienda y falta de acceso a servicios de salud, incluida atención que reafirme el género. Las mujeres transgénero que buscan la reafirmación psicológica de su género por parte de parejas pueden estar más dispuestas a tener sexo sin preservativos y muchas parejas de mujeres transgénero están expuestas a alto riesgo de VIH.

Muchas personas transgénero utilizan las hormonas femeninas o masculinas para adecuarse físicamente con su identidad de género. Muchas priorizan la terapia hormonal; y este puede ser un punto de acceso para las pruebas y la atención del VIH. Continúa habiendo incertidumbre respecto de cómo los anticonceptivos hormonales, en particular en grandes dosis, afectan la adquisición y transmisión del VIH. El etinilestradiol —el estrógeno utilizado comúnmente en los anticonceptivos orales— tiene interacciones farmacológicas bien caracterizadas con algunos medicamentos antirretrovirales; estos anticonceptivos son muy utilizados por las mujeres transgénero. Faltan datos sobre las interacciones farmacológicas entre medicamentos antirretrovirales y 17-β estradiol, un fármaco comúnmente utilizado para la terapia de sustitución hormonal. La testosterona y los medicamentos antirretrovirales pueden administrarse en forma simultánea. Sin embargo, la testosterona suprime el estrógeno, lo que da por resultado atrofia vaginal (adelgazamiento y resequedad

de las paredes vaginales). Si bien no hay datos disponibles, esto concita alarma respecto del impacto del contagio del VIH entre hombres transgénero.

Algunas consideraciones para la programación incluyen:

- Reconocer y desarrollar las fortalezas, competencias y capacidades de las personas transgénero, en especial su capacidad para expresar sus opiniones y articular qué servicios necesitan. Asociarse con organizaciones comunitarias de personas transgénero, aprovechando su experiencia y credibilidad con las personas transgénero.
- Hacer que las personas transgénero participen de manera significativa en la planificación, el diseño, el monitoreo, la implementación y la evaluación de servicios adaptados a su necesidades en contextos locales.
- Utilizar plenamente la infraestructura y los servicios existentes, como los servicios para adolescentes cuya eficacia y adecuación se encuentre demostrada, y agregar componentes para alcanzar y proporcionar servicios a jóvenes transgénero.
- Cerciorarse de que exista suficiente capacidad entre los profesionales, sobre todo trabajadores de la salud, funcionarios de aplicación de la ley, trabajadores sociales y trabajadores comunitarios, para interactuar o trabajar con personas transgénero y aplicar enfoques basados en derechos y que tengan en cuenta una perspectiva de género, así como prácticas basadas en evidencias.
- Se deben poner a disposición suministros suficientes de preservativos y lubricantes, destacando la necesidad de asegurar el uso de lubricante. Las intervenciones para el cambio de comportamientos pueden ofrecerse a través de Internet, marketing social, centros sociales y extensión comunitaria a lugares de encuentro (p. ej., clubes nocturnos o lugares donde se practica sexo).
- Los servicios clínicos de VIH para personas transgénero incluyen orientación y pruebas de VIH, PPrE y PPE, TAR, tratamiento para ETS y otras comorbilidades, incluidas tuberculosis y hepatitis viral, y también la vacuna para el virus de la hepatitis B cuando la cobertura de vacunas esté incompleta. Otros servicios son los orientados a abordar problemas de salud mental, reducción de daños para personas transgénero que usan drogas inyectables, y otros programas sobre consumo de drogas y alcohol. Las personas transgénero deben recibir servicios de SSR adecuados, incluida anticoncepción. Las mujeres transgénero deben recibir orientación sobre los riesgos de utilizar anticonceptivos hormonales para el tratamiento de feminización.
- La violencia contra las personas transgénero debe evitarse y abordarse en colaboración con organizaciones de personas transgénero. Todos los hechos de violencia deben monitorearse y denunciarse, y se deben establecer mecanismos de resarcimiento para asegurar justicia.

RECUADRO 11.5: POBLACIÓN CLAVE: PERSONAS ENCARCELADAS

Las personas en cárceles están expuestas a un riesgo de VIH 5 a 10 veces más alto. Además de los comportamientos de riesgo para el VIH, como actividades sexuales inseguras y compartir equipos de inyección o equipos para hacer piercings en el cuerpo, hay factores relacionados con la infraestructura de la cárcel y la gestión penitenciaria, incluida la salud, que también contribuyen a la vulnerabilidad ante el VIH, la tuberculosis y otros riesgos relacionados con la salud en las cárceles. Estos factores incluyen el hacinamiento, la violencia, las malas condiciones en centros de detención, corrupción, denegación, estigmatización, falta de protección para reclusos vulnerables, falta de capacitación del personal penitenciario, aislamiento y deficiencias en los servicios médicos y sociales.

En algunos contextos, la respuesta efectiva al VIH requiere abordar las necesidades de prevención y tratamiento del VIH de quienes necesitan contar con el mayor acceso posible a servicios de alta calidad. Un paquete completo de 15 intervenciones para el VIH en los centros de detención incluye:

- 1) Información, educación y comunicación
- 2) Programas para el uso de preservativos
- 3) Prevención de la violencia sexual
- 4) Tratamientos para la drogodependencia, incluida TSO
- 5) Programas de agujas y jeringas
- 6) Prevención de la transmisión a través de servicios médicos o dentales
- 7) Prevención de la transmisión a través de tatuajes, piercings y otras formas de penetración de la piel
- 8) Profilaxis posterior a la exposición
- 9) Orientación y pruebas de VIH
- 10) Tratamiento, atención y apoyo para el VIH
- 11) Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis
- 12) Prevención de la transmisión de madre a hijo
- 13) Prevención y tratamiento de ETS
- 14) Vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral
- 15) Protección del personal contra los riesgos laborales

RECUADRO 11.6: MENSAJES FUNDAMENTALES

- El VIH, el virus que provoca el sida, puede transmitirse a través del contacto sexual sin protección (sexo vaginal, anal y oral sin preservativo) con alguien que está infectado con VIH, transfusiones de sangre infectada con VIH, reutilización de agujas, jeringas y otros equipos de penetración en la piel contaminados con VIH, y de una mujer que vive con VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia
- Todas las personas deben saber sobre el VIH y el sida y cómo prevenir la transmisión del VIH, dado que no existe cura para el VIH, que solo puede prevenirse y tratarse
- Existe un tratamiento antirretroviral efectivo para el VIH y también para determinadas infecciones oportunistas (afecciones características del sida). Si bien la TAR no es una cura, puede controlar el VIH y prolongar la vida si se toma de por vida
- Tener una ETS (p. ej., clamidia, gonorrea o sífilis) aumenta el riesgo de transmitir o contagiarse de VIH
- El riesgo de infección a través de las relaciones sexuales puede reducirse utilizando protección de barrera, como los preservativos, de manera correcta cada vez, manteniendo una relación recíprocamente monógama con una pareja no infectada, absteniéndose de mantener relaciones sexuales o utilizando profilaxis oral previa a la exposición.
- Todas las personas que puedan haber estado expuestas al VIH deben consultar a un trabajador de la salud calificado para realizarse una prueba de VIH informada y voluntaria y para recibir asesoramiento con el fin de proteger su salud
- Las mujeres embarazadas deben tener acceso a orientación y pruebas de VIH. Si están infectadas, se les ofrecerán medicamentos adecuados para reducir el riesgo de transmitir la infección a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia
- La estigmatización, la discriminación, la mala información y las actitudes negativas hacia las personas que viven con VIH y las poblaciones clave aumenta el potencial de sufrir VIH y de transmitirlo. La discriminación contra las personas que viven con VIH constituye una violación de derechos humanos.

- ¿Qué nivel de conocimiento o ideas equivocadas sobre el VIH tienen las personas?
- ¿Qué prácticas comunes ponen a las personas en riesgo de transmisión de VIH?
- ¿Qué elementos de la nueva situación aumentan el riesgo de transmisión de VIH?
- ¿Cuáles son las actitudes y creencias comunes respecto de las personas que viven con VIH y las poblaciones clave?

Las campañas de información pública y basadas en servicios de salud pueden generar mayor conciencia sobre el VIH, las ETS y otras cuestiones de SSR dentro de las comunidades recientemente formadas de refugiados y desplazados internos. Además, diseñe y adapte campañas de comunicación específicas para:

- Dirigirse a poblaciones clave y otras personas vulnerables a la transmisión del VIH. Las personas desplazadas enfrentan mayores riesgos porque los sistemas comunitarios de protección y los servicios de salud se encuentran interrumpidos, las redes de contacto sexual cambian, los jóvenes pueden

iniciarse en la actividad sexual a más temprana edad, el consumo de drogas puede cambiar y las personas pueden iniciarse en el trabajo sexual como medio de subsistencia

- Reducir las actitudes estigmatizantes y el comportamiento discriminatorio contra personas que viven con VIH y poblaciones clave y asegurar la atención y ayuda para ellas

Los programas llevados adelante por la comunidad, como los centros sociales comunitarios y la extensión inter pares, son maneras efectivas de motivar a las personas a practicar conductas más seguras y acceder a servicios. Pueden participar y movilizarse diversos grupos de la comunidad, incluidas redes de personas que viven con VIH, personas LGBTQIA, trabajadores sexuales, personas que usan drogas inyectables y personas con discapacidad. También puede buscarse apoyo de líderes comunitarios y religiosos, gimnasios en escuelas, clubes de personas que se han hecho una prueba de VIH y asociaciones contra el sida en la policía y el ejército. Las asociaciones de personas que viven con VIH y otros grupos comunitarios pueden ser muy importantes para generar cambios en las actitudes de las personas y las comunidades.

RECUADRO 11.7: POBLACIONES EN RIESGO: JOVENES Y ADOLESCENTES

Las personas jóvenes (de 10 a 24 años), incluidos adolescentes (de 10 a 19 años) continúan siendo vulnerables, tanto desde el punto de vista social como económico, a la infección por VIH. Esto afecta particularmente a los adolescentes, en especial a las niñas, que viven en ámbitos de epidemias generalizadas de VIH o que son miembros de grupos de poblaciones jóvenes clave.

El acceso y la aceptación de los servicios suelen ser escasos entre los adolescentes, lo cual aumenta la vulnerabilidad y el riesgo de contraer VIH de esta población. En el caso de los menores de 18 años, los obstáculos de políticas y legales en relación con la edad de consentimiento suelen evitar el acceso a una serie de servicios de salud, incluidos los servicios de VIH y SSR. Esos obstáculos también limitan la capacidad de los adolescentes de ejercer su derecho a la toma de decisiones informada e independiente.

Los adolescentes y los jóvenes, incluidos los de poblaciones clave, deben tener acceso a información y servicios a medida y adecuados para la edad y basados en derechos. Debe haber una participación significativa de los jóvenes en el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación

de las políticas y programas. Esto incluye:

- Provisión de educación integral en sexualidad basada en derechos y transformadora de las actitudes de género
- Acceso a servicios integrales de SSR para adolescentes, incluidos para el VIH, otras ETS y anticoncepción.
- Cerciorarse de que se proporcione información suficiente y precisa sobre derechos y salud reproductiva
- Crear programas de educación y apoyo inter pares
- Proporcionar tratamiento, atención y apoyo a los adolescentes
- Brindar apoyo a los adolescentes que viven con VIH para tomar decisiones informadas respecto de si desean divulgar su condición de VIH, y cuándo y a quién divulgarla
- Apoyar a los adolescentes en el cumplimiento del tratamiento y la transición de los servicios pediátricos a los servicios para adultos.

RECUADRO 11.8: POBLACIONES EN RIESGO: PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PERSONAS MAYORES

El acceso a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH debe reconocerse como un componente esencial del goce del derecho universal a la salud. Sin embargo, las personas con diferentes tipos de discapacidad (como discapacidades auditivas, visuales, físicas e intelectuales) y las personas mayores pueden enfrentar dificultades para acceder a servicios de salud. La planificación de servicios de VIH debe promover la accesibilidad de los servicios para estos grupos.

Los factores clave asociados con el VIH, como la falta de educación y la marginación social, son más comunes tanto para hombres como para mujeres con discapacidad, lo cual puede aumentar su vulnerabilidad al VIH. Esto se debe a la falta de acceso adecuado a la prevención, información y los servicios de VIH, y al alto índice de violencia sexual y de género contra personas con discapacidad de todas las edades.

Las consideraciones clave incluyen lo siguiente:

- Las personas con discapacidad tienen igual o mayor exposición a todos los factores de riesgo conocidos de VIH
- Incluya a las personas con discapacidad y a las personas mayores en los grupos de capacitación sobre VIH para que puedan participar en la prevención y las iniciativas de extensión comunitaria.
- Sensibilice a los educadores, trabajadores comunitarios, personal clínico y de servicios sociales sobre cuestiones de discapacidad

- Asegúrese de que los programas de prevención lleguen a las personas con discapacidad, por ejemplo, la programación para el VIH y las habilidades para la vida orientadas a jóvenes deberían incorporar las consideraciones específicas de los jóvenes con discapacidad, tanto en la escuela y como para aquellos que no asisten a la escuela
- Identifique las organizaciones locales que trabajan en temas de discapacidad y haga que participen en todas las fases de las iniciativas de prevención
- Procure que las medidas para mejorar la accesibilidad de los servicios de salud sean inclusivas con respecto a las personas con discapacidad. Dichas medidas deben también proteger la privacidad de los clientes durante la comunicación de información confidencial
- Procure que todos los materiales e iniciativas de educación pública sean accesibles para los niños y adultos con capacidades diferentes y discapacidades y sean inclusivos de esta población, haciendo que participen directamente en la selección del contenido y el formato (p. ej., lenguaje de señas, braille, versiones digitales o en audio, lenguaje simple, información gráfica simplificada, etc.), las pruebas y la adaptación de materiales
- En las campañas de concienciación que involucran a los medios de comunicación, es importante que las imágenes reflejen a la población destinataria de los mensajes y, por lo tanto, no excluyan a las personas con discapacidad

RECUADRO 11.9: POBLACIONES EN RIESGO: PERSONAL UNIFORMADO

El personal militar y de otros servicios uniformados suele estar en riesgo de VIH y ETS principalmente debido a su ámbito laboral, movilidad, edad y otros factores que influyen en la exposición. Un factor importante que conduce a mayor vulnerabilidad al VIH en los servicios uniformados es la práctica de asignar al personal lejos de sus comunidades habituales y familias por períodos de distinta duración. Además de sustraerlos de los controles sociales tradicionales, los aparta del contacto con sus cónyuges o parejas sexuales regulares y puede generar mayores conductas de riesgo.

Algunas consideraciones para la programación incluyen:

- La educación inter pares puede ser una herramienta efectiva para instruir a los miembros de servicios uniformados y penitenciarios sobre la prevención, la atención y el tratamiento del VIH
- Hacer que el personal policial, militar y de otros servicios uniformados participe en la planificación, el diseño, el monitoreo, la implementación y la evaluación de servicios de prevención del VIH adaptados a sus necesidades en contextos locales.

- Facilitar el acceso a orientación y pruebas confidenciales voluntarios para personal policial, militar y de otros servicios uniformados
- Debe haber preservativos disponibles en todas las dependencias militares, penitenciarias y policiales, por ejemplo a través de máquinas expendedoras de preservativos colocadas en baños, clínicas, centros y/o consultorios de orientación y de pruebas de VIH y oficinas de transporte y despacho
- Debe brindarse capacitación que concientice sobre el VIH a todo el personal penitenciario, militar y policial antes de su asignación
- Procure que los servicios de prevención del VIH brindados al personal policial, militar y de otros servicios uniformados se vincule con los servicios de prevención para clientes de personas que realizan trabajo sexual
- Los planes de gestión de crisis y los planes de gestión de desastres deben incluir orientación sobre las precauciones universales para reducir la transmisión del VIH en emergencias médicas y en respuestas a accidentes

PREVENCIÓN DEL VIH

Los programas de prevención del VIH son intervenciones que tienen por objeto frenar la transmisión del VIH y así proteger a las personas y las comunidades. Los programas de prevención del VIH pueden concentrarse en prevenir la transmisión del VIH por vía sexual, a través de la sangre y de madre a hijo. La combinación de intervenciones ofrece resultados más eficaces, e incluye enfoques biomédicos, comunicación para el cambio de comportamientos y eliminar los obstáculos estructurales a la prevención.

El personal de salud, los administradores de programas y los proveedores de servicios deben comprender las características de la epidemia de VIH en los ámbitos en que trabajan y el conocimiento y los comportamientos de la población local a fin de elaborar una programación para el VIH acorde al contexto. En contextos de crisis humanitarias, las personas pueden practicar conductas que las exponen a mayor riesgo de VIH, incluso si no se identifican a sí mismas como personas en riesgo. Las adolescentes y mujeres jóvenes pueden tener múltiples vulnerabilidades relacionadas con SSR y VIH y, por lo tanto, la prevención del VIH debe ubicarse en el contexto de una educación y servicios integrales de SSR.

Si bien las poblaciones clave y las poblaciones en riesgo tienen características específicas y requieren enfoques a medida, deben considerarse los siguientes elementos en todos los programas de VIH y su aplicabilidad debe determinarse de acuerdo con el contexto y los recursos.

- Desde un primer momento, involucre a los grupos comunitarios en el diseño, la implementación y el monitoreo de programas. Los programas llevados adelante por la comunidad son más efectivos si pueden movilizarse redes comunitarias.
- Proporcione información sobre prevención del VIH para mejorar la concienciación sobre VIH.
- Adapte los programas de prevención del VIH combinados incluyendo diferentes intervenciones según las vulnerabilidades de la población geográfica local con VIH.
- Descentralice los servicios de VIH e incorpore enfoques comunitarios a la prestación de servicios para aumentar la accesibilidad y la aceptabilidad. La extensión inter pares, los servicios móviles y los centros sociales son eficaces para llegar a las personas con acceso limitado a los establecimientos de salud pública.
- Promueva el uso sistemático y correcto de preservativos masculinos y femeninos así como de lubricantes compatibles con preservativos y asegure su disponibilidad, asequibilidad y suministro confiable.
- Como parte del enfoque de prevención combinada, ofrezca PPrE oral voluntaria, como la que contiene tenofovir disoproxil fumarato (TDF) para poblaciones en riesgo sustancial de infección por VIH.

- Ponga PPE a disposición de todas las personas elegibles en forma voluntaria tan pronto como sea posible después de la exposición al VIH.
- Promueva la circuncisión médica masculina voluntaria como estrategia adicional para la prevención de la infección del VIH en hombres por contagio heterosexual, en especial en contextos con hiperendemia o epidemias generalizadas de VIH y baja prevalencia de circuncisión masculina.
- Capacite a trabajadores de la salud y trabajadores sociales para que proporcionen servicios relacionados con el VIH de alta calidad, orientados a los clientes, a personas que viven con VIH y sus parejas y familias, incluidos manejo sintomático de ETS, asesoramiento sobre planificación familiar y servicios de anticoncepción, orientación y pruebas de VIH, prevención de la transmisión de madre a hijo, pruebas y tratamiento pediátricos, y tratamiento para la tuberculosis (TB) y el sida.
- Aborde los obstáculos estructurales, incluidas políticas, legislación y prácticas habituales que discriminen e impidan el acceso y la utilización de servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH por parte de diferentes grupos. Esto debe incluir la creación de espacios seguros adaptados a cada grupo en los que las personas puedan reunirse cómodamente y buscar información y derivaciones para atención y apoyo.

RECUADRO 11.10: DEFINICIONES DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO Y DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO DEL VIH Y LA SÍFILIS

La prevención de la transmisión del VIH y la sífilis de madre a hijo es una estrategia con varios aspectos.

- 1) Ayudar a las mujeres en edad reproductiva a evitar el VIH y otras ETS.
- 2) Prevenir embarazos no deseados.
- 3) Proporcionar profilaxis con medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y la lactancia.
- 4) Proporcionar atención, tratamiento y apoyo a madres y sus familias.
- 5) Proporcionar penicilina según sea necesario.

eMTCT (por sus siglas en inglés) significa eliminación de la transmisión de madre a hijo.

RECUADRO 11.11: MENSAJE CLAVE

NUNCA SE DEBEN AVALAR LAS PRUEBAS DE VIH OBLIGATORIAS.

ESTO CONSTITUYE UNA VIOLACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA.

Orientación y pruebas de VIH

La orientación y las pruebas de VIH voluntarias son un proceso iniciado por una persona que desea conocer su condición de VIH. La orientación y las pruebas de VIH no son una intervención prioritaria en el comienzo de una respuesta humanitaria, ya que no se trata de una intervención orientada a salvar vidas en forma inmediata. Sin embargo, tan pronto como la situación lo permita, es importante ofrecer orientación y pruebas de VIH a personas que deseen conocer su condición de seropositivo o seronegativo. Los servicios de orientación y pruebas de VIH son una práctica estándar para mejorar la salud y el bienestar de las personas y un punto de acceso a atención y servicios de tratamiento adecuados. Proporcione orientación tendiente a preparar a los clientes para el resultado de sus pruebas y a alentar el cambio de conductas, independientemente del resultado de las pruebas.

RECUADRO 11.12: LOS 5 REQUISITOS

La orientación y las pruebas de VIH deben ser voluntarias y cumplir con los 5 requisitos:

- Consentimiento
- Confidencialidad
- Orientación
- Resultados de pruebas correctos
- Conexión con servicios de atención, tratamiento y prevención

Es fundamental el aseguramiento de la calidad tanto de las pruebas como de la orientación.

Orientación y pruebas de VIH solicitadas por el proveedor

Hay evidencias de que se pierden muchas oportunidades de diagnosticar el VIH en ámbitos clínicos, incluso en lugares

con graves epidemias de VIH. Si bien el acceso ampliado a orientación y pruebas de VIH solicitadas por el cliente sigue siendo necesario para aumentar la cobertura de orientación y pruebas de VIH, la orientación y las pruebas solicitadas por el proveedor pueden aumentar la adopción de pruebas de VIH, mejorar el acceso a los servicios de salud para las personas que viven con VIH y generar nuevas oportunidades para la prevención del VIH. La orientación y las pruebas de VIH solicitadas por el proveedor implican que el proveedor de atención de la salud recomiende específicamente una prueba de VIH a pacientes que acuden a establecimientos de salud; las personas deben rechazar específicamente la prueba de VIH después de recibir información previa a la prueba si no desean que esta se realice.

En epidemias generalizadas cuando haya un entorno propicio y disponibilidad de recursos adecuados (incluidos estándares recomendados para la prevención, atención y tratamiento del VIH), los proveedores de atención de la salud deben ofrecer orientación y pruebas de VIH como parte de la atención clínica estándar. Si hay limitaciones de recursos y capacidad, será necesario implementar por etapas la orientación y las pruebas de VIH solicitadas por el proveedor. La siguiente es una lista de prioridades para la implementación por etapas:

- Centros de atención de pacientes con TB
- Servicios para ETS
- Servicios de salud prenatal, para el parto y posparto
- Centros médicos con servicios de internación y atención ambulatoria

En epidemias de bajo nivel y concentradas, los proveedores de atención de la salud no deben solicitar orientación y pruebas de VIH a cada paciente que acuda a un establecimiento de salud, dado que la mayoría tendrá bajo riesgo. En esos contextos, la prioridad debe ser asegurar que la orientación y las pruebas de VIH se recomienden a todos los adultos, adolescentes y niños y niñas que acudan a los establecimientos de salud con signos y síntomas que sugieran infección por VIH subyacente, incluida TB, y a niños y niñas que se sepa que hayan tenido exposición perinatal al VIH. Las prestaciones de orientación y pruebas de VIH deben estar disponibles en contextos humanitarios estabilizados, ya sea a través de servicios establecidos o clínicas móviles.

Algunas conductas que ponen a las personas en mayor riesgo de exposición al VIH, como el trabajo sexual o el uso de drogas inyectables, también hacen que las personas sean más susceptibles a coerción, discriminación, violencia, abandono, encarcelamiento u otras consecuencias negativas

RECUADRO 11.13: SERVICIOS DE ORIENTACIÓN Y PRUEBAS DE VIH DE CALIDAD

Ya sea que los haya solicitado el cliente o el proveedor, los siguientes componentes del programa garantizan servicios de orientación y pruebas de VIH de calidad:

- El consentimiento, la privacidad y la confidencialidad son fundamentales. Las pruebas de VIH solo deben realizarse en forma voluntaria. Siempre obtenga el consentimiento informado antes de que alguien se someta a una prueba. La orientación y las pruebas de VIH nunca deben imponerse a ninguna persona en ninguna circunstancia
- Ofrezca servicios gratuitos
- Asegúrese de que la orientación previa y posterior a la prueba sea parte de todos los servicios de orientación y pruebas de VIH
- Se debe contar con servicios de apoyo posterior a la prueba, incluidas redes de derivación y acceso a otras pruebas (como recuento de células CD4) para evaluar si la persona es apta para ingresar en programas de atención y tratamiento
- La orientación y las pruebas de VIH solo deben llevarse a cabo cuando haya disponibles estándares de prueba adecuados. Siga el algoritmo de pruebas validado a nivel nacional para pruebas de VIH, y al mismo tiempo considere debidamente cuestiones específicas de derechos humanos que pueden surgir para la población afectada
- Utilice tecnologías de pruebas que sean adecuadas para el contexto, como pruebas rápidas que utilizan muestras de sangre tomadas mediante punción del dedo. La obtención de un resultado con pruebas rápidas demora menos de 30 minutos y se asocia con tasas más altas de eficacia en la orientación y el seguimiento posteriores a la prueba. Esto contribuye a descentralizar la orientación y las pruebas de VIH. Considere las condiciones de almacenamiento locales y ordene pruebas rápidas que no requieran refrigeración cuando sea pertinente

RECUADRO 11.14: REPETICIÓN DE LA PRUEBA ANTES DE INGRESAR EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

Es prioridad repetir la prueba a todas las personas a las que se las diagnostica como VIH positivo antes de ingresar en los servicios de atención y/o tratamiento del VIH a fin de confirmar su condición de seropositivo. No hacerlo puede, en casos excepcionales, hacer que las personas reciban un diagnóstico incorrecto, lo que tendría potenciales consecuencias a largo plazo adversas.

La repetición de la prueba de una persona diagnosticada como VIH positivo para confirmar el diagnóstico debe incluir:

- Repetición de la prueba con una nueva muestra para cada persona recientemente diagnosticada, realizada preferentemente por un proveedor diferente con el mismo algoritmo de prueba, antes del inicio de la TAR.
- Repetición de la prueba en lo posible en un lugar diferente, preferentemente en el lugar donde se tomará la decisión sobre el inicio de la TAR.

al saberse de un resultado de VIH positivo en una prueba. Los proveedores de atención de la salud requieren capacitación y supervisión especiales para cumplir con estándares de consentimiento informado y confidencialidad para estas poblaciones. La orientación y las pruebas de VIH para estos grupos deben ir acompañados de la implementación de un marco social, de políticas y legal que los respalde.

Medicamentos antirretrovirales para la prevención del VIH

Los medicamentos antirretrovirales son clave en la prevención del VIH, incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo, la reducción de la transmisión del VIH a parejas sexuales serodiscordantes (PPrE), y prevención del contagio del VIH cuando una persona está expuesta (PPE). Es muy poco probable que las personas que viven con VIH y reciben TAR y logran la supresión viral óptima transmitan el VIH a parejas sexuales. Es importante planificar la provisión de programas esenciales de medicamentos antirretrovirales y TAR. Proporcionar servicios relacionados con el VIH a poblaciones en contextos de crisis humanitarias es una tarea difícil pero crítica, que se encuentra arraigada en las normas internacionales de derechos humanos. Al igual que con todas las políticas y programas de VIH y sida, la TAR debe estar asociada a un programa de prevención, atención y asistencia y no implementarse como una intervención paralela sino como un programa integrado vinculado con otros servicios (p. ej., salud, nutrición, educación, servicios sociales y agua y saneamiento). Cuando haya TAR disponible, es importante que la orientación cubra los riesgos y beneficios de la TAR y la importancia de cumplir con el régimen de tratamiento.

Profilaxis posterior a la exposición

Los coordinadores de SSR, administradores de programas de salud y proveedores de servicios deben asegurarse de que la administración inmediata (dentro de las 72 horas) de PPE para reducir la probabilidad de transmisión de VIH se incluya en los protocolos para las siguientes dos situaciones:

- **Servicios para sobrevivientes de violencia sexual:** A fin de prevenir y controlar las posibles consecuencias para la salud de la violencia sexual, y de la violación en particular, los sobrevivientes deben tener acceso a atención clínica, incluida orientación de apoyo y anticoncepción de emergencia (dentro de las 120 horas). Esta atención también incluye la provisión de PPE (dentro de las 72 horas).
- **Exposición laboral:** A pesar de las precauciones universales que se establecen y se observan en los ámbitos de atención de la salud, se puede producir

exposición laboral a sangre y líquidos corporales potencialmente infectados con VIH, por ejemplo mediante una lesión con una aguja. Cerciórese de haya PPE disponible en estos ámbitos como parte de un paquete integral de precauciones universales que reduzca la probabilidad de transmisión del VIH después de una exposición de esta naturaleza.

El régimen de PPE recomendado es una terapia de combinación de 28 días. Si bien un régimen de PPE de dos medicamentos es efectivo, se prefiere uno de tres medicamentos.

RECUADRO 11.15: RECOMENDACIÓN CLAVE

LA TAR DEBE INICIARSE EN TODAS LAS MUJERES EMBARAZADAS Y EN PERÍODO DE LACTANCIA QUE VIVEN CON VIH, INDEPENDIEMENTE DEL ESTADIO CLÍNICO Y CUALQUIERA SEA EL RECUENTO DE CÉLULAS CD4, Y DEBE CONTINUARSE DE POR VIDA.

Prevención de la transmisión de madre a hijo

Cuando no se administra TAR, la probabilidad de transmisión de VIH de una madre VIH positivo a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o la lactancia oscila entre el 15 % y el 45 %. Este porcentaje puede reducirse por debajo del 5 % si se realizan intervenciones efectivas durante los períodos del embarazo, el trabajo de parto, el parto y la lactancia. Estas intervenciones involucran principalmente TAR para la mujer y medicamentos antirretrovirales durante un período breve para el bebé. El acceso a TAR debe proporcionarse como parte del PSIM en todos los contextos durante una emergencia aguda. Los servicios de prevención de la transmisión de madre a hijo deben incorporarse en los servicios integrales de salud materna y del recién nacido cuando termina la fase aguda.

Si bien la mayor parte de la atención se centra en la intervención médica, el marco de prevención de la transmisión de madre a hijo de la OMS describe un programa integral de prevención que consta de cuatro ejes:

- Ayudar a las mujeres en edad reproductiva a evitar el VIH y otras ETS.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Proporcionar profilaxis con medicamentos antirretrovirales durante el embarazo, el parto y la lactancia.

- Proporcionar atención, tratamiento y apoyo a madres y sus familias.

Orientación y pruebas de VIH

En muchos países, ofrecer pruebas de VIH en la atención prenatal como parte de la prevención de la transmisión de madre a hijo ha llevado a reducciones sustanciales en la cantidad de nuevas infecciones por VIH pediátricas y ha aumentado la cobertura de TAR para las mujeres. Las pruebas a las parejas y la repetición de pruebas de mujeres embarazadas en la última etapa del embarazo o durante la lactancia se han implementado en menor medida y deberían priorizarse en contextos de alta prevalencia. La orientación y las pruebas de VIH solicitadas por el proveedor deben proporcionarse a todas las mujeres en su primera visita de atención prenatal. Las pruebas pueden ser realizadas por proveedores no expertos que tengan la debida capacitación y supervisión. Se debe alentar enérgicamente a las parejas masculinas a que se realicen pruebas y se debe poner a disposición orientación para parejas. En contextos de alta prevalencia, se recomienda la repetición de pruebas en el tercer trimestre o durante el trabajo de parto o poco después del parto, debido al alto riesgo de contraer la infección por VIH durante el embarazo.

Profilaxis antirretroviral

Las madres que se sabe que son VIH positivo deben recibir TAR de por vida o profilaxis con medicamentos antirretrovirales durante todo el embarazo y la lactancia. La TAR debe iniciarse de inmediato en mujeres que tienen un resultado positivo por primera vez en la prueba realizada en el embarazo. Preferentemente, las mujeres VIH positivo embarazadas deben iniciar el tratamiento de por vida, pero si esta opción no está disponible se debe seguir el protocolo nacional. Una medida clave para garantizar el apoyo dentro de las familias es involucrar a las parejas en los programas para prevenir la transmisión de madre a hijo y brindar orientación para parejas y seguimiento continuo. La tabla 11.2 muestra los regímenes de TAR de primera línea preferidos y alternativos para mujeres embarazadas y en período de lactancia que son VIH positivo.

Cuando una mujer que se sabe que vive con VIH acude para recibir atención prenatal, del parto o posparto, aproveche activamente la oportunidad para prevenir la transmisión del VIH a su hijo/a. Para la implementación de un programa de prevención de la transmisión de madre a hijo se debe establecer lo siguiente:

- Servicios de atención prenatal
- Orientación y pruebas de VIH solicitadas por el proveedor

- Disponibilidad continua de medicamentos antirretrovirales según los protocolos sobre prevención de la transmisión de madre a hijo
- Atención de salud materna y del recién nacido, incluida atención de parto seguro
- Asesoramiento sobre alimentación del lactante
- Diagnóstico temprano del lactante

Adapte los sistemas de monitoreo incorporando los pasaportes de los pacientes como registros portátiles de los pacientes. En emergencias agudas en las que no puedan utilizarse los sistemas de monitoreo de rutina, use provisoriamente un registro en papel simplificado del establecimiento y adopte un grupo de indicadores clave para contextos de crisis humanitarias. Esto debe implementarse como parte de un enfoque que aborde otros problemas médicos además del VIH para contribuir a eliminar la identificación de la condición de VIH y el estigma asociado con esto.

TABLA 11.2 REGÍMENES DE TAR DE PRIMERA LÍNEA PREFERIDOS Y ALTERNATIVOS

TAR DE PRIMERA LÍNEA	RÉGIMEN DE PRIMERA LÍNEA PREFERIDO	REGÍMENES DE PRIMERA LÍNEA ALTERNATIVOS ^{X,Y}
Adultos	TDF + 3TC (o FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV (o NVP) TDF + 3TC (o FTC) + DTG* TDF + 3TC (o FTC) + EFV400*, **, *** TDF + 3TC (o FTC) + NVP
Mujeres embarazadas/ en período de lactancia	TDF + 3TC (o FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV (or NVP) TDF + 3TC (o FTC) + NVP
Adolescentes	TDF + 3TC (o FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV (o NVP) TDF (o ABC) + 3TC (o FTC) + DTG*, ** TDF (o ABC) + 3TC (o FTC) + EFV400*, **, *** TDF (o ABC) + 3TC (o FTC) + NVP
Niños de 3 años a menos de 10 años	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV (o NVP) TDF + 3TC (o FTC) + EFV (o NVP)
Niños de menos de 3 años	ABC (o AZT) + 3TC + LPV/r	ABC (o AZT) + 3TC + NVP

* Aún no hay datos disponibles de seguridad y eficacia sobre el uso de DTG y EFV400 en mujeres embarazadas, personas con infección concomitante por VIH/TB y niños y adolescentes menores de 12 años.

** Recomendación condicional, evidencia de calidad moderada. Consulte la directriz completa para obtener más información.

*** EFV a dosis más baja (400 mg/día)

3TC lamivudina, **ABC** abacavir, **ATV** atazanavir, **AZT** zidovudina, **DRV** darunavir, **DTG** dolutegravir, **EFV** efavirenz

FTC emtricitabina, **LPV** lopinavir, **NVP** nevirapina, **r** ritonavir, **TDF** tenofovir

^XEn adultos y adolescentes, d4T debe discontinuarse como una opción en tratamiento de primera línea.

^YABC o inhibidores de la proteasa (Pi) potenciados (ATV/r, DRV/r, LPV/r) pueden usarse en circunstancias especiales.

RECUADRO 11.16: RECOMENDACIÓN CLAVE

LAS MADRES QUE VIVEN CON VIH DEBEN AMAMANTAR DURANTE AL MENOS 12 MESES Y PUEDEN CONTINUAR AMAMANTANDO POR HASTA 24 MESES O MÁS (DE MANERA SIMILAR A LA POBLACIÓN GENERAL) MIENTRAS TENGAN PLENO APOYO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN DE TAR.

Alimentación del lactante

El riesgo de que los bebés contraigan VIH a través de la lactancia de las madres que viven con VIH debe considerarse ponderándolo en función del mayor riesgo de muerte por causas tales como desnutrición, diarrea y neumonía entre lactantes que no son amamantados. La evidencia sobre transmisión de VIH ha demostrado que la lactancia exclusiva por hasta 6 meses se asocia con un riesgo tres a cuatro veces menor de transmisión del VIH en comparación con la lactancia no exclusiva. La OMS recomienda que las madres que viven con VIH amamenten durante al menos 12 meses y señala que pueden continuar amamantando por hasta 24 meses o más (de manera similar a la población general) mientras tengan pleno apoyo para el cumplimiento del régimen de TAR.

El personal que trabaja en esta área debe actuar en coordinación con el sector/grupo de salud y con las autoridades de salud nacionales para promover una única práctica de alimentación del lactante en las comunidades como estándar de atención.

Se recomienda enfáticamente la provisión de medicamentos antirretrovirales a mujeres embarazadas y en período de lactancia que viven con VIH y a sus hijos lactantes, y el sector/grupo de salud debe esforzarse por incorporar estos medicamentos o continuarlos (ver profilaxis antirretroviral arriba). Sin embargo, la ausencia de medicamentos antirretrovirales no cambia las recomendaciones respecto de la lactancia.

La TAR reduce el riesgo de transmisión posnatal de VIH en el contexto de alimentación combinada. Si bien se recomienda la lactancia exclusiva, practicar la alimentación combinada no es motivo para dejar de amamantar en presencia de medicamentos antirretrovirales. Mantener la lactancia por períodos de menos de 12 meses es mejor que no iniciar la lactancia en absoluto. En contextos en que los servicios de salud proporcionan y apoyan la TAR de por vida, incluida la orientación para el cumplimiento del tratamiento, y

promueven y apoyan la lactancia entre mujeres que viven con VIH, la duración de la lactancia no debe restringirse.

RECUADRO 11.17: PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

La OMS promueve un enfoque estratégico integral para la prevención de la infección por VIH en lactantes y niños pequeños, que consiste en lo siguiente:

- Prevención primaria de la infección por VIH
- Prevención de embarazos no deseados en mujeres que viven con VIH
- Prevención de la transmisión del VIH de madres que viven con VIH a sus bebés
- Atención, tratamiento y apoyo para madres que viven con VIH, sus hijos y familias

En programas de SSR integrales, deben implementarse los cuatro componentes a fin de alcanzar la meta general de mejorar la salud materna e infantil en el contexto del VIH.

Profilaxis oral previa a la exposición

La PPrE oral es la utilización de medicamentos antirretrovirales antes de la exposición al VIH por parte de personas que no están infectadas con VIH, a fin de evitar el contagio. Se recomienda que la PPrE que contiene TDF se ofrezca como una opción de prevención a las personas expuestas a un riesgo sustancial de infección por VIH en combinación con otros abordajes de la prevención del VIH. “Riesgo sustancial” de infección por VIH se define provisionalmente como una incidencia del VIH de alrededor de 3 por cada 100 años-persona o superior en ausencia de PPrE. La incidencia de VIH superior a 3 por cada 100 años-persona se ha identificado entre algunos grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, mujeres transgénero y hombres y mujeres heterosexuales que tienen parejas sexuales con infección por VIH no diagnosticada o no tratada.

La OMS recomienda que la PPrE se utilice como parte de un paquete de intervenciones de prevención combinada que incluya pruebas de VIH y uso de preservativos, así como pruebas de detección y tratamiento de ETS. Por este motivo, la comunicación y orientación a posibles usuarios será esencial para un uso exitoso y óptimo de la PPrE. Además, la provisión de PPrE debe ser compatible con las directrices nacionales imperantes.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 11.1: INTEGRAR LA PROGRAMACIÓN DE SSR Y VIH EN UN CONTEXTO DE CRISIS HUMANITARIA

ORGANIZACIÓN: Comité Internacional de Rescate (IRC)

LUGAR: Uganda

INTRODUCCIÓN: En Uganda, el Comité Internacional de Rescate está respondiendo a la crisis de refugiados del sur de Sudán mientras también continúa atendiendo a la población de acogida y las comunidades vulnerables. El IRC brinda apoyo de atención primaria de la salud, incluidos servicios integrales de salud sexual y reproductiva (SSR), en el asentamiento recientemente establecido en el distrito de Yumbe a través de dos establecimientos de salud que atienden a más de 100 000 refugiados. Asimismo, el IRC financia 8 establecimientos de salud en el distrito de Adjumani (con una población de más de 86 000 refugiados) y 3 establecimientos de salud en el distrito de Kiryandongo (con una población de más de 60 000 refugiados) con prestación de servicios de SSR.

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO: Según Onusida, en Uganda se producen 360 nuevas infecciones por VIH por semana entre niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 24 años. En todas las iniciativas, la programación de VIH se integra dentro del trabajo integral en salud sexual y reproductiva, lo que garantiza la atención, el tratamiento y el apoyo para pacientes VIH positivo. El IRC ofrece orientación y pruebas de VIH de manera integrada en todos los establecimientos de salud financiados por el IRC. Esto incluye tanto orientación y pruebas de VIH solicitadas por el cliente y por el proveedor como orientación y pruebas de VIH de rutina para mujeres embarazadas. A los pacientes que han obtenido un resultado positivo en las pruebas se les proporcionan medicamentos antirretrovirales ya sea en el mismo lugar o

través de una derivación a un establecimiento acreditado cercano. Los pacientes VIH positivo también son conectados con servicios de apoyo disponibles, incluidos mecanismos de apoyo inter pares, como grupos de apoyo familiar para madres y sus bebés.

Mediante sus iniciativas de SSR en Uganda, el IRC lleva a cabo pruebas de VIH de rutina a todas las mujeres embarazadas, brindando orientación y medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo. El IRC también puso en marcha orientación sobre planificación familiar para mujeres que son VIH positivo y para aquellas que no planean tener hijos por el momento. Esto se encuentra alineado con el enfoque integrado en materia de orientación y pruebas de VIH, al vincularlo con otros servicios de SSR como planificación familiar, atención de enfermedades crónicas, atención después del aborto, SSR para adolescentes y violencia de género.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: El IRC sigue protocolos estándares establecidos por la OMS y el Ministerio de Salud para asegurar la calidad de los servicios de SSR y VIH. Para contribuir a la concienciación y promover los comportamientos de búsqueda de atención, el IRC trabaja con asociados en el terreno, como miembros de Village Health Team, para informar eficazmente a las comunidades sobre prevención y tratamiento del VIH. Los enfoques participación de la comunidad incluyen recurrir a líderes comunitarios y religiosos, el uso de grupos de apoyo inter pares y otros foros de la comunidad. La combinación de provisión de servicios de salud de calidad con actividades a nivel de la comunidad para aumentar la conciencia y la demanda de servicios mejora los resultados de salud de la población afectada.

RECUADRO 11.19: RECOMENDACIONES CLAVE

Para la terapia antirretroviral para personas que viven con VIH, se recomienda lo siguiente:

- Realizar una prueba de VIH —u obtener un documento— para confirmar la condición de VIH y confeccionar una ficha de paciente que indique el régimen de TAR que se sigue/siguió
- Si la persona está actualmente en tratamiento con TAR, continuar el tratamiento sin interrupción. Si se ha interrumpido el tratamiento, evaluar los motivos de la interrupción y volver a comenzar el régimen lo antes posible
- Si no están disponibles los mismos medicamentos antirretrovirales utilizados en el régimen de primera línea que se siguió anteriormente, y si no hay antecedentes de fracaso del tratamiento o de reacciones adversas graves a los medicamentos antirretrovirales alternativos propuestos, reemplazar el otro régimen de primera línea de inmediato, sobre la base de los protocolos nacionales
- Se puede recetar a los pacientes que anteriormente tomaban inhibidores de la proteasa que no estén disponibles en el nuevo contexto un régimen de primera línea hasta que estén disponibles los regímenes de segunda línea. Sin embargo, las personas que fueron tratadas con inhibidores de la proteasa debido a una reacción adversa a un régimen de primera línea deben ser monitoreadas atentamente si vuelven a comenzar con un régimen de primera línea. Si vuelven a producirse reacciones adversas y no hay regímenes de segunda línea disponibles, debe discontinuarse la TAR. Continuar con la prevención de infecciones oportunistas
- Brindar asesoramiento y apoyo para el cumplimiento del tratamiento a la luz del contexto de emergencia y los nuevos obstáculos al cumplimiento

11.3.7 Implementación de atención integral para personas que viven con VIH

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Desde el comienzo de la respuesta humanitaria, procure la continuidad de medicamentos antirretrovirales para personas que ya estaban inscritas en un programa de TAR antes del comienzo de una crisis. Para pacientes que ya están recibiendo TAR o que recibieron TAR pero han dejado de tener acceso a los medicamentos, la continuidad de medicamentos antirretrovirales es una prioridad a fin de lograr la efectividad del tratamiento y para evitar el desarrollo de resistencia al virus.

Cuando las personas refugiadas y retornadas que están en tratamiento con medicamentos antirretrovirales son repatriados a su región o país de origen, cerciórese de que puedan continuar con el tratamiento sin interrupción. Póngase en contacto con las autoridades de salud en el país o región de origen para coordinar esto.

Planifique programas integrales de orientación y pruebas de VIH y TAR tan pronto como sea posible. Antes de iniciar los servicios de TAR, es importante considerar, junto con los representantes del Ministerio de Salud y/o el sector/grupo de salud, las siguientes cuestiones:

- ¿Cuál es la provisión mínima de medicamentos antirretrovirales que puede ponerse a disposición?
- ¿Por cuánto tiempo está disponible el financiamiento? Debe garantizarse un financiamiento mínimo de un año?
- ¿Puede la población afectada inscribirse en programas nacionales de TAR?
- ¿Cuáles son las posibles restricciones para la administración de los medicamentos y las adquisiciones?
- ¿Cuál es la movilidad de la población? ¿Cuál es la situación de seguridad y la futura probabilidad de desplazamiento que podría llevar a la interrupción del tratamiento?
- ¿Cuál es la capacidad de laboratorio (en el centro de salud y/o el nivel de derivación)?

La atención integral para personas que viven con VIH es un componente de la atención primaria de la salud que debe estar disponible en cualquier contexto de crisis humanitaria. Esto es especialmente importante en contextos con una

epidemia generalizada. Los elementos de la atención integral incluyen:

- Apoyo a las personas que viven con VIH, incluida protección social y apoyo psicosocial
- Apoyo para el cumplimiento del tratamiento
- Información y educación del paciente
- Tratamiento de la TB y profilaxis para infecciones oportunistas
- Planificación familiar
- Asistencia alimentaria y nutricional
- Atención comunitaria/domiciliaria
- Cuidados paliativos

APOYO A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Desarrolle programas confidenciales para proporcionar apoyo psicosocial a personas que viven con VIH. Esto puede incluir orientación y apoyo individuales, grupos de apoyo, o amigos de personas que viven con VIH y familiares a quienes el paciente ha revelado su condición de VIH.

Asegúrese de que las personas que viven con VIH tengan acceso no discriminatorio a los complementos alimentarios y el asesoramiento sobre nutrición que necesitan mediante programas de asistencia alimentaria. Confeccionar una lista de todas las personas elegibles sin divulgar los motivos de su inclusión en las listas de alimentación complementaria contribuye a evitar la discriminación.

En contextos de crisis humanitaria, se debe garantizar que las personas que viven con VIH tengan un suministro adecuado de agua potable segura dado que son más susceptibles a las infecciones y tienen menor capacidad para recuperarse de los episodios de enfermedades transmitidas por el agua. Por motivos similares, proporcione a las personas que viven con VIH un mosquitero tratado con insecticidas de acción prolongada para reducir el riesgo de contraer malaria en áreas endémicas.

APOYO PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Hay muchos motivos por los que, en las emergencias humanitarias, el cumplimiento del tratamiento con TAR puede verse comprometido, como baja accesibilidad de los servicios, falta de disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos y baja calidad de los servicios prestados. Asimismo, la falta de aceptación o la imposibilidad de

RECUADRO 11.18: CUÁNDO COMENZAR CON LA TAR

Adultos (>19 años) y adolescentes (10–19 años)	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR debe iniciarse en todos los adultos que viven con VIH, independientemente del estadio clínico según la OMS y cualquiera sea el recuento de células CD4 • Como prioridad, la TAR debe iniciarse en todos los adultos con enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadio clínico 3 o 4 según la OMS) y en adultos con recuento de células CD4 ≤ 350 células/mm³
Mujeres embarazadas y en período de lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR debe iniciarse en todas las mujeres embarazadas y en período de lactancia que viven con VIH, independientemente del estadio clínico según la OMS y cualquiera sea el recuento de células CD4, y debe continuarse de por vida
Niños menores de 10 años	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR debe iniciarse en todos los niños que viven con VIH, independientemente del estadio clínico según la OMS y cualquiera sea el recuento de células CD4 • Como prioridad, la TAR debe iniciarse en todos los niños <2 años o niños menores de 5 años con estadio clínico 3 o 4 según la OMS o recuento de células CD4 ≤ 750 células/mm³ o porcentaje de células CD4 <25 %, y niños de 5 años y mayores con estadio clínico 3 o 4 según la OMS o recuento de células CD4 ≤ 350 células/mm³
Timing of ART for adults and children with TB	<ul style="list-style-type: none"> • La TAR debe iniciarse en todos los pacientes con TB que viven con VIH independientemente del recuento de células CD4. • El tratamiento de la TB debe iniciarse primero, seguido de la TAR lo antes posible dentro de las primeras 8 semanas de tratamiento • Los pacientes VIH positivo con TB e inmunosupresión profunda (p. ej., recuentos de células CD4 por debajo de 50 células/mm³) deben recibir TAR dentro de las primeras dos semanas del inicio del tratamiento para la TB • La TAR debe iniciarse en cualquier niño con TB activa lo antes posible y dentro de las 8 semanas siguientes al inicio del tratamiento contra la tuberculosis, independientemente del recuento de células CD4 y del estadio clínico

RECUADRO 11.20: INICIO DE UN PAQUETE MÍNIMO DE SERVICIOS DE TAR

- Hay políticas nacionales, estas son conocidas y se cuenta con procedimientos operativos estándares y protocolos de tratamiento estándar. Cuando estén disponibles, se deben seguir los protocolos nacionales. En caso de que no haya un protocolo nacional, deben seguirse las directrices de la OMS
- Hay disponibles trabajadores clínicos y comunitarios con competencia en protocolos de tratamiento, orientación a pacientes y movilización comunitaria
- Se cuenta con un suministro inicial de medicamentos para 6 meses, incluidos antirretrovirales, cotrimoxazol, tratamiento para la tuberculosis y tratamiento para otras infecciones oportunistas y concomitantes, y un sistema de abastecimiento para garantizar el suministro ininterrumpido de los medicamentos requeridos
- Hay disponibles insumos para diagnóstico y capacidad de laboratorio, incluido, al menos diagnóstico de VIH, determinación de hemoglobina y hematocritos, recuentos de células CD4, diagnóstico de TB, pruebas de malaria y sífilis
- Se ha establecido un sistema de monitoreo de pacientes (incluidas fichas de tratamiento de pacientes para proporcionarles a aquellos en tratamiento con TAR, a fin de permitir el seguimiento y la atención continua en otro establecimiento de salud) y una red de derivaciones y comunicación
- Existen paquetes de información para orientación, educación del paciente y movilización comunitaria.

las personas para cumplir con el régimen pueden estar influidas por factores tales como nutrición, estigmatización y comprensión sobre el VIH y los beneficios de la TAR por parte del paciente. Las personas que viven con VIH a veces acceden a TAR a través de más de un establecimiento de salud, lo cual dificulta el seguimiento.

A fin de brindar apoyo para que las personas cumplan con su régimen de medicamentos, se pueden tomar diversas medidas, incluidas las siguientes:

- Promover la asistencia alimentaria
- Implementar estrategias para luchar contra la estigmatización
- Fomentar el acompañamiento social a través de grupos de apoyo para el cumplimiento del tratamiento
- Promover pacientes expertos que puedan brindar apoyo en forma individual
- Realizar esfuerzos para aumentar el nivel de comprensión sobre el VIH y los efectos positivos de la TAR
- Proporcionar tarjetas de salud para transporte a fin de garantizar el acceso a los medicamentos

INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Pueden diseñarse volantes informativos estándares para el paciente, pero es importante considerar lo siguiente:

- Circunstancias específicas, incluida información adecuada a la edad, idioma, nivel de alfabetización y nivel educativo
- Información sobre la vida con VIH y medidas de prevención

TRATAMIENTO DE LA TB Y PROFILAXIS PARA INFECCIONES OPORTUNISTAS

En muchas partes del mundo, la TB es la principal causa de morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH. Colabore con los programas para el control de la TB a fin de que las personas que viven con VIH puedan acceder al tratamiento de la TB. La isoniacida es un antibiótico económico, efectivo y de buena tolerancia para el tratamiento preventivo de la TB, y debe proporcionarse a todas las personas con VIH una vez que se haya descartado la presencia de TB activa.

Para prevenir otras infecciones oportunistas en personas que viven con VIH, el cotrimoxazol es un antibiótico económico,

efectivo y de buena tolerancia utilizado para prevenir la neumonía por *Pneumocystis* (PCP) y la toxoplasmosis en adultos y niños con VIH. También es efectivo contra otras enfermedades infecciosas y parasitarias y demuestra tener beneficios importantes en regiones afectadas por malaria. Asimismo, todos los niños y niñas expuestos a VIH nacidos de madres que viven con VIH deben recibir profilaxis con cotrimoxazol, a partir de las 4 a 6 semanas de edad y continuar hasta que pueda descartarse la infección por VIH. En todos los casos, siga las directrices nacionales.

Desde el comienzo de la respuesta humanitaria, asegure la continuidad de la profilaxis y derive a los pacientes rápidamente a servicios que la proporcionen.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las personas que viven con VIH deben tener acceso a recursos de planificación familiar. Ofrezca orientación de calidad sobre cuestiones tales como métodos anticonceptivos cuando se vive con VIH, doble protección con preservativos y un método de prevención del embarazo, anticoncepción de emergencia, aborto y disponibilidad de apoyo para el embarazo.

ASISTENCIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Las personas que viven con VIH son especialmente vulnerables a la inseguridad alimentaria. Existe una correlación entre la inseguridad alimentaria y el cumplimiento, la permanencia y el éxito del tratamiento. La inseguridad alimentaria y el consumo limitado de alimentos pueden reducir el cumplimiento de la TAR, lo cual exacerba la enfermedad y puede llevar a desarrollar resistencia a los medicamentos y aumentar la transmisión. El acceso ininterrumpido al tratamiento, la atención y a la asistencia alimentaria y nutricional es esencial para asegurar el cumplimiento del tratamiento y evitar la resistencia a los medicamentos y la necesidad de costosos regímenes de TAR de segunda y tercera línea.

Los alimentos y la nutrición para personas que viven con VIH son clave para una mayor permanencia y mejora en los resultados del tratamiento. Por sobre todo, reducen el riesgo de mortalidad entre personas que viven con VIH que están desnutridas (índice de masa corporal (IMC) <18,5). En la actualidad, las personas desnutridas que viven con VIH tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de morir cuando comienzan la TAR que las personas con un estado nutricional óptimo. Dado que la epidemia del VIH es a menudo más grave en contextos de inseguridad alimentaria, la asistencia alimentaria y nutricional ofrece apoyo esencial para las personas y contribuye a promover el acceso y el cumplimiento con el tratamiento y la atención en estos

contextos de recursos limitados. Como parte del proceso continuo de atención, el paquete integral de tratamiento y atención debe incluir la evaluación y el asesoramiento sobre nutrición para favorecer el estado nutricional y la salud. En situaciones específicas también puede requerirse apoyo, en forma de alimentos nutritivos, y ayuda para hogares y subsistencia.

Las personas sintomáticas que viven con VIH requieren más calorías que las personas que son VIH negativo. Al mismo tiempo, el VIH y las infecciones oportunistas asociadas debilitan el sistema inmunológico, lo que limita la ingesta, la absorción y el uso de nutrientes. Cuando no se recibe tratamiento, la desnutrición debilita incluso más el sistema inmunológico, lo que aumenta la susceptibilidad a infecciones, reduce la calidad de vida e incrementa el riesgo de mortalidad. Debido a la asociación significativa entre un IMC bajo y la mortalidad tanto en personas que viven con VIH como en pacientes con TB, los pacientes deben ser tratados para estas tres afecciones (VIH, TB y desnutrición)

de manera simultánea.

ATENCIÓN COMUNITARIA/DOMICILIARIA

Es importante establecer un sistema de atención comunitaria/domiciliaria a la que pueda derivarse a las personas con infección por VIH avanzada cuando reciben el alta del hospital. Lo mejor es iniciar esta atención tan pronto como se establezca la situación humanitaria. El apoyo clínico y el apoyo social para las personas que viven con VIH deben ir de la mano.

CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos deben cubrir el control de los síntomas agudos y crónicos y la atención en situación terminal. Los elementos importantes incluyen control del dolor, control de otros síntomas, atención en situación terminal, respaldo para cualquier atención comunitaria/domiciliaria proporcionada, información y educación.

RECUADRO 11.21: IMPLEMENTACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA NIÑOS QUE VIVEN CON VIH

Los niños presentan diferentes desafíos en la gestión del VIH, especialmente en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Se recomiendan las siguientes acciones para la atención de niños con VIH:

- Enfoques de diagnóstico temprano frente a pruebas de ácidos nucleicos (PAN), incluido diagnóstico en el punto de atención
- Inicio básico de tratamiento para niños según las directrices nacionales
- Utilización de las directrices de la OMS para el diagnóstico clínico del VIH cuando no haya disponibles centros de diagnóstico y monitoreo
- Cuando pida formulaciones en jarabe, esté preparado para tener suficiente espacio de almacenamiento refrigerado y una cadena de frío en funcionamiento dado que se entregan en grandes volúmenes
- En contextos en los que el diagnóstico de VIH en niños nacidos de madres VIH positivo pueda haberse demorado debido a la falta de capacidad de pruebas de laboratorio, estos niños deben comenzar con cotrimoxazol a las 4-6 semanas de edad, o en el primer contacto con los servicios de salud
- Cuando no haya disponible monitoreo de la reacción en cadena de la polimerasa (polymerase chain reaction, PCR), y en niños < 18 meses con diagnóstico clínico, oriente a los padres para que realicen una prueba de confirmación después de los 18 meses de edad mediante pruebas de anticuerpos convencionales
- Los menores no acompañados y huérfanos necesitan atención específica y puede ser necesario que ingresen en un proceso legal especial o que se realicen trámites para asignarles un tutor/cuidador acordado
- Todas las decisiones deben estar basadas en el interés superior del niño.

11.3.8 Coordinación y generación de vínculos

La prevención y el tratamiento del VIH y la provisión de servicios a personas que viven con VIH deben integrarse con otros elementos de la SSR, incluidos anticoncepción, atención integral del aborto, y prevención y respuesta a VG y ETS. Asimismo, la programación para el VIH es fundamental

para la programación de salud sexual y reproductiva de adolescentes, salud materna y del recién nacido, salud de personas LGBTQIA y salud mental.

Un aspecto fundamental es la coordinación con organismos y partes interesadas que trabajan con poblaciones clave en riesgo y la incorporación de personas que viven con VIH en el diseño y la implementación de iniciativas. La relación con otros sectores es también crucial y debe incluir:

- Trabajo con el sistema de salud de la comunidad de acogida/local
- Coordinación con el sistema de seguridad/judicial del país de acogida/local
- Coordinación con respecto a la cadena de suministro para insumos médicos, incluidos medicamentos antirretrovirales, kits de pruebas de VIH, etc.
- Coordinación entre sectores y partes interesadas (gobierno, ONG internacionales y organismos de la ONU que trabajan en el programa de refugiados/desplazados), para integrar mensajes sobre el VIH y la prevención del VIH en lo siguiente:
 - o Protección: Proteger contra las violaciones de derechos humanos relacionadas con VIH, y proteger a los huérfanos y menores no acompañados
 - o Educación: Promover el acceso a educación sexual relevante y proactiva para todos los niños y niñas y personas jóvenes (ver el capítulo 6)
 - o Refugio: Integrar el VIH en las actividades de refugios
 - o Seguridad alimentaria, nutrición y ayuda para la subsistencia: Garantizar la seguridad alimentaria, nutrición y ayuda para la subsistencia y proporcionar apoyo nutricional a personas que viven con VIH
 - o Coordinación de campamentos: Integrar el VIH en la coordinación y gestión de campamentos
 - o Agua, saneamiento e higiene: Integrar el VIH en los programas de agua, saneamiento e higiene
- Coordinación con organizaciones de derechos humanos y otras organizaciones locales

11.3.9 Incidencia

En contextos de crisis humanitarias, la incidencia en materia de VIH es fundamental para lograr el acceso equitativo a servicios de VIH y salud. Políticas hostiles, marginación de grupos vulnerables, criminalización de poblaciones clave y financiamiento insuficiente son obstáculos que requieren firmes esfuerzos de incidencia. A menudo se requiere un importante trabajo de incidencia para conseguir la aceptación y el apoyo de los gobiernos nacionales, las autoridades locales y los socios y donantes internacionales. Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben instar a las partes interesadas relevantes a asegurar que las poblaciones afectadas por

emergencias tengan acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH de calidad, incluido el tratamiento de infecciones oportunistas. Es especialmente necesario recomendar intervenciones del PSIM en la fase aguda de la emergencia y luego trabajar progresiva y sistemáticamente en pos de la implementación de servicios integrales a medida que la emergencia se estabiliza.

Todos los actores de SSR deben:

- Fomentar y generar conciencia sobre la importancia de integrar el VIH en la preparación para emergencias durante el período previo a la crisis hasta la inclusión en el plan de respuesta humanitaria, a fin de lograr que las intervenciones de VIH se implementen de inmediato una vez que se produzca una crisis
- Promover que las políticas nacionales de VIH se ajusten a las directrices más recientes de la OMS y que las personas desplazadas se integren en la política, la programación y la asignación de recursos nacionales para el VIH. Estas poblaciones a menudo no son tomadas en cuenta
- Procurar la provisión de asistencia básica a personas que viven con VIH que son enfermos crónicos, incluidos refugio, apoyo nutricional y cuidados paliativos adecuados. Debido a que las personas que viven con VIH suelen tener necesidades de nutrición mayores, es importante que incluya acciones de incidencia para una provisión nutricional adicional
- Promover el fortalecimiento transversal del sistema de salud para garantizar la durabilidad de los servicios y la infraestructura. Esto suele ser complejo, pero es importante tener una visión a largo plazo de la respuesta a los desastres y su mitigación
- Promover la inclusión de personas que representen a las comunidades afectadas en foros de coordinación locales, regionales y nacionales. Es especialmente importante lograr la participación de comunidades en la creación de soluciones locales para fortalecer el sentido de pertenencia y la efectividad de los servicios
- Promover la adopción y la introducción de intervenciones efectivas en todos los niveles. Por ejemplo, promover la inclusión de PPRE en las directrices nacionales podría ser esencial en países que aún no la han adoptado
- Defender los derechos de niños, niñas y mujeres y las políticas e intervenciones que incluyan una perspectiva de género. Las mujeres, las jóvenes y los niños y las niñas son vulnerables a la violencia sexual, el abuso y la explotación, especialmente en contextos

de emergencias. Proteger a los niños y las niñas y a las mujeres es una prioridad. Para mitigar las desigualdades de género, la violencia de género y la explotación, a menudo es necesario promover la educación, el empoderamiento económico y los derechos de las niñas. También suele ser clave la promoción de intervenciones que incluyan una perspectiva de género y programas de respuesta a la violencia de género que estén vinculados a la prevención del VIH

- Promover la información y los servicios de SSR para adolescentes, especialmente niñas y poblaciones jóvenes clave. Esto incluye la incidencia orientada a cubrir las necesidades de anticoncepción de las mujeres
- Pronunciarse en contra de los factores sociales y estructurales que fomentan la estigmatización y la discriminación de las personas que viven con VIH y poblaciones clave. Esto puede incluir actitudes, prácticas de empleo o normas y leyes que estigmatizan o discriminan a estas poblaciones. En los casos en que haya obstáculos legales para acceder a la prevención del VIH basada en evidencias (por ejemplo, agujas y jeringas o TSO para personas que usan drogas inyectables), a su atención y tratamiento, se debe intervenir para que estos sean eliminados
- Interceder ante los gobiernos y apoyarlos para que cumplan con sus obligaciones de rendición de cuentas en virtud de los compromisos internacionales sobre derechos humanos y las políticas nacionales. Esto puede incluir trabajo de incidencia relacionado con el cumplimiento por parte de gobiernos y donantes del compromiso de proporcionar la mejor atención posible a las personas independientemente de su condición de desplazamiento, migración, raza y otras características y que estos servicios cumplan los estándares mínimos aceptados

11.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

Asegurar que los derechos humanos se respeten y protejan es fundamental tanto para reducir la exposición al VIH como para mitigar sus efectos adversos en personas y comunidades. En el derecho internacional de los derechos humanos hay una serie de cuestiones que tienen relevancia directa para las personas que viven con VIH o están afectadas por este virus. Es esencial que en los programas de emergencia se prevean derechos que promueven las intervenciones de VIH, cuando la violencia sexual y el

acceso reducido a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH aumentan el riesgo de transmisión del virus. Los temas de derechos humanos clave incluyen:

- El derecho de acceso a la atención médica del VIH y sida. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental incluye el derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud disponibles, accesibles, aceptables y de calidad. El acceso a programas de VIH debe, al menos, ser equivalente a los disponibles para otras personas en la comunidad de acogida circundante. Asimismo, el derecho a la salud solo puede ejercerse junto con los derechos a alimentación, agua, vivienda y a no sufrir discriminación y violencia, entre otros
- El derecho de acceso a la información y la educación sobre VIH. El derecho a la salud incluye el derecho a información y educación de salud esenciales sobre el VIH, así como SSR
- El derecho a no ser discriminado. Todas las personas deben gozar del derecho a no ser discriminadas por motivos de género, sexualidad y condición de VIH y tener acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH
- El derecho a intervenciones de salud voluntarias. El derecho a proporcionar consentimiento informado y a no estar obligado a realizarse una prueba de VIH. El derecho a la integridad física garantiza que todas las personas tengan los medios para tomar decisiones informadas voluntarias sobre la atención de su salud, incluso si desean saber su condición de VIH
- El derecho a la privacidad y confidencialidad en la atención relacionada con el VIH. Las garantías de privacidad y confidencialidad de la información de salud son esenciales para que todas las personas, incluidas las mujeres independientemente de su estado civil, puedan buscar servicios de salud sin temor a que se divulgue o revele su condición de VIH
- El derecho a acceder a procedimientos de asilo y protección frente a la posibilidad de expulsión y devolución (refoulement). Para quienes son solicitantes de asilo, su condición de VIH no constituye un impedimento al acceso a los procedimientos de asilo. El derecho a estar protegido de la devolución es el eje central del derecho internacional sobre los refugiados y la condición de VIH no es fundamento para ninguna excepción a este principio. La condición de VIH tampoco debe encontrarse entre los motivos permitidos para la expulsión a un tercer país

- El derecho a medidas de protección relacionadas con el VIH para mujeres, niñas y niños. Las mujeres y niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH y el sida y la desigualdad de género puede tener un papel significativo en los problemas de protección que enfrentan, incluida la mayor exposición a la violencia. Se deben tomar las medidas apropiadas para asegurar su protección contra la violencia sexual o física y la explotación. También debe prestarse especial atención a los niños y niñas afectados por VIH, incluidos los huérfanos y otros niños vulnerables a causa del VIH
- El derecho de las personas encarceladas a tener acceso a servicios de salud equivalentes a los que recibe la

comunidad. La atención de la salud en cárceles debe regirse por los mismos estándares y las mismas normas éticas, adaptados a las necesidades y vinculados a los servicios de salud en la comunidad

Los Estados han reconocido la importancia de la igualdad de género, el empoderamiento y la participación de las mujeres y niñas en todos los aspectos de la prevención y respuesta al VIH. En particular, la protección específica de género debe abordarse adecuadamente y se debe prestar especial atención a las necesidades de salud de mujeres y niñas, inclusive garantizar el acceso a servicios y atención de salud reproductiva, y asesoramiento y tratamiento adecuados en todos los casos de violencia sexual y de género.

TABLA 11.3 INDICADORES DE PRIORIDAD

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	FÓRMULA	ESTÁNDAR	OBSERVACIONES
Calidad de pruebas de detección para la donación de sangre	Porcentaje de unidades de sangre donadas analizadas para detectar VIH mediante una técnica con calidad asegurada.	Cantidad de unidades de sangre donadas analizadas para detectar VIH mediante una técnica con calidad asegurada/Cantidad total de unidades de sangre donadas analizadas x 100	100 %	Medir la seguridad de la sangre para transfusión. Presupone que hay disponibles botiquines para transfusión de sangre y que se usan correctamente.
Cobertura de prevención de transmisión de madre a hijo	Proporción de primeras visitas de atención prenatal que recibieron orientación previa a la prueba	Cantidad de primeras visitas de atención prenatal que recibieron orientación antes de la prueba/Cantidad de primeras visitas de atención prenatal	100 %	
Orientación posterior a la prueba y resultados para prevención de transmisión de madre a hijo	Proporción de clientes de primeras visitas de atención prenatal que se hicieron la prueba de VIH, que recibieron orientación y resultados después de la prueba	Cantidad de clientes de primera visita de atención prenatal que reciben resultado y orientación después de la prueba/Cantidad de clientes de primera visita de atención prenatal que se hicieron la prueba de VIH x 100	100 %	Medida indirecta de la calidad de la orientación y las pruebas dentro de un programa de prevención de la transmisión de madre a hijo
Cobertura de ARV en programas de prevención de la transmisión de madre a hijo	Porcentaje de mujeres embarazadas VIH positivo que reciben TAR para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo	Cantidad de mujeres embarazadas que tomaron ARV según el protocolo/Cantidad total de partos VIH positivo x 100	100 %	
Cobertura de TAR entre lactantes	Porcentaje de lactantes nacidos de madres infectadas por VIH que reciben profilaxis antirretroviral (ARV) para prevención de la transmisión de madre a hijo			
Cobertura de TAR	Porcentaje de personas que viven con VIH que reciben medicamentos antirretrovirales (según el protocolo nacional)			

11.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Si se reúnen de manera sistemática entre los distintos sectores y organismos, el conjunto de indicadores mencionados en la Tabla 11.3 puede ayudar a medir en qué grado se logran los objetivos fijados para la respuesta multisectorial. La información reunida ayudará a los planificadores y gerentes de programas de VIH, así como a los actores humanitarios, a monitorear si ocurre lo siguiente:

- Se cuenta con preparación para el VIH ante una situación de emergencia
- Se cuenta con las intervenciones de VIH requeridas, tanto para el PSIM como para servicios integrales, durante una crisis humanitaria
- Se abordan adecuadamente las necesidades de poblaciones clave en mayor riesgo de exposición al VIH y otros grupos en riesgo
- Se logran la cobertura y el impacto deseados de la intervención

Los niños y las niñas tienen derecho a recibir protección especial conforme al derecho internacional, según lo destaca el Comité de los Derechos del Niño de la ONU. En particular, la Convención sobre los Derechos del Niño especifica que la no discriminación, el interés superior del niño y el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, y la participación del niño deben orientar las respuestas en todos los casos que involucren a niños y niñas.

Los coordinadores de SSR, los administradores de programas de salud y los proveedores de servicios deben conocer la legislación y las políticas nacionales y las directrices relacionadas con la prevención, el tratamiento y la atención del VIH en el país. En algunos casos, los derechos humanos pueden verse comprometidos por las leyes y políticas nacionales o por ideas sociales y culturales equivocadas. Es importante analizar los posibles dilemas con los equipos y supervisores y decidir sobre el tipo de compromiso del organismo/organización. Entre las medidas inmediatas importantes que pueden tomar los proveedores de servicios se encuentra informar a los clientes directamente sobre las posibles consecuencias negativas de la ley. Asimismo, es importante explorar las posibilidades de derivación de clientes a otro organismo u organización que pueda proporcionar apoyo y asistencia legal. Las organizaciones pueden decidir interceder en esta cuestión y contribuir a los esfuerzos de incidencia conjuntos de los organismos.

11.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

Acnur. (2009). *Guidance on Infant Feeding and HIV in the Context of Refugees and Displaced Populations*. Ginebra, Suiza. Extraído de: <http://www.unhcr.org/protection/health/4acb0c111b/guidance-infant-feeding-hiv-context-refugees-displaced-populations-june.html>

IASC. (2010). *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings*. Extraído de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf

ONUDD, OIT, PNUD, OMS y ONUSIDA. (2013). *Nota sobre políticas: Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones*. Extraído de: https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf

OMS. (2006). *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Towards Universal Access: Recommendations for a Public Health Approach*. Extraído de: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines3.pdf>

OMS. (2009a). *Priority Interventions: HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector*. Ginebra, Suiza. Extraído de: http://www.who.int/hiv/pub/priority_interventions_web.pdf

OMS. (2009b). *Rapid Advice: Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents*. Extraído de: http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art.pdf?ua=1

OMS. (2009c). *Rapid Advice: Infant Feeding in the Context of HIV*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44251/1/9789241598873_eng.pdf

OMS. (2009d). *Rapid Advice: Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants* (segunda edición). Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44249/1/9789241598934_eng.pdf

OMS. (2014a). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1

OMS. (2014b). *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 - December 2014 Supplement to the 2013 Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection*. Ginebra, Suiza.

OMS. (2015). *Guideline on when to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-exposure Prophylaxis for HIV*. Ginebra, Suiza. Extraído de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf?ua=1

OMS. (2016). *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach* (segunda edición). Ginebra, Suiza. Extraído de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1

OMS (2016). *Guideline. Updates on HIV and Infant Feeding*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1>

OMS. (2017). *Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH*. Ginebra, Suiza. Extraído de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255691/WHO-RHR-17.03-spa.pdf?sequence=1>

OMS, ONUDD y ONUSIDA. (2012). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Extraído de http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/People_who_use_drugs/Target_setting_guide2012_eng.pdf

Programa Mundial de Alimentos, ONUSIDA y PEPFAR. (2014). *Nutrition Assessment, Counseling and Support for Adolescents and Adults Living with HIV: A Programming Guide*. Extraído de http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp271543.pdf?_ga=2.141909750.511832665.1518301894-933380955.1518301894

Southern African HIV Clinicians Society y ACNUR. (2007). *Clinical Guidelines for Antiretroviral Therapy Management for Displaced Populations: Southern Africa*. Extraído de: <http://www.unhcr.org/4683b0522.html>

UNFPA y EngenderHealth. (2004). *HIV Prevention in Maternal Health Services: Programming Guide*. New York, NY. Extraído de: https://www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/hiv_prev_program_gde.pdf

CAPÍTULO 12

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

- 12.1 Introducción
 - 12.2 Objetivos
 - 12.3 Programación sobre ETS
 - 12.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
 - 12.3.2 Paquete de salud pública para ETS
 - 12.3.3 Evaluación de necesidades
 - 12.3.4 Intervenciones comunitarias
 - 12.3.5 Manejo de casos de ETS y de infecciones del aparato reproductor
 - 12.3.6 Coordinación y generación de vínculos
 - 12.3.7 Incidencia
 - 12.4 Consideraciones legales y de derechos humanos
 - 12.4.1 Desafíos y oportunidades
 - 12.5 Monitoreo y evaluación
 - 12.6 Otros materiales de lectura y recursos
-

12.1 INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son la causa de una gran parte de la carga global de los problemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en 2012 se produjeron más de 357 millones de casos nuevos de cuatro ETS curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis). Si se incluyen las ETS virales (no curables), como el virus del papiloma humano (VPH), el virus del herpes simple (VHS), la hepatitis B y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), es posible que la cantidad de casos sea hasta tres veces más alta. Entre las mujeres, las enfermedades del aparato reproductor que no son de transmisión sexual, como la candidiasis o la vaginosis bacteriana, son incluso más frecuentes.

RECUADRO 12.1: ETS VERSUS ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR

No todas las enfermedades de transmisión sexual son enfermedades del aparato reproductor; no todas las enfermedades del aparato reproductor son de transmisión sexual:

- Las ETS se refieren a la forma de transmisión
- Las enfermedades del aparato reproductor se refieren al lugar donde se desarrollan las infecciones

Enfermedad del aparato reproductor es un término amplio que incluye enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductor que no se transmiten por contacto sexual. En muchos casos, las ETS tienen consecuencias mucho más graves para la salud que otras enfermedades del aparato reproductor; por eso, en este manual se usa la frase ETS/enfermedad del aparato reproductor para destacar la importancia de las ETS dentro de las enfermedades del aparato reproductor. Cuando la información que se proporciona en el documento corresponde únicamente a enfermedades de transmisión sexual, la expresión ETS se usa sola.

Las ETS/enfermedades del aparato reproductor están presentes en todas partes del mundo, pero en su transmisión y prevalencia (cuán comunes son) influyen factores sociales y económicos, así como la biología y el comportamiento. Por lo tanto, la carga de ETS/enfermedades del aparato reproductor varía significativamente según la región y la comunidad de que se trate. Por ejemplo:

- Las ETS como la sífilis, la gonorrea y el chancroide pueden propagarse más rápidamente en lugares donde las comunidades se encuentren alteradas, donde es común el trabajo de personas migrantes y hay redes de comercio sexual activas
- Las infecciones iatrogénicas (causadas por procedimientos o exámenes médicos) son más comunes en aquellos lugares donde hay una gran cantidad de ETS y donde los prestadores de servicios no cuentan con capacitación o suministros para realizar los procedimientos de manera segura. Las infecciones posparto y posteriores a abortos son más comunes donde no existen servicios seguros y atención de seguimiento
- Las infecciones endógenas, como la candidiasis y la vaginosis bacteriana, son comunes en todo el mundo e influyen en ellas factores ambientales, higiénicos y hormonales, entre otros

El surgimiento del VIH ha atraído más atención respecto del control de ETS. Hay una importante relación entre las ETS y la transmisión del VIH. Se ha detectado que, cuando existen otras ETS, el riesgo de transmisión sexual del VIH aumenta.

En contextos de crisis humanitaria, el riesgo de transmisión de ETS (incluido el VIH) puede ser elevado debido al aumento de la violencia sexual, la presencia de trabajadores en empleos de alta movilidad (p. ej., conductores de camiones o integrantes de fuerzas de paz), el sexo transaccional, el consumo de alcohol y drogas, la falta de información y de acceso a preservativos, y una gran densidad poblacional en los campamentos.

12.2 OBJETIVOS

El objetivo de este capítulo es ayudar a los coordinadores de salud sexual y reproductiva (SSR), a los administradores de programas y a los proveedores de servicios a realizar lo siguiente en contextos de crisis humanitaria:

- Responder a las necesidades de las personas con ETS/enfermedades del aparato reproductor o que se encuentren en riesgo de contraer esas enfermedades
- Colaborar en la implementación de estrategias de salud pública efectivas con el objetivo de reducir la transmisión de ETS

12.3 PROGRAMACIÓN SOBRE ETS

12.3.1 Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Procurar que el diagnóstico sindrómico y el tratamiento de ETS sean incorporados en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) con el objetivo de “prevenir la transmisión del VIH y reducir la morbilidad y mortalidad debido al VIH y a otras ETS”. Un factor importante de la prevención es que también se garantice la disponibilidad de preservativos masculinos lubricados gratuitos y la provisión de preservativos femeninos si la población los conocía antes de la crisis. Asimismo, es necesario que los pacientes con síntomas de ETS tengan a su disposición tratamientos como parte de los servicios clínicos de rutina al inicio de la respuesta humanitaria.

12.3.2 Paquete de salud pública para ETS

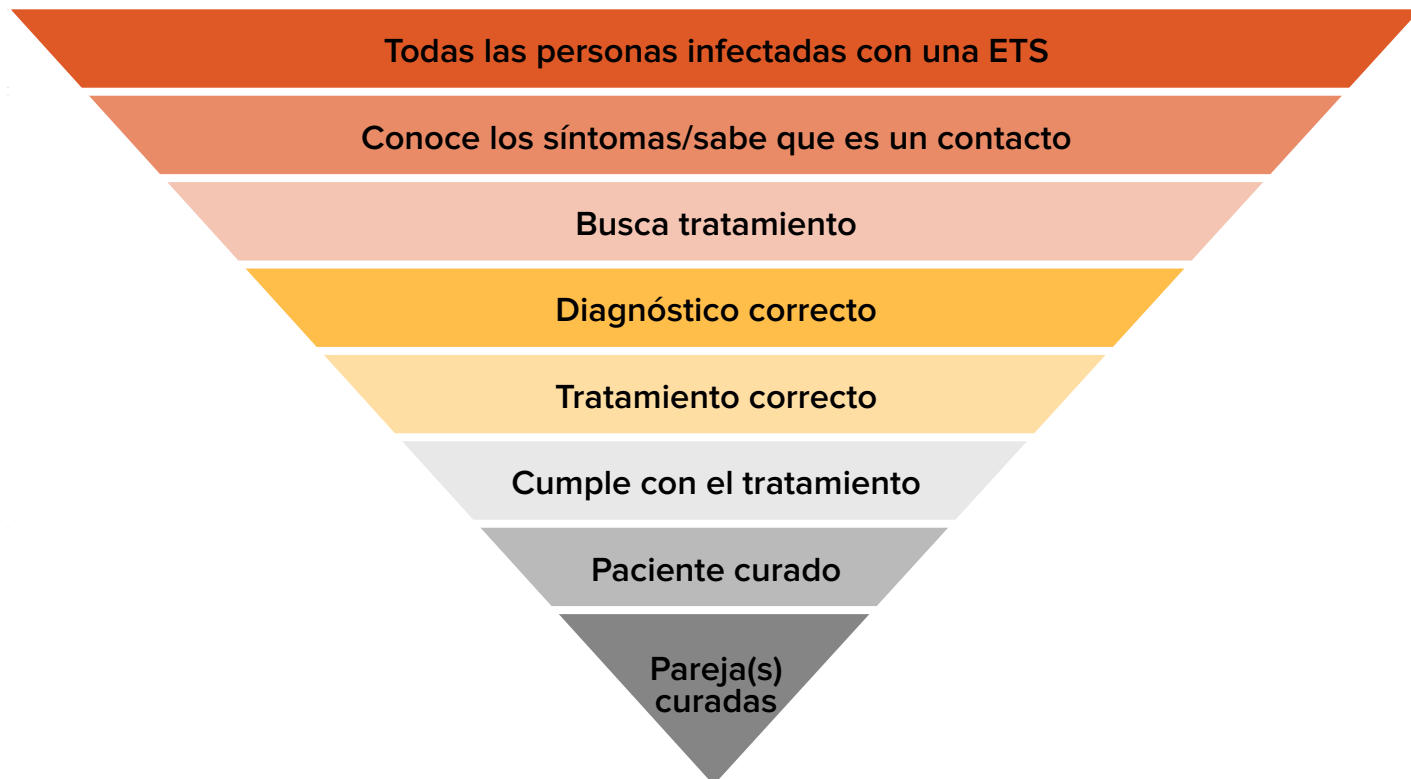
Las infecciones de transmisión sexual son un importante problema de salud pública en gran parte del mundo. Si las ETS no se diagnostican y tratan en una etapa temprana, las consecuencias pueden ser graves y poner en riesgo la vida; entre ellas podemos mencionar infertilidad, abortos espontáneos, partos prematuros, nacimientos sin vida, embarazos ectópicos, cáncer anal y genital, y muerte

prematura, así como infecciones neonatales y de los bebés. Como se muestra en el gráfico 12.1, prestarles servicios efectivos para ETS/enfermedades del aparato reproductor a quienes los precisan presenta varios desafíos. Muchas personas son asintomáticas o ignoran que tienen una ETS (y las ETS son más asintomáticas en las mujeres) y, por lo tanto, no buscan atención (ver gráfico 12.2). Otros que tienen síntomas optan por tratarse ellos mismos o buscan tratamiento en farmacias o con curanderos tradicionales.

GRÁFICO 12.1:
INFECCIONES
ASINTOMÁTICAS
VERSUS
SINTOMÁTICAS



GRÁFICO 12.2: ETS: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA



Es posible que los que acudan a la clínica no obtengan el diagnóstico y tratamiento adecuados. Solo una pequeña proporción de las personas con ETS se curan y evitan volver a infectarse.

El objetivo de la programación sobre ETS es reducir la prevalencia de esas enfermedades interrumpiendo su transmisión, reduciendo la duración de la infección y evitando el desarrollo de complicaciones en las personas infectadas.

Controlar la propagación de ETS es difícil. Los programas de salud pública no solo deben garantizar servicios de salud accesibles y de buena calidad que ofrezcan un manejo integral de casos de ETS, sino también abordar factores biológicos, conductuales y sociales que influyen en la propagación de ETS.

El paquete de salud pública completo incluye:

EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

- Campañas de promoción de sexo más seguro
- Programación sobre preservativos
- Generación de conciencia en el público acerca de las ETS y promoción del uso temprano de los servicios clínicos

EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Manejo integral de casos de ETS en el primer contacto
- Servicios específicos para poblaciones en riesgo, incluidos trabajadores sexuales, adolescentes, personal militar y prisioneros

INTEGRACIÓN DEL MANEJO DE ETS

- Integrar la prevención, las pruebas de detección y la atención de ETS en otros servicios

12.3.3 Evaluación de necesidades

Una vez implementado el PSIM, los coordinadores de SSR deben integrar las consideraciones de ETS en las evaluaciones de necesidades a fin de planificar la prestación de servicios de SSR integrales y diseñar programas integrales de prevención, tratamiento y control de ETS. Deben recabar la siguiente información, junto con los actores de otros sectores/grupos de salud:

- Prevalencia y tipos de ETS en el país anfitrión y de origen, en la región y en el área. Es posible que esta

información pueda ser proporcionada por los programas nacionales de ETS y por la OMS

- La presencia de grupos en riesgo y el lugar dentro de la comunidad afectada donde es prioritario realizar intervenciones (p. ej., donde se realiza trabajo sexual o en bares). Esta información puede obtenerse mediante entrevistas con informantes clave de la comunidad
- Creencias, actitudes y prácticas culturales y religiosas en materia de sexualidad, salud reproductiva y ETS/enfermedades del aparato reproductor. Esta información puede obtenerse mediante investigaciones cualitativas con análisis de grupos focales, entrevistas y, si fuera posible, encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas
- Existencia de una cadena de suministro de productos básicos médicos confiable y sostenible que pueda apoyar la implementación de los servicios para ETS/enfermedades del aparato reproductor

Los coordinadores de SSR deben estar familiarizados con las leyes y políticas nacionales relacionadas con las ETS:

- ¿Existen directrices o protocolos nacionales sobre manejo de ETS? En caso afirmativo, ¿hay discrepancias entre las políticas nacionales y las directrices de la OMS? ¿Reflejan las directrices los últimos patrones de resistencia a los antibióticos de las ETS dentro del país?
- ¿Pueden los proveedores de salud acceder a las directrices sobre ETS que necesitan? Por ejemplo, ¿se encuentran impresas, en cuadros, como ayudas de referencia rápida?
- ¿Están todos los medicamentos para el tratamiento de ETS adecuados incluidos en las directrices nacionales de tratamiento con medicamento? ¿Incluyen las directrices nacionales medicamentos que ya no son eficaces contra determinadas infecciones?
- ¿Están los medicamentos para ETS incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales nacional? ¿Qué proveedores de atención de la salud pueden recetarlos?
- ¿Hay políticas restrictivas que limitan la provisión de servicios para ETS?
- ¿Hay leyes o políticas nacionales sobre notificación a socios?
- ¿Hay políticas nacionales sobre programas de control de ETS?

También es necesario:

- Vincularse con autoridades nacionales para identificar o desarrollar un protocolo de tratamiento sindrómico de ETS
- Identificar una cadena de suministro de productos básicos médicos confiable para garantizar el suministro sostenible de medicamentos para ETS efectivos
- Identificar a personas en la comunidad afectada que hayan recibido capacitación en prevención y control de ETS y las necesidades de capacitación del personal
- Identificar lugares adecuados para establecer los servicios de tratamiento de ETS y otros servicios de SSR a los que aquellos deberán integrarse

12.3.4 Intervenciones comunitarias

La estrategia comunitaria para la prevención y control de ETS/enfermedades del aparato reproductor incluye:

- Campañas de promoción de sexo más seguro, incluido el uso sistemático de preservativos, menos cantidad de parejas y retraso del momento del inicio de la actividad sexual
- Programación sobre preservativos
- Generación de conciencia en el público acerca de las ETS y promoción del uso temprano de los servicios clínicos
- Integración con campañas de prevención del VIH e iniciativas de extensión comunitaria

PROMOCIÓN DE SEXO MÁS SEGURO

La mejor estrategia para prevenir ETS es evitar la exposición. Esto puede lograrse:

- Utilizando preservativos de manera correcta y sistemática
- Reduciendo la cantidad de parejas sexuales
- Apoyando a los jóvenes para que decidan demorar el momento de iniciar la actividad sexual

Los **preservativos** son el método más confiable para protegerse o proteger a una pareja del riesgo de contraer una ETS. Cuando se utilizan de manera correcta y sistemática durante cada relación sexual, los preservativos pueden reducir de modo significativo los riesgos de embarazo y de ETS (incluida infección por VIH). A pesar del uso de

preservativos, pueden producirse igualmente ETS; pueden transmitirse úlceras genitales o verrugas por contacto con partes del cuerpo no cubiertas por el preservativo.

Por lo general, las ETS se contraen cuando los preservativos no se usan de manera adecuada o constante. Cuando los preservativos masculinos se manipulan o guardan incorrectamente, por ejemplo, en billeteras o en lugares calurosos, o si se usan con lubricantes a base de aceite, es posible que fallen. Además, suelen romperse a causa del uso incorrecto, y no por defectos en ellos.

La mayoría de los **preservativos masculinos** son de látex, fáciles de conseguir, económicos y muy efectivos. Dado que son fáciles de llevar, la protección que brindan puede estar disponible en todo momento.

Los **preservativos femeninos** son de poliuretano o plástico de nitrilo (que es más resistente que el látex) y cada vez es más fácil conseguirlos y a un costo más bajo que cuando aparecieron en el mercado. Tienen la ventaja de que la mujer es quien controla su uso, aunque es posible que deba negociar su uso con su pareja sexual.

Limitar la cantidad de parejas sexuales puede ayudar a reducir la exposición a ETS. Las personas en relaciones recíprocamente monógamas (donde ninguno de sus integrantes tiene otras parejas sexuales) no enfrentan el riesgo de contraer ETS si ambas están sanas. La abstinencia sexual es otra manera de evitar el riesgo de ETS (aunque es posible contraer otras enfermedades del aparato reproductor).

Muchas personas necesitan estrategias de prevención que no sean la monogamia o la abstinencia. Las relaciones monógamas no protegen contra ETS cuando se dan en una rápida sucesión (monogamia serial). Es posible que las parejas que están separadas por períodos también necesiten otras estrategias. Los hombres y las mujeres que deben viajar por trabajo (p. ej., trabajadores migrantes, vendedores, conductores de camiones y soldados) tienen más probabilidades de tener varias parejas y de regresar a su hogar con ETS. Cualesquiera sean las circunstancias, tanto hombres como mujeres que tengan varias parejas (o cuyas parejas tengan, a su vez, varias parejas) necesitan contar con una protección confiable contra las ETS.

Demorar el inicio de la actividad sexual y reducir la exposición a ETS. Los jóvenes, en especial, los adolescentes pueden evitar ETS y embarazos en un momento en que se encuentran en una situación especialmente vulnerable demorando la actividad sexual hasta que sean mayores. Los jóvenes deben saber que pueden conseguir apoyo e información confidencial sobre métodos, incluido el uso

de preservativos, para prevenir embarazos y ETS cuando decidan comenzar a ser sexualmente activos.

Es muy importante apoyar a las jóvenes para que demoren su inicio sexual ya que es posible que deban enfrentar consecuencias sociales y de salud muy graves si quedan embarazadas o contraen una ETS. Las adolescentes son especialmente vulnerables a infecciones cervicales, que pueden producir enfermedad inflamatoria pelviana, infertilidad, embarazo ectópico y, a largo plazo, cáncer cervical.

Para poder reducir el riesgo de ETS, es sumamente importante velar por que las mujeres y adolescentes tengan control sobre su vida sexual y puedan decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones. Para esto será necesario que se condenen a nivel social todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas que las ponga en riesgo de ETS y de sufrir otras consecuencias negativas. Las mujeres y niñas deben estar seguras para poder decidir si desean tener relaciones sexuales y para poder recurrir a prácticas seguras sin estar expuestas a amenazas de violencia o de sexo forzado o bajo coerción. Para esto se necesitará no solo el apoyo de su(s) pareja(s), sino también información y autoeficacia y habilidades para negociar la toma de decisiones sexuales y los cambios en las normas sociales que promuevan y acepten la autonomía física de niñas y mujeres. Entre las iniciativas para apoyar el logro de este objetivo pueden incluirse actividades comunitarias que condenen la violencia contra mujeres y niñas, grupos de análisis y talleres participativos en los que hombres y mujeres exploren los roles de género, analicen la toma de decisiones sexuales, y cuestionen y transformen las masculinidades tradicionales, así como una educación sexual integral en las escuelas.

PROGRAMACIÓN SOBRE PRESERVATIVOS

Es fundamental que los preservativos sean de buena calidad para proteger al consumidor y la credibilidad del programa de SSR. En el mercado hay muchas marcas de preservativos. Varios organismos pueden facilitar la compra de cantidades a granel de preservativos de buena calidad a costos más bajos.

Para garantizar el acceso a preservativos, debe haber un sistema de adquisición y distribución. Los preservativos y las instrucciones para su uso deben estar disponibles en los establecimientos de salud, los centros de distribución (como áreas de distribución de alimentos y de productos no alimenticios), centros comunitarios, tiendas, bares, grupos de jóvenes y mujeres, etc. Analice con las autoridades y socios si luego de la respuesta humanitaria inicial los preservativos se seguirán ofreciendo sin cargo. Cuando sea

posible y apropiado, puede considerarse utilizar alguna forma de recuperación parcial del costo (marketing social). Pueden analizarse estrategias de marketing social con los socios adecuados.

Es necesario capacitar a los trabajadores de salud comunitarios y a los educadores pares en la promoción, distribución y uso de preservativos. Pueden lanzarse campañas promocionales en eventos públicos, como partidos de fútbol, actos masivos, bailes, espectáculos de teatro y deliberaciones grupales. Vincúlese con grupos que participan en actividades de prevención del VIH y de planificación familiar en el área. La programación sobre preservativos y los mensajes de asesoramiento deben incorporar, desde el primer momento, el concepto de doble protección contra las ETS y el embarazo.

GENERACIÓN DE CONCIENCIA EN EL PÚBLICO ACERCA DE LAS ETS

La educación y las actividades de extensión comunitarias son necesarias para promover el uso temprano de los servicios de atención de la salud para curar ETS/enfermedades del aparato reproductor y prevenir complicaciones. Elabore mensajes para enseñarles a las personas cómo reconocer síntomas y cuándo y dónde buscar atención. Los mensajes comunitarios también deben abordar el riesgo de contraer o transmitir ETS aunque se sea asintomático. Los mensajes deben difundirse mediante anuncios públicos, la radio, los periódicos y sesiones de aprendizaje en clínicas, etc.

Las personas con ETS también necesitan que sus familiares y su comunidad los apoyen para buscar atención. Para esto será necesario trabajar en la comunidad con el objeto de reducir la estigmatización que pesa sobre los pacientes con ETS. Es fundamental llevar adelante actividades participativas de capacitación y sensibilización con miembros de la comunidad para aumentar la conciencia sobre las ETS y su prevalencia, cuestionar y reducir la estigmatización existente, y promover que los miembros de la comunidad adopten una actitud de contención respecto de las personas que viven con ETS.

12.3.5 Manejo de casos de ETS y de infecciones del aparato reproductor

Uno de los pilares para controlar las ETS es su manejo efectivo e inmediato, ya que previene el desarrollo de complicaciones para la persona, disminuye la propagación de ETS en la comunidad y ofrece una oportunidad única para brindar educación específica sobre prevención de ETS. Cuanto antes se cure una ETS, menores son las posibilidades de que se transmita a otras personas. Por lo

tanto, una medida de salud pública importante es que los pacientes reciban el tratamiento adecuado de sus ETS en el primer contacto que mantengan con los proveedores de atención de la salud. En el caso de personas jóvenes, existe la posibilidad de influir en los comportamientos sexuales futuros y en las prácticas relacionadas con la búsqueda de tratamiento.

El manejo de ETS implica algo más que el diagnóstico y tratamiento. Incluso si las ETS se tratan correctamente, es posible que el tratamiento aplicado no funcione o que se produzca una nueva infección. Quizás algunos pacientes dejen de tomar sus medicamentos en cuanto comiencen a sentirse mejor, no realicen gestiones para que sus parejas sexuales sean tratadas, no usen preservativos o no se abstengan de mantener relaciones sexuales durante el tratamiento. El tratamiento también puede fracasar debido a resistencia a los fármacos. Por lo tanto, durante el primer encuentro debe realizarse un manejo integral del caso, que incluya:

- Un diagnóstico
- Un tratamiento inmediato y eficaz de acuerdo con los protocolos
- Educación y asesoramiento al paciente, incluida la provisión de preservativos
- Notificación y tratamiento para la pareja
- Seguimiento según corresponda
- Calidad de la atención

DIAGNÓSTICO

Es difícil diagnosticar ETS, ya que no existe un instrumento sencillo que brinde rápidamente un diagnóstico correcto sin utilizar análisis de laboratorio costosos. Hay tres maneras de diagnosticar ETS:

Diagnóstico clínico

El proveedor de servicios determina la causa subyacente de la infección sobre la base de un examen clínico y de su experiencia personal. Este enfoque no es confiable, ya que ni siquiera los proveedores más experimentados pueden realizar un diagnóstico específico exclusivamente sobre la base de una evaluación clínica. Además, no pueden detectarse las infecciones combinadas.

Diagnóstico de laboratorio

Este enfoque utiliza los análisis de laboratorio para determinar las causas de la ETS/la enfermedad del aparato

reproductor. Sin embargo, en muchos contextos, puede ser difícil de aplicar porque no existen análisis económicos, sencillos y confiables. La mayoría de los análisis disponibles no proporcionan resultados inmediatos; eso provoca demoras en los tratamientos o que los tratamientos no se realicen si los pacientes no regresan para recibir atención. Además, la sensibilidad y especificidad de los análisis disponibles en el mercado varían, y son comunes los falsos negativos. Cuando haya laboratorios disponibles, deben contar con personal debidamente calificado. Esto limita el plazo y los recursos con que cuentan los servicios de salud, incrementa los costos y reduce el acceso al tratamiento.

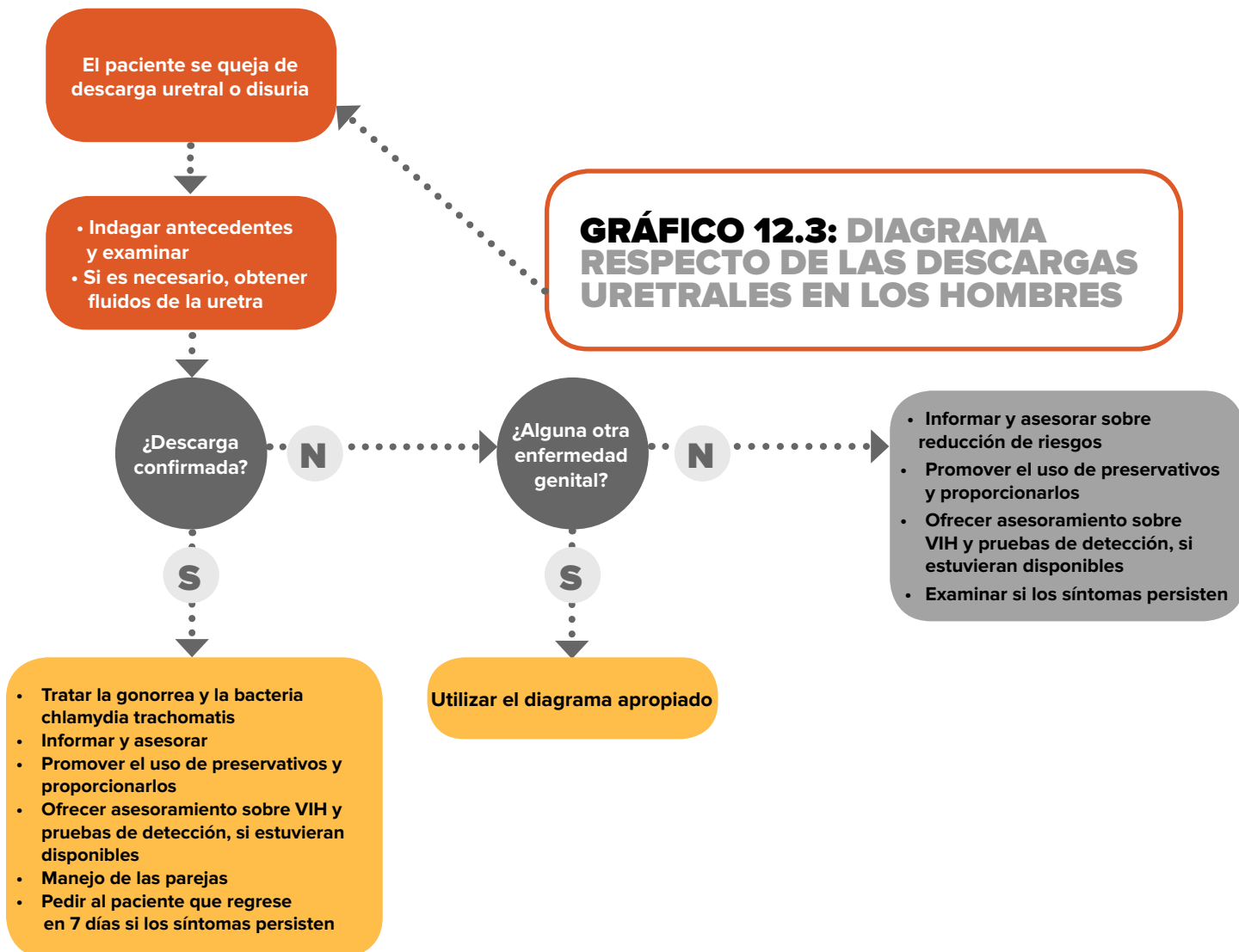
Las excepciones a esta regla son los análisis de laboratorio para VIH y sífilis (el examen de reagina plasmática rápida o la prueba de diagnóstico rápido). Estos análisis pueden ser realizados por personal de atención de la salud con capacitación mínima y arrojar resultados en un plazo breve. Pueden usarse para detección de la enfermedad.

Enfoque sindrómico

Muchas ETS/enfermedades del aparato reproductor pueden identificarse y tratarse sobre la base de signos y síntomas característicos, que pueden agruparse en síndromes, según se muestra en la tabla 12.1.

TABLA 12.1: SÍNDROMES DE LAS ETS

SÍNDROME	ETS
Úlcera genital (hombres y mujeres)	Sífilis Herpes Chancroide Granuloma inguinal Linfogranuloma venéreo
Descarga uretral (en hombres)	Gonorrea Clamidia
Descarga vaginal	Vaginosis bacteriana Candidiasis Tricomonirosis Gonorrea Clamidia
Dolor abdominal bajo (en mujeres)	Gonorrea Clamidia Infecciones anaeróbicas
Bubón inguinal (en hombres y mujeres)	Chancroide Linfogranuloma venéreo (granuloma inguinal o donovanosis cuando sea prevalente)
Bubón inguinal (en hombres y mujeres)	Gonorrea



Con frecuencia, es difícil saber con exactitud qué organismo causa el síndrome y qué tratamiento se necesita para cubrir varios agentes infecciosos que pueden estar causando la enfermedad. Por lo tanto, el enfoque sindrómico se basa en lo siguiente:

- Identificar grupos congruentes de síntomas y de signos fácilmente reconocibles.
- Proporcionar un tratamiento que aborde la mayoría de los organismos responsables de producir un síndrome en particular o al principal organismo responsable.

Un instrumento simplificado (diagrama) orienta a los trabajadores de la salud en la implementación de tratamiento sindrómico de ETS (ver el gráfico 12.3).

Ventajas del enfoque sindrómico

- Los pacientes reciben tratamiento en su primer contacto con el sistema de salud, lo que reduce las complicaciones para el paciente y, a la larga, se

produce una disminución de la transmisión de ETS en la población

- Si se aplica, se puede ahorrar en costos (análisis de laboratorio económicos)
- Un tratamiento inmediato mejora la satisfacción del cliente
- Es más sencillo monitorear un servicio que aplique un enfoque sindrómico debido a la estandarización de la capacitación del personal, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión de los insumos

Desventajas del enfoque sindrómico

- El sobrediagnóstico y el sobretratamiento aumentan los costos de tratamiento (pero esto se compensa con la eficacia general en función de los costos que tiene el enfoque sindrómico)
- Administrar varios antimicrobianos puede aumentar el riesgo de sufrir efectos secundarios

RECUADRO 12.2: LA DESCARGA VAGINAL

El enfoque sindrómico es útil para abordar las descargas uretrales y las ETS ulcerativas, pero no tanto para las descargas vaginales. La mayoría de las descargas vaginales son resultado de una enfermedad del aparato reproductor, como candidiasis y vaginosis bacteriana. Estos organismos provocan infecciones bacterianas y no son de transmisión sexual. Con mucha menos frecuencia, es posible que la descarga vaginal sea consecuencia de una inflamación del cuello uterino (cervicitis) provocada por gonorrea o clamidia. Estos organismos se transmiten sexualmente.

Los algoritmos de descargas vaginales no están diseñados para detectar las infecciones cervicales más graves y a menudo asintomáticas. En la actualidad, para una detección precisa de la cervicitis por gonorrea y clamidia se necesitan costosos análisis de laboratorio (reacción en cadena de la polimerasa), que no pueden conseguirse en todos los contextos. Otros instrumentos de detección incluyen el

examen con espéculo (con el que pueden detectarse muchas de las infecciones cervicales, aunque no todas) y el cultivo de gonorrea (que es preciso y no es costoso ni técnicamente difícil, pero que debe realizarse en laboratorios establecidos).

En contextos de crisis humanitaria, los proveedores de servicios deben aprovechar todas las oportunidades. Esto significa que deben buscar factores de riesgo en los antecedentes de una paciente (p. ej., si la pareja del paciente tiene síntomas o si la paciente es trabajadora sexual) y signos al examinarla (observar si hay descargas mucopurulentas o si el cuello uterino sangra fácilmente al contacto). La detección puede realizarse durante el embarazo o en cualquier momento en que se realice un examen con espéculo por otros motivos. Los proveedores de servicios deben ofrecer exámenes de detección con regularidad a quienes se encuentren expuestos con frecuencia a ETS, como trabajadoras sexuales.

EJEMPLO PROGRAMÁTICO 12.1: IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE SINDRÓMICO EN UN CONTEXTO DE CRISIS HUMANITARIA

ORGANIZACIÓN: Save the Children

LUGAR: Yemen

INTRODUCCIÓN: El conflicto permanente en Yemen ha causado una de las crisis humanitarias más grandes del mundo, donde más de 20 millones de personas necesitan asistencia y menos de la mitad del país tiene establecimientos de salud en funcionamiento.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA: En 2010, Save the Children puso en marcha un programa en la gobernación de Amran, en la región centro-occidental de Yemen, destinado a abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas desplazadas. Save the Children, en colaboración con el Ministerio de Salud, capacitó equipos móviles de salud conformados por médicos, parteras y personal de enfermería para que prestaran diversos servicios, como servicios de anticoncepción y de atención prenatal y posnatal. Más tarde, el programa se extendió a otras gobernaciones y distritos. Para 2017, el programa de salud de Save the Children en Yemen funcionaba en 8 gobernaciones y brindaba apoyo a 75 establecimientos de salud fijos, con equipos móviles que prestan servicios en 110 centros.

RESULTADOS: Poco después de que los equipos móviles de salud empezaron a funcionar, los proveedores de salud comenzaron a informar una gran cantidad de clientes que necesitaban gestión de casos de ETS y se tornó esencial atender esta deficiencia en los servicios. Para eso, en primer lugar, el personal de Save the Children examinó las directrices nacionales de Yemen relativas al tratamiento sindrómico de ETS para determinar si estaban actualizadas y que no hubiera discrepancias importantes respecto de las directrices de la OMS. Luego, Save the Children se asoció con la OMS, el Ministerio de Salud y los funcionarios de las gobernaciones para capacitar a 25 parteras en tratamiento sindrómico

de ETS. En los establecimientos de salud fijos, el equipo imprimió y expuso diagramas de tratamiento sindrómico de ETS para ayudar a los proveedores de salud con el manejo de casos. Los equipos móviles de salud utilizaron diagramas más pequeños durante sus actividades de extensión. El equipo de salud también trabajó en estrecha colaboración con los voluntarios comunitarios y los capacitó para que hicieran circular mensajes sobre los signos y síntomas de ETS y para que incentivaran a las mujeres a buscar atención en el establecimiento o en la clínica móvil. Los servicios de ETS se integraron en el paquete completo de servicios de SSR proporcionado en el programa y se prestaron en ámbitos confidenciales, lo que ayudó a reducir la estigmatización. Además, las pruebas rápidas de sífilis se integraron en la atención prenatal de rutina que brindaban los equipos móviles de salud. Entre enero y diciembre de 2017, más de 6000 mujeres y hombres recibieron tratamiento de ETS en establecimientos apoyados por Save the Children en Yemen.

ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS: Fue importante para el éxito del programa conseguir que el Ministerio de Salud y los funcionarios de las gobernaciones apoyaran el enfoque sindrómico y aceptaran aplicarlo. Para hacerlo, fue importante posicionar a los servicios de ETS como parte integrante del paquete integral de servicios de SSR. La notificación y el tratamiento de las parejas aún representan un desafío debido al contexto de poligamia, aunque, durante el asesoramiento, a los pacientes se les recomiendan esas medidas. El programa también se esfuerza por garantizar un suministro estable de productos básicos y medicamentos para ETS, aunque con frecuencia hay demoras en la adquisición y obstáculos debido a la permanente inseguridad del país. A pesar de estos problemas, el programa ha logrado mejorar la competencia de los proveedores con respecto al tratamiento sindrómico de ETS así como el acceso de las mujeres a estos importantes servicios.

- El enfoque sindrómico no puede utilizarse para exámenes, porque las infecciones asintomáticas no pueden detectarse. Por lo tanto, es posible que la detección y control de infecciones cervicales en mujeres y niñas sea limitado
- Si los pacientes no reciben el asesoramiento apropiado, es posible que el riesgo de violencia doméstica aumente

- Patrones de sensibilidad antimicrobiana (p. ej., qué antibióticos son efectivos contra el gonococo y el bacilo de Ducrey)
- Prácticas culturales y de comportamiento

Tratamiento

El tratamiento de los signos y síntomas de ETS/enfermedad del aparato reproductor depende del organismo que suele ser responsable de cada síndrome. La resistencia a los antibióticos de varios patógenos de transmisión sexual cada vez es mayor; por lo tanto, es posible que algunos regímenes con antibióticos de bajo costo muy comunes no sean eficaces. Por ende, los algoritmos de tratamiento deben adaptarse sobre la base de lo siguiente:

- Epidemiología local (la prevalencia de ETS/enfermedad del aparato reproductor y el patógeno que provocan los síndromes en la población)

Es posible que, al inicio de una respuesta humanitaria, sea necesario utilizar las directrices sobre tratamiento estándar de la OMS con antimicrobianos cuya efectividad sea conocida en todo el mundo. En los Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva (Botiquines de SR) se incluyen algunos antimicrobianos recomendados en estas directrices. En muchos países, el Ministerio de Salud ha elaborado protocolos nacionales sobre ETS. Es importante incentivar que se utilice el protocolo apropiado en la situación tan pronto como sea posible. Esas directrices de tratamiento estandarizado facilitarán la capacitación del personal y la adquisición de insumos para los programas de ETS, lo que ayudará a garantizar que todos los pacientes reciban tratamiento adecuado. En consecuencia, los coordinadores de SSR deben poner en marcha los protocolos nacionales sobre ETS cuando los haya. De lo contrario, debe promoverse que el Ministerio de Salud y la OMS analicen la posibilidad de elaborar un protocolo nacional o regional adaptado.

TABLA 12.2: EJEMPLOS DE DETECCIÓN DE ETS/ENFERMEDAD DEL APARATO REPRODUCTOR Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO

MÉTODO	EJEMPLO: APROVECHAR CADA OPORTUNIDAD
Indagación sobre los antecedentes	Preguntar sobre síntomas o inquietudes de ETS/enfermedades del aparato reproductor en cada visita de SSR
Evaluación clínica	Examen con espéculo y pélvico para ver si hay signos de ETS/enfermedad del aparato reproductor que el paciente no haya observado
Exámenes de detección de laboratorio	Exámenes de detección serológica para sífilis Prueba de Papanicolau para la detección precoz de cáncer cervical; asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
Tratamiento preventivo sobre la base de los criterios de riesgo	Tratamiento de parejas de pacientes con ETS, trabajadores sexuales que mantuvieron relaciones sin protección, etc. Personas sobrevivientes de violencia sexual Tratamiento de mujeres a quienes se les ha realizado un procedimiento transcervical
Estrategias combinadas	Tratamiento preventivo de trabajadores sexuales en la primera visita, seguidos de visitas regulares para exámenes con espéculo/pélvicos y tinción de Gram de frotis cervical

Educación y asesoramiento para los pacientes

Para manejar las ETS/enfermedades del aparato reproductor es fundamental brindarles a los pacientes información y asesoramiento compasivo y confidencial, eso incluye:

- Explicar la naturaleza de la infección, las posibles complicaciones (como infertilidad), los medicamentos

que deberán tomarse y la importancia de cumplir con el tratamiento

- Promover un comportamiento sexual más seguro. Es posible que las personas adopten comportamientos sexuales más seguros después del tratamiento de una ETS. Por lo tanto, cada visita a la clínica es una

oportunidad para promover la prevención futura y el cumplimiento del régimen actual

- Promover y proporcionar preservativos, enseñar su uso y negociar con la pareja el uso de preservativos
- Analizar el riesgo de contraer el VIH y ofrecer pruebas de VIH voluntarias
- Informar a la(s) pareja(s) sexual(es) y comunicarle(s) las opciones de rastreo de parejas y el riesgo de violencia o estigmatización (ver recuadro 12.3)
- Detectar los casos de violencia sexual, según corresponda, y derivar a las personas sobrevivientes para que reciban la asistencia y los servicios disponibles

RECUADRO 12.3: LAS ETS/ ENFERMEDADES DEL APARATO REPRODUCTOR Y LA ESTIGMATIZACIÓN

Tenga en cuenta que no todas las enfermedades del aparato reproductor son de transmisión sexual. Por lo tanto, los proveedores de servicios deben tener cuidado de no clasificar a alguien incorrectamente como persona enferma con una ETS o estigmatizarla como si tuviera una cuando el diagnóstico es una enfermedad del aparato reproductor o no está claro. Por ejemplo, las descargas vaginales suelen relacionarse con una infección vaginal endógena y no con una ETS. En este caso, no sería necesario intentar notificar y tratar a las parejas sexuales, ya que estas no necesitan tratamiento y avisarles podría dañar la relación. Las posibles consecuencias de tal notificación pueden ser violencia, desconfianza y divorcio si la situación no se maneja correctamente.

Manejo de las parejas

Principios

Al tratar con parejas sexuales, los proveedores de servicios deben actuar con delicadeza y respeto, garantizar la confidencialidad y ofrecer un enfoque voluntario no coercitivo. Los pacientes cuyos tratamientos de ETS hayan tenido buenos resultados experimentarán un alivio de sus síntomas, pero es posible que regresen más adelante con una reinfección si sus parejas sexuales no han recibido también tratamiento. La pareja sexual puede o no tener los síntomas y, si no recibe tratamiento, también podría propagar la enfermedad a otras personas de la comunidad. Para controlar ETS, es fundamental ayudar a los pacientes a comunicarles la situación a sus parejas sexuales y coordinar el tratamiento. Tenga en cuenta que las parejas no solo se refieren a las actuales sino a todas las que se haya tenido

en los últimos dos a tres meses. El manejo de las parejas incluye la comunicación, la derivación y el tratamiento. Es importante utilizar una manera segura y culturalmente aceptada de informar a la(s) pareja(s).

Comunicación y derivación

Muchas parejas sexuales son renuentes a esperar o pagar por los servicios, en especial, cuando son asintomáticas y se sienten saludables. Organice los servicios de modo que las parejas sexuales puedan acceder fácilmente al tratamiento (es decir, sin tener que esperar mucho tiempo o con una dispensa de los aranceles habituales de la clínica).

La comunicación a la pareja puede ofrecerse de varias maneras:

1. Derivación por el paciente: Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con sus parejas sexuales. Se les pueden proporcionar papeletas de derivación para sus parejas, en las que se explica de qué manera coordinar una visita a la clínica y que deben incluir un código para indicar el síndrome diagnosticado en el paciente índice (el paciente cero que tuvo los síntomas). Si se puede garantizar la confidencialidad, es útil incluir también el número de registro del paciente cero para facilitar el seguimiento de los índices de derivación de parejas (ver recuadro 12.4)
2. Derivación por el proveedor: Los proveedores de servicios con capacitación en técnicas de contacto y seguimiento comunican la situación a las parejas y coordinan el tratamiento necesario.
3. Puede utilizarse una combinación de la Opción 1 y la Opción 2 cuando se pida a los pacientes que se pongan ellos directamente en contacto con sus parejas (derivación por el paciente). Si tras una o dos semanas, no hay resultados positivos, proveedores de servicios capacitados intentan rastrear al contacto para su tratamiento (derivación por el proveedor).

Dado el gasto que implica la derivación del proveedor y la amenaza percibida para la confidencialidad del paciente, la opción más práctica y posible es la derivación del paciente (Opción 1).

GRÁFICO 12.4: MODELO DE PAPELETA DE DERIVACION PARA LA PAREJA

POR FAVOR, PRESENTESE EN:
Townville Clinic, New Town
Tel: 456 834

HORARIO DE ATENCIÓN

Lunes de 9:00 am – 3:00 pm
Martes de 9:00 am – 3:00 pm
Miércoles de 9:00 am – 3:00 pm
Viernes de 9:00 am – 1:30 pm

Fecha: _____ Código: ABCD

Tratamiento de parejas sexuales

El objetivo primario es que un proveedor de servicios atienda a las parejas para realizarles exámenes y brindarles tratamiento y educación. Sin embargo, quizás esto no sea posible en contextos de crisis humanitaria; en ese caso, pueden aplicarse distintas estrategias para garantizar que esas parejas reciban tratamiento:

- Tratamiento inmediato cuando la pareja se presente al proveedor de servicios (sobre la base del diagnóstico del paciente cero, independientemente de que las parejas tengan o no síntomas o signos de la infección). La OMS recomienda utilizar el mismo régimen de antibióticos que el del paciente cero
- Tratamiento inmediato y tomar muestras para pruebas de laboratorio
- Proporcionar al paciente cero un tratamiento apropiado para que le(s) ofrezca a su(s) pareja(s) (conocido como **tratamiento rápido para la pareja**)

Seguimiento del tratamiento

En contextos de crisis humanitaria, las visitas de seguimiento de rutina pueden ser un inconveniente para los pacientes y una molestia para el personal de la clínica. El tratamiento sintomático suele ser efectivo para la mayoría de las ETS/enfermedades del aparato reproductor, y la mayoría de los pacientes mejora rápidamente. Constituye una buena práctica aconsejar a los pacientes que regresen si los síntomas empeoran o si no experimentan mejoras después de una semana de tratamiento (dos o tres días en el caso de la enfermedad inflamatoria pelviana). Los pacientes con úlceras genitales deben regresar después de siete días si no

mejoran. El tratamiento debe prolongarse más de siete días si la capa de piel sobre la úlcera no se ha regenerado.

Cuando los pacientes no mejoran, las siguientes preguntas ayudarán a los proveedores de servicios a determinar si ello se debe a que el tratamiento no ha funcionado o a que se ha producido una reinfección:

- El tratamiento no ha funcionado: ¿Tomó el paciente todos los medicamentos según las indicaciones que se le dieron? ¿Dejó el paciente de tomar medicamentos cuando comenzó a sentirse mejor? ¿Se basó el tratamiento en las directrices nacionales sobre tratamiento? De lo contrario, considere la posibilidad de que se haya producido resistencia a los medicamentos.
- Reinfección: ¿Recibió (recibieron) la(s) pareja(s) tratamiento? ¿Usó el paciente preservativos o se abstuvo de mantener relaciones sexuales después de comenzar el tratamiento?

También es común la recurrencia en el caso de infecciones vaginales endógenas, en especial, cuando no se abordan los motivos subyacentes en la educación del paciente (p. ej., ducha vaginal o agentes deshidratantes). Derive a los pacientes a un nivel más alto cuando la complejidad del caso supere la capacidad de su centro de salud.

Calidad de la atención

Para garantizar la calidad de los programas de ETS, los servicios deben estar disponibles y ser accesibles, asequibles y apropiados. Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud pueden lograr esto reduciendo los obstáculos para los servicios (p. ej., con horarios de atención adecuados, y atención clínica privada, confidencial, respetuosa y de buena calidad) y llegando a quienes, por lo general, no utilizan servicios de SSR, como trabajadores sexuales y sus clientes, personal militar, prisioneros y adolescentes que tienen más riesgo de contraer ETS. Debe alentarse a los hombres a participar en la prevención de ETS/enfermedades del aparato reproductor.

La calidad de los servicios y las habilidades técnicas y la motivación del personal mejorarán si los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud realizan lo siguiente:

- Publican en las salas de reconocimiento los protocolos estándares nacionales de tratamiento de ETS. Esto puede incluir cuadros con el enfoque sintomático publicados en las estaciones de trabajo
- Poner en marcha un sistema de rastreo de parejas confidencial y voluntario

- Disponer que los proveedores de servicios reciban capacitación para que adquieran habilidades técnicas y de asesoramiento. Las capacitaciones deben abordar las actitudes de los proveedores y hacer hincapié en la importancia de que, al brindar atención de calidad durante todo el ciclo de prevención de ETS y de manejo de la atención, se adopten actitudes de contención y neutrales
- Colaborar con los coordinadores de SSR para integrar el suministro sostenible de medicamentos para ETS efectivos en la línea de suministro de productos básicos médicos
- Realizar visitas de supervisión con regularidad y capacitaciones durante el servicio

12.3.6 Coordinación y generación de vínculos

Los coordinadores de SSR deben tener como objetivo la integración de los servicios de ETS/enfermedades del aparato reproductor en los programas de atención primaria de la salud y otros programas de SSR, lo que incluye:

- Evaluación de ETS en los servicios de anticoncepción

y de planificación familiar garantizando que los proveedores de servicios:

- o Analicen ETS/enfermedades del aparato reproductor con todos los clientes en cada visita (incluso pregunten sobre síntomas en las parejas)
- o Realicen exámenes de detección de ETS si fuera necesario
- o Promuevan la doble protección (contra el embarazo y las ETS)
- Tratamiento preventivo de ETS en servicios de atención luego de una violación
- ETS/enfermedades del aparato reproductor en los servicios de salud adolescente
- Evaluación y tratamiento de ETS/enfermedades del aparato reproductor durante el período prenatal, al momento del parto y después del parto. Por ejemplo:
 - o Evaluación de riesgo de ETS/enfermedad del aparato reproductor para todas las clientas en cuidado prenatal, incluida pruebas de detección de sífilis y asesoramiento y pruebas voluntarios de VIH (ver recuadro 12.4)

RECUADRO 12.4: PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE SÍFILIS

En muchos países se utiliza el examen de reagina plasmática rápida para detectar la sífilis. Este examen es una prueba de anticuerpos no treponémica, que significa que un resultado positivo sugiere una infección activa. La prueba será negativa cuando la enfermedad se haya tratado precozmente y curado. En muchos contextos de crisis humanitaria es difícil usar este tipo de examen ya que necesita refrigeración y personal de laboratorio capacitado.

En los últimos años han aparecido en el mercado muchas pruebas de diagnóstico rápido de sífilis que permiten detectar de manera precisa y cualitativa anticuerpos contra la *treponema pallidum*, con lo cual una infección puede detectarse fácil y rápidamente tras la exposición y también en sus etapas posteriores.

Las ventajas de estos exámenes es que no necesitan refrigeración y tienen una vida útil prolongada, por lo cual son una buena opción para contextos de crisis humanitaria. El resultado se obtiene en el lapso de entre 10 y 30 minutos y no hay necesidad de laboratorios ni de otros instrumentos. Los proveedores de servicios pueden interpretar fácilmente los resultados de manera visual. Como se necesita un volumen pequeño de sangre, basta con una muestra con un pinchazo del dedo, en lugar de una extracción venosa.

Considerando la importancia del tratamiento precoz para prevenir sífilis neonatal, este tipo de exámenes presentan una excelente oportunidad para implementar pruebas de detección de rutina de sífilis en servicios de atención prenatal en contextos de crisis humanitaria, donde no pueden conseguirse o realizarse exámenes de reagina plasmática rápida. La desventaja de las pruebas de diagnóstico rápido es que, como son pruebas de anticuerpos treponémicas, no distinguen entre la enfermedad activa y la curada. Sin embargo, en el caso de atención prenatal, todas las pacientes que tengan una prueba de diagnóstico rápido positiva deben tratarse (nuevamente) aunque hayan tenido un resultado positivo en un embarazo anterior. Incluso si recibieron tratamiento en un embarazo anterior existe la posibilidad de reinfección con graves consecuencias para la madre y el bebé si no se tratan. Los beneficios del tratamiento preventivo son mayores que los riesgos asociados con no recibir tratamiento. No se recomienda utilizar pruebas de diagnóstico rápido como método de detección de estas enfermedades en el caso de sangre para transfusión, ya que podría arrojar muchos falsos positivos. En el futuro próximo estarán disponibles las pruebas de anticuerpos no treponémicas rápidas (similares a los exámenes de reagina plasmática rápida) para detectar sífilis.

RECUADRO 12.5: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER CERVICAL

El virus del papiloma humano es una infección muy común, y se calcula que más del 75 % de las mujeres sexualmente activas se infectan al menos una vez en la vida. El riesgo de infección con este virus es más alto luego de que se inicia la actividad sexual. La mayoría de estas infecciones se limitan a la persona que las padece y no son dañinas, pero una infección persistente puede provocar cáncer cervical en las mujeres. El virus del papiloma humano también provoca otros cánceres del ano y genitales (p. ej., de la vagina, de la vulva y del pene), cáncer de la cabeza y del cuello, y verrugas genitales, tanto en hombres como en mujeres.

DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICAL

La detección y el tratamiento de las etapas precoces de cáncer cervical (displasia cervical o precáncer) son efectivos para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical. Las indicaciones respecto de los exámenes de detección dependen de los recursos locales. Cuando haya servicios de citología disponibles y bien establecidos, todas las mujeres mayores de 35 años deben realizarse el examen de detección cada 5 o 10 años. Cuando sean limitados, por ejemplo, en contextos de crisis humanitaria, los proveedores de servicio deben asegurarse de que todas las mujeres se hagan el examen cuando tengan, aproximadamente, 40 años. En la actualidad se recomienda realizar la citología mediante prueba de Papanicolaou (Pap). Sin embargo, es una prueba que insume muchos recursos, ya que se precisa personal que pueda realizar un examen con espéculo y que haya recibido capacitación en técnicas para recolectar las células para ese examen, y es necesario que haya

servicios de citología disponibles para analizarlas. Se ha comprobado que técnicas como la inspección visual con ácido acético (vinagre) o la inspección visual con yodo de Lugol son económicas en contextos con recursos limitados. Se ha demostrado que la inspección visual es segura, aceptable, posible y efectiva para reducir la incidencia del cáncer cervical y la mortalidad por esa enfermedad, cuando luego de ella se realiza crioterapia para el tratamiento de displasias, sea mediante derivación o iniciando un tratamiento inmediato (“enfoque de única visita”).

VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

El mayor impacto de las actuales vacunas contra el virus del papiloma humano será sobre las niñas vacunadas antes de estar expuestas al virus, es decir, antes de ser sexualmente activas. La vacunación completa consiste en tres dosis y produce un nivel muy alto de respuesta inmunológica que dura, por lo menos, cinco años. El impacto general de las vacunas contra el virus del papiloma humano dependerá de su entrega a las poblaciones que más las necesiten. En los países con recursos limitados, donde los programas de detección de cáncer cervical son deficientes o inexistentes y donde la incidencia del cáncer cervical y la mortalidad por esa enfermedad son más altas, las mujeres necesitan más prevención primaria mediante las vacunas contra el virus del papiloma humano. Aun así, el costo de esas vacunas es un importante obstáculo para que se pueda acceder a ellas de manera generalizada, y es necesario considerar los costos y beneficios estimados en el presupuesto de salud general.

- o Las vesículas o úlceras que sugieren herpes genital y que se producen cerca del momento del parto pueden ser indicativas de que es necesario realizar una cesárea, ya que el parto vaginal implica el riesgo de contagiar el herpes al recién nacido y un alto riesgo de que muera
- o En el caso de oftalmia neonatal, el procedimiento de rutina es proporcionar profilaxis a todos los recién nacidos
- Actividades de prevención de cáncer cervical en servicios de SSR integrales (ver recuadro 12.5)

12.3.7 Incidencia

Los coordinadores de SSR y los administradores de programas de salud deben promover la provisión e integración de servicios de ETS, siempre que sea posible. Se debe hacer lo posible por que los protocolos sobre ETS estén actualizados,

y sean adecuados y accesibles, y que lo usen los proveedores de salud. Para un control de ETS efectivo, los funcionarios del Ministerio de Salud, los donantes privados y los demás organismos deben dar prioridad a las estrategias de prevención primarias y secundarias, a programas sólidos de comunicación y tratamiento de parejas, a una educación sexual y de promoción de la salud específica y activa, a iniciativas para reducir la estigmatización por ETS y a nuevas tecnologías y vacunas, y deben invertir en ellos.

12.4 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE DERECHOS HUMANOS

El derecho a recibir prevención, atención y tratamiento de ETS seguros, confidenciales y apropiados es un derecho humano en el marco del derecho que tiene cada ser humano a gozar del nivel más alto posible de salud física y mental,

e incluye también el derecho a la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades.

El respeto por los derechos humanos debe orientar todos los aspectos de la planificación de la programación de ETS durante una respuesta humanitaria, en donde la violencia sexual, y la alteración en las normas y prácticas sexuales y en el acceso a tratamiento y medicamentos agraven los obstáculos existentes.

El derecho a servicios relacionados con ETS es inherente a varios derechos humanos:

- La posibilidad de acceder a diagnóstico, tratamiento y atención de ETS forma parte del respeto del derecho a la salud y a la vida de una persona
- El derecho a la salud incluye la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras, y requiere que se establezcan programas de prevención y educación para problemas de salud relacionados con conductas, como las ETS
- Es fundamental brindar tratamiento de ETS en la atención prenatal para proteger los derechos tanto de la mujer embarazada como del niño
- Estos derechos se aplican de igual manera a niños, niñas y adolescentes. Los proveedores de servicios que nieguen acceso a servicios de ETS por motivos de edad, estado civil, o consentimiento de padres o tutores, sin tener en cuenta el estado de desarrollo del niño o de la niña no respetan los derechos humanos de ese menor
- El derecho a la privacidad requiere que los trabajadores de la salud hagan sentir a los pacientes seguros y protegidos cuando reciban diagnóstico, tratamiento o asesoramiento para ETS
- Se protege el derecho a la equidad y a la no discriminación si se brinda acceso para servicios de ETS a toda la población, incluidos adolescentes, trabajadores sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente del estatus legal de la prostitución y de la homosexualidad/encuentros entre personas del mismo sexo
- Todas las personas tienen derecho a difundir y recibir información sobre ETS. Este derecho también se refiere a la inclusión de adolescentes en todas las actividades de educación sobre ETS y de generación de conciencia y extensión acerca de tales enfermedades. Debe utilizarse un lenguaje y actividades de extensión

que garanticen que se llegue a toda la población destinataria

- El derecho de disfrutar de los beneficios de los avances científicos y de sus aplicaciones puede verse limitado cuando se les niega a los clientes la posibilidad de acceder a nuevas tecnologías de tratamiento y prevención de ETS, como inspección visual con ácido acético, crioterapia y la vacuna contra el virus del papiloma humano

12.4.1 Desafíos y oportunidades

A veces, brindar un acceso seguro y apropiado a atención y tratamiento para ETS puede poner al proveedor de servicios en una situación incómoda. Es posible que la estigmatización, las políticas nacionales restrictivas y las normas sociales y culturales interfieran en la prestación del servicio y en el derecho de los pacientes a tener acceso a atención. Por ejemplo:

- Centros de salud que no ofrecen servicios a trabajadores sexuales en países donde hay leyes contra la prostitución o prácticas discriminatorias contra las personas que realizan trabajos sexuales
- Proveedores de servicios que no desean evaluar a adolescentes porque consideran que las personas que no están casadas no deben mantener relaciones sexuales
- Clientes renuentes a buscar servicios debido a que existen políticas que obligan a informar determinadas ETS o que permiten que se rastree a parejas de manera no confidencial

Es importante recordar que muchos obstáculos para la atención de ETS y el acceso al tratamiento violan principios de derechos humanos aceptados internacionalmente. Los administradores de programas de SSR y proveedores de servicios deben conocer la posición de su organismo sobre estas cuestiones y deben incluirla como parte del análisis de la situación y de los posibles pasos por seguir.

Los administradores de programas de SSR o proveedores de servicios que se enfrenten a ese dilema deben darle prioridad a la seguridad y salud de su cliente, y a su propia seguridad y la de sus colegas. Entonces, pueden:

- Conversar con su supervisor
- Analizar opciones con el cliente
- Analizar opciones de programación y estrategias con su organización o estructura clínica. Por ejemplo, si

los clientes se ponen nerviosos o incómodos cuando se conversa con ellos sobre ETS o si se niegan a hablar del tema, evaluar el grado de privacidad disponible en la clínica y recomendar cambios físicos con los que los pacientes se sentirían protegidos y se incentivaría la conversación

- Analizar vínculos con organizaciones locales que puedan ayudar al cliente, y derivaciones a esas organizaciones, teniendo presente que es posible que sea necesario abordar a los distintos grupos etarios u otras subpoblaciones en distintos momentos y lugares
- Averiguar si su organismo tiene actividades de incidencia respecto del tema y de qué manera se puede contribuir
- Trabajar con colegas para identificar de qué manera evitar o manejar situaciones con los clientes en el futuro, respetando la confidencialidad del cliente
- Plantear estas inquietudes en reuniones de coordinación de salud

12.6 OTROS MATERIALES DE LECTURA Y RECURSOS

OMS. (2005). *Integración de la atención de las ITS/ITR en salud reproductiva: Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica*. Extraído de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96349/9243592653_spa.pdf?sequence=1

OMS. (2007). *Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual* (segunda edición). Extraído de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/index/en/>

OMS. (2014). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice* (segunda edición). Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf?ua=1

OMS. (2015, Abril). *A tool for strengthening STI surveillance at the country level*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161074/1/WHO_RHR_15.06_eng.pdf?ua=1

OMS. (2017). *Casting Light on Old Shadows: Ending Sexually Transmitted Infection Epidemics as Public Health Concerns by 2030: Advocacy Brief*. Extraído de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258741/1/WHO-RHR-17.17-eng.pdf?ua=1>

OMS. (sin fecha-a). *More Information on Prevention of Congenital Syphilis*. Extraído de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/syphilis/en/>

OMS. (sin fecha-b). *Sexually Transmitted and Reproductive Tract Infections: Treatment Guides*. Extraído de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/clinical/en/>

12.5 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Entre los indicadores que se utilizan para hacer el seguimiento de programas de ETS se incluyen los siguientes:

- La proporción de los proveedores de servicios que hayan recibido capacitación para el manejo de casos de ETS/enfermedades del aparato reproductor conforme al actual protocolo
- La proporción de clientes de ETS/enfermedades del aparato reproductor que fueron evaluados, tratados y asesorados de acuerdo con el protocolo (desglosado por edad y sexo)
- Porcentaje de nuevos clientes de atención prenatal a quienes se les realizó un examen de detección de sífilis y porcentaje que tuvo resultados de sífilis positivos.

CONCLUSIÓN

Tan solo 20 años atrás, prácticamente no existían servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para refugiados, desplazados y otras personas que vivían en contextos de crisis humanitaria. Este manual actualizado (basado en la premisa de que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano y, como tal, se aplica a cada una de las personas en todas partes del mundo) y la gran cantidad de pautas y experiencia que se incluyen en él son, de muchas maneras, un recordatorio de cuánto se ha avanzado desde la primera versión que el Grupo de Trabajo Interinstitucional (IAWG) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis elaboró en 1999. El Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (IAFM 2018) es la culminación de años de avances logrados con mucho esfuerzo y no siempre de manera lineal, para garantizar que las personas afectadas por crisis humanitarias, en especial, mujeres y niñas, tuvieran acceso a la información y los servicios de SSR integrales que son necesarios para hacer efectivos sus derechos básicos.

Quienes colaboraron con la versión 2018 del IAFM, como las Naciones Unidas y organismos de ejecución, expertos técnicos y de derechos humanos, defensores, administradores de programas y profesionales locales, e investigadores, representan una gran cantidad de ámbitos de conocimiento y experiencia en materia de SSR y de crisis humanitarias. Si bien se acercaron a trabajar sobre esta cuestión con diversas perspectivas, todos compartían una pasión: la de garantizar que aquellos cuyas vidas habían sido desarraigadas por la guerra, la violencia, la hambruna o desastres naturales tuvieran acceso a atención de la salud sexual y reproductiva, que es fundamental para el respeto de sus derechos y de su dignidad. Es importante señalar que casi todos los que colaboraron con el IAFM 2018 carecían de tiempo exclusivo o fondos específicos para participar en este proceso, mucho menos para hacerlo de la manera tan amplia y significativa en que lo hicieron: este trabajo constituye un verdadero testamento a su dedicación para llegar a las personas afectadas por situaciones de crisis y poner a su alcance una atención de mejor calidad, más eficiente, y más compasiva e inclusiva. Tras un minucioso proceso para lograr el consenso entre un grupo diverso de expertos, el IAWG ha elaborado un manual más sólido, gracias a la diversidad de las observaciones y comentarios que se volcaron en él.

El primer paso de este proceso fue consultar a los usuarios finales de este manual, a los coordinadores de SSR y a los administradores de programas de salud, y durante toda la elaboración del manual se tuvo en mente a estos actores. El objetivo era brindar actualizaciones técnicas, explicaciones y apoyo, destacar los desafíos y las principales consideraciones y, lo más importante, ofrecer posibles soluciones de personas que han estado en su lugar. Se han tenido muy en cuenta las sutilezas del lenguaje, la atención a la inclusividad, las posibilidades en diversos contextos con recursos limitados e incluso el diseño gráfico, siempre prestando atención a la claridad, a la concisión y a la facilidad de uso en el terreno. Si bien hay muchas cuestiones que, definitivamente, no son categóricas (por ejemplo, la naturaleza de los complejos contextos en los que trabajamos), el IAWG ha procurado elaborar un manual que sea, para usted y para sus colegas, un recurso útil que los ayude a prestar servicios de SSR a poblaciones afectadas por situaciones de crisis y en el que se comunique cuáles son las mejores prácticas que pueden adaptarse a los contextos complicados en los que usted trabaje.

Ahora queda en sus manos continuar con la fundamental tarea que usted lleva adelante y para la que, muchas veces, no se cuenta con suficientes recursos ni con el reconocimiento debido. Esperamos que este manual sea un instrumento valioso en su paquete de herramientas: como guía, como referencia, pero también como símbolo y recordatorio de la contenedora comunidad de profesionales, expertos técnicos, donantes, investigadores y defensores que están aquí para ayudarlo. Gracias por el trabajo que realiza para atender a mujeres, niños, niñas y hombres afectados por situaciones de crisis y junto con ellos.

Lo invitamos a participar de la conversación en <https://knowledge-gateway.org/iawg> o visitando www.iawg.net. También puede enviarnos un mensaje de correo electrónico a info.iawg@wrcommission.org.

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados		safety (Hogar, Educación/Empleo, Actividades, Drogas, Sexualidad, Suicidio y Depresión, Seguridad)
AE	Anticonceptivos de emergencia		
AINE	Antiinflamatorios no esteroideos	HMIS	Health Management Information System (Sistema de Información de Gestión de Salud)
ARC	American Refugee Committee		
ARV	Medicamentos antirretrovirales	IAFM	Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings (Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios)
AVE	Aspiración de vacío eléctrica		
AVM	Aspiración de vacío manual	IASC	Inter-Agency Standing Committee (Comité Permanente entre Organismos)
Botiquines de SR	Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva	IAWG	Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises (Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis)
CCM	Cold chain management (gestión de la cadena de frío)		
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño	IMC	Índice de masa corporal
CDPD	Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad	KMC	Kangaroo Mother Care (Método madre canguro)
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	LARC	Long-acting reversible contraception (método de anticoncepción reversible de acción prolongada)
CHX	Clorhexidina		
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja	LGBTQIA	Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, and asexual (personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, queer, personas que se cuestionan su identidad de género, intersexuales y asexuales)
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo		
CODESA	Comités de Desarrollo del Área de Salud	LMIS	Logistics Management Information System (Sistema de información de gestión de logística)
DI	Desplazado interno	MELA	Método de la amenorrea de la lactancia
DIU	Dispositivo intrauterino	MgSO4	Sulfato de magnesio
ETS	Enfermedad de transmisión sexual	MSF	Médecins Sans Frontières
FICR	Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja	OMS	Organización Mundial de la Salud
FIFO	First in, first out (el primero que entra sale primero)	ONU	Organización de las Naciones Unidas
FP2020	Family Planning 2020	ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
HBB	Helping Babies Breathe (Ayudando a los Bebés a Respirar)		
HEADSSS	Home, education/employment, activities, drugs, sexuality, suicide and depression,	PAE	Píldoras anticonceptivas de emergencia

PCR	Polymerase chain reaction (reacción en cadena de la polimerasa)
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PPrE	Profilaxis previa a la exposición
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
SAFPAC	Supporting Access to Family Planning and Post-Abortion Care (Ayuda para el acceso a la planificación familiar y atención posterior al aborto)
SARP	Safe Abortion Referral Program (Programa de Derivaciones para Abortos Seguros)
SSR	Salud sexual y reproductiva
SSRA	Salud sexual y reproductiva para adolescentes
TAR	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TSO	Terapia de sustitución de opioides
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VCAT	Values clarification and attitudes transformation (aclaración de valores y transformación de actitudes)
VG	Violencia de género
VHS	Virus del herpes simple
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
WASH	Water, sanitation, and hygiene (Agua, saneamiento e higiene)

COLABORADORES

Capítulo 1: Introducción

Autor principal: Angel M. Foster, DPhil, MD, AM

Autores que colaboraron: 2018 IAFM Taskforce

Capítulo 2: Principios fundamentales

Autora principal: Therese McGinn, DrPH, MPH

Autoras que colaboraron: Rebecca Brown, JD • Angel M. Foster, DPhil, MD, AM • Melissa Garcia, MA, MSc

Capítulo 3: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Autora principal: Sandra Krause, RN, MPH

Autores que colaboraron: Ribka Amsalu, MD, MPH • Arpita Appannagari, MPH • Rebecca Brown, JD • Sanni Bundgaard, MPH • Ann Burton, MD, MPH • Nadine Cornier, RM • Sheena M. Currie, RM, MEd, PGCE • Henia Dakkak, MD, MPH • Angel M. Foster, DPhil, MD, AM • Melissa Garcia, MA, MSc • Kate Gerber • Anushka Kalyanpur, MPH • Sarah Knaster, MPH • Eva Lathrop, MD MPH • Lara S. Martin, MA, MPH • Kate Meehan, MPH, CPH • Janet Meyers, MPH, BSN, RN • Bill Powell, PhD, RN, FNP • Sarah Rich, MPA • Lauren Sava • Jennifer Schlecht, LCSW, MPH • Julie Taft, MSc • Mihoko Tanabe, MPH • Hannah Tappis, DrPH • Amanda Van • Josep Vargas, MD, MPH • Erin Wheeler, MPH • IAWG MISP sub-working group

Capítulo 4: Logística

Autoras principales: Sarah Rich, MPA • Lara S. Martin, MA, MPH

Autores que colaboraron: Wilma Doedens, MD, MPH • Danielle Jurman, MSc • Elizabeth Noznesky, MA, MPH • Melissa Sharer, PhD, MSW, MPH • Jacob Sprang

Capítulo 5: Estimación, monitoreo y evaluación

Autoras principales: Michelle Hynes, PhD, MPH • Heather M. B. Howard, MPH

Autores que colaboraron: Bosede Akinbolusere, MA • Sara E. Casey, DrPH • Sarah Chynoweth, PhD • Jennifer Leigh, MPH • Anna Meyers, MPH • Nathaly Spilotros, MIA, MPH • Hannah Tapis, DrPH

Capítulo 6: Salud sexual y reproductiva para adolescentes

Autoras principales: Anushka Kalyanpur, MPH • Mihoko Tanabe, MPH • Sarah Rich, MPA,

Autores que colaboraron: Nadine Cornier, RM • Nimisha Goswami, MPH • Bouchta Mourabit, MPP • Nathaly Spilotros, MIA, MPH • Maria Tsolka, RN, MPH • IAWG Adolescent sexual and reproductive health sub-working group

Capítulo 7: Anticoncepción

Autores principales: Kamlesh Giri, MBBS, MPH • Ashley Wolfington, MPH • Jennifer Schlecht, LCSW, MPH

Autores que colaboraron: Ribka Amsalu, MD, MPH • Sara E. Casey, DrPH • Henia Dakkak, MD, MPH • Allison Doody • Melissa Garcia, MA, MSc • Nancy Pendarvis Harris • Lily Jacobi, MA • Maria Tsolka, RN, MPH • IAWG Contraception sub-working group

Capítulo 8: Atención integral del aborto

Autores principales: Erin Wheeler, MPH • Bill Powell, PhD, RN, FNP

Autores que colaboraron: Dina Abbas, MPH • Gillian Burkhardt, MD • Bergen Cooper, MPH • Angel M. Foster, DPhil, MD, AM • Rita Nehme • Beirne Roose-Snyder, JD • Meera Shah, JD, MA • IAWG Safe abortion care sub-working group

Capítulo 9: Salud materna y del recién nacido

Autoras principales: Hannah Tappis, DrPH • Lara S. Martin, MA, MPH • Ribka Amsalu, MD, MPH

Autores que colaboraron: Lauren Arrington, MSN • Sheena M. Currie, RM, MEd, PGCE • Heather M. B. Howard, MPH • Kate Meehan, MPH • Janet Meyers, MPH, BSN, RN • Julie Taft, MSc • Josep Vargas, MD, MPH

Capítulo 10: Violencia de género

Autoras principales: Sanni Bundgaard, MPH • Dabney P. Evans, PhD, MPH

Autores que colaboraron: Melissa Garcia, MA, MSc • Meera Shah, JD, MA • IAWG Gender-based violence sub-working group

Capítulo 11: VIH

Autor principal: Josep Vargas, MD, MPH

Autores que colaboraron: Alice Fay • Fabienne Hariga • Gitau Mburu, MBChB, MPH • Ando Robelison, MD • Elizabeth Tarney • Tim Sladden • IAWG HIV/AIDS sub-working group

Capítulo 12: Enfermedades de transmisión sexual

Autores principales: Wilma Doedens, MD, MPH • Nguyen-Toan Tran, MD, MSc

Autora que colaboraron: Nathaly Spilotros, MIA, MPH

Conclusión

Autora principal: Sarah Knaster, MPH

LISTA DE MIEMBROS DEL GRUPO DE TAREAS DEL IAFM 2018

Grupo de Tareas del IAFM 2018

La pertenencia institucional se indica únicamente con fines de identificación

Ribka Amsalu, MD, MPH

Rebecca Brown, JD (Center for Reproductive Rights)

Sara E. Casey, DrPH (Columbia University)

Nadine Cornier, RM (UNFPA)

Wilma Doedens, MD, MPH (UNFPA)

Allison Doody, PAI

Dabney P. Evans, PhD, MPH (Emory University)

Melissa Garcia, MA, MSc (International Consortium for Emergency Contraception, con el auspicio de Management Sciences for Health)

Henia Dakkak, MD, MPH (UNFPA)

Nancy Pendarvis Harris (John Snow, Inc.)

Heather M. B. Howard, MPH (American Refugee Committee)

Michelle Hynes, PhD, MPH (US Centers for Disease Control and Prevention)

Kamlesh Giri, MBBS, MPH (CARE)

Aditi Ghosh, MSc (International Planned Parenthood Federation)

Anushka Kalyanpur, MPH (CARE)

Sarah Knaster, MPH (IAWG)

Sandra Krause, MSN, RN, MPH (Women's Refugee Commission)

Eva Lathrop, MD, MPH (Emory University)

Lara S. Martin, MA, MPH (Emory University)

Therese McGinn, DrPH, MPH

Kate Meehan, MPH (US Centers for Disease Control and Prevention)

Janet Meyers, MPH, BSN, RN

Bill Powell, PhD, RN, FNP (Ipas)

Sarah Rich, MPA (Women's Refugee Commission)

Jennifer Schlecht, LCSW, MPH (Women's Refugee Commission)

Meera Shah, JD, MA, (Center for Reproductive Rights)

Melissa Sharer, PhD, MSW, MPH (John Snow, Inc.)

Sydney A. Spangler, PhD, MSN, CNM (Emory University)

Nathaly Spilotros, MIA, MPH (International Rescue Committee)

Hannah Tappis, DrPH (Jhpiego)

Josep Vargas, MD, MPH (UNHCR)

Erin Wheeler, MPH (International Rescue Committee)

Ashley Wolfington, MPH (International Rescue Committee)

Consultor del 2018 IAFM

Angel M. Foster, DPhil, MD, AM (University of Ottawa & Cambridge Reproductive Health Consultants)

