



Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM)
para la salud reproductiva en situaciones de crisis:



Un módulo de educación a distancia



Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: *Un módulo de educación a distancia*

La *Women's Commission for Refugee Women and Children* (la *Women's Commission*) se dedica a mejorar la vida de mujeres, niños y adolescentes refugiados y desplazados internamente y a defender sus derechos.

- ✦ Abogamos por que esas poblaciones sean incluidas en los programas de asistencia y protección humanitaria y que puedan participar de ellas.
- ✦ Aportamos pericia técnica y asesoramiento sobre políticas a los donantes y las organizaciones que trabajan con refugiados y desplazados.
- ✦ Asesoramos a quienes formulan políticas sobre la base de investigaciones rigurosas e información recolectada en misiones organizadas para obtener datos fácticos.
- ✦ Nos unimos a las mujeres, niños y adolescentes para asegurarnos de que sus voces sean oídas desde la comunidad hasta los más altos consejos gubernamentales y organizaciones internacionales.
- ✦ Hacemos esto convencidos de que su empoderamiento es la vía más segura para alcanzar un mayor bienestar entre las poblaciones que se ven forzadas a desplazarse.

La *Women's Commission* fue creada en 1989 para abordar las necesidades particulares de las mujeres y niños refugiados y desplazados. En términos legales, la comisión forma parte del Comité Internacional de Rescate (IRC, por su sigla en inglés), una organización sin fines de lucro (sujeta a las disposiciones del artículo 501(c)(3) del código tributario de EE.UU.), pero no recibe ningún apoyo financiero directo de dicho organismo.

Este módulo de educación a distancia sobre el PSIM fue desarrollado en gran medida por Julia Matthews, antigua integrante de la *Women's Commission para las Mujeres y Niños Refugiados*. Por su parte, Sandra Krause, Sarah Chynoweth y Diana Quick colaboraron con la supervisión editorial y del proyecto. El módulo se basa principalmente en el manual *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*, OMS/ACNUR/UNFPA, 1995. Estamos muy agradecidos al equipo PSIM del Grupo de Trabajo Interorganismos sobre la Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados, por ofrecernos sus opiniones y en particular, a los siguientes trabajadores de los servicios humanitarios por sus comentarios y labor de edición: Ribka Amsalu, Cholpon Asambaeva, Meriwether Beatty, Stephanie Chaban, Carmen Crow, Pamela Delargy, Wilma Doedens, Sathyanarayanan Doraiswamy, Michelle Hynes, Pholaphat Charles Inboriboon, Maqsooda Kasi, Rob Kevlihan, Renee King, Rashmi Kukreja, Heidi Lehmann, Florame Magalong, Fatou Mbow, Siobhan McNally, Jennifer Miquel, Gabrielle Oestreicher, Sinead O'Reilly, Susan Purdin, Dorcas Robinson, Marian Schilperoord, Melissa Sharer, Basia Tomczyk y Elena Vuolo.

La realización de este módulo fue posible gracias a la colaboración generosa de la Bill & Melinda Gates Foundation.

Índice

ACERCA DEL MÓDULO DE EDUCACIÓN A DISTANCIA SOBRE EL PSIM	2
INTRODUCCIÓN	4
Capítulo 1: ¿Qué es el PSIM?	5
Capítulo 2: Coordinación del PSIM	9
Capítulo 3: Prevención y manejo de las consecuencias de la violencia sexual	19
Capítulo 4: Reducción de la transmisión del VIH	28
Capítulo 5: Prevención de niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal	38
Capítulo 6: Planificación de la prestación de servicios integrales de salud reproductiva	48
Capítulo 7: Pedido de botiquines de salud reproductiva	55
PREGUNTAS FRECUENTES	64
ESCENARIOS PARA IMPLEMENTAR EL PSIM	66
EVALUACIÓN FINAL DEL MÓDULO SOBRE EL PSIM	68
REFERENCIAS Y RECURSOS	71
Apéndice A: Monitoreo y evaluación	74
Apéndice B: Ejemplo de propuesta de proyecto	76
Apéndice C: Ejemplo de propuesta de financiación para presentar ante un procedimiento de llamamientos unificados (CAP)	79
Apéndice D: Ficha de datos y lista de control para el PSIM	81

Lista de acrónimos

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	ONU	Organización de las Naciones Unidas
BPRM	Bureau de Población, Refugiados y Migración de EE.UU.	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ECHO	Servicio de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea	PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (para la salud reproductiva)
ITS	Infección de transmisión sexual	RHRC	Reproductive Health Response in Conflict (Consortium)
IAWG	Grupo de Trabajo Interorganismos (sobre la Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados)	SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
OCAH	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas	TBN	Tasa bruta de natalidad
OFDA	Oficina de Asistencia para Casos de Desastre en el Extranjero de EE.UU.	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ONG	Organización no gubernamental	VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

Acerca del módulo de educación a distancia sobre el PSIM

El PSIM para la salud reproductiva consiste en un grupo de actividades prioritarias y coordinadas diseñadas para prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual; reducir la transmisión del VIH; prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal; y planificar servicios integrales de salud reproductiva en los días y semanas iniciales de una emergencia. El módulo de educación a distancia sobre el PSIM tiene como objetivo aportar mayores conocimientos sobre estos servicios prioritarios de salud reproductiva a los agentes de los servicios humanitarios para su aplicación en la etapa inicial de una crisis.

El PSIM se articuló por primera vez en 1996 en la versión para prueba en campo del *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*¹, un manual elaborado por el Grupo de Trabajo Interorganismos sobre la Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados. Este grupo de trabajo institucional está formado por unos 40 organismos de las Naciones Unidas (ONU) y organizaciones de investigación académica, gubernamentales y no gubernamentales (ONG) que se asociaron en 1995 para abordar la problemática de la salud reproductiva entre poblaciones de refugiados. Salvo que se cite una referencia específica, la información en este módulo sobre el PSIM se basa en dicho manual, el cual proporciona directrices específicas sobre cómo encarar las necesidades de salud reproductiva en las poblaciones de desplazados desde la etapa inicial de una emergencia hasta las etapas de reconstrucción y desarrollo. El PSIM delinea la respuesta inicial en términos de salud reproductiva y se explica en detalle en este módulo. **El PSIM constituye también una norma en la versión revisada en 2004 de la Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre del Proyecto Esfera**² para los proveedores de servicios asistenciales humanitarios.

¿Para quiénes se ha diseñado el módulo sobre el PSIM?

El módulo incluye un grupo de actividades multisectoriales que deben implementar los trabajadores de los servicios humanitarios involucrados en los sectores de la salud, diseño y administración de campamentos, servicios comunitarios y de protección, entre otros. El módulo sobre el PSIM es particularmente útil para los miembros de los equipos de respuesta a emergencias y otros trabajadores de los servicios humanitarios que actúan en primer lugar cuando se genera una emergencia. El módulo se concentra en las poblaciones de desplazados por una crisis, como un conflicto armado y catástrofes naturales. Si bien el módulo sobre el PSIM es sumamente relevante para aquellos que trabajan en entornos de emergencia, también puede ser utilizado como una norma mínima para las situaciones que se generan después de una crisis a fin de asegurar que se implementen actividades prioritarias de salud reproductiva.

¿Cuánto me llevará hacer el módulo sobre el PSIM?

Entre tres y cuatro horas aproximadamente.

¿Cómo uso el módulo sobre el PSIM?

Este material está diseñado como un módulo de auto-aprendizaje. Se sugiere leerlo en orden y luego utilizarlo como referencia. Recomendamos leer cada capítulo, completar los cuestionarios de evaluación al final de cada uno y por último, hacer la evaluación final. Asimismo, existe una versión en Internet que es interactiva e incluye los cuestionarios, además de enlaces a otras fuentes documentales en línea. Esa versión electrónica se puede descargar o imprimir para su consulta cuando no se está conectado a la red.

¹ www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/full_text.pdf

² www.sphereproject.org

OBJETIVO

DEL MÓDULO SOBRE EL PSIM:

- definir y comprender cada componente del PSIM;
- entender la importancia de implementar el PSIM en entornos de emergencia;
- comprender el papel y las funciones del coordinador/punto focal de salud reproductiva;
- poder solicitar insumos para el PSIM a nivel internacional u obtenerlos localmente;
- tener conocimiento de las acciones más importantes en los días y semanas inmediatamente posteriores al comienzo de una nueva emergencia con el fin de prevenir la violencia sexual y responder en los casos que ésta se produzca;
- tener conocimiento de las intervenciones prioritarias al reducir la transmisión del VIH en la primera fase de una crisis;
- comprender las mejores formas de reducir la muerte materna y neonatal y la discapacidad al comienzo de una emergencia;
- poder planear una programación integral de salud reproductiva una vez que se estabilizó la crisis.

¿En qué formato e idiomas está disponible el módulo sobre el PSIM?

El módulo está disponible en línea en el sitio web de la Women's Commission www.womenscommission.org y en el sitio del Reproductive Health Response in Conflict (RHRC) Consortium www.rhrc.org. Además, se pueden obtener copias impresas solicitándolas por correo electrónico a info@womenscommission.org. En la actualidad el módulo también está disponible en inglés, francés, árabe, bahasa indonesia y ruso.

¿Se han implementado vías para hacer sugerencias sobre cómo mejorar este módulo o para hacer consultas sobre él?

Sí. Puede enviar un correo electrónico a info@womenscommission.org.

¿Se puede obtener una certificación que acredite haber finalizado el módulo PSIM?

Sí. En caso de que en la evaluación final tenga correctas al menos 11 de las 14 preguntas, recibirá automáticamente un certificado de finalización que puede imprimir usted mismo. Asimismo, este certificado acredita la obtención de créditos equivalentes a 3,5 horas de educación continua para los enfermeros en los EE.UU.

Introducción

El Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva es un conjunto de actividades prioritarias que deben implementarse durante los primeros estadios de una emergencia (conflicto o catástrofe natural). Cuando estas actividades se implementan en los primeros días de una emergencia, el PSIM salva vidas y previene enfermedades, especialmente entre mujeres y niñas. Si se descuida la salud reproductiva en situaciones de emergencia, se generan serias consecuencias como muerte materna e infantil prevenibles, violencia sexual y los subsiguientes embarazos no deseados y abortos riesgosos; y diseminación del VIH.

El PSIM es una norma para los participantes de los servicios humanitarios que indica qué componentes de la salud reproductiva son más importantes para prevenir la muerte y discapacidad, particularmente entre mujeres y niñas, en entornos de emergencia. Si bien toda la población debería tener acceso a servicios integrales de salud reproductiva una vez que la situación se estabiliza, en los primeros días de una crisis resulta fundamental reducir la transmisión del VIH, prevenir la violencia sexual, ofrecer asistencia a las víctimas de violencia sexual, asegurar que los partos sean asépticos y proveer acceso a atención obstétrica de urgencia dado que estas acciones salvarán vidas y prevendrán enfermedades.

Sin embargo, de acuerdo con las evaluaciones llevadas a cabo por la Women's Commission en 2004 y 2005 muchos de los agentes de los servicios humanitarios no tenían conocimiento de los servicios prioritarios de salud reproductiva comprendidos en el PSIM, los cuales deberían implementarse en toda situación de emergencia. En 2004 se realizó una evaluación del PSIM en torno a refugiados sudaneses en Chad y se concluyó que la mayoría de los agentes de los servicios humanitarios no estaban familiarizados con este protocolo y por ende, no conocían su objetivo global, sus objetivos clave ni sus actividades prioritarias. No se había nombrado un coordinador general de salud reproductiva y solamente un organismo había identificado un punto focal de salud reproductiva.³ En 2005, la evaluación del PSIM que llevó a cabo la Women's Commission durante la crisis desarrollada por el tsunami en Indonesia demostró que mientras la mitad de los trabajadores de los servicios humanitarios entrevistados sabían de la existencia del PSIM, solamente uno de 25 podía definir sus objetivos y actividades prioritarios.⁴

El PSIM también establece la base para los servicios integrales de salud reproductiva que se prestarán a medida que la situación se estabiliza y después de que se implementaron todos sus componentes. Sin embargo, se ha observado en las evaluaciones realizadas en la etapa de post crisis que el PSIM no resulta ser una prioridad en los entornos de los servicios humanitarios, aun cuando la situación alcanza una fase de cierta estabilidad. Por ejemplo, en 2003 se realizó una evaluación de los servicios de atención de la salud reproductiva entre los refugiados afganos en Pakistán y se observó que solamente seis de dieciocho campamentos de refugiados relevados tenían un punto focal de salud reproductiva.⁵ Si bien las mujeres y niñas representan un 55% de los 2 millones de personas desplazadas en Colombia, no existía ningún punto focal de salud reproductiva y los organismos involucrados no tenían planeado implementar el PSIM.⁶ Sobre la base de estas conclusiones, la Women's Commission desarrolló el *PSIM para la salud reproductiva en situaciones de crisis: Un módulo de educación a distancia* para concientizar a los agentes involucrados sobre la importancia de la salud reproductiva en las situaciones de crisis y orientar en cuanto a cómo abordar esta temática.

³ Women's Commission for Refugee Women and Children y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Lifesaving Reproductive Health Care: Ignored and Neglected, Assessment of the Minimum Initial Service Package (MISP) of Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad*, agosto de 2004.

⁴ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Reproductive Health Priorities in an Emergency: Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami affected Areas in Indonesia*, febrero/marzo de 2005.

⁵ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Still in Need: Reproductive Health Care for Afghan Refugees in Pakistan*, octubre de 2003.

⁶ Marie Stopes International y la Women's Commission en nombre del RHRC Consortium, *Desplazados y Desesperados: Evaluación sobre la Salud Reproductiva en la Población Desplazada en Colombia*, febrero de 2003.

Capítulo I

Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva

¿QUÉ ES EL PSIM?

El Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva es un grupo de actividades prioritarias y coordinadas diseñadas para prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual; prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal; reducir la transmisión del VIH; y planificar servicios integrales de salud reproductiva en los días y semanas iniciales de una emergencia. Ver “Acerca del módulo de educación a distancia sobre el PSIM” en la pág. 2 para obtener más información.

La implementación de estas actividades al inicio de una emergencia debe estar a cargo de personal idóneo, y no resulta necesario que se realice evaluación de necesidades dado que existe suficiente evidencia documentada para justificar su uso. Este paquete constituye una norma en la revisión 2004 de la *Carta humanitaria y normas mínimas en casos de desastre del Proyecto Esfera*.⁷ Los componentes del PSIM conforman un requisito mínimo y se espera que se presten servicios integrales de salud reproductiva tan pronto como la situación lo permita. Para implementar el PSIM se debe contar con equipamiento e insumos esenciales que están disponibles en botiquines pre-empaquetados para situaciones de emergencia.

⁷ www.sphereproject.org

OBJETIVO

El objetivo del PSIM es reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad entre las poblaciones afectadas por situaciones de crisis, particularmente mujeres y niñas. Estas personas pueden ser refugiados, desplazados internos o bien poblaciones que reciben a refugiados o personas internamente desplazadas.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

1. Identificar la o las organizaciones y el o los individuos para hacerse cargo de la **coordinación e implementación** del PSIM:
 - asegurando que se nombre un coordinador de salud reproductiva general que rinda cuentas al equipo de coordinación de salud;
 - asegurando que se establezcan puntos focales de salud reproductiva en los campamentos y que haya organismos encargados de la implementación;
 - poniendo a disposición el material necesario para implementar el PSIM y garantizar su uso.
2. **Prevenir la violencia sexual** y proporcionar la asistencia adecuada a las víctimas:
 - garantizando que se establezcan sistemas para proteger contra la violencia sexual a las poblaciones de desplazados, especialmente las mujeres y niñas;
 - garantizando que las víctimas de violencia sexual tengan acceso a servicios médicos, incluyendo apoyo psicosocial.
3. **Reducir la transmisión del VIH:**
 - haciendo cumplir las precauciones universales;
 - garantizando que se puedan obtener preservativos en forma gratuita;
 - garantizando que la sangre para transfusiones sea segura.
4. **Prevenir niveles altos de mortalidad y morbilidad materna y neonatal:**
 - proporcionando botiquines para partos asépticos a todas las mujeres que están con un embarazo avanzado y a las asistentes de parto para promover partos asépticos en los hogares;
 - proporcionando botiquines de parto para parteras (de UNICEF o equivalentes) para facilitar partos asépticos y seguros en el establecimiento médico;
 - iniciando la implementación de un sistema de derivación para urgencias obstétricas.
5. Planificar la prestación de **servicios integrales de salud reproductiva**, comprendidos en los servicios primarios de salud, según lo permita la situación imperante:
 - recolectando información básica (ver el Apéndice A referido a monitoreo y evaluación);
 - identificando lugares donde se pueden prestar servicios integrales de salud reproductiva en el futuro;
 - evaluando al personal e identificando protocolos de capacitación;
 - identificando canales de adquisición y evaluando el consumo mensual de medicamentos.

¿Qué suministros se necesitan para implementar el PSIM y dónde se pueden obtener?

El PSIM incluye un conjunto de botiquines pre-empaquetados que incluyen medicamentos y suministros para facilitar la implementación de los servicios prioritarios de salud reproductiva en la fase inicial de una crisis. El UNFPA está a cargo de armar y entregar estos botiquines de salud reproductiva. Dado que en las situaciones de crisis es común que se generen problemas logísticos, los organismos deberían estar preparados e incluir provisiones de salud reproductiva dentro de su contratación general de insumos médicos. Ver el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo pedir provisiones.

¿Por qué el PSIM es una prioridad?

Si bien no se deben desviar los recursos y dejar así de tratar otras cuestiones que constituyen una amenaza seria a la salud, resulta fundamental implementar el PSIM para reducir la mortalidad y morbilidad, especialmente entre mujeres y niñas. Cuando se desata una emergencia, existen muchas prioridades en pugna en materia de salud, como tratar la diarrea, el sarampión, las infecciones respiratorias agudas, la malaria y la desnutrición. Sin embargo, algunos aspectos específicos de la salud reproductiva, como se indica en el PSIM, también deben ser abordados. En lugar de intentar implementar una amplia gama de actividades de salud reproductiva, en una fase de emergencia se puede limitar su alcance al PSIM y garantizar así una atención focalizada en las acciones que resultan ser fundamentales en una crisis con recursos humanos y materiales escasos.

¿Cuáles son las posibles consecuencias que se generarían si el PSIM se ignora en un entorno de emergencia?

Si no se implementa el PSIM, se pone en riesgo la vida de las poblaciones desplazadas, particularmente la de las mujeres y niñas. Por ejemplo, pueden correr el riesgo de ser víctimas de violencia sexual cuando intentan acceder a comida, leña, agua y letrinas. Su refugio puede ser inadecuado para protegerlas de intrusos o pueden ser colocadas en un albergue donde carecen de privacidad. Quienes tienen el poder pueden explotar a mujeres y niñas vulnerables reteniendo el acceso a bienes básicos a cambio de favores sexuales. Si en un ámbito médico no se observan las precauciones universales, se puede transmitir el VIH a los pacientes o trabajadores de la salud. Si no existe un sistema de derivación para transferir a las pacientes que necesitan atención obstétrica de urgencia (por ejemplo, cesárea) a un establecimiento médico que cuente con el equipamiento necesario, tales mujeres corren el riesgo de morir o padecer lesiones de largo plazo (por ejemplo, fístula obstétrica). El PSIM describe en forma general los pasos básicos que deben tomarse para evitar estas consecuencias negativas.

¿Quién es responsable de implementar el PSIM?

Los trabajadores de los servicios de salud son los responsables de garantizar la implementación de las actividades prioritarias del PSIM. Estas actividades no se limitan al personal dedicado a la salud reproductiva ni al sector de la salud en general ya que el PSIM abarca los demás sectores, como la seguridad alimentaria, los servicios sanitarios y de agua y, los refugios.

¿ES ÉSTA LA ETAPA ESTABLE?

A menudo no resulta claro cuándo la etapa de crisis o emergencia terminó y comienza la etapa de estabilidad. La definición de trabajo del término emergencia que propone el Alto Comisionado de las Naciones Unidas es *cualquier situación en que la vida o el bienestar de los refugiados se vean amenazados si no se emprenden acciones inmediatas y adecuadas, y que exige una respuesta extraordinaria y medidas excepcionales*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los EE.UU. definen la etapa de emergencia como el período en que la tasa bruta de mortalidad supera una muerte por 10 000 por día. Esta etapa a menudo se caracteriza por poblaciones de desplazados internos o transfronterizos, el cambio de autoridades a nivel local o nacional, el colapso en la infraestructura (por ej., instituciones médicas y legales), dificultad para acceder a alimentos y el aumento en la tasa de mortalidad. La etapa de post crisis comienza cuando la tasa de mortalidad vuelve al nivel de la población circundante y las necesidades básicas están satisfechas. La confianza en la seguridad aumenta, los servicios médicos se normalizan, se pueden introducir enfoques a largo plazo y se puede comenzar a trabajar para construir y reconstruir la capacidad. La etapa de emergencia puede durar tan solo unos meses, si bien la etapa de post emergencia puede deteriorarse e incluso llegar a un estadio de gravedad si se produce nuevamente una situación de conflicto. Los entornos de emergencia crónica a menudo se caracterizan por una paralización política y algunas áreas pueden mantenerse en una etapa de gravedad mientras otras avanzan hacia una fase de post emergencia.⁸

¿Cómo un organismo puede obtener financiación para respaldar las actividades del PSIM?

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) que responden ante situaciones de crisis humanitarias con propuestas presentadas a donantes como la Oficina de Asistencia para Casos de Desastre en el Extranjero de EE.UU. (OFDA por su sigla en inglés), el Bureau de Población, Refugiados y Migración de EE.UU. (BPRM por su sigla en inglés), el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Servicio de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) o los donantes privados que apoyan actividades de respuesta a emergencias. Las propuestas deben describir las actividades de salud reproductiva prioritarias tal como se delinean en el PSIM, indicando que constituyen los primeros componentes de salud reproductiva que se tratarán para que, después de implementar completamente el PSIM, puedan expandirse en un programa integral de salud reproductiva. También puede ser útil citar en tales propuestas las normas del *Manual del Proyecto Esfera*, en cuya edición de 2004 el PSIM está listado bajo Lucha contra enfermedades no transmisibles (norma 2, salud reproductiva, pág. 343) dentro de la sección relativa a los servicios de salud. Ver el Anexo B en este módulo en el que se incluyen casos de propuestas de financiación con ejemplos de fundamentación y presupuestos para presentar ante gobiernos, las Naciones Unidas y otros donantes.

⁸ OMS, *Outline Strategy for Malaria Control in Complex Emergencies*, 2000.

Capítulo 2

Coordinación *del* PSIM



La coordinación de las actividades del PSIM se hace necesaria en varios niveles, incluso dentro de cada organismo que actúa en las situaciones de respuesta a emergencias, así como en el ámbito local o de un campamento, subregional, nacional e internacional. La coordinación dentro de estos niveles y entre ellos, y entre los diversos sectores tiene por objeto evitar que se dupliquen las iniciativas, asegurar que los grupos humanitarios involucrados puedan compartir información y datos útiles y que se logre el uso eficiente de los escasos recursos de los que se disponen.

Deberá seleccionarse una persona calificada y experimentada para coordinar las actividades referentes a la salud reproductiva al comienzo de la respuesta a una emergencia. El organismo responsable general estará a cargo de la designación de dicho **coordinador de salud reproductiva** (también llamado **punto focal de salud reproductiva o coordinador o punto focal del PSIM**), que a su vez será supervisado por el coordinador general de salud. En condiciones ideales, no sólo debería haber un coordinador general de salud reproductiva para cada entorno de poblaciones desplazadas, sino que cada organismo también debería tener un coordinador de salud reproductiva en su equipo de respuesta o un responsable de salud particularmente seleccionado para hacerse cargo del PSIM. Los profesionales de salud reproductiva para emergencias deberán permanecer en sus cargos al menos seis meses, que es el tiempo que por lo general lleva implementar el PSIM y hacer la transición hasta lograr la prestación de servicios integrales de salud reproductiva.

A continuación se presenta un marco de referencias generales para los coordinadores generales de salud reproductiva. (Ver la Planilla de datos del PSIM, Apéndice D, que incluye un resumen claro y sencillo y una lista de control para ayudar al coordinador de salud reproductiva.)

OBJETIVO

IDENTIFICAR LA O LAS ORGANIZACIONES Y EL O LOS INDIVIDUOS PARA HACERSE CARGO DE LA COORDINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM.

El coordinador de salud reproductiva debe:

- ser el punto focal para los servicios de salud reproductiva y brindar asesoramiento y asistencia técnica en lo referido a salud reproductiva para las comunidades desplazadas y todas las organizaciones que se encuentren trabajando en el área de la salud y en otros sectores según sea necesario;
- ser el nexo con las autoridades nacionales y regionales en lo relacionado a la planificación e implementación de actividades referidas a la salud reproductiva para los campamentos, asentamientos y entre la población de las áreas circundantes;
- ser el nexo con los otros sectores (protección, servicios comunitarios, administración del campamento, educación, etc.) a fin de garantizar un enfoque multisectorial para el tratamiento de la salud reproductiva;
- asegurar que la salud reproductiva sea un punto infaltable en el orden del día de cualquier reunión relacionada con la coordinación de la salud;
- crear o adaptar e incorporar políticas nacionales y otras políticas estándar que apoyen el PSIM y garantizar que estén integradas con la atención primaria de la salud, por ejemplo, las políticas relacionadas con la atención obstétrica de urgencia o la violencia por razones de género;
- iniciar y coordinar reuniones orientativas dirigidas a los diferentes públicos sobre el PSIM (por ejemplo, para trabajadores de la salud, funcionarios de servicios comunitarios, la población beneficiaria, el personal de seguridad, etc.);
- incorporar protocolos normalizados para áreas determinadas (por ejemplo, un protocolo para dar una respuesta médica a las víctimas de violencia sexual y la derivación de urgencias obstétricas y, en la planificación de servicios integrales de salud reproductiva, un protocolo para el manejo sindrómico de las ITS y planificación familiar);
- adaptar e incorporar formularios simples para el monitoreo de las actividades de salud reproductiva durante la etapa de emergencia, lo que puede llegar a transformarse en algo más abarcativo una vez que el programa se haya expandido (ver el Apéndice A de este módulo referente al monitoreo y la evaluación);
- emplear indicadores normalizados para monitorear los resultados del PSIM;
- recopilar, analizar y distribuir los datos para que puedan ser empleados;
- informar periódicamente al equipo de coordinación de salud.

BUENAS PRÁCTICAS EN LA COORDINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM OBSERVADAS EN *Darfur*⁹

- ✦ En Darfur Occidental, el sub-beneficiario de una subvención, forjó una buena relación con el Ministerio de Salud, lo que se percibió como algo crucial para la implementación de todos los componentes del PSIM.
- ✦ El UNFPA obtuvo el apoyo favorable del Ministerio de Salud de Darfur Meridional para disponer atención obstétrica de urgencia en las áreas periféricas (en campamentos y pueblos).
- ✦ Los diversos organismos llegaron a la conclusión de que trabajar con representantes nacionales también resulta fundamental para promover la sostenibilidad.
- ✦ El UNFPA trabaja con éxito en conjunto con el Consejo Consultivo en materia de Derechos Humanos de Sudán con el objeto de capacitar a jueces, doctores, abogados, policías y las demás partes en relación con el Formulario 8 (que anteriormente resultaba obligatorio para las mujeres que habían sido víctimas de violencia sexual antes de poder recibir atención médica).

⁹ La Women's Commission sub-otorgó una subvención a organismos internacionales para coordinar la implementación del PSIM en los tres estados de Darfur, Sudán, entre 2005 y 2006. Las buenas prácticas que se incluyen aquí forman parte de las observadas por el equipo de campo de la Women's Commission.

¿Por qué es prioritario contar con un coordinador de salud reproductiva?

Se ha demostrado que si no existe una persona u organismo que desempeñe un papel de liderazgo en las actividades de salud reproductiva en entornos de emergencia, por lo general los aspectos relacionados con la salud reproductiva quedan solapados por los demás aspectos preocupantes que surgen durante una emergencia como el hecho de garantizar que la población pueda tener acceso a un refugio, alimentos y agua suficientes. Un coordinador de salud reproductiva tiene la capacidad de priorizar las necesidades de la salud reproductiva y facilitar la implementación del PSIM.

El diagrama que se presenta en la página siguiente brinda un ejemplo de los diferentes niveles de coordinación que se requieren en los ámbitos de una determinada área o campamento, organismo, y a nivel subregional, nacional e internacional en tres entornos diferentes. Debe tenerse en cuenta que los escenarios presentados son ideales y que en la realidad, las situaciones por lo general no presentan un nivel de organización semejante. No obstante, el objetivo del ejemplo es mostrar el sistema de coordinación en todos los niveles.

Nivel de un emplazamiento

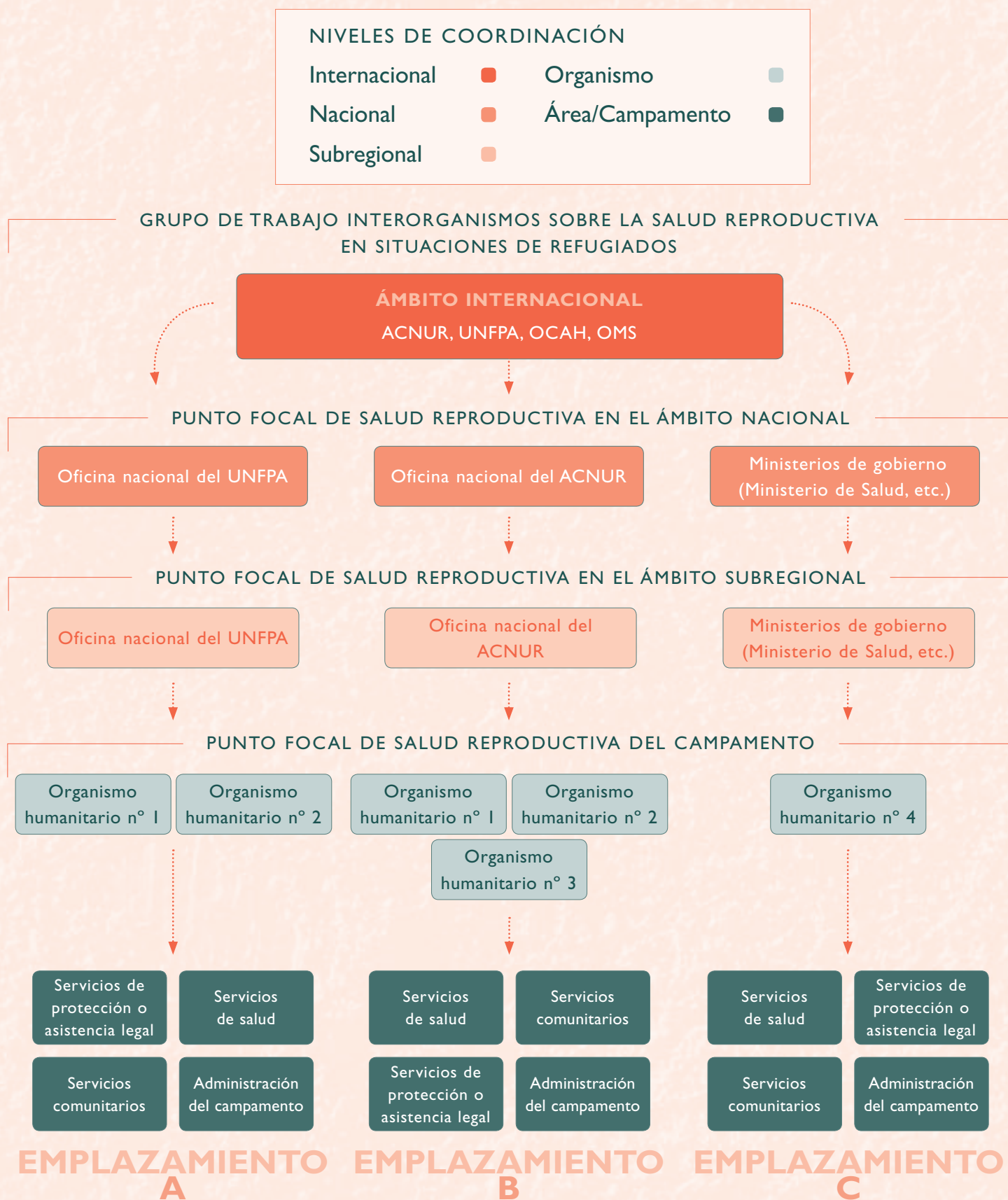
En el ámbito de un determinado emplazamiento, el diagrama muestra diferentes configuraciones que presentan las diversas maneras en las que los organismos humanitarios pueden estar organizados para atender las necesidades de la población desplazada que habita en ese entorno.

El Emplazamiento A cuenta con dos organismos humanitarios que brindan servicios allí, entre los que se incluyen los servicios de salud, de protección o asistencia legal, los servicios comunitarios y la administración del emplazamiento. (En este ejemplo, los servicios se han dividido en las cuatro áreas principales mencionadas pero pueden variar en función del entorno.) El Emplazamiento B cuenta con tres organismos que brindan los mismos servicios, mientras que en el Emplazamiento C todos los servicios están a cargo de un solo organismo.

A continuación se enumeran algunos ejemplos de cómo pueden transcurrir las actividades de coordinación:

- ✦ Emplazamiento A: El organismo n° 1, que administra el sector de protección y asistencia legal, recibe un informe de un incidente de violación y deriva de inmediato a la víctima al servicio de atención médica, que brinda el organismo n° 2. Gracias al abordaje que se le ha dado a este caso y la articulación que existe entre los dos organismos, la víctima tiene la posibilidad de acceder a la atención clínica y también de buscar asistencia legal si lo desea.
- ✦ Emplazamiento B: El organismo n° 2, responsable de los servicios comunitarios, colabora con el organismo n° 1, es decir, el proveedor de servicios de salud, para procurar la obtención de preservativos. El responsable de los servicios comunitarios coloca los preservativos en los lugares adecuados como en las oficinas y en espacios de reunión comunitaria y los distribuye al personal que tiene a cargo para asegurarse de que los preservativos se reciban en forma gratuita y estén a la vista para las poblaciones desplazadas, al igual que para el personal del organismo. El responsable de los servicios comunitarios también solicita al organismo n° 3, el responsable del emplazamiento, que coloque los preservativos en otros lugares apropiados donde se reúnen el personal y los individuos desplazados. La coordinación en este entorno puede resultar algo más difícil debido a la cantidad de organismos que intervienen en la prestación de servicios a las poblaciones desplazadas en este emplazamiento.
- ✦ Emplazamiento C: Si bien el organismo n° 4 es el único prestador de servicios en el campamento, y, por ende, no se presenta la dificultad de la coordinación con otros organismos, debe conocer las buenas prácticas y desarrollos que se han implementado en los otros emplazamientos. Por ejemplo, los organismos que trabajan en las Áreas A y B han llevado a cabo recientemente una evaluación de las instalaciones de los dos hospitales de derivación locales. Gracias a la evaluación, detectaron que uno de los establecimientos poseía un nivel de deterioro tan elevado como consecuencia del conflicto local que decidieron abandonarlo y concentrarse en equipar totalmente y contratar el personal necesario en el otro establecimiento que además se encontraba más próximo a las áreas de trabajo. Este es un dato importante del que debe estar al tanto el organismo n° 4 de manera que pueda derivar a los pacientes al establecimiento de salud más apropiado.

Ejemplo de niveles de coordinación para el PSIM



A pesar de las diferentes configuraciones de los ejemplos anteriores, cada organismo es responsable por la coordinación de las actividades del PSIM.

Ámbito subregional:

Es de vital importancia que todos los organismos que trabajen en la respuesta a emergencias participen en las actividades de coordinación que tienen lugar entre las distintas áreas, ya sea en reuniones una o dos veces por semana o mensuales. En este contexto, el coordinador de salud reproductiva debe trabajar con el ministerio de salud del gobierno local, cuando sea posible, con el objeto de brindar asistencia técnica en lo referido a salud reproductiva a estos organismos, garantizar que exista coordinación entre los diferentes sectores para asegurar la implementación multisectorial de las actividades del PSIM y ofrecer reuniones específicas de orientación sobre el PSIM para el personal de los organismos, como ser trabajadores de la salud, funcionarios de servicios comunitarios, funcionarios de seguridad, las personas desplazadas, etc. Asimismo, el coordinador de salud reproductiva puede garantizar el empleo de protocolos normalizados por parte de los organismos a fin de que se facilite la implementación del PSIM.

Ejemplo:

El coordinador de salud reproductiva puede asegurar que cada organismo esté empleando el protocolo de *Clinical Management of Rape Survivors*¹⁰ de la OMS/ACNUR u otros protocolos normalizados para la atención médica de víctimas de violaciones (por ejemplo, el protocolo de Médicos sin Fronteras o del ministerio de salud correspondiente) y que el personal reciba capacitación en relación con tal protocolo. Por otra parte, deberán adaptarse los formularios de evaluación de salud de cada emplazamiento de manera que puedan registrar la cantidad de víctimas de violencia sexual tratadas y de muertes maternas y neonatales. Asimismo, el coordinador de salud reproductiva también puede incorporar formularios sencillos para el monitoreo de las actividades de PSIM (o bien adaptar algunos que ya sean conocidos por el personal de los organismos). Estos formularios pueden incluir mayor información una vez que la situación pase a una etapa estable y se establezcan servicios integrales de salud reproductiva. Si bien las muertes maternas y neonatales son bastante infrecuentes, es probable que la mortalidad en este sector no sea tratada a menos que dichas muertes queden registradas. Por otra parte, el coordinador de salud reproductiva es responsable de reunir información de cada entorno del emplazamiento y compilarla en un informe que puede ser presentado en el ámbito nacional ante la ONU y los organismos del gobierno.

Ámbito nacional:

Tal como se muestra en el diagrama, también deberá designarse un coordinador de salud reproductiva en el ámbito nacional que pueda reunir información de todas las subregiones. Dicho coordinador tendrá un panorama completo de los aspectos de salud reproductiva relacionados con la población desplazada presente en el país.

Ejemplo:

En respuesta a la crisis originada tras el tsunami, el UNFPA dispuso coordinadores de salud reproductiva en Indonesia y Sri Lanka. Los coordinadores de salud reproductiva organizaron reuniones de coordinación en cada país al comienzo de la crisis, lo que alentó a más organismos que los interesados en un principio en la salud reproductiva a que participaran y compartieran información sobre las actividades de prestación de servicios de salud reproductiva. Esta coordinación también ofreció un punto de partida para poder monitorear las necesidades de insumos de los organismos así como también para facilitar la recolección de datos.

Ámbito internacional:

En el ámbito internacional, el Grupo de Trabajo Interorganismos (IAWG) tiene como función organizar la colaboración entre la ONU y los organismos de gobierno, los donantes y las ONG. El grupo ofrece un foro en el cual los miembros locales e internacionales comparten actividades y recursos, crean iniciativas de colaboración y analizan las cuestiones que deben abordarse en el campo respectivo. Para conocer más detalles sobre cómo formar parte del IAWG, comuníquese por correo electrónico a info@rhrc.org.

¹⁰ http://www.rhrc.org/pdf/Clinical_Management_2005_rev.pdf

Ejemplo:

Entre 2002 y 2004, el IAWG llevó a cabo una evaluación a nivel mundial denominada *Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons*¹¹ que reveló la evolución que hubo en el campo de la salud reproductiva en la última década. Esto originó la formación de seis grupos de trabajo para abordar los temas más apremiantes, entre los cuales se encontraba la falta de una correcta implementación del PSIM. Desde la formación de los grupos de trabajo en diciembre de 2004, el grupo de trabajo del PSIM se ha reunido vía teleconferencia a fin de poder compartir las conclusiones a las que se arribó a partir de las respuestas a las crisis del tsunami en Indonesia, Sri Lanka, las islas Maldivas y otras regiones afectadas. De esta manera se pudieron informar las actividades de respuesta, lo que contribuyó a formar una respuesta más coordinada y eficaz para las zonas afectadas por el tsunami. Este es un ejemplo de cómo las medidas que se toman a nivel mundial pueden contribuir a las actividades en campo.

CASO REAL: LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN Tailandia

De fines de septiembre a mediados de noviembre de 1997, hubo un éxodo continuo de refugiados camboyanos hacia Tailandia. El *American Refugee Committee* (ARC) fue la única ONG presente que ofreció asistencia de emergencia y servicios primarios de salud, entre ellos servicios de salud reproductiva, a unos 40 000 refugiados de dos campamentos. Ésta fue una de las pocas veces desde que el RHRC comenzó a operar en la que se desplegó el PSIM en el punto máximo de una afluencia de refugiados. Tanto el ARC, de sus propias reservas, como la comunidad de refugiados proveyeron insumos médicos esterilizados. El ARC suministró guantes y preservativos y organizó reuniones de capacitación sobre precauciones universales¹² para prevenir el VIH/SIDA para los trabajadores de la salud en ambos campamentos. Las refugiadas con urgencias obstétricas pudieron acceder a un sistema de derivación ubicado en un campamento con transporte a un hospital provincial y que tenía una amplia gama de servicios de obstetricia para los refugiados. Si bien las parteras del campamento negaban estar al tanto de incidentes de violencia por razones de género durante los desplazamientos o en los campamentos, el ARC les ofreció capacitación sobre anticonceptivos de emergencia en situaciones post coito y sobre cómo identificar y tratar a las mujeres víctimas de violencia sexual. “Los primeros días, los refugiados estaban en shock. Sus prioridades eran conseguir un refugio, alimentos y agua”, comentó el consultor internacional de salud del ARC que coordinó el PSIM en la frontera entre Tailandia y Camboya. “Pero días después, se acercaban cada vez más trabajadores de la salud para ayudar en la comunidad y en las clínicas. Estaban motivados y querían aprender”. En casos similares, podría garantizarse una respuesta rápida si las oficinas de campo de los organismos internacionales, como UNICEF, ACNUR y UNFPA, tuvieran una reserva de insumos de PSIM o supieran cómo obtenerlos inmediatamente. Según el consultor de la ARC “Tuvimos suerte en Tailandia porque los insumos médicos pueden comprarse en la mayoría de las grandes ciudades y así reunir los materiales esenciales y los botiquines básicos, y así lo hicimos. Pero las organizaciones de la ONU deberían almacenar reservas de insumos de emergencia a nivel regional, ya que se necesitan desde el primer día”. Es fundamental para el éxito del PSIM que exista una persona responsable (focal), con experiencia en emergencias para poder supervisar el programa. “Se necesita a alguien que pueda establecer el PSIM en un entorno donde existe el potencial de una epidemia de cólera o sarampión,” comentó el consultor internacional de salud, “alguien que pueda adaptar el PSIM a la situación existente, sin comprometer la respuesta a otras necesidades de emergencia; alguien que vea qué se puede hacer y lo haga”.¹³

¹¹ www.rhrc.org/resources/iawg

¹² Las precauciones universales consisten en sencillas medidas de control de infecciones que disminuyen el riesgo de transmisión de patógenos de la sangre por exposición de la sangre o los fluidos corporales entre los pacientes y los trabajadores de la salud. Ver el Capítulo 4 para obtener mayor información.

¹³ Consorcio RHRC, *Refugees and Reproductive Health Care: The Next Step*, 1998.

Elementos para el monitoreo de la coordinación del PSIM

La función del coordinador de salud reproductiva es monitorear y evaluar las actividades del PSIM. Para ello, debe reunir o estimar datos demográficos y de salud básicos de la población afectada. (Ver el Capítulo 9 del manual *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*).¹⁴

- ✦ Población total
- ✦ Cantidad de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49, es decir aproximadamente un 25 % de la población)
- ✦ Cantidad de hombres sexualmente activos (estimado en un 20% de la población)
- ✦ Tasa bruta de natalidad (estimada en 4% de la población)
- ✦ Tasa de mortalidad por edad (incluyendo muertes de neonatos entre 0 y 28 días)
- ✦ Tasa de mortalidad según el sexo

A fin de monitorear y evaluar la implementación del PSIM, se deberán recopilar como mínimo los siguientes datos en forma mensual (ver el Apéndice A referido a monitoreo y evaluación):

- ✦ Cantidad de preservativos distribuidos
- ✦ Cantidad de paquetes para partos asépticos distribuidos
- ✦ Cantidad de casos de violencia sexual registrados en todos los sectores (es fundamental que exista una forma de registro confidencial y anónimo)
- ✦ Cantidad de establecimientos médicos que cuentan con los insumos adecuados para cumplir con las precauciones universales

Indicadores útiles para monitorear la coordinación general

- ✦ Un coordinador general de salud reproductiva nombrado y en ejercicio de sus funciones que responde al equipo de coordinación de salud
- ✦ Establecimiento de puntos focales de salud reproductiva en los campamentos y organismos a cargo de la implementación
- ✦ Material disponible y en uso para la implementación del PSIM

¿Cuáles son los insumos necesarios para coordinar la implementación del PSIM?¹⁵

Código	Nombre	Color
Botiquín 0:	Botiquín de administración	Naranja

¹⁴ www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/full_text.pdf

¹⁵ El *Reference and Training Package* consiste en un conjunto de fuentes documentales que se incluye con cada pedido de botiquín. Para conocer la lista de materiales que contiene dicho paquete, remitirse al Capítulo 7. El manual *RH Kits for Crisis Situations* o Manual de Botiquines de Salud Reproductiva para Situaciones de Crisis se encuentra disponible en www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf.

Desafíos y soluciones

1. En ciertos casos el hecho de que los agentes humanitarios no comprendan y/o no prioricen la salud reproductiva puede dificultar las tareas de coordinación. ¿Cómo puede contrarrestarse dicha apatía y rechazo por los temas relacionados con la salud reproductiva?

En el corto plazo, podría señalarse que el PSIM es una norma del Proyecto Esfera y por ende, constituye un modelo básico y universal de reconocimiento internacional para dar respuesta en situaciones de catástrofes que todo organismo humanitario está obligado a adoptar y podría enfatizarse el hecho de que constituye un tipo de intervención que salva vidas. Desde una perspectiva de largo plazo, se debería alentar a los organismos—sobre la base de dicha norma del Proyecto Esfera—a que prioricen la salud reproductiva en la planificación de la atención de emergencias. Asimismo, se podría alentar al personal para que estudie este módulo sobre el PSIM, y lo emplee para educar y abogar por la importancia de su implementación ante el personal de los organismos y otros actores relevantes.

2. Puede suceder que organismos como el UNFPA u otros organismos especializados no estén en pleno funcionamiento en el campo cuando se suscite una emergencia. La seguridad puede ser escasa y la capacidad del personal puede resultar insuficiente. En un entorno de estas características, la realidad de intentar implementar de manera adecuada todos los elementos del PSIM puede resultar un desafío importante. ¿De qué manera pueden abordar este problema las personas, los grupos pequeños o los organismos?

Si un determinado organismo asume la responsabilidad de trabajar en el ámbito de la salud, debería procurar incluir el PSIM como parte de la respuesta. Éste u otro organismo podría proponer organizar reuniones periódicas para coordinar la implementación del PSIM. Ponerse en contacto con el UNFPA de Ginebra o Nueva York también podría contribuir a identificar dónde puede obtenerse apoyo dentro del país.

Los próximos tres capítulos se concentran en los aspectos técnicos del PSIM, entre los que se incluyen las formas de prevenir y responder a la violencia sexual, disminuir la transmisión del VIH y prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal.

Evaluación del capítulo

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta. (Respuestas: pág. 87)

1 Los objetivos del PSIM comprenden:

- a. Prevenir la violencia sexual y asistir a las víctimas de tales agresiones
- b. Disminuir la cantidad de embarazos no deseados
- c. Disminuir la transmisión del VIH
- d. Prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna

2 El PSIM incluye abordar la cuestión de _____.

- a. La planificación familiar
- b. La desnutrición
- c. La asistencia obstétrica de urgencia
- d. La asistencia prenatal

3 Los trabajadores de los servicios de salud reproductiva son únicamente responsables de garantizar que se implementen las actividades prioritarias del PSIM.

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

4 El coordinador de salud reproductiva debería determinar la siguiente información demográfica y de salud:

- a. La cantidad de personas con infecciones de transmisión sexual
- b. La cantidad de personas que viven con VIH/SIDA
- c. La cantidad de hombres sexualmente activos
- d. La cantidad de mujeres embarazadas

5 El coordinador de salud reproductiva deberá:

- a. Ser capaz de solicitar insumos para el PSIM a nivel internacional u obtenerlos localmente
- b. Iniciar y coordinar reuniones de orientación en lo referente al PSIM para los trabajadores de los servicios humanitarios
- c. Adaptar e introducir formas simples para monitorear las actividades de salud reproductiva
- d. Ofrecer capacitación sobre cómo prevenir la transmisión del VIH

Capítulo 3

Prevención y manejo de las consecuencias de la violencia sexual

La violencia sexual ha formado parte, desde siempre, de las situaciones de conflicto y migración forzada y continúa siendo así en la actualidad¹⁶. Por lo tanto, es necesario que todas las partes que actúan en la asistencia en situaciones de emergencia tomen conciencia de la urgencia de esta cuestión e implementen medidas de protección contra la violencia sexual de manera inmediata. Por ejemplo, el adecuado establecimiento de instalaciones como letrinas puede reducir la exposición de las mujeres a tal riesgo. Las mujeres y niñas que han sido víctimas de violencia sexual deben recibir atención médica de inmediato luego del incidente a fin de prevenir mayores traumas, como embarazos no deseados e infecciones con riesgo de vida. Si dichas situaciones no se tratan, la violencia sexual puede acarrear graves consecuencias sociales negativas para las mujeres y niñas así como para sus familias y la comunidad en general. Por ende, resulta además necesario contar con servicios psicológicos que contribuyan a sanar, reforzar y rehabilitar a las mujeres. Asimismo, el personal de protección y de servicios comunitarios también debe intervenir en la provisión de asistencia legal a las víctimas de violencia sexual. Existe un nuevo e importante recurso que define las actividades multisectoriales básicas necesarias para prevenir y poder dar respuesta a las situaciones de violencia sexual en entornos de emergencia denominado *Directrices aplicables a las intervenciones contra la violencia por razón de género en situaciones humanitarias del Comité Permanente entre Organismos*¹⁷. Estas pautas establecen las actividades recomendadas para cada área ante una emergencia, durante la fase crítica de la emergencia y una vez que la crisis inmediata ha sido resuelta, e incluyen también un cuadro de referencia rápida¹⁸.

¹⁶ Ward, J., *If Not Now, When? Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-Conflict Settings. A Global Overview*, RHRC Consortium, 2002.

¹⁷ http://humanitarianinfo.org/iasc/_tools/download.asp?docID=127&type=prod

¹⁸ http://humanitarianinfo.org/iasc/content/documents/subsidi/tf_gender/GBV/Matriz%20-%20Espanol.pdf

OBJETIVO

PREVENIR Y MANEJAR LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

¿Cuáles son las medidas principales que deben tomarse para...:

1) ... reducir el riesgo de violencia sexual?

- ✚ Diseñar y establecer asentamientos para la población desplazada, en consulta con dicha población y con las mujeres en particular, a fin de mejorar la seguridad física.
- ✚ Disponer letrinas, puestos de higiene y de suministro de agua en lugares accesibles y seguros.
- ✚ Proveer trabas para el cierre de las letrinas y las instalaciones de higiene personal.
- ✚ Proveer iluminación adecuada para los caminos que se empleen de noche.
- ✚ Disponer patrullas de seguridad.
- ✚ Suministrar transporte directo a las áreas de recolección de leña o patrullar las rutas de recolección en estrecha colaboración con las mujeres y niñas de poblaciones desplazadas.
- ✚ Garantizar la inclusión de mujeres para trabajar en la distribución de alimentos, el registro y otros servicios.
- ✚ Garantizar la presencia de oficiales de seguridad de sexo femenino.
- ✚ Analizar las cuestiones relacionadas con la violencia sexual durante las reuniones de coordinación de salud.
- ✚ Identificar los individuos o grupos más expuestos a ser víctimas de violencia sexual (por ejemplo, familias a cargo de una mujer, menores solos, etc.) y abordar la cuestión de las necesidades de asistencia y protección que ellos puedan tener en consulta con dichas personas o grupos. Por ejemplo, podría recurrirse a disponer medidas especiales para alojar a mujeres, niñas y niños solos y familias a cargo de una mujer.
- ✚ Garantizar un sistema de información confidencial (de manera que los beneficiarios puedan tener la posibilidad de denunciar comportamientos sospechosos o amenazantes antes de que se produzcan los incidentes de violencia).

2) ...atender de manera adecuada a las víctimas?

- Asegurar una atención médica estándar para las víctimas de violencia sexual, lo que incluye el suministro opcional de anticonceptivos de emergencia, tratamiento preventivo de ITS, profilaxis posterior a la exposición para prevenir la transmisión del VIH, vacunación contra el tétano y la hepatitis B y atención de heridas según corresponda.
- Garantizar privacidad y confidencialidad a las víctimas.
- Garantizar la presencia de agentes de salud o acompañantes del mismo sexo y que hablen el mismo idioma que la víctima, o, si ésta lo desea, de un amigo o miembro de la familia, en cualquier examen médico que se le efectúe.
- Garantizar la integridad física de la víctima inmediatamente después del incidente de violencia sexual¹⁹.
- Procurar que la población desplazada esté informada sobre la disponibilidad y ubicación de los servicios para víctimas de violencia sexual.
- Garantizar la disponibilidad de un adecuado apoyo psicosocial, que se adapte culturalmente al entorno.
- Garantizar la identificación de los lugares donde se han producido los hechos de violencia sexual, así como su respectivo registro y la toma de medidas preventivas adecuadas.

El documento *Clinical Management of Rape Survivors: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*²⁰ constituye una herramienta útil para el tratamiento de mujeres, hombres y niños que han sido víctimas de violación y ofrece una guía para los prestadores de salud en materia de manejo clínico.

¿Qué es la violencia sexual?

La violencia sexual consiste en cualquier hecho de naturaleza sexual no consentido, que puede incluir violación o explotación sexual entre otras cosas. La violencia sexual constituye un subgrupo dentro de la categoría mayor denominada *violencia por razones de género*. La violencia por razones de género es un término general que se emplea para referirse a cualquier tipo de daño que se perpetre contra la voluntad de otra persona y que se produce como consecuencia de las situaciones de desigualdad de poder que surgen en relación con las funciones que cumple cada género. La violencia puede ser física, sexual, psicológica, económica, o bien, sociocultural²¹.

El objetivo del abordaje de la violencia sexual del PSIM es prevenir violaciones, suministrar atención médica a las víctimas de violaciones y asegurar que exista disponibilidad de servicios psicológicos básicos. Una vez que una situación se ha estabilizado y que se han implementado todos los componentes del PSIM, puede prestarse atención a la prevención de un espectro más amplio de temas relacionados con la violencia, incluso la violencia doméstica, los matrimonios de menores de edad y/o forzados, la mutilación o ablación de genitales femeninos, la esterilización o los embarazos forzados, la prostitución forzada o incitada, el tráfico de mujeres, niñas y niños y otras formas de violencia por razones de género.

¹⁹ En los casos en los que la violencia sexual tiene lugar entre individuos que están en contacto permanente, como por ejemplo, entre miembros de la familia, pueden requerirse medidas de protección adicionales.

²⁰ http://www.rhrc.org/pdf/Clinical_Management_2005_rev.pdf

²¹ Ward, J., *If Not Now, When? Addressing Gender-based Violence in Refugee, Internally Displaced, and Post-Conflict Settings. A Global Overview*, RHRC Consortium, 2002.

¿Por qué es prioritario prevenir la violencia sexual?

Si bien la violencia sexual resulta frecuente incluso durante los períodos de paz, la guerra y los conflictos incrementan los incidentes de violaciones y otras formas de violencia sexual. Esta grave realidad se ve reflejada en un creciente número de informes documentados e investigaciones. Quienes resultan más vulnerables al abuso sexual por parte de los combatientes son las mujeres y adolescentes. En varios conflictos, se ha registrado el uso de las violaciones como un arma de guerra eficaz para controlar, degradar y humillar a la comunidad²².

¿Quién es responsable de la prevención y manejo de los incidentes de violencia sexual?

Para prevenir y tratar de manera adecuada la violencia sexual es necesario contar con el abordaje de un equipo multisectorial. Para ello, deberá constituirse una comisión o grupo de trabajo que diseñe, implemente y evalúe la programación del tratamiento que se le dará a la violencia sexual en el nivel del campo. El ámbito de operaciones del grupo de trabajo debe comprender todas las áreas técnicas y geográficas. Los representantes de las comunidades desplazadas, el ACNUR, los socios de la ONU, las ONG y las autoridades del gobierno deben formar parte de este grupo de trabajo. Cada miembro del grupo de trabajo, incluso las mujeres y niñas desplazadas, que representa a los sectores o socios respectivos (como los servicios de protección, salud, educación, servicios comunitarios, seguridad o policía, planificación del emplazamiento, etc.) deberá identificar su función y responsabilidad en el proceso de prevención y atención de las situaciones de violencia sexual.

CASO REAL: LA IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN Pakistán²³

La Women's Commission llevó a cabo durante un año una evaluación del PSIM en Pakistán entre 2002 y 2003 para abogar por mejores servicios de salud reproductiva para los refugiados afganos que habían huido de su país luego de los bombardeos siguientes a los ataques del 11 de septiembre en Estados Unidos. La mayor parte del personal no había recibido actualizaciones en la capacitación y carecía del equipamiento y la supervisión adecuados para adoptar las precauciones universales tendientes a prevenir la propagación del VIH. Se disponía de preservativos en la mayoría de los lugares pero no siempre se entregaban en forma gratuita. La prevención y el manejo de las situaciones de violencia sexual se habían desatendido considerablemente. Se suministraba atención obstétrica de urgencia, pero muchas mujeres no contaban con los medios para acceder a los servicios debido a los altos costos del transporte. La evaluación reveló que si bien se habían tomado algunas medidas aisladas para mejorar la calidad y cantidad de los servicios de atención de salud reproductiva para los refugiados afganos, muchos de los programas se limitaban a prestar los servicios de salud maternoinfantiles tradicionales y la calidad de la atención de la salud reproductiva era un aspecto preocupante.

²² Ver, por ejemplo, Human Rights Watch, *Climate of Fear*, julio de 2003; UNFPA, *Las mujeres sufren los más graves efectos del conflicto en Sudán occidental*, advierte el UNFPA, 6 de mayo de 2004; Human Rights Watch, *The War Within the War: Sexual violence against women and girls in Eastern Congo*, 2002; Hynes, M. et al., *Field test of GBV survey in East Timor and Kosovo: Lessons learned*, 2003; Physicians for Human Rights, *War-Related Sexual Violence in Sierra Leone: A Population-Based Assessment*, 2002; Shan Women's Action Network and Shan Human Rights Foundation, *License to Rape*, 2002; UNDP, *Situation of Gender-based Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: National Report*, 2001; Association of Widows of the Genocide (Avega), *Survey on Violence Against Women in Rwanda*, 1999.

²³ La evaluación completa se encuentra disponible en www.rhrc.org/pdf/pk_rh.pdf

¿Quiénes son los más afectados por la violencia sexual?

La mayor parte de los casos de violencia sexual registrados entre los individuos desplazados, al igual que en casi todos los entornos del mundo, involucran a perpetradores de género masculino que cometen actos de violencia contra mujeres²⁴. Sin embargo, los hombres y varones jóvenes también pueden ser víctimas de violencia sexual, en especial cuando son detenidos o torturados. Mientras que todas las mujeres que se encuentran en situaciones de conflicto son susceptibles de ser víctimas de violencia sexual, las adolescentes resultan aun más vulnerables en virtud de que con frecuencia son los objetivos más buscados para la explotación sexual y las violaciones. Por otra parte, la violencia sexual sistemática, incluso si es perpetrada únicamente contra mujeres y niñas, por lo general afecta y socava a la comunidad entera, incluso a padres, hermanos, esposos e hijos de las víctimas.

¿Quiénes son los perpetradores de la violencia sexual?

Los perpetradores pueden ser individuos también desplazados por situaciones de conflicto o desastre, miembros de otros clanes, pueblos, grupos religiosos o étnicos, personal militar, de las fuerzas rebeldes, trabajadores humanitarios de organismos de la ONU o de las ONG, miembros de la comunidad local o bien, miembros de la familia. La violación puede ser empleada como estrategia de guerra para intimidar y traumatizar a la población, en cuyo caso, los perpetradores son los combatientes de fuerzas enemigas. También existen perpetradores oportunistas de violaciones que actúan impunemente aprovechando el clima de caos que acompaña los conflictos armados.

¿En qué circunstancias se producen las situaciones de violencia sexual?

La violencia sexual puede tener lugar en todas las etapas del desplazamiento: con anterioridad al momento de abandonar la patria, durante el desplazamiento, mientras los individuos se encuentran en el país que los asila y durante la etapa de regreso y de reintegración en la propia patria. Asimismo, la violencia sexual y doméstica con frecuencia se intensifican en los entornos de poblaciones desplazadas en virtud de que las estructuras sociales normales se alteran. Es por ello que deben tomarse medidas de prevención y atención inmediatas y adaptarlas a tales circunstancias de alteración.

BUENAS PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN Y EL MANEJO DE LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL OBSERVADAS EN Darfur²⁵

- ✦ El personal clínico de Darfur Septentrional distribuyó anticonceptivos de emergencia a las parteras del pueblo además de volantes (en idioma árabe), preparados por el coordinador del PSIM, sobre las razones por las que las mujeres y niñas deben asistir a recibir atención tras una violación y los lugares donde hacerlo.
- ✦ El coordinador del PSIM solicitó a los comandantes de la Unión Africana (UA) de Darfur Septentrional que derivaran a todas las víctimas de violaciones a las clínicas locales para su tratamiento. La patrulla de la policía civil de la UA también distribuyó volantes informativos (en idioma árabe) acerca de los beneficios y la disponibilidad de atención a las víctimas de violencia sexual luego de un ataque.
- ✦ En Darfur Septentrional, el coordinador del PSIM llevó a cabo reuniones con los miembros de la policía civil sobre la importancia del manejo clínico de las víctimas de violaciones.
- ✦ En Darfur Occidental, se designó a las parteras como puntos focales de protección contra la violencia sexual, por lo que las mujeres desplazadas internamente podían acudir a ellas en forma confidencial, para que éstas, como puntos focales, a su vez derivaran a las mujeres víctimas a lugares donde recibir asistencia médica. ►

²⁴ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), *Sexual Violence against Refugees: Guidelines on Prevention and Response*, Geneva, 1995.

²⁵ La Women's Commission sub-otorgó una subvención a organismos internacionales la coordinación de la implementación del PSIM en los tres estados de Darfur, Sudán, entre 2005 y 2006. Las buenas prácticas que se incluyen aquí forman parte de las observadas por el equipo de campo de la Women's Commission.

- ✦ En Darfur Septentrional, las asistentes de parto tradicionales divulgaron mensajes sobre la violencia sexual a la comunidad.
- ✦ En Darfur Meridional, los equipos de salud de la mujer organizaron actividades comunitarias para ponerse en contacto con las víctimas de violencia sexual.
- ✦ Algunos organismos implementaron de manera inmediata centros para la mujer en los campamentos a fin de brindar un lugar seguro para las mujeres y niñas y un espacio para que las víctimas de violencia sexual recibieran atención confidencial e integral en un entorno que minimizara el estigma social.

¿Cuáles son algunas de las circunstancias que hacen que las mujeres y niñas estén expuestas a la violencia sexual?

Se ha probado que las mujeres que carecen de documentos personales para poder recibir raciones de alimentos o bien materiales para refugio resultan vulnerables debido a que dependen de los hombres para sobrevivir diariamente, por lo que pueden ser forzadas a prestar favores sexuales a cambio de estos elementos básicos. Por otra parte, se ha demostrado que cuando los hombres (pares desplazados o agentes humanitarios) son los encargados de distribuir alimentos y otros productos básicos, las mujeres también pueden estar sujetas a la explotación sexual, es decir, pueden ser forzadas a prestar favores sexuales a los hombres a fin de obtener lo necesario para sobrevivir.

Es posible que las mujeres y niñas tengan que viajar a puntos remotos de distribución de alimentos, leña para cocinar y agua. Los lugares donde habitan pueden estar ubicados lejos de las letrinas y las instalaciones de higiene personal, y por lo general los lugares donde duermen carecen de trabas de seguridad y protección. Por otra parte, la iluminación puede ser deficiente y es probable que las letrinas para hombres y mujeres, así como las instalaciones de higiene personal, no estén separadas. Todas estas circunstancias hacen que las mujeres sean vulnerables a situaciones de ataques o abuso.

La falta de protección policial y el caos generalizado también contribuyen a un incremento en la violencia sexual. Los oficiales de policía, el personal militar, los trabajadores humanitarios, los administradores de los campamentos y otros funcionarios del gobierno también pueden estar involucrados en instancias de abuso o explotación. Si no existen organizaciones independientes como el ACNUR u otras ONG que garanticen la seguridad personal dentro de los campamentos, es probable que la cantidad de incidentes de violencia se incremente. Resulta de suma importancia que existan oficiales de seguridad de sexo femenino debido a que las mujeres y niñas por lo general se sienten más cómodas a la hora de manifestar sus preocupaciones respecto de la seguridad y denunciar incidentes de violencia con otra mujer.

¿Cuáles son las causas que hacen que con frecuencia no se denuncien los hechos de violencia?

Incluso en entornos donde no existen conflictos, la violencia sexual con frecuencia no se denuncia debido a diferentes factores, entre los que se incluyen el miedo a la represalia, la vergüenza, el estigma, la indefensión, la falta de apoyo, la poca confiabilidad que ofrecen los servicios públicos y la falta de confianza en los servicios de salud, así como la falta de confidencialidad y el desconocimiento de los servicios. Todas estas circunstancias se exacerban en los entornos de poblaciones desplazadas, lo que incrementa las probabilidades de que no se denuncien los incidentes de violencia sexual entre la población. Por ende, el abordaje de la violencia sexual excede el tratamiento clínico que pueda dársele, por lo que debe crearse un ambiente donde las mujeres reciban apoyo y puedan tener acceso a este tipo de asistencia.

CÓDIGO DE CONDUCTA

El *código de conducta*²⁶ contra la explotación y el abuso sexual consiste en una serie de pautas establecidas por un organismo que promueve el respeto por los derechos humanos fundamentales, la justicia social, la dignidad humana y el respeto por la igualdad de los derechos de las mujeres, los hombres y los niños. La implementación adecuada de las actividades del PSIM requiere que cada organismo cuente con un código de conducta, que todos los agentes humanitarios estén comprometidos con la adopción de dichas pautas y hayan sido instruidos sobre su responsabilidad de prevenir el abuso y la explotación sexual. Este tipo de código no se aplica sólo al personal de los organismos internacionales. Los organismos internacionales también deben asegurarse de que el personal contratado de las organizaciones locales o los individuos contratados de la comunidad local o de poblaciones desplazadas sean capacitados en relación con tal código. Todos los agentes humanitarios que hayan sido instruidos en este sentido deben firmar el código de conducta de su organismo respectivo.

BUENA PRÁCTICA

Un organismo lleva adelante una sesión de capacitación sobre su código de conducta para todo su personal y seis semanas después ofrece una breve reunión recordatoria de manera que el personal pueda compartir los ejemplos que haya encontrado en sus respectivos ámbitos de trabajo en relación con los temas analizados durante la orientación. Es muy probable que de esta manera se pueda verificar que el personal haya comprendido dicho código de conducta y pueda colaborar con el organismo para efectuar las modificaciones que sean necesarias según el contexto local.

²⁶ www.medair.org/press/codeconducten.pdf

Elementos para el monitoreo de la violencia sexual dentro del PSIM

- ✦ Sistemas coordinados multisectoriales implementados para prevenir la violencia sexual
- ✦ Servicios de salud y psicológicos confidenciales disponibles y accesibles para tratar los casos de violencia sexual
- ✦ Cantidad de personal capacitado en materia de prevención y atención de situaciones de violencia sexual

Indicadores para el monitoreo de la coordinación de la violencia sexual:

- ✦ Cantidadde incidentes de violencia sexual denunciados en forma anónima ante los servicios de salud y protección y los oficiales de seguridad
- ✦ Cantidadde víctimas de violencia sexual que buscan y reciben atención médica (es fundamental que las denuncias puedan ser anónimas)

*¿Cuáles son los insumos necesarios o qué tipo de botiquín o botiquines interorganismos de salud reproductiva podrían ser útiles para abordar esta situación?*²⁷

Código	Nombre	Color
Botiquín 3:	Botiquín para atención de víctimas de violaciones	Rosa
Botiquín 9:	Botiquín de sutura de desgarros y examen vaginal	Violeta

Desafíos y soluciones

1. Implementar la provisión de servicios psicosociales puede resultar difícil en las primeras etapas de una emergencia.

¿Qué sucede si la capacidad del personal no es suficiente y carece de los conocimientos básicos para prestar estos servicios?

Es probable que el personal local pueda contribuir en la identificación de los individuos locales con mayor capacidad, que carezcan de prejuicios y tengan una actitud de contención, así como una buena capacidad de comunicación para desempeñarse en esta función. Es fundamental que todo el personal que entre en contacto con una víctima respete los deseos de dicha persona y garantice que se preserve la confidencialidad y privacidad de toda la información médica y sobre su estado de salud, lo que incluye la no revelación de estos datos a los miembros de la familia de la víctima. Es importante que el personal pueda comunicarse de manera que se asegure, por un lado, que la información que brinde sea exacta y que refleje una actitud comprensiva y desprejuiciada. Una vez que la situación se ha estabilizado, podrá procederse a implementar programas de capacitación sobre apoyo psicosocial. Para ello, existe un buen recurso que se concentra en las estrategias de trato para trabajar con las víctimas de violencia por razones de género denominado *GBV Communication Skills Manual*²⁸.

2. En determinados entornos no seguros, es posible que algunos organismos que luchan denodadamente contra la violencia por razones de género pongan en riesgo a su propio personal y las actividades del programa. ¿Cómo puede abordarse este problema?

Resulta fundamental poder trabajar buscando adaptarse culturalmente al entorno a la vez que brindar a mujeres y niñas la oportunidad y el espacio para poder expresar las situaciones de violencia que han sufrido. Debido a que la violencia por razones de género puede resultar un tema tabú dentro de una determinada cultura, es necesario entablar relaciones con los principales miembros de la comunidad que son quienes pueden ayudar a legitimar el poder hablar de este tema. De no ser posible, los organismos podrán optar por recurrir a programas que brinden “servicios de salud para la mujer” más generales a fin de evitar la aversión hacia el tema de la violencia por razones de género y postergar la promoción comunitaria de este aspecto durante los primeros días y semanas de la emergencia. En este punto es de vital importancia encontrar la manera de informar a la comunidad sobre los beneficios y la disponibilidad de atención a las víctimas de violencia sexual. Más adelante, una vez que se hayan reforzado las relaciones con la comunidad y se comprendan mejor los aspectos relacionados con la violencia por razones de género en el contexto local, puede procederse a planificar campañas de información, educación y comunicación y de establecer la promoción comunitaria para tratar el tema.

²⁷ El *Reference and Training Package* consiste en un conjunto de fuentes documentales que se incluye con cada pedido de botiquín. Para conocer la lista de materiales que contiene dicho paquete, remitirse al Capítulo 7. El manual *RH Kits for Crisis Situations* se encuentra disponible en www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf.

²⁸ www.rhrc.org/resources/gbv/comm_manual/comm_manual_toc.html

Evaluación del capítulo

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta. (Respuestas: pág. 87)

- I *El coordinador de salud reproductiva debe:*
 - a. Coordinar sistemas multisectoriales para prevenir la violencia sexual
 - b. Garantizar que haya servicios psicosociales y de salud confidenciales para tratar los casos de violencia sexual, y que se pueda acceder a ellos
 - c. Llevar a cabo una campaña de educación a nivel comunitario sobre cómo prevenir la violencia sexual
 - d. Garantizar que se puedan identificar las mujeres y niñas que corren mayor riesgo de ser víctimas del tráfico de mujeres
- 2 *¿Quiénes son los posibles perpetradores de violencia sexual?*
 - a. Personal de las Naciones Unidas
 - b. Miembros de la familia
 - c. Fuerzas rebeldes armadas
 - d. Funcionarios de la policía
- 3 *El código de conducta se aplica a:*
 - a. Empleados de ONG internacionales
 - b. Trabajadores de los servicios humanitarios locales
 - c. Personal de las Naciones Unidas
 - d. Individuos contratados de la comunidad local
- 4 *Las mujeres se encuentran en una situación de riesgo de violencia sexual...*
 - a. Cuando los hombres distribuyen la comida y otros insumos
 - b. En caminos bien iluminados cerca de las letrinas
 - c. Cuando escasea el combustible en el asentamiento o campamento o cerca del mismo
 - d. Cuando la mayoría, pero no todos, los oficiales de los servicios de protección son mujeres
- 5 *¿Cuál de los siguientes servicios **no** está relacionado con el PSIM para las mujeres y niñas que son víctimas de la violencia sexual?*
 - a. Apoyo psicosocial
 - b. Atención prenatal
 - c. Integridad física asegurada
 - d. Acceso a anticonceptivos de emergencia y profilaxis posterior a la exposición

Capítulo 4

Reducción de la transmisión del VIH

La relación que existe entre las situaciones de conflicto y la vulnerabilidad a las ITS y el VIH es compleja. Las poblaciones desplazadas en situaciones de crisis resultan especialmente vulnerables a las ITS y al VIH, que tienen el potencial de prosperar en tales condiciones en las que el acceso a los medios de prevención, el tratamiento y la atención resultan limitados. Las poblaciones desplazadas en situaciones de crisis resultan especialmente vulnerables a las ITS y al VIH. Las ITS, incluso el VIH, tienen el potencial de prosperar en situaciones de crisis en las que el acceso a los medios de prevención, el tratamiento y la atención resultan limitados. No obstante, los últimos hallazgos surgidos de los entornos de conflicto también muestran que en determinadas circunstancias, cuando los individuos desplazados han estado asilados y tienen una menor movilidad, las tasas de prevalencia del VIH son menores que aquellas que se registran en los países vecinos²⁹. Existe un nuevo e importante recurso que define las actividades multisectoriales básicas que deben llevarse a cabo para prevenir el VIH y tratar las cuestiones relacionadas con el mismo en entornos de emergencia, denominado *Inter-agency Standing Committee Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*³⁰ (*Directrices Aplicables a las Intervenciones de VIH/SIDA en Situaciones de Emergencia del Comité Permanente Entre Organismos*). Estas pautas multisectoriales incluyen también un cuadro de referencia rápida³¹.

²⁹ Lancet: Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D, Schilperoord M. *Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review*. Lancet. 30 de junio de 2007;369(9580):2187-95.

³⁰ www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelines-hiv-emer.pdf

³¹ www.aidsandemergencies.org/matrix.pdf

OBJETIVO

REDUCIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH:

- garantizando transfusiones de sangre seguras,
- imponiendo respeto por las precauciones universales y
- garantizando la disponibilidad de preservativos en forma gratuita.

¿Por qué es prioritario reducir la transmisión del VIH?

En la mayoría de los entornos, el VIH y otras ITS se diseminan con mayor velocidad cuando existe pobreza y falta de dirigencia e inestabilidad, características éstas típicas de los entornos de poblaciones desplazadas. En estas circunstancias, es necesario hacer el mayor esfuerzo posible por contribuir a tomar medidas que detengan y reviertan el incremento de las infecciones.

¿Cuáles son algunos de los factores de riesgo que contribuyen a la propagación del VIH en los entornos de poblaciones desplazadas?

Si las ITS, incluso las infecciones por VIH, no se tratan ni controlan, pueden propagarse entre los individuos de una población desplazada por varias razones³²:

- ✦ infraestructuras de salud deficientes o destruidas;
- ✦ posible falta de insumos de protección para los centros de salud, como agujas y jeringas nuevas y guantes;
- ✦ imposibilidad de acceder a preservativos;
- ✦ propagación del VIH en entornos de refugiados por parte de los grupos donde es frecuente que exista una alta tasa de ITS, como las fuerzas de paz, los grupos militares y de policía³³;
- ✦ presión sobre mujeres y niños para que ejerzan favores sexuales a cambio de insumos básicos para sobrevivir;
- ✦ mayor exposición de los individuos desplazados, en especial las mujeres y niñas, a la violencia sexual, lo que incluye la posibilidad de violación durante el período de contiendas civiles y huidas;
- ✦ alteración de las normas sociales que rigen el comportamiento sexual como consecuencia de la perturbación de la vida comunitaria y familiar en las poblaciones desplazadas;
- ✦ inicio de la actividad sexual de los adolescentes a una edad más temprana, quedando expuestos a riesgos, por ejemplo, por no usar preservativo y pudiendo tener que enfrentar la explotación ante la ausencia de límites tradicionales de tipo sociocultural; o
- ✦ incremento en la prevalencia de VIH en grupos con una tasa menor, debido a que en situaciones de desplazamientos forzados las poblaciones que habitan en zonas con baja prevalencia del VIH pueden integrarse con poblaciones de zonas con alta prevalencia de VIH.

³² Ver la página 30 de *Protecting the Future: A guide to incorporating HIV prevention and care in refugee settings for additional risk factors*.

³³ McGinn, T., "Reproductive Health of War-Affected Populations: What Do We Know?", *International Family Planning Perspectives*, diciembre de 2000.

TRANSMISIÓN DEL VIH

Las principales vías de transmisión del VIH son las relaciones sexuales sin protección, la transmisión por contacto con sangre infectada y la transmisión maternoinfantil. Si bien la mayoría de las infecciones por lo general provienen de las relaciones sexuales sin protección, la proporción en la que se manifiestan las vías de transmisión varía según la región.

Imponer respeto por las precauciones universales

Las precauciones universales son fundamentales para prevenir la propagación de las infecciones en el ámbito de la salud, y ello debe enfatizarse en la primera reunión de coordinación de salud. Ante la presión de una situación de emergencia, existe la posibilidad de que falten insumos, y debido a la carga de trabajo, también es posible que el personal de asistencia humanitaria esté tentado de abreviar procedimientos, lo que puede poner en juego la seguridad de los pacientes y la del propio personal. Por ende, el respeto por las precauciones universales resulta esencial. Por otra parte, se presta escasa atención al desempeño del personal de apoyo como el del área de limpieza, que con frecuencia se contrata en estas situaciones y es probable que nunca haya trabajado antes en ámbitos relacionados con la salud.

¿En qué consisten las precauciones universales?

Las precauciones universales consisten en medidas sencillas tendientes a controlar las infecciones que reducen el riesgo de transmisión de los patógenos en sangre mediante la exposición de sangre o fluidos corporales entre los pacientes y los trabajadores de la salud. El principio de las “precauciones universales” considera que *toda la sangre y los fluidos corporales de cualquier persona están infectados por el VIH*, independientemente de que se conozca o presuma la condición de una determinada persona. Observar una mayor seguridad con relación a las inyecciones resulta fundamental para las precauciones universales. Para obtener mayor información sobre las precauciones universales, visite el sitio Web de la OMS³⁴.

¿Por qué resultan tan importantes las precauciones universales en los entornos de emergencia?

Las precauciones universales resultan fundamentales en cualquier entorno pero en situaciones de emergencia existe la posibilidad de que las infraestructuras y los insumos hayan sido destruidos o puedan no estar disponibles. Por otra parte, con motivo de la gran presión laboral u otras razones, es más probable que el personal de la salud tenga accidentes laborales y acorte pasos en las técnicas de esterilización. Por lo tanto, durante las situaciones de crisis, deben ponerse en práctica medidas de control de infecciones y hacerlas respetar.

³⁴ <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/UnivPrecaution/>

CASO REAL: IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN Chad³⁵

En el mes de marzo de 2004, la Women's Commission llevó a cabo una evaluación del PSIM entre los refugiados de Darfur en Chad. En ese momento, la mayoría de los agentes humanitarios de Chad no estaban familiarizados con el PSIM y no existía un punto focal general de salud reproductiva sino que sólo un organismo contaba con un punto focal de salud reproductiva. Si bien se habían implementado diversas medidas de protección en algunos campamentos que apoyaban la prevención de la violencia sexual, no lograban alcanzarse las necesidades de protección de la mayoría de los refugiados que habitaban en emplazamientos temporarios para refugiados en las peligrosas áreas de frontera. No había oficiales de protección de la ONU, puntos focales ni mecanismos de denuncia para los casos de abuso y explotación sexual, todo ello sumado a la falta de intervenciones sistemáticas para atender las necesidades de los grupos vulnerables como las familias a cargo de una mujer y los menores solos. No existían actividades prioritarias relacionadas con la prevención de la transmisión del VIH/SIDA en este entorno o, en el mejor de los casos, eran escasas. Según la opinión de un trabajador humanitario, “los preservativos probablemente se hubieran derretido aquí”, mientras que otro dijo: “Necesitamos concentrarnos en las actividades básicas y no en actividades complicadas como el VIH”. Tampoco se habían implementado totalmente ninguna de las tres actividades prioritarias para la prevención de elevados niveles de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, ni existía una planificación específica para la prestación de servicios integrales de salud reproductiva. En general, lo que la evaluación logró demostrar fue la falta generalizada de concientización sobre el PSIM entre los agentes humanitarios y la falta de preparación para la atención de emergencias por parte de los organismos de la ONU y de los donantes como para implementar el PSIM en este entorno.

¿Cuáles son las medidas mínimas que se requieren para controlar las infecciones?

- ✦ Garantizar que todo el personal (tanto médico como de apoyo) en los ámbitos de la salud comprendan cuáles son las precauciones universales;
- ✦ garantizar un ambiente limpio en los centros de salud;
- ✦ eliminar procedimientos innecesarios;
- ✦ disponer instalaciones para el lavado frecuente de manos;
- ✦ usar barreras de protección, como guantes desechables, para todos los procedimientos en los que se tome contacto con sangre u otros fluidos corporales potencialmente infectados, y vestimenta de protección, como batas o delantales impermeables, barbijos y protección para los ojos, cuando corresponda;
- ✦ se recomienda enfáticamente usar elementos nuevos y desechables para la aplicación de inyecciones. Las inyecciones esterilizables deben limitarse únicamente a los casos en los que no se disponga de equipos descartables y la esterilización pueda registrarse mediante indicadores de tiempo, vapor y temperatura³⁶;
- ✦ disponer un espacio para un incinerador e instalaciones de esterilización;

³⁵ Puede accederse a la evaluación completa visitando el siguiente link: www.rhrc.org/pdf/cd_misp_final.pdf

³⁶ Para mayor información sobre los indicadores de tiempo, vapor y temperatura, ingrese al siguiente link: www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9512/e10-9512.pdf.

- ✦ limpiar, desinfectar y esterilizar el equipo médico³⁷ empleando las técnicas más adecuadas para el entorno en el que se trabaja (por ejemplo, esterilización de alto nivel por vapor a presión, en agua hirviendo por lo menos durante 20 minutos o mediante inmersión en soluciones químicas);
- ✦ tratar las heridas laborales, comenzando por un lavado profundo de la lesión, enjuagando los ojos o haciendo buches, y disponiendo un tratamiento para la etapa posterior a la exposición cuando pueda garantizarse;
- ✦ asegurar la manipulación segura de objetos cortopunzantes, lo que incluye el suministro de bolsas resistentes a las pinchaduras para el desecho de tales objetos cortopunzantes;
- ✦ garantizar que las áreas para el depósito de desechos tengan el cerramiento correspondiente y no sean de acceso público; desechar los residuos médicos mediante la incineración y el entierro de objetos cortopunzantes dentro de una fosa protegida dentro del área de las instalaciones del establecimiento de salud y no en el vertedero comunitario; y
- ✦ manipular adecuadamente los residuos contaminados, incluso los desechos humanos y los cadáveres³⁸.

¿Qué información deben recibir los trabajadores de la salud y el personal de apoyo sobre las precauciones universales?

Se deberá supervisar tanto a los trabajadores de la salud como al personal de apoyo con el objeto de garantizar el cumplimiento de las precauciones universales y deberán recibir información sobre lo siguiente:

- ✦ los riesgos potenciales del ambiente, cómo protegerse de tales riesgos y qué hacer en caso de accidentes como pinchaduras con agujas, cortes o salpicaduras de sangre;
- ✦ las situaciones que NO representan riesgos;
- ✦ los casos en los que resulta apropiado usar vestimenta de protección y las razones para hacerlo; y
- ✦ la forma de evitar inyecciones innecesarias y otros procedimientos que implican la manipulación y el desecho de objetos cortopunzantes.

Transfusiones de sangre seguras

Las transfusiones de sangre seguras resultan fundamentales para prevenir la transmisión del VIH. Si se llevan a cabo de manera adecuada, pueden salvar vidas y mejorar la salud. No obstante, si se emplean de manera inadecuada, pueden conllevar el riesgo de transmitir agentes infecciosos, como el VIH y los virus de la hepatitis y sífilis. Las muestras de sangre no analizadas o analizadas incorrectamente y el uso inadecuado de sangre y productos sanguíneos incrementan el riesgo de infectar con VIH a los pacientes que reciben transfusiones. Por otra parte, esto último puede contribuir a la falta de sangre y productos sanguíneos para los pacientes que realmente necesitan las transfusiones. Por ende, disminuir las transfusiones innecesarias, lo que se logra mediante el adecuado uso clínico de la sangre, evitando llegar a la necesidad de realizar transfusiones y recurriendo al uso de alternativas a las mismas resulta fundamental para evitar el riesgo de infecciones. Se recomienda el uso de los criterios estándar para las transfusiones de sangre³⁹ definidos por la OMS.

- ✦ Reducir la necesidad de transfusiones de sangre capacitando al personal que trabaja en salud para que emplee soluciones de reemplazo de volumen cuando sea posible.
- ✦ Evitar, dentro de lo posible, las transfusiones de sangre durante la noche debido a que la luz por lo general resulta insuficiente en ese momento del día.
- ✦ Diseñar sistemas adecuados para realizar transfusiones y contar con personal médico capacitado a tales efectos que responda por las mismas cuando se implementen en el ámbito de un campamento.

³⁷ Para mayor información sobre la desinfección y esterilización de los equipos médicos, ingrese al siguiente link: www.engenderhealth.org/res/offc/safety/ip-ref/pdf/ip-ref-eng.pdf.

³⁸ Para mayor información sobre la adecuada manipulación de desechos contaminados, ingrese al siguiente link: www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/emergmedwaste/en/.

³⁹ www.who.int/bloodsafety/en/

- ✦ En condiciones ideales, las transfusiones de sangre deben llevarse a cabo en establecimientos de salud donde existan laboratorios capaces de analizar las muestras de los donantes para verificar la presencia de VIH y otras enfermedades infecciosas, hacer las pruebas de compatibilidad correspondientes y manejar las complicaciones que puedan surgir en relación con las transfusiones.
- ✦ Capacitar a todos los trabajadores de la salud a fin de garantizar que la sangre transfundida en su lugar de trabajo y/o el suministro de sangre de los centros a los que derivan los pacientes sean seguros⁴⁰.
- ✦ Seleccionar a donantes seguros⁴¹.
- ✦ Garantizar que toda la sangre para las transfusiones sea segura mediante su análisis para detectar la presencia de VIH y otras enfermedades transmisibles por sangre⁴².
- ✦ Asegurar que los bancos de sangre cuenten con los insumos suficientes para el análisis de la sangre.
- ✦ Disponer de una cantidad adecuada de tests de VIH y otros tests así como insumos para el análisis de la sangre donde se requiera⁴³.

BUENAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS CONSECUENCIAS DEL VIH OBSERVADAS EN *Darfur*⁴⁴

- ✦ En una clínica de Darfur Septentrional, se dispuso un asistente médico cuya responsabilidad específica era asegurar el cumplimiento de las precauciones universales.
- ✦ En Darfur Septentrional, se capacitó a las parteras de los pueblos sobre las precauciones universales y se distribuyeron los insumos necesarios, entre los que se incluyeron preservativos.

Garantizar la disponibilidad de preservativos en forma gratuita

Los preservativos son uno de los principales métodos para protegerse y prevenir la infección por el VIH y otras ITS. Si bien no toda la población los conoce, los preservativos deben poder encontrarse en lugares accesibles y privados desde la etapa inicial de una situación de emergencia de manera que cualquiera que esté familiarizado con ellos, tanto individuos de las poblaciones afectadas como personal de asistencia humanitaria, pueda tener acceso a ellos. En estos casos es importante solicitar una cantidad suficiente de insumos de manera inmediata (ver el cuadro de ejercicios que aparece a continuación para saber cómo calcular la cantidad correcta de preservativos que deben pedirse).

⁴⁰ Para mayor información sobre la seguridad de la sangre, ingrese al siguiente link: www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/.

⁴¹ Para mayor información sobre la selección de donantes seguros, ingrese al siguiente link: www.who.int/bloodsafety/voluntary_donation/en/.

⁴² Para mayor información sobre el análisis de sangre para la detección del VIH, ingrese al siguiente link: www.who.int/bloodsafety/testing_processing/donation_testing/en/index.html.

⁴³ Para mayor información sobre el análisis de la sangre donada, ingrese al siguiente link: www.who.int/bloodsafety/testing_processing/donation_testing/en/index.html.

⁴⁴ La Women's Commission sub-otorgó una subvención a organismos internacionales la coordinación de la implementación del PSIM en los tres estados de Darfur, Sudán, entre 2005 y 2006. Las buenas prácticas que se incluyen aquí forman parte de las observadas por el equipo de campo de la Women's Commission.

Ejercicio

Calcular el consumo de preservativos masculinos para un período de 3 meses para una población de 10 000 individuos

POBLACIÓN MASCULINA SEXUALMENTE ACTIVA = 20%	$10\,000 \times 0,2 = 2000$
PORCENTAJE DE HOMBRES SEXUALMENTE ACTIVOS QUE EMPLEAN PRESERVATIVOS = 20%*	$2\,000 \times 0,2 = 400$
PRESERVATIVOS USADOS POR MES POR HOMBRE = 12	$400 \times 12 = 4800$
DESPERDICIO O PÉRDIDA = 20%	$4\,800 \times 0,2 = 960$
PRESERVATIVOS USADOS POR MES + DESPERDICIO O PÉRDIDA	$4800 + 960 = 5760$
CÁLCULO PARA EL CONSUMO EN 3 MESES **	$5760 \times 3 = 17\,280$

* Este porcentaje representa una estimación general que puede variar si existe información complementaria obtenida en encuestas o estudios anteriores que indique que la tasa de uso de preservativos es mayor o menor.

** Los preservativos se presentan por lo general en cajas de 144 unidades.

PRESERVATIVOS FEMENINOS:

Pueden solicitarse preservativos femeninos a través del UNFPA (Botiquín de salud reproductiva I, Parte B. Para mayor información, consulte el capítulo 7). Los preservativos femeninos ofrecen a mujeres y jóvenes una forma de protegerse ellas mismas contra el VIH y otras ITS, así como del embarazo. Pueden resultar esenciales debido a que en muchos casos las mujeres y jóvenes no pueden negociar con el hombre el uso del preservativo masculino debido a la falta de poder dentro de la relación. Por lo general, los preservativos femeninos son más costosos y no tan conocidos entre la población como los preservativos masculinos. Si existe la posibilidad de garantizar un suministro estable de preservativos femeninos, una vez que se haya llegado a una etapa estable de la emergencia, deberá procurarse brindar la información necesaria a la población sobre este método y brindar capacitación a mujeres, jóvenes y hombres sobre el correcto uso de los mismos.

¿Dónde puede efectuar los pedidos de preservativos el personal humanitario?

Existen diversas marcas de preservativos en el mercado. Puede resultar útil consultar con el ministerio de salud local y con ONG locales que trabajan en el área de planificación familiar, prevención o tratamiento del VIH, debido a que es probable que también puedan colaborar para facilitar la adquisición de preservativos y probablemente puedan hacerlo con mayor rapidez que los organismos de la ONU. Si un organismo carece de experiencia en la adquisición de preservativos, puede contactarse con el UNFPA⁴⁵, quien se encarga de proveer a todo el sistema de la ONU, para facilitar la adquisición al por mayor de preservativos de buena calidad a bajo costo. Los preservativos también se incluyen en la parte A del Botiquín interorganismos de salud reproductiva n° I (para obtener más información sobre los botiquines de salud reproductiva ver el capítulo 7).

⁴⁵ La información de contacto puede obtenerse ingresando en el siguiente link: www.unfpa.org/procurement/contact.htm

¿Cómo deben suministrarse los preservativos?

Además de proporcionar los preservativos cuando sean solicitados, el personal de asistencia humanitaria debe procurar que se encuentren en lugares visibles al alcance de la población desplazada y brindar información sobre su disponibilidad en diferentes lugares. Los preservativos pueden estar ubicados en los establecimientos de salud así como en muchos otros lugares como por ejemplo, los puntos de distribución de alimentos, las oficinas de servicios comunitarios y en cualquier otro lugar de reunión de personas o donde asistan para recibir algún servicio o insumo. También puede resultar una buena idea disponer preservativos en lugares privados como las letrinas y suministrarlos a hoteles y bares.

Planificar e implementar una campaña de información, educación y comunicación para la distribución de preservativos lleva tiempo y requiere dinero, por lo que no constituye una prioridad en la etapa inicial de una emergencia. NO deben distribuirse preservativos entre la población ya que podría resultar ofensivo, ni llevar a cabo una campaña masiva de información, educación y comunicación de distribución de preservativos hasta no haber implementado todos los componentes del PSIM. Alcanzado este punto, pueden desarrollarse programas de planificación familiar y de prevención del VIH/SIDA con más atención.

Buena práctica

Cuando un agente local consultó a un representante de una organización internacional a qué se debía que hubiera preservativos en la zona de los sanitarios, la respuesta que dio fue la siguiente: “X es una organización internacional y donde sea que vayamos proveemos preservativos para prevenir la transmisión del VIH en la región en la que tengamos que trabajar”. Dicho agente quedó conforme con tal respuesta. A la brevedad, se comenzó a observar cómo iba disminuyendo gradualmente la cantidad de preservativos que había en las canastas ubicadas en los sanitarios del personal.

Elementos para el monitoreo del VIH dentro del marco del PSIM

- ✦ Materiales en cantidad suficiente para poder aplicar adecuadamente las precauciones universales
- ✦ Cantidad de preservativos adquiridos y puestos a disposición de la población
- ✦ Conocimiento y aplicación de las precauciones universales por parte de los trabajadores de la salud

Indicadores para el monitoreo de las tareas de coordinación relacionadas con el VIH:

- ✦ Insumos para las precauciones universales: porcentaje de establecimientos de salud con insumos suficientes para la aplicación de las precauciones universales, como material descartable para inyecciones, guantes y vestimenta de protección y protocolos para la eliminación segura de objetos cortopunzantes
- ✦ Transfusiones de sangre seguras: porcentaje de hospitales con capacidad para recibir derivaciones con cantidad suficiente de tests de VIH para poder analizar la sangre y hacer uso coherente de ellos
- ✦ Estimación de la cobertura de los preservativos: cantidad de preservativos distribuidos en un determinado período

¿Qué insumos son necesarios o qué botiquines interorganismos de salud reproductiva podrían solicitarse para abordar este problema?⁴⁶

Código	Nombre	Color
Botiquín n° 1:	Botiquín de preservativos (Partes A y B)	Rojo
Botiquín n° 12:	Botiquín para transfusiones de sangre	Verde oscuro

⁴⁶ La mayoría de los botiquines incluyen insumos que garantizan la aplicación de las precauciones universales. Asimismo, el *Reference and Training Package* consiste en un conjunto de fuentes documentales que se incluye con cada pedido de botiquín. Para conocer la lista de materiales que contiene dicho paquete, remítase al Capítulo 7. El manual *RH Kits for Crisis Situations* se encuentra disponible en www.rhrc.org/pdf/rhrc-kit.pdf.

Desafíos y soluciones

1. *¿Qué sucede si los establecimientos de salud no cuentan con la posibilidad de analizar a los donantes de sangre para detectar el VIH?*

No deberá administrarse sangre que no haya sido analizada. En ese caso se deberá pugnar por el establecimiento de servicios para el análisis de la sangre ante los organismos de la ONU, como la OMS y el UNFPA, o a una ONG como el Comité Internacional de la Cruz Roja.

2. *¿Qué sucede si la cultura de la población desplazada rechaza el uso de preservativos?*

A veces los trabajadores humanitarios suponen que contar con una amplia disponibilidad de preservativos puede ser mal visto por determinadas culturas. Sin embargo, no deja de ser importante colocar los preservativos en lugares visibles y accesibles debido a que dicha afirmación puede no ser necesariamente cierta o puede no aplicarse a toda la población. Existen formas creativas de ofrecer estos elementos que protegen la vida a aquellos que deseen cuidarse o cuidar a los otros de la transmisión del VIH, como ubicar los preservativos en lugares menos públicos pero accesibles.

Evaluación del capítulo

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta. (Respuestas: pág. 88)

- 1 ¿Cuál de los siguientes **no** constituye un factor de riesgo de transmisión del VIH en entornos de poblaciones desplazadas?
 - a. Normas sociales que no se hacen cumplir
 - b. La gente que vive con VIH/SIDA participa en la distribución de alimentos
 - c. Los adolescentes pueden comenzar a tener relaciones sexuales a una edad más temprana
 - d. Servicios uniformados rodean el campamento de desplazados
- 2 ¿Cuál de los siguientes es un requisito para controlar infecciones?
 - a. Instalaciones para poder lavarse las manos con frecuencia
 - b. Manejo seguro de objetos cortopunzantes
 - c. Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos médicos
 - d. Deshecho de desperdicios médicos mediante la quema de materiales y entierro de objetos cortopunzantes fuera del terreno de las instalaciones médicas
- 3 Los preservativos no deben pedirse hasta que los dirigentes comunitarios los soliciten.
 - ☒ Verdadero
 - ☐ Falso
- 4 Los preservativos pueden ponerse a disposición del público en:
 - a. Las instalaciones médicas
 - b. Los puntos de distribución de alimentos
 - c. Las oficinas de servicios comunitarios
 - d. Las letrinas
- 5 ¿Cuáles de las siguientes actividades deben realizarse a fin de asegurar una transfusión de sangre segura?
 - a. Asegurar que toda la sangre utilizada en transfusiones sea segura mediante su análisis para detectar la presencia de VIH y otras enfermedades de transmisión por vía sanguínea
 - b. Evitar las transfusiones de sangre para afecciones que no son serias
 - c. Seleccionar los donantes dentro de la comunidad de desplazados
 - d. Garantizar que se cuente con suficientes tests de VIH y otros insumos necesarios para analizar la sangre cuando sea necesario

Capítulo 5

Prevención de niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal



Si bien la mortalidad materna es una causa de muerte común entre las mujeres en edad reproductiva que viven en entornos de escasos recursos, las estresantes condiciones de vida de las mujeres desplazadas hacen que el parto sea aun más dificultoso y que, por ende, potencialmente ponga en riesgo la vida. Un recurso útil que brinda actividades paso a paso para integrar la atención obstétrica de urgencia con la programación humanitaria es el documento *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*⁴⁷ (Guía de campo para la integración de la atención obstétrica de urgencia en los programas humanitarios).

⁴⁷ www.rhrc.org/pdf/emoc_ffg.pdf

OBJETIVO

PREVENIR NIVELES ELEVADOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL Y MATERNA MEDIANTE:

- ❶ la provisión de botiquines para partos asépticos a las mujeres con embarazos avanzados o a las asistentes de parto a fin de promover las condiciones de asepsia en los partos;
- ❷ la provisión de botiquines para partos a las asistentes de partos (de UNICEF⁴⁸ u otro similar) a fin de facilitar las condiciones de asepsia y seguridad en los partos en los establecimientos de salud; y
- ❸ la implementación de un sistema de derivaciones para manejar las urgencias obstétricas.

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

Dentro de cualquier población desplazada, aproximadamente el 4% de la población total son mujeres que quedarán embarazadas en algún momento⁴⁹. De estas mujeres embarazadas, es posible que el 15% experimente complicaciones obstétricas imprevistas, como partos obstruidos o prolongados, pre-eclampsia o eclampsia, sepsis, ruptura uterina, embarazos ectópicos o las complicaciones causadas por el aborto⁵⁰. En la fase inicial de una emergencia, los nacimientos por lo general tienen lugar fuera de los establecimientos de salud sin llegar a ser asistidos por personal de salud capacitado. Muchas mujeres mueren por no tener la posibilidad de acceder a servicios obstétricos de urgencia o padecen consecuencias en la salud a largo plazo que podrían evitarse (por ejemplo, fístula obstétrica).

¿Cuáles son los materiales básicos que pueden ayudar a que las mujeres embarazadas tengan un parto aséptico en entornos de emergencia?

En todas las poblaciones desplazadas existen mujeres que se encuentran en las últimas etapas del embarazo y que, por ende, darán a luz durante la etapa de emergencia. Se estima que la tasa bruta de natalidad (TBN) asciende al 4%. En estos casos deben entregarse a todas las mujeres con un embarazo avanzado botiquines básicos para partos asépticos para uso en el hogar. Estos botiquines que puede emplear cualquier mujer, o bien las asistentes de parto tradicionales, sirven para ayudar a las mujeres durante el alumbramiento e incluyen materiales muy básicos como una sábana plástica, dos trozos de hilo, una hoja de afeitar (sin usar y envuelta en su envase original), una pastilla de jabón, un par de guantes y un paño de algodón.

¿Cuál es la mejor manera de obtener los botiquines para partos asépticos?

Debido a que los materiales por lo general pueden conseguirse fácilmente en el ámbito local, los paquetes pueden armarse en el mismo lugar de la emergencia. De hecho, puede ser posible contratar a una ONG local para que arme tales botiquines, lo que a su vez podría constituir un proyecto de generación de ingresos para las mujeres locales. También pueden solicitarse los botiquines para partos asépticos al UNFPA⁵¹. En ciertos casos, puede resultar una alternativa más rápida, y cuanto antes se disponga de los materiales, resultará más beneficioso para las mujeres embarazadas. Por otra parte, es probable que ponerse en contacto con el UNFPA en la etapa inicial de una crisis a fin de entablar una relación y establecer la disponibilidad de los insumos del PSIM facilite una mejor preparación para la emergencia.

⁴⁸ Puede obtenerse información de contacto ingresando en el siguiente link: www.supply.unicef.dk/catalogue/bulletin4.htm

⁴⁹ UNFPA, *El estado de la población mundial 2002*, 2002.

⁵⁰ UNICEF, OMS, UNFPA, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, 1997.

⁵¹ Puede obtenerse información de contacto en www.unfpa.org/procurement/contact.htm

Ejercicio

Emplear la TBN (4%) para calcular los insumos y servicios necesarios para un período de 3 meses y una población de 10 000 individuos a fin de garantizar que las mujeres embarazadas tengan un parto seguro.

TBN =	4% anual
$10\ 000 \times 0,04 =$	400 nacimientos por año
$400 \times 0,2552 =^{52} =$	100 nacimientos en un período de 3 meses
PEDIDO	Un botiquín de salud reproductiva n° 2, parte A que contiene 200 paquetes para partos asépticos a ser usados por cualquier mujer. Este botiquín es suficiente para un período de más de tres meses. Un botiquín de salud reproductiva n° 2, parte B que contiene 5 juegos de insumos para ser usados por asistentes de parto tradicionales, lo que incluye bolsos con bandolera, linternas con baterías, guantes, delantales plásticos y ponchos para lluvia.

¿Cómo puede garantizarse que las complicaciones de los partos se asistan de manera eficiente en los centros de salud?

Se estima que un 15% de las mujeres embarazadas presentará complicaciones con potencial riesgo de vida durante el embarazo o en el momento del parto. Es por ello que para atender estos casos los centros de atención primaria de salud deben contar con equipos de atención obstétrica de urgencia⁵³ las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. Por ende, resulta de importancia brindar a las parteras y a otros asistentes de parto capacitados dentro del ámbito de los centros de atención de salud primaria los materiales y las drogas que contribuyen a realizar partos seguros, manejar complicaciones y estabilizar a las mujeres antes de transportarlas al lugar de derivación. Los insumos necesarios para urgencias obstétricas se incluyen en los botiquines interorganismos de salud reproductiva y pueden solicitarse a través del UNFPA.

¿Cuántos partos requieren cesárea?

Según los indicadores de proceso de la ONU para los cuidados obstétricos de emergencia (*UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services*⁵⁴), entre el 5% y el 15% de todas las mujeres embarazadas requieren una cesárea. Estas mujeres, así como otras que presentan urgencias obstétricas, como por ejemplo, aquellas que necesitan una transfusión de sangre y cirugía, pueden tener que ser derivadas a un hospital con capacidad para prestar atención obstétrica integral de urgencia⁵⁵. Cuando se presenten complicaciones obstétricas que no puedan manejarse en el centro de salud deberán estabilizarse y ser derivadas a un hospital.

Estimaciones basadas en una población de 20 000 individuos con una TBN de 4%

CANTIDAD ESTIMADA DE NACIMIENTOS PARA UN PERÍODO DE 3 MESES	$20\ 000 \times 0,04$ (TBN) $\times 0,25$	200
MUJERES EMBARAZADAS QUE PRESENTARÁN COMPLICACIONES EN EL PARTO	15%	30
PARTOS CON COMPLICACIONES QUE REQUERIRÁN UNA CESÁREA	5%-15%	10-30

⁵² Tres meses representan el 25% (0,25) de un año.

⁵³ Entre las funciones de la atención obstétrica básica de urgencia que ofrece un centro de salud sin quirófano se incluyen las siguientes: parto asistido por vía natural, retiro manual de la placenta y productos retenidos para prevenir infecciones y administración de antibióticos para el tratamiento de infecciones y de drogas para evitar o tratar el sangrado excesivo, las convulsiones y la alta presión arterial.

⁵⁴ www.amdd.hs.columbia.edu/docs/unguidelines.finalversion.pdf

⁵⁵ Los atención obstétrica integral de urgencia requiere un quirófano y por lo general se brinda en un hospital de distrito. Estos hospitales ofrecen las funciones que brindan los centros de emergencias básicas, sumadas a la posibilidad de realizar una cirugía (cesárea) para asistir los casos de partos obstruidos y brindar transfusiones de sangre seguras en caso de que se produzcan hemorragias.

CASO REAL: IMPLEMENTACIÓN DEL PSIM EN Indonesia ⁵⁶

La Women's Commission llevó a cabo una evaluación del PSIM en las áreas de Aceh, Indonesia, afectadas por el tsunami en febrero de 2005. Si bien algo más de la mitad de los trabajadores humanitarios entrevistados había escuchado hablar del PSIM, de 25 personas una sola pudo describir en detalle el objetivo global, las metas y las actividades prioritarias del mismo. La coordinación del PSIM estuvo a cargo del UNFPA, quien designó a un punto focal de salud reproductiva seleccionado en Banda Aceh en la primera semana después de haberse producido el tsunami y promovió la organización de reuniones de grupos de trabajo con la participación de las numerosas organizaciones locales e internacionales, así como con las autoridades en materia de salud de Indonesia. Las mujeres y niñas de los grupos de enfoque expresaron su preocupación por la falta de privacidad y seguridad en algunos ámbitos, y en algunos campamentos, donde hombres y mujeres debían compartir las letrinas. El personal del Ministerio de Salud no pudo informar la existencia de un protocolo para el abordaje de la violencia sexual necesario para asistir las necesidades clínicas de las víctimas de violaciones, y muy pocos organismos contaban con un protocolo semejante. Los representantes del Ministerio de Salud y de la OMS informaron que los trabajadores de la salud no aplicaban las precauciones universales, como la limpieza, desinfección y esterilización de los insumos médicos para prevenir la propagación de infecciones, incluso del VIH/SIDA. Los organismos internacionales pudieron disponer de la mayoría de los insumos necesarios para el PSIM, como los botiquines para partos asépticos y los botiquines para parteras para los centros de salud apenas transcurrido o dentro del primer mes de la emergencia. Resultó clara la necesidad de planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva como parte del PSIM, incluyendo el pedido de insumos de salud reproductiva, ante la demanda de anticonceptivos por parte de las mujeres afectadas por el tsunami. Dicha demanda fue satisfecha a la brevedad gracias a la colaboración de los donantes, el Consejo de Coordinación de Planificación Familiar de Indonesia (BKKBN) y el UNFPA.

⁵⁶ La evaluación completa se encuentra disponible en el siguiente link: www.rhrc.org/pdf/id_misp_eng.pdf

¿Cuándo debe implementarse el sistema de derivaciones para urgencias obstétricas?

Resulta fundamental implementar un sistema de derivaciones para las poblaciones desplazadas, incluyendo los medios de comunicación y transporte que respalden el manejo de complicaciones obstétricas, tan pronto como sea posible y del que pueda disponerse las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana. El sistema de derivaciones debe garantizar que las mujeres con complicaciones durante el embarazo o el parto puedan ser derivadas desde un centro de salud comunitario a un centro de atención primaria de salud donde pueda prestarse atención básica de urgencias obstétricas y, de ser necesario, a un centro que brinde atención integral de urgencias obstétricas.

¿Es conveniente mejorar los centros de derivaciones existentes o establecer uno nuevo?

Cuando sea viable, es recomendable mejorar un centro de derivaciones local (como por ejemplo, un hospital de distrito) y reforzarlo con personal, equipamiento médico e insumos según sea necesario para satisfacer los requerimientos de la población desplazada. En caso de que ello no fuera viable debido a la distancia o la imposibilidad de que el centro local pueda satisfacer una mayor demanda, podría establecerse un adecuado centro de derivación de emergencias para la población desplazada. En cualquiera de los dos casos, será necesario coordinar las políticas, procedimientos y prácticas a ser seguidos en el centro de derivaciones con las autoridades locales en materia de salud. Si bien es posible que sea necesario negociar algunas modificaciones, deben respetarse los protocolos del país.

¿Cuáles son los requisitos para establecer un sistema de derivaciones eficaz disponible en forma permanente (las 24 horas, los 7 días de la semana)?

Un sistema de derivaciones debe contar con transporte en todo momento. Por ejemplo, si un trabajador de una ONG deja el campamento y se lleva el vehículo o ambulancia, debe establecerse un sistema de comunicaciones de manera que si una mujer entra en trabajo de parto y experimenta complicaciones, como un parto obstruido, pueda llegar hasta el establecimiento de salud. Puede resultar necesario negociar con el personal de seguridad del campamento un permiso para transportar pacientes de emergencia por la noche. Por otra parte, debe existir un profesional médico capacitado en el centro de derivaciones en todo momento para atender complicaciones obstétricas y llevar a cabo una cesárea de ser necesario. Por último, el centro de derivaciones debe contar con personal capacitado, equipamiento médico e insumos para poder afrontar el mayor nivel de demanda que surge de la atención de los individuos de la población desplazada.

¿Qué tipo de actividad relacionada con la atención materna no constituye una prioridad en situaciones de crisis?

La mayor parte de los casos de muertes maternas surgen como consecuencia de complicaciones durante el parto o luego del mismo. La mayoría de tales complicaciones no puede preverse durante el embarazo. Se estima que de todas las mujeres embarazadas en las que se identifica un problema de salud durante la etapa prenatal, es probable que la mayor parte no tenga complicaciones con riesgo de vida durante el parto o con posterioridad al mismo. Por ende, si bien tomar medidas como la atención prenatal y la capacitación de parteras resulta adecuado una vez que se han implementado todos los componentes del PSIM y la etapa de crisis ha finalizado, estas actividades no resultan esenciales y podrían desviar la atención de la necesidad urgente de brindar acceso a servicios obstétricos de urgencia en la etapa de emergencia. No es necesario capacitar a las asistentes de parto tradicionales y parteras antes de suministrarles los botiquines para partos asépticos en virtud de que tales insumos deben llegar a las mujeres embarazadas sin demoras. Si bien pueden organizarse reuniones en las etapas iniciales de la emergencia con las asistentes de parto tradicionales y las parteras para intercambiar información y suministrar insumos a la comunidad, capacitar a tales asistentes y/o parteras existentes sobre cómo llevar a cabo partos seguros y en condiciones de asepsia puede esperar hasta que se haya llegado a una etapa más estable de la emergencia⁵⁷.

⁵⁷ Debe tenerse en cuenta que la OMS ya no recomienda la capacitación de nuevas asistentes de parto tradicionales, sino brindar información a todas las mujeres de la comunidad sobre los síntomas de riesgo durante el parto y preparar un plan de capacitación profesional para las parteras del pueblo. Para obtener mayor información, visite: www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf.

BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE NIVELES ELEVADOS DE TASAS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD NEONATAL Y MATERNA OBSERVADAS EN Darfur⁵⁸

- ✦ En el momento de la llegada del equipo de campo de la Women's Commission, el UNFPA informó que había llevado a cabo en forma reciente una evaluación sobre atención obstétrica de urgencia en cinco de los ocho hospitales de derivación (no pudo accederse a tres de ellos por razones de inseguridad) en Darfur Septentrional y contrató personal local para realizar dicha evaluación con miras a la capacitación de personal del país. Asimismo, informó que también se estaban llevando a cabo evaluaciones sobre atención obstétrica de urgencia en Darfur Meridional y Darfur Occidental en forma simultánea. Dichas evaluaciones fueron confeccionadas sobre la base de evaluaciones de atención obstétrica de urgencia llevadas a cabo por el Ministerio de Salud en noviembre de 2005.
- ✦ El coordinador del PSIM de Darfur Septentrional solicitó a las fuerzas de la UA el suministro de transporte de emergencia para los casos de complicaciones obstétricas por helicóptero de ser necesario (en caso de limitaciones de tiempo o inseguridad durante el viaje).
- ✦ En Darfur Septentrional, el organismo sub-otorgante de una subvención solicitó al UNFPA 3000 botiquines para partos y distribuyó mediante visitas de parteras del pueblo a los hogares un promedio de 1000 unidades mensuales (con un volante con instrucciones en idioma árabe).
- ✦ El coordinador del PSIM en Darfur Septentrional capacitó a dos ONG locales para que pudieran armar botiquines de parto a nivel local, que distribuyen en este momento a las comunidades en las que operan.
- ✦ El sub-beneficiario de una subvención en Darfur Occidental pudo establecer a la brevedad servicios básicos de atención obstétrica de urgencia a nivel periférico, en parte debido a las buenas relaciones forjadas con el Ministerio de Salud.
- ✦ En Darfur Meridional, la unidad de salud reproductiva del sub-beneficiario de una subvención trabajó en coordinación con otras unidades internas, como por ejemplo la unidad de agua y saneamiento, con el objeto de avanzar, a pesar de las limitaciones en materia de seguridad, hacia el suministro de los insumos del PSIM.
- ✦ En Darfur Meridional, las parteras de una ONG realizaron un seguimiento de cada caso derivado al hospital para asegurarse de que las mujeres y niñas recibieran asistencia adecuada.
- ✦ En Darfur Meridional, el UNFPA trabajó junto con el Ministerio de Salud para brindar capacitación a los agentes humanitarios en materia aspiración manual endouterina.

⁵⁸ La Women's Commission sub-otorgó una subvención a organismos internacionales la coordinación de la implementación del PSIM en los tres estados de Darfur, Sudán, entre 2005 y 2006. Las buenas prácticas que se incluyen aquí forman parte de las observadas por el equipo de campo de la Women's Commission.

ATENCIÓN NEONATOLÓGICA

Alrededor de dos tercios de las muertes infantiles se producen dentro de los primeros 28 días de vida⁵⁹.

La mayoría de estos casos pueden evitarse si los trabajadores de la salud, las madres u otros miembros de la comunidad toman ciertas medidas básicas⁶⁰:

Atención inmediata tras el parto

- ◆ Asegurarse de que las asistentes de parto usen guantes o se laven las manos con agua y jabón antes del parto y antes de atar y cortar el cordón umbilical.
- ◆ Mantener la sala de parto a una temperatura cálida y asegurarse de que el recién nacido sea secado y envuelto en una manta para darle calor inmediatamente tras el nacimiento. Procurar mantener la cabeza cubierta. No bañar al niño antes de pasadas seis horas como mínimo.
- ◆ Usar instrumental limpio (preferiblemente estéril) para cortar el cordón umbilical y controlar de vez en cuando para verificar que no sangre.
- ◆ Dejar al niño con la madre para que esté abrigado y sea amamantado frecuentemente.
- ◆ Controlar que todas las personas en contacto con el niño laven sus manos con frecuencia.
- ◆ Limpiar los ojos del bebé inmediatamente tras el nacimiento, y en caso de que las políticas del país establezcan la profilaxis, colocarle gotas o pomada.
- ◆ Alentar el uso del método *Madre Canguro*⁶¹.
- ◆ Ayudar a la madre con la primera lactancia (dentro de la hora del nacimiento)⁶².

Atención postnatal

- ◆ Dejar al niño con la madre. Evitar ubicar a dos niños en la misma cuna.
- ◆ Limpiar el cordón umbilical con agua y jabón y procurar mantenerlo seco. No cubrir el cordón con ningún tipo de venda ni paño.
- ◆ Indicarle a la madre los síntomas que puedan ser peligrosos y a los que debe prestarle atención en relación con el cordón umbilical y al bebé en general. Asegurarse de que comprenda dónde y cuándo solicitar ayuda.
- ◆ Enseñar a la madre a mantener al niño abrigado.
- ◆ Llevar al niño al centro de salud cuando tenga seis semanas para la vacunación.
- ◆ Aconsejar a la madre que alimente a su hijo sólo con leche materna durante los primeros seis meses e informar que puede continuar por hasta dos años o más tiempo⁶³.

Entre las fuentes documentales que pueden resultar útiles se incluyen las siguientes: *Care of the Newborn: Reference Manual*, *Every Newborn's Health: Recommendations for Care for all Newborns* y *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives*⁶⁴.

⁵⁹ OMS, *Perinatal and Neonatal Mortality: Global, Regional and Country Estimates*, 2001.

⁶⁰ http://www.whiteribbonalliance.org/Resources/Documents/Every%20Newborns%20Health_SaveTheChildren.pdf

⁶¹ El método Madre Canguro consiste en un sistema biológicamente probado y disponible universalmente para el cuidado de todos los recién nacidos, pero en particular de los bebés prematuros y presenta tres características: contacto piel a piel; lactancia materna exclusiva y apoyo médico, emocional, psicológico y físico de la madre y el niño sin separarlos. Para obtener mayor información, visite: www.kangaroomothercare.com/ref_oprefs.htm.

⁶² Para obtener mayor información sobre la lactancia materna en situaciones de emergencia, visite www.who.int/reproductive-health/publications/conflict_and_displacement/RH_conflict_appendix2.en.html.

⁶³ Esta recomendación se aplica en todos los entornos a las mujeres que no conocen su condición frente al VIH y las mujeres VIH negativas, incluso en áreas con alto nivel de prevalencia de VIH y baja aceptación o disponibilidad de medidas para prevenir la transmisión de VIH a infantes. Para las mujeres que se han realizado el test y son VIH positivas, las pautas de la ONU establecen que "cuando la alimentación sustituta sea aceptable, factible, posible en términos económicos, sostenible y segura, se recomienda evitar todo tipo de lactancia por parte de madres infectadas por el VIH. De lo contrario, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida" que luego deberá suspenderse. Para obtener mayor información, remitirse a la guía de la OMS: *HIV and Infant Feeding: A guide for health-care manager and supervisors*.

⁶⁴ *Care of the Newborn: Reference Manual*, disponible en [www.savethechildren.org/publications/snl/00%20-%20Care%20of%20the%20Newborn%20Reference%20Manual%20\(3.6MB\).pdf](http://www.savethechildren.org/publications/snl/00%20-%20Care%20of%20the%20Newborn%20Reference%20Manual%20(3.6MB).pdf); *Every Newborn's Health: Recommendations for Care for all Newborns* disponible en http://www.whiteribbonalliance.org/Resources/Documents/Every%20Newborns%20Health_SaveTheChildren.pdf; y *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives* disponible en www.who.int/reproductive-health/publications/mnp/mnp.pdf

¿Cuáles son las causas de muerte en mujeres que sufren complicaciones obstétricas?

Con frecuencia, las mujeres experimentan demoras antes de acceder a recibir asistencia cuando hay riesgo de vida, lo que puede terminar en su muerte. Las situaciones que retrasan el hecho de que las mujeres reciban atención pueden dividirse en tres categorías denominadas “las tres demoras”:

- ✦ demora en la decisión de buscar asistencia médica;
- ✦ demora en la llegada al lugar donde recibirá atención debido a dificultades con el transporte, y
- ✦ demora en recibir la atención adecuada en el centro de salud una vez que ha logrado llegar⁶⁵.

Por lo tanto, cuando ya se han implementado los servicios de atención obstétrica de urgencia, el objetivo inmediato siguiente debe estar orientado a la prevención de demoras para lograr un acceso oportuno a una buena atención obstétrica de urgencia para las mujeres que padecen complicaciones obstétricas.

Buena práctica

Si la situación lo permite, el armado de botiquines para partos asépticos a nivel local puede resultar una buena oportunidad para identificar y organizar a las asistentes de parto tradicionales y conversar con ellas sobre las derivaciones de mujeres que padecen complicaciones obstétricas o que requieren atención médica en caso de violaciones. Puede organizarse a las asistentes de parto tradicionales de manera que armen los botiquines básicos para partos y los distribuyan entre las mujeres con embarazos avanzados. Debido a que las asistentes de parto tradicionales forman parte de la población desplazada, es muy probable que sepan qué mujeres pueden estar próximas a parir y necesitar los materiales, como también es probable que sepan qué mujeres y niñas han sido víctimas de violaciones.

⁶⁵ Thaddeus, S. and D. Maine, *Too far to walk: maternal mortality in context*, Soc Sci Med, April 1994.

Elementos para el monitoreo de la maternidad segura dentro del PSIM

- ✦ Botiquines para partos asépticos disponibles y distribuidos. Comparar la cantidad de botiquines para partos asépticos distribuidos con la cantidad estimada de nacimientos en un determinado período.
- ✦ Botiquines para parteras disponibles en el centro de salud.
- ✦ Evaluación de la competencia y capacidad del personal del hospital para brindar atención obstétrica de urgencia y apoyo brindado.
- ✦ Funcionamiento del sistema de derivaciones para urgencias obstétricas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Indicadores para el monitoreo de la coordinación de la maternidad segura:

- ✦ Estimación de la cobertura de los botiquines para partos asépticos
- ✦ Cantidad y tipo de complicaciones obstétricas tratadas a nivel de un centro de atención primaria de salud y a nivel del centro de derivación
- ✦ Cantidad de muertes de madres y neonatos en los establecimientos de salud

¿Cuáles son los insumos necesarios o qué botiquín o botiquines de salud reproductiva del UNFPA pueden solicitarse para afrontar estas situaciones?⁶⁶

Código	Nombre	Color
Botiquín n° 2:	Partos asépticos (Individual) (Partes A y B)	Azul oscuro
Botiquín n° 6:	Partos (Establecimientos de salud)	Marrón
Botiquín n° 8:	Tratamiento de complicaciones por abortos espontáneos	Amarillo
Botiquín n° 9:	Sutura de desgarros (de cuello uterino y vaginal) y examen vaginal	Violeta
Botiquín n° 10:	Extracción por vacío (o ventosa obstétrica) (manual) para partos	Gris
Botiquín n° 12:	Transfusión de sangre	Verde oscuro

Desafíos y soluciones

1. ¿Qué sucede si no puede asegurarse la existencia de servicios de derivación que funcionen en forma permanente debido a la falta de seguridad en el área?

Es posible que mujeres y niñas mueran innecesariamente si no tienen acceso a una atención obstétrica de urgencia adecuada. Por ende, resulta de extrema importancia intentar negociar que las mujeres y niñas tengan acceso a un centro de derivación apropiado. Cuando resulta imposible establecer servicios de derivación permanentes (las 24 horas, los 7 días de la semana), resulta fundamental que exista personal calificado en todo momento con capacidad para estabilizar a las pacientes que requieren atención obstétrica básica de urgencia. Así, será útil implementar un sistema de comunicaciones, por ejemplo, mediante el uso de radios o teléfonos celulares para lograr establecer contacto con personal más capacitado que pueda brindar guía y apoyo médico en estas situaciones.

2. ¿Qué ocurre si la población desplazada no tiene el hábito de recurrir sistemáticamente a servicios para la atención de sus partos?

Dado que muchas mujeres que habitan en países en vías de desarrollo tienen el hábito de que los partos tengan lugar en sus propios hogares, resulta fundamental tomar medidas para asegurarse de que la comunidad, y en especial las parteras y asistentes de parto tradicionales, sepan dónde derivar de manera inmediata a una mujer que presenta síntomas graves durante el embarazo y el parto, lo que puede incluir: sangrado excesivo, fiebre alta, fuertes dolores de cabeza, problemas de visión borrosa, inflamación de la cara o las manos, convulsiones, trabajo de parto prolongado, retención de placenta y pérdida de conocimiento. Es importante planificar e implementar la capacitación y formación para todo el personal cuando ya se ha alcanzado la fase estable de una emergencia y se ha logrado implementar el PSIM totalmente.

⁶⁶ El *Reference and Training Package* consiste en un conjunto de fuentes documentales que se incluye con cada pedido de botiquín. Para conocer la lista de materiales que contiene dicho paquete, remitirse al Capítulo 7. El manual *RH Kits for Crisis Situations* se encuentra disponible en www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf.

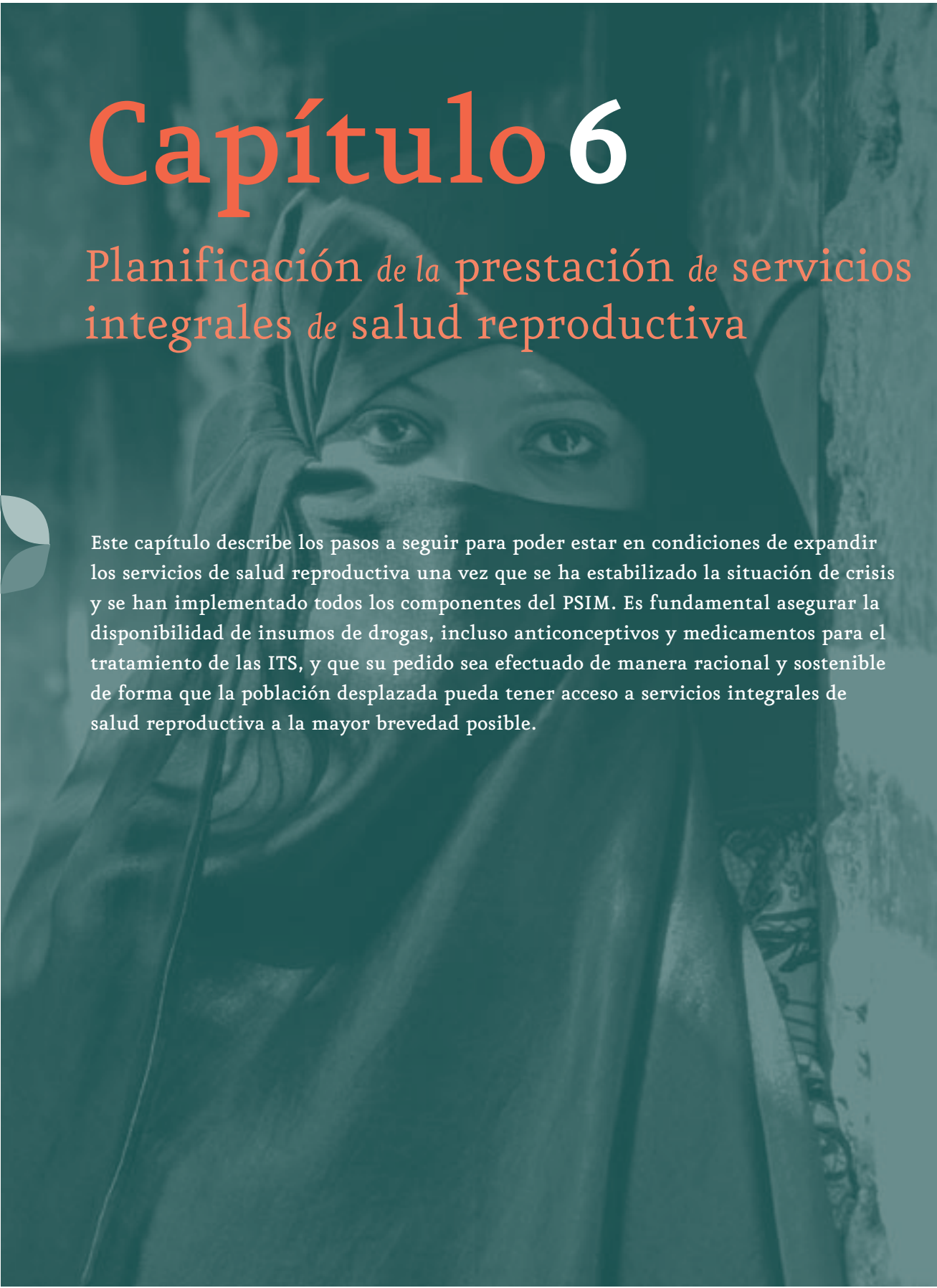
Evaluación del capítulo

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta. (Respuestas: pág. 89)

- 1 ¿Cuál de los siguientes materiales **no** forma parte de un botiquín para partos asépticos?
 - a. Una hoja de afeitar nueva
 - b. Una sábana plástica
 - c. Dos trozos de hilo
 - d. Suturas
- 2 Los botiquines para partos asépticos deben ser provistos a todas las mujeres de más de 20 años de edad.
 - ☐ Verdadero
 - ☐ Falso
- 3 ¿Qué actividades forman parte de una adecuada atención postnatal?
 - a. Asegurarse de que el bebé esté seco y envuelto en una manta para mantenerlo abrigado, con la cabeza cubierta, de manera inmediata tras el nacimiento
 - b. Limpiar el cordón umbilical con agua y jabón
 - c. Aconsejar a la madre para que alimente a su hijo únicamente con leche materna durante los primeros seis meses y que no siga amamantando pasado el año
 - d. Alentar el uso del método Madre Canguro
- 4 ¿Cuál es el porcentaje aproximado de mujeres embarazadas dentro de una población desplazada en un momento determinado?
 - a. 25%
 - b. 20%
 - c. 15%
 - d. 4%
- 5 En general, es mejor construir un nuevo establecimiento de servicios de salud en lugar de usar uno ya existente.
 - ☐ Verdadero
 - ☐ Falso

Capítulo 6

Planificación *de la* prestación *de* servicios integrales *de* salud reproductiva

A background image of a woman wearing a dark headscarf, looking directly at the camera. The image is semi-transparent and serves as a backdrop for the text.A decorative graphic element consisting of four overlapping, rounded shapes in shades of gray, arranged in a cross-like pattern.

Este capítulo describe los pasos a seguir para poder estar en condiciones de expandir los servicios de salud reproductiva una vez que se ha estabilizado la situación de crisis y se han implementado todos los componentes del PSIM. Es fundamental asegurar la disponibilidad de insumos de drogas, incluso anticonceptivos y medicamentos para el tratamiento de las ITS, y que su pedido sea efectuado de manera racional y sostenible de forma que la población desplazada pueda tener acceso a servicios integrales de salud reproductiva a la mayor brevedad posible.

OBJETIVO

PLANIFICAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD REPRODUCTIVA, COMO PARTE DE LOS SERVICIOS PRIMARIOS DE SALUD, SIEMPRE Y CUANDO LA SITUACIÓN LO PERMITA.

Ello incluye:

- la recopilación de datos de referencia ya registrados en materia de mortalidad materna y neonatal, prevalencia de ITS y de VIH, prevalencia y métodos preferidos de anticoncepción, y conocimiento, actitudes y comportamiento de la población afectada en cuanto a salud reproductiva, si se disponen de tales datos;
- la identificación de emplazamientos adecuados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva;
- la evaluación de la capacidad del personal para prestar servicios integrales de salud reproductiva y un plan de capacitación o actualización para el mismo;
- la solicitud de equipamientos e insumos a través de líneas de suministro habituales, sobre la base del consumo estimado y observado.

¿Por qué es prioritario planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva?

Resulta fundamental planificar la integración de las actividades de salud reproductiva con los servicios primarios de salud durante la fase inicial. De no hacerlo, la prestación de tales servicios puede demorarse de manera innecesaria, lo que podría incrementar el riesgo de embarazos no deseados, complicaciones durante el embarazo y el parto y enfermedades de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH. Si se cuenta con los datos necesarios, la selección de un emplazamiento adecuado para prestación de servicios, el personal preparado y el pedido de insumos, puede lograrse a la brevedad la prestación de servicios integrales de salud reproductiva una vez que se haya alcanzado la fase estable de la situación de emergencia.

¿En qué momento debe planificarse la prestación de servicios integrales de salud reproductiva?

Resulta esencial planificar, en colaboración con las mujeres, los jóvenes y hombres de las poblaciones desplazadas, a la mayor brevedad posible durante la etapa inicial la manera de incorporar la prestación de actividades integrales de salud reproductiva de buena calidad en los servicios de atención primaria de la salud. De no hacerlo, la prestación de tales servicios puede demorarse innecesariamente.

¿Cuál es la diferencia entre los servicios iniciales mínimos (PSIM) y los servicios integrales de salud reproductiva?

La tabla que aparece en la página siguiente muestra los aspectos técnicos en materia de salud reproductiva que forman parte del PSIM y los elementos que se incorporan en la prestación de mayores servicios de salud reproductiva.

Área	Servicios iniciales mínimos de salud reproductiva (PSIM)	Servicios integrales de salud reproductiva
PLANIFICACIÓN FAMILIAR ⁶⁷	Ninguno* <i>*Si bien la planificación familiar no forma parte del PSIM, de ser posible, deberán obtenerse anticonceptivos en caso de que sean solicitados.</i>	- Localización y adquisición de anticonceptivos - Acceso sostenible a una variedad de métodos anticonceptivos - Capacitación para el personal - Suministro de información, educación y comunicación a la comunidad
VIOLENCIA POR RAZÓN DE GÉNERO ⁶⁸	- Coordinación de sistemas a fin de evitar la violencia sexual - Disponibilidad de servicios de salud para las víctimas de violencia sexual - Capacitación (o actualizaciones) para el personal sobre los sistemas de prevención y respuesta a la violencia sexual	- Ampliación de la atención médica, psicológica y legal a las víctimas - Prevención y atención de otros tipos de violencia por razón de género, incluso violencia doméstica, matrimonios forzados o con menores, ablación de genitales femeninos, tráfico de mujeres, etc. - Suministro de información, educación y comunicación a la comunidad
MATERNIDAD SEGURA ⁶⁹	- Suministro de botiquines para partos asépticos - Suministro de botiquines para partos a las parteras - Implementación de un sistema de derivaciones para urgencias obstétricas	- Atención prenatal - Atención postnatal - Capacitación de asistentes de parto tradicionales y parteras
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ITS, INCLUYENDO VIH ⁷⁰	- Acceso a preservativos en forma gratuita * - Adhesión a las precauciones universales - Transfusiones de sangre seguras <i>* Si bien la planificación de los aspectos relacionados con las ITS no forma parte del PSIM, es importante contar con un tratamiento para los pacientes que se presentan a recibir atención como parte de los servicios clínicos de rutina.</i>	- Identificación y manejo de las ITS - Concientización sobre los servicios de prevención y tratamiento de ITS y VIH - Localización y adquisición de antibióticos y otros medicamentos relevantes según sea necesario - Atención, apoyo y tratamiento para las personas que viven con VIH/SIDA - Colaboración en la implementación de servicios integrales para la atención del VIH/SIDA, según sea apropiado - Suministro de información, educación y comunicación a la comunidad

⁶⁷ "La planificación familiar se refiere a la capacidad de los individuos y parejas de anticipar y llegar a tener la cantidad de hijos que desean, así como el espacio que existirá entre un nacimiento y el próximo y el tiempo en el que prefieren que nazcan. Ello se logra mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad involuntaria." (Definición de trabajo empleada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (RHR) de la OMS). Para mayor información sobre los servicios de planificación familiar en entornos de emergencia, visite: www.rhrc.org/resources/index.cfm?sector=fp (en inglés).

⁶⁸ Para mayor información sobre la violencia por razón de género en entornos de emergencia, visite: www.rhrc.org/resources/index.cfm?sector=gbv.

⁶⁹ Para mayor información sobre la maternidad segura en entornos de emergencia, visite: www.rhrc.org/resources/index.cfm?sector=safe.

⁷⁰ Para mayor información sobre las ITS, entre ellas el VIH, en entornos de emergencia, visite: www.rhrc.org/resources/index.cfm?sector=sti.

LA EXPERIENCIA HA DEMOSTRADO QUE, ADEMÁS DE OFRECER EL PSIM, RESULTA IMPORTANTE DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA IMPULSANDO SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE SALUD REPRODUCTIVA QUE, EN LO POSIBLE, DEBERÁN INCLUIR:

- ✦ el suministro de antibióticos para el tratamiento de personas con síntomas de ITS (Botiquín de salud reproductiva n° 5: tratamiento de ITS);
- ✦ productos básicos de higiene adquiridos a nivel local y suministrados a todas las mujeres y niñas, incluyendo productos de higiene femenina, ropa interior, jabón y toallas para un período de 3 meses;
- ✦ disponibilidad de anticonceptivos básicos a fin de poder dar respuesta a la demanda de mujeres que tengan experiencia en el uso de anticonceptivos y que ya no tienen la posibilidad de acceder a los métodos por los que habían optado (Botiquín interorganismos de salud reproductiva n° 4: anticonceptivos orales e inyectables y botiquín n° 7: DIU).

¿Dónde puede obtenerse información confiable sobre las poblaciones desplazadas?

Parte de la planificación de los servicios integrales de salud reproductiva incluye la recopilación de antecedentes sobre mortalidad de madres, bebés (hasta un año de edad) y niños (mayores de un año), prevalencia del VIH y de ITS y datos sobre la prevalencia de anticonceptivos. Esta información puede obtenerse de fuentes como la OMS⁷¹, el UNFPA⁷², el Banco Mundial⁷³ y del proyecto *Demographic and Health Surveys*⁷⁴ (DHS). Puede resultar más sencillo que el personal que trabaja en las oficinas centrales de los organismos involucrados sea el que reúna tal información. Respecto de las personas desplazadas internamente, es posible que el ministerio de salud también disponga de estadísticas en materia de salud. Entre las herramientas útiles que existen para la recopilación de información se incluyen los siguientes documentos: *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools*⁷⁵ y el *RHRC Monitoring and Evaluation Toolkit*⁷⁶.

BUENAS PRÁCTICAS APLICADAS A LA PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD REPRODUCTIVA OBSERVADAS EN Darfur⁷⁷

- ✦ El UNFPA cuenta con un sistema de información integral de salud en Darfur Meridional.
- ✦ El coordinador del PSIM de Darfur Septentrional diseñó formularios para la recopilación de datos estadísticos para la unidad de maternidad segura y los tradujo al idioma árabe.

⁷¹ www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage.htm

⁷² www.unfpa.org/worldwide

⁷³ www.worldbank.org/www.bancomundial.org

⁷⁴ www.measuredhs.com

⁷⁵ www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/needs_menu.htm

⁷⁶ www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm

⁷⁷ La Women's Commission sub-otorgó una subvención a organismos internacionales la coordinación de la implementación del PSIM en los tres estados de Darfur, Sudán, entre 2005 y 2006. Las buenas prácticas que se incluyen aquí forman parte de las observadas por el equipo de campo de la Women's Commission.

¿Qué características debe tener un emplazamiento para la correcta prestación de servicios integrales de salud reproductiva?

Es importante tener en cuenta los siguientes factores para la selección del emplazamiento correcto:

- ✦ seguridad, tanto en el lugar elegido como en el camino entre las viviendas y el punto de prestación de los servicios
- ✦ acceso para los potenciales usuarios
- ✦ privacidad y confidencialidad durante las consultas
- ✦ fácil acceso a instalaciones de suministro de agua y saneamiento
- ✦ espacio suficiente
- ✦ posibilidades de mantener las condiciones de asepsia⁷⁸
- ✦ medios de comunicación y transporte para las derivaciones
- ✦ herramientas para compilación y análisis de datos
- ✦ instalaciones para el almacenamiento bajo llave de insumos y archivos

¿Qué características deben tener el personal y los insumos?

Deberá llevarse a cabo una evaluación de la capacidad del personal para llevar a cabo la prestación de servicios integrales de salud reproductiva, e implementar planes para la capacitación o actualización del mismo. Asimismo, deben proporcionarse protocolos y material de apoyo para prestar servicios de calidad de conformidad con las mejores prácticas obtenidas a partir de experiencias anteriores.

El equipamiento y los insumos para los servicios integrales de salud reproductiva deben solicitarse a través de las líneas de suministro habituales, sobre la base del consumo estimado y observado. Estas medidas harán que pueda darse comienzo a la prestación de los servicios integrales en el corto plazo una vez que se haya estabilizado la situación y se hayan implementado todos los componentes del PSIM.

⁷⁸ Para mayor información sobre cómo mantener las condiciones de asepsia, visite: www.surgeryencyclopedia.com/A-Ce/Aseptic-Technique.html

Elementos para el monitoreo de los servicios integrales de salud reproductiva del PSIM

✦ Comienzo de la planificación de los servicios integrales de salud reproductiva

Indicadores para monitorear la planificación de la coordinación de los servicios integrales de salud reproductiva:

- ✦ Recopilación de información básica de antecedentes (ver Apéndice A relacionado con el monitoreo y la evaluación)
- ✦ Emplazamientos identificados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva
- ✦ Personal evaluado y los protocolos de capacitación identificados
- ✦ Identificación de canales de adquisición y evaluación del consumo mensual de drogas

*¿Qué insumos son necesarios o bien qué botiquines interorganismos de salud reproductiva pueden solicitarse para afrontar estas situaciones?*⁷⁹

Código	Nombre	Color
Botiquín n° 4:	Botiquín de anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Botiquín n° 5:	Botiquín para tratamiento de ITS	Turquesa
Botiquín n° 7:	Botiquín de DIU	Negro

Desafíos y soluciones

1. ¿Qué ocurre si faltan trabajadoras de la salud de sexo femenino?

Debe procurarse identificar y contratar a trabajadoras de la salud, en particular en entornos en los que las normas religiosas o culturales prohíben que los trabajadores de la salud masculinos examinen a pacientes femeninas. Otra opción podría ser asegurar que siempre haya una asistente de sexo femenino o bien una amiga para acompañar a la mujer que necesita atención médica.

2. Puede resultar difícil acceder a la información de antecedentes sobre mortalidad de madres, bebés (hasta un año de edad) y niños (mayores de un año), prevalencia de VIH y ITS y prevalencia de anticonceptivos en la población desplazada, en particular para una ONG que pretenda averiguar dicha información sin la asistencia de la OMS y del UNFPA. ¿Qué medidas puede tomar un organismo para obtener información confiable sobre la población desplazada?

Es posible que el ministerio de salud disponga de dicha información. Por otra parte, los organismos que asisten a las reuniones de coordinación de salud reproductiva pueden colaborar entre sí para conseguir datos confiables de manera conjunta ingresando a páginas Web como la del UNFPA⁸⁰, la de la OMS⁸¹ y la de USAID⁸². De ser posible, deberá intentarse obtener datos de Internet antes de viajar a las oficinas centrales o solicitarles asistencia en este punto.

⁷⁹ Los botiquines que se indican aquí cubren las necesidades más básicas. Los insumos deben adquirirse sobre la base de los datos de prevalencia de anticonceptivos y prevalencia de ITS. El *Reference and Training Package* consiste en un conjunto de fuentes documentales que se incluye con cada pedido de un botiquín. Para conocer la lista de materiales que contiene dicho paquete, remítase al Capítulo 7. El manual *RH Kits for Crisis Situations* se encuentra disponible en www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf.

⁸⁰ www.unfpa.org/worldwide

⁸¹ www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxhtml/RHRmainpage.htm

⁸² <http://dolphn.aimglobalhealth.org>

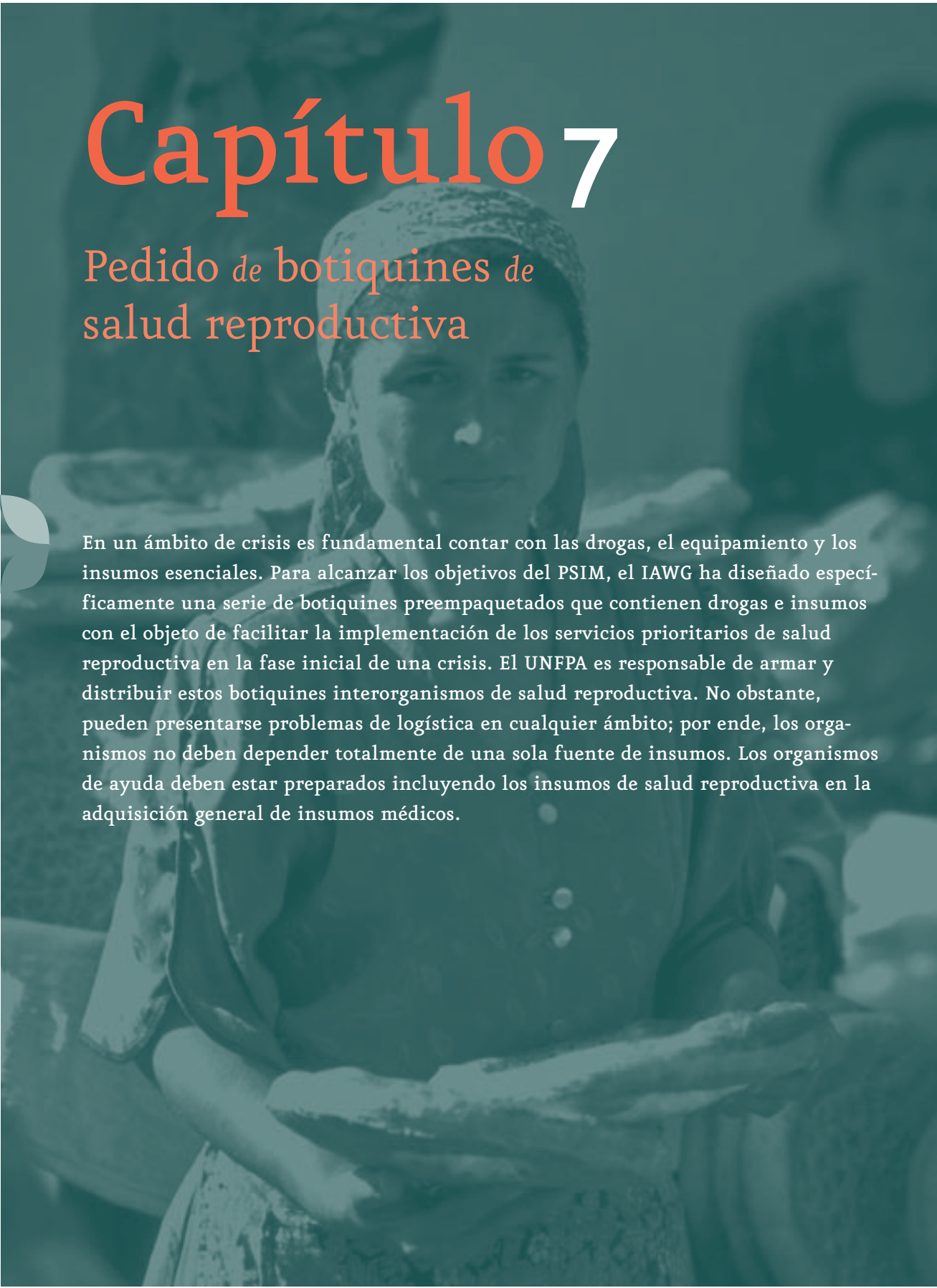
Evaluación del capítulo

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta. (Respuestas: pág. 89)

- 1 ¿Cuál de las siguientes actividades **no** forma parte de la planificación de los servicios integrales de salud reproductiva para mujeres, hombres y jóvenes desplazados?
 - a. Preparación para prevenir y abordar todas las formas de violencia en razón del género
 - b. Preparación para establecer asistencia prenatal y postnatal
 - c. Preparación para capacitar trabajadores de la salud
 - d. Establecer un sistema de derivación para brindar atención obstétrica de urgencia.
- 2 ¿Qué actividad debe realizarse para planificar una expansión de los servicios de salud reproductiva?
 - a. Recolectar información sobre tasas de mortalidad, prevalencia de ITS/VIH y prevalencia de anticonceptivos
 - b. Establecer asistencia médica para víctimas de violaciones
 - c. Evaluar la capacidad del personal, desarrollar planes de capacitación y pedir insumos
 - d. Solicitar equipos e insumos a través de las líneas de suministro habituales
- 3 ¿Dónde se puede obtener información confiable sobre la población desplazada?
 - a. OMS
 - b. Banco Mundial
 - c. UNFPA
 - d. UNBST
- 4 El PSIM incluye servicios de planificación familiar.
 - ☒ Verdadero
 - ☒ Falso
- 5 ¿Cuáles son las características de un emplazamiento adecuado para prestar servicios integrales de salud reproductiva?
 - a. Privacidad y confidencialidad durante las consultas
 - b. Posibilidades de mantener las condiciones de asepsia
 - c. Medios de comunicación y transporte para las derivaciones
 - d. Instalaciones para el almacenamiento bajo llave de insumos y archivos

Capítulo 7

Pedido *de* botiquines *de* salud reproductiva



En un ámbito de crisis es fundamental contar con las drogas, el equipamiento y los insumos esenciales. Para alcanzar los objetivos del PSIM, el IAWG ha diseñado específicamente una serie de botiquines preempaquetados que contienen drogas e insumos con el objeto de facilitar la implementación de los servicios prioritarios de salud reproductiva en la fase inicial de una crisis. El UNFPA es responsable de armar y distribuir estos botiquines interorganismos de salud reproductiva. No obstante, pueden presentarse problemas de logística en cualquier ámbito; por ende, los organismos no deben depender totalmente de una sola fuente de insumos. Los organismos de ayuda deben estar preparados incluyendo los insumos de salud reproductiva en la adquisición general de insumos médicos.

¿Cuándo debe efectuarse el pedido de botiquines interorganismos de salud reproductiva?

Los botiquines de salud reproductiva fueron diseñados para ser empleados en la etapa inicial de una emergencia en virtud de que su contenido es útil para un período limitado (tres meses) y para una determinada cantidad de individuos. Una vez que se ha logrado establecer los servicios básicos de salud reproductiva, el coordinador de salud reproductiva debe analizar la situación, evaluar las necesidades de la población y volver a efectuar los pedidos de material descartable y otros equipamientos según sea necesario para garantizar la sostenibilidad del programa de salud reproductiva y evitar la falta y el desperdicio de insumos que no se emplean en el lugar. Los pedidos subsiguientes de los insumos continuamente necesarios se canalizan a través de las líneas de suministro habituales dentro del país, los canales de adquisición empleados por las ONG o por intermedio del *Procurement Services Section*⁸³ (División de Servicios de Compras) del UNFPA. Es decir, una vez que la fase de emergencia ha concluido, debe evitarse efectuar pedidos de los botiquines de salud reproductiva preempaquetados en forma constante.

¿Existen otros organismos que proveen botiquines preempaquetados con insumos de salud reproductiva además del UNFPA?

Sí, el Botiquín médico interinstitucional de emergencia 2006⁸⁴ (anteriormente denominado Nuevo botiquín de urgencia (NEHK por su sigla en inglés)) es la versión más reciente de un botiquín estandarizado para situaciones de emergencia que contiene las drogas, el equipamiento y los insumos básicos para la provisión de los servicios de atención primaria de salud. Este botiquín médico de emergencia fue diseñado por la OMS, el ACNUR, UNICEF, el UNFPA, Médicos Sin Fronteras, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Contiene un botiquín para parteras, píldoras anticonceptivas de emergencia, tratamiento para profilaxis posterior a la exposición para prevenir la transmisión del VIH tras una violación y los insumos para la aplicación de las precauciones universales. No obstante, para ofrecer la variedad completa de servicios prioritarios de salud reproductiva en una situación de emergencia, se recomienda solicitar los botiquines interorganismos de salud reproductiva o identificar otras fuentes de insumos para garantizar que se disponga de todos los materiales y equipamientos necesarios.

¿Qué información se necesita para solicitar los botiquines interorganismos de salud reproductiva?

El UNFPA necesita conocer el lugar donde se emplearán los botiquines y qué organización o individuo estará a cargo de organizar su distribución, junto con los datos de contacto, entrega y financiamiento relevantes. Asimismo, requiere información sobre el tipo de entorno, la cantidad de población a la que se destinarán los botiquines, el período de operación y la cantidad de centros de salud y hospitales de derivación, lo que contribuye a calcular la cantidad de insumos que serán necesarios para afrontar la situación. También puede resultar útil contar con datos sobre el personal como:

- ✦ cantidad de médicos
- ✦ cantidad de médicos calificados para cirugía obstétrica
- ✦ cantidad de enfermeras
- ✦ cantidad de enfermeras capacitadas en obstetricia
- ✦ cantidad de parteras calificadas
- ✦ cantidad de asistentes de parto tradicionales
- ✦ cantidad de trabajadores de la salud de la comunidad

⁸³ Para mayor información, visite el siguiente link: www.unfpa.org/procurement/contact.htm.

⁸⁴ www.who.int/medicines/publications/WEB_IEHK_SP.pdf

Conocer la siguiente información básica podrá ayudarlo a efectuar un pedido con la cantidad adecuada de insumos que necesita. (Se indican valores estimados en los casos en los que no se dispone de los datos.)

Código del botiquín e información útil para completar los formularios de pedido al UNFPA	Porcentaje estimado (por defecto)	Porcentaje estimado propio
GENERAL		
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (edad reproductiva de las mujeres: de 15 a 49 años) en la población	25	
Tasa bruta de natalidad	4	
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan anticonceptivos modernos	15	
BOTIQUÍN N°1		
Porcentaje de hombres sexualmente activos en la población	20	
Porcentaje de hombres sexualmente activos que usan preservativos	20	
Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que usan preservativos femeninos	1	
BOTIQUÍN N°3		
Prevalencia de violencia sexual (porcentaje de mujeres en edad reproductiva con riesgo de ser violadas)	2	
BOTIQUÍN N°4		
Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos (anticonceptivos orales combinados en píldoras)	30	
Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos (anticonceptivos inyectables)	55	
BOTIQUÍN N°6		
Porcentaje de mujeres cuyo parto tendrá lugar en un centro de salud	15	
BOTIQUÍN N°7		
Porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos (DIU)	5	
BOTIQUÍN N°8		
Porcentaje de embarazos que terminan en abortos espontáneos o bien en abortos inseguros (estimado como porcentaje adicional de los nacimientos con vida)	15	
BOTIQUÍN N°9		
Porcentaje de mujeres cuyo parto requerirá sutura de desgarros vaginales	15	
BOTIQUÍN N°11		
Porcentaje de partos que requieran cesárea	5-15	

¿Cuál es el costo de los botiquines interorganismos de salud reproductiva?

El costo de los botiquines varía en forma periódica. Es conveniente contactarse directamente con el UNFPA para simplificar la solicitud de los pedidos, analizar las cuestiones relativas al presupuesto y garantizar que la información de contacto y entrega sea correcta.

¿Cuánto demoran los botiquines interorganismos de salud reproductiva en llegar al lugar donde son necesarios?

En situaciones de crisis, los botiquines deberían llegar al puerto de entrada del país dentro de los dos a siete días de haber efectuado el pedido y de haber transferido los montos correspondientes. El transporte a los diferentes emplazamientos dependerá de los arreglos de transporte local y almacenamiento que pueda hacer el organismo solicitante.

¿Cómo se embalan los botiquines interorganismos de salud reproductiva?

A fin de facilitar la logística dentro de cada país, el UNFPA ha dispuesto que las cajas que contienen los botiquines tengan las siguientes características:

- ✦ Indiquen la cantidad de cajas y el peso y volumen de cada botiquín
- ✦ Puedan ser manipulados por una o dos personas
- ✦ Indiquen claramente el código del botiquín, su descripción, la persona de contacto y el contenido
- ✦ Presenten marcas en todos los laterales de la caja con el color que representa al botiquín

¿Cómo puedo conocer el contenido exacto de cada botiquín interorganismos de salud reproductiva?

Puede contactarse al UNFPA para solicitar un ejemplar del manual *Reproductive Health Kits for Crisis Situations*⁸⁵. Este manual incluye una lista del contenido de cada botiquín así como una guía sobre el tipo de capacitación con la que debe contar el personal de salud para emplear el contenido del botiquín de manera adecuada.

¿Se incluye algún tipo de material de referencia o capacitación con el pedido de botiquines de salud reproductiva?

Sí, con cada botiquín solicitado se entrega una Guía de capacitación y referencia que incluye la siguiente documentación y manuales:

- ✦ *Clinical Management of Rape Survivors: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*⁸⁶. OMS /ACNUR (edición revisada) 2004.
- ✦ *Distance Learning Module on the Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health*⁸⁷. Women's Commission for Refugee Women and Children, 2006.
- ✦ *Minimum Initial Service Package (MISP) Fact Sheet*⁸⁸. Women's Commission for Refugee Women and Children, (versión revisada) 2006.
- ✦ *Field-Friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*⁸⁹. Women's Commission for Refugee Women and Children/Consortio RHRC, 2005.

⁸⁵ www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf

⁸⁶ http://www.rhrc.org/pdf/Clinical_Management_2005_rev.pdf

⁸⁷ <http://www.rhrc.org/misp>

⁸⁸ www.rhrc.org/pdf/MISP%20Fact%20sheet%20SPANISH.pdf

⁸⁹ www.rhrc.org/pdf/emoc_ffg.pdf

- ✦ *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies*⁹⁰. Inter-agency Standing Committee Task Force on Gender and Humanitarian Assistance, 2005.
- ✦ *Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings*⁹¹. IASC, 2005.
- ✦ *Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*⁹². OMS, 2003.
- ✦ *Integrated Management of Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*⁹³. OMS, UNFPA, UNICEF, BANCO MUNDIAL, 2003.
- ✦ *Reproductive Health during Conflict and Displacement: A Guide for Program Managers*⁹⁴. OMS 2000.
- ✦ *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*⁹⁵. ACNUR/UNFPA/OMS, 1999.
- ✦ *RHRC Monitoring and Evaluation Tool Kit*⁹⁶. Consorcio RHRC, 2004.
- ✦ *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations*⁹⁷. UNFPA/IAWG, (edición revisada) 2006.

Algunos de estos documentos están disponibles en diferentes idiomas a fin de que sean útiles para adaptarse al contexto de la crisis, pero las distintas traducciones no se incluyen a menos que sean solicitadas específicamente. Por ejemplo, el *Inter-agency Field Manual* se encuentra disponible en los siguientes idiomas: inglés, francés, español, portugués y ruso.

⁹⁰ www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Violencia%20por%20Razon%20de%20Genero.pdf

⁹¹ www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelines-hiv-emer.pdf

⁹² http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf

⁹³ <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924159084X.pdf>

⁹⁴ www.who.int/reproductive-health/publications/conflict_and_displacement/pdf/conflict_displacement.pdf

⁹⁵ www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/full_text.pdf

⁹⁶ www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm

⁹⁷ www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf

Los botiquines de salud reproductiva fueron diseñados para ser usados durante un período de 3 meses para una cantidad variable de población, dependiendo del bloque de botiquines solicitado⁹⁸. Los botiquines de salud reproductiva se dividen en tres bloques tal como se muestra a continuación:

Bloque n° 1: Seis botiquines para ser usados en el ámbito de la comunidad y en los centros de atención primaria de salud para 10 000 personas durante 3 meses		
CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	COLOR
Botiquín n° 0	Botiquín administrativo	Naranja
Botiquín n° 1	Botiquín de preservativos (La parte A contiene preservativos masculinos y la parte B contiene preservativos femeninos)	Rojo
Botiquín n° 2	Botiquín para partos asépticos (Individual) (La parte A es para parto individual y la parte B es para ser empleada por las asistentes de parto)	Azul oscuro
Botiquín n° 3	Botiquín para atención de víctimas de violaciones	Rosa
Botiquín n° 4	Botiquín de anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Botiquín n° 5	Botiquín para tratamiento de ITS	Turquesa

El bloque n° 1 contiene seis botiquines. Cada botiquín fue elaborado para ser usado por una cantidad de 10 000 personas en un período de 3 meses. Los botiquines contienen principalmente material descartable. Los botiquines 1 y 2 se subdividen en las partes A y B, que pueden solicitarse en forma independiente.

Bloque n° 2: Cinco botiquines para ser usados en el ámbito de la comunidad y en los centros de atención primaria de salud por 30 000 personas durante 3 meses		
CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	COLOR
Botiquín n° 6	Botiquín para partos (para establecimientos de salud)	Marrón
Botiquín n° 7	Botiquín de DIU	Negro
Botiquín n° 8	Botiquín para manejo de complicaciones de abortos	Amarillo
Botiquín n° 9	Botiquín para sutura de desgarros (de cuello uterino y vagina) y de examen vaginal	Violeta
Botiquín n° 10	Botiquín para extracción por vacío (o ventosa obstétrica) para partos (manual)	Gris

El bloque n° 2 está formado por cinco botiquines que contienen material descartable y reutilizable. Estos botiquines fueron diseñados para una población de 30 000 personas por un período de 3 meses ya que gracias a que los costosos materiales son reutilizables puede evitarse el desperdicio. No obstante, esto no significa que los botiquines no puedan solicitarse para entornos con menos de 30 000 personas (en estos casos, los insumos de los botiquines duran más tiempo).

Bloque n° 3: Dos botiquines a ser empleados en los hospitales de derivación para 150 000 personas durante 3 meses		
CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	COLOR
Botiquín n° 11	Botiquín de salud reproductiva para centros de derivación (partes A y B)	Verde fluorescente
Botiquín n° 12	Botiquín para transfusiones de sangre	Verde oscuro

El bloque n° 3 está formado por dos botiquines que contienen material tanto descartable como reutilizable para el ámbito de los centros de derivaciones (para cirugía obstétrica). En la mayoría de los países, este ámbito normalmente atiende a una población de aproximadamente 150 000 personas durante un período de 3 meses. En situaciones de desplazamiento, los pacientes por lo general se derivan al hospital más cercano, lo que usualmente requiere apoyo en términos de equipamiento e insumos para poder prestar los servicios necesarios para esta cantidad adicional de población.

⁹⁸ Remítase al cuadro de la página 57 para obtener mayor información sobre cómo efectuar los pedidos.

¿Cómo puedo pedir los botiquines interorganismos de salud reproductiva?

Puede solicitarse información sobre los botiquines o asistencia para efectuar los pedidos en las oficinas de campo del UNFPA, organismos asociados o bien a la Humanitarian Response Unit (HRU) (Unidad de Respuesta Humanitaria) del UNFPA de Nueva York o Ginebra:

UNFPA/HRU
220 East 42nd Street
Nueva York, NY 10017
Estados Unidos de Norteamérica

tel: +1 212 297 5245
fax: +1 212 297 4915
correo electrónico: hru@unfpa.org
Sitio Web: www.unfpa.org

UNFPA/HRU
11-13, chemin des Anémones
1219 Chatelaine, Ginebra
Suiza

tel: +41 22 917 83 14
fax: +41 22 917 80 16
correo electrónico: doedens@unfpa.org

También puede efectuar el pedido de los botiquines directamente a la:

UNFPA Procurement Services Section
Midtermolen 3
2100 Copenhagen
Dinamarca

tel: +45 3546 7368/7000
fax: +45 3546 7018
correo electrónico: janssens@unfpa.org o dsmith@unfpa.org

¿Cómo se efectúa el pedido del Botiquín médico interinstitucional de emergencia?

Puede obtenerse un folleto en la Fundación IDA (International Dispensary Association Foundation) que describe el contenido del botiquín médico interinstitucional de emergencia y la manera de efectuar el pedido:

IDA Foundation
P.O. Box 37098
1030 AB Ámsterdam
Países Bajos

tel: +31 20 403 30 51
fax: +31 20 403 18 54
correo electrónico: info@ida.nl

También puede contactarse directamente con UNICEF en:

Procurement Services Centre
UNICEF Supply Division
UNICEF Plads, Freeport
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca

tel: +45 35 27 32 21
fax: +45 35 26 94 21
correo electrónico: psid@unicef.org

Ejercicio

¿Cómo formular un pedido para un campamento o asentamiento de 20 000 personas?
Se llevó a cabo una evaluación básica y se registró la siguiente información.

POBLACIÓN TOTAL:	20 000 personas
OBSERVACIONES ESPECIALES:	Los preservativos femeninos son conocidos y usados
NIVEL DEL PERSONAL:	1 médico, 2 enfermeras profesionales, 1 partera, asistentes de parto tradicionales y trabajadores de la salud
NIVEL DE DERIVACIÓN:	El hospital local está ubicado a 10 km del lugar; posee escasos equipos pero cuenta con personal capacitado que puede atender urgencias obstétricas

Pedido		
CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	CANTIDAD
Botiquín n° 0	Botiquín administrativo	2
Botiquín n° 1	Botiquín de preservativos (partes A y B)	2
Botiquín n° 2	Botiquín para partos asépticos (individual) (partes A y B)	2
Botiquín n° 3	Botiquín para atención de víctimas de violaciones	2
Botiquín n° 4	Botiquín de anticonceptivos orales e inyectables	2
Botiquín n° 5	Botiquín para tratamiento de ITS	2
Botiquín n° 6	Botiquín para partos (establecimientos de salud)	2
Botiquín n° 7	Botiquín de DIU	2
Botiquín n° 8	Botiquín para manejo de complicaciones de aborto	1
Botiquín n° 9	Botiquín de sutura de desgarros (de cuello uterino y vagina) y examen vaginal	1
Botiquín n° 10	Botiquín de extracción por vacío o ventosa obstétrica (manual) para partos	1
<i>Como refuerzo para los hospitales de derivación</i>		
Botiquín n° 11	Botiquín de salud reproductiva para centros de derivaciones (partes A y B)	1
Botiquín n° 12	Botiquín para transfusiones de sangre	1

Evaluación del capítulo

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta. (Respuestas: pág. 90)

- 1 Los botiquines interorganismos de salud reproductiva incluyen preservativos femeninos.
 - ☐ Verdadero
 - ☐ Falso
- 2 Para hacer un pedido de insumos de salud reproductiva, ¿cuál de las siguientes actividades **no** es necesaria?
 - a. Calcular la población total
 - b. Identificar el número de personal sanitario y sus calificaciones
 - c. Organizar grupos de enfoque con un mismo número de hombres y mujeres
 - d. Evaluar el estado del establecimiento de derivaciones local
- 3 ¿Para cuánto tiempo de uso están diseñados los botiquines de salud reproductiva?
 - a. 1 mes
 - b. 3 meses
 - c. 6 meses
 - d. 1 año
- 4 ¿Para que tipo de nivel de asistencia de salud están diseñados los botiquines de salud reproductiva?
 - a. Nivel comunitario
 - b. Nivel de atención primaria de salud
 - c. Nivel de derivación
 - d. Nivel nacional
- 5 Al comienzo de una emergencia, ¿los organismos deben primero intentar obtener insumos del ACNUR?
 - ☐ Verdadero
 - ☐ Falso

Preguntas frecuentes

1. *Los trabajadores de los servicios humanitarios no tienen tiempo para actividades que no son fundamentales para salvar vidas. ¿Los servicios de salud reproductiva son importantes para reducir la mortalidad y morbilidad?*

Sí, prestar servicios de salud reproductiva salva vidas. El PSIM ha sido creado para priorizar cuáles de las tantas actividades de salud reproductiva deben realizarse y resultan de mayor importancia para reducir la morbilidad y mortalidad en situaciones de emergencia, en particular entre las mujeres y las niñas.

2. *¿Cómo puedo abogar por el PSIM entre mis colegas?*

Inicialmente, es posible que algunos agentes humanitarios no consideren la salud reproductiva como una prioridad, pero quizás resulte muy efectivo para que la gente comience a dar a este tema la atención que se merece en las situaciones de crisis si se señala que el PSIM es una norma del *Proyecto Esfera*, si se usa la información incluida en este módulo para educar a los colegas sobre los riesgos que las mujeres y niñas corren en las emergencias y algunas de las tareas básicas que se pueden realizar para reducir los riesgos.

3. *El organismo al cual pertenezco no está involucrado en el suministro de servicios de salud reproductiva, por lo cual ¿por qué tendría que preocuparme por el PSIM?*

El PSIM no se limita al sector de la salud. Por ejemplo, la prevención integral de la violencia sexual requiere del accionar no sólo del personal de la salud sino de los servicios comunitarios, de los sectores de planeación del emplazamiento, de agua y saneamiento y protección/asuntos legales. Para prevenir la violencia sexual, todos los sectores deben estar involucrados para apoyar la seguridad de las poblaciones de desplazados, en particular de las mujeres y niñas. Para reducir la transmisión del VIH, todos los organismos y sectores pueden colaborar para proporcionar preservativos gratuitamente y ponerlos a disposición de la población afectada y de los empleados en lugares visibles. Los servicios de asistencia obstétrica de urgencia pueden requerir que el organismo encargado de la administración del campamento apoye el transporte de mujeres embarazadas a un establecimiento de derivación. La implementación multisectorial de los objetivos del PSIM ayudará a reducir la muerte y discapacidad lo más posible durante los primeros días de una emergencia.

4. *¿Los anticonceptivos de emergencia son parte del PSIM?*

Sí, los anticonceptivos de emergencia deben estar a disposición de las víctimas de violaciones y de las mujeres y niñas que quieran evitar embarazos no deseados después de una relación sexual sin protección. Los anticonceptivos de emergencia están disponibles en el botiquín n° 3, para atención de víctimas de violaciones y en el botiquín n° 4, anticonceptivos orales e inyectables. Los anticonceptivos de emergencia también pueden obtenerse a nivel local: *Not-2-Late.com*, un sitio sobre este tipo de anticonceptivos, contiene una lista de anticonceptivos de emergencia disponibles a nivel local para países de todo el mundo. También se puede obtener el resultado deseado con píldoras anticonceptivas comunes que se encuentren en los suministros médicos usuales del organismo. Un recurso útil con información detallada sobre los regímenes para la anticoncepción de emergencia es *Emergency Contraception for Conflict-affected Settings: A Reproductive Health Response in Conflict Consortium Distance Learning Module*.⁹⁹

⁹⁹ www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/welcome.htm

5. *¿No es ofensivo ofrecer preservativos a una población desplazada que es muy conservadora?*

Sería ofensivo realizar una distribución masiva de preservativos los primeros días y semanas de una nueva emergencia sin tener idea del nivel de conocimiento y actitudes de la población. No es fácil juzgar si una población es conservadora o no. Sin embargo, puede haber algunos segmentos de la población que sean menos conservadores. Por lo tanto, es mejor poner los preservativos a disposición en un entorno de crisis aun cuando se los ofrece en lugares menos públicos donde se los puede obtener discretamente (por ejemplo, en las letrinas). Tan pronto como la situación se estabilice y el PSIM esté completamente implementado, se podrán realizar más evaluaciones detalladas para determinar cómo encarar campañas de información, educación y comunicación, y de distribución de preservativos.

6. *¿Por qué se deberían proporcionar preservativos si la población desplazada no sabe usarlos y la prevalencia del VIH es muy baja?*

Aun cuando el porcentaje de personas que en la comunidad saben cómo usar preservativos es bajo, éticamente, los preservativos deberían ser proporcionados para que aquellos que quieren usarlos puedan hacerlo.

7. *¿Establecer servicios de atención prenatal ayudará a los trabajadores de la salud a identificar las mujeres que corren riesgos de tener complicaciones obstétricas de urgencia?*

No, el examen de mujeres en sus visitas prenatales en la mayoría de los casos no identificará aquellas que van a tener complicaciones en el embarazo y parto. Por lo tanto, es fundamental garantizar que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a servicios de asistencia obstétrica de urgencia para que aquellas que sufran complicaciones puedan recibir los servicios necesarios que pueden salvar su vida.

8. *Como trabajador de la salud, ¿cómo sé si la sangre que estoy dando a mis pacientes ha sido analizada?*

Esta información tiene que estar disponible en el establecimiento de salud o debe ser proporcionada por el ministerio de salud, y quizás también pueda ser obtenida de otras ONG o de los organismos de la ONU que estén trabajando en el área. Todos los trabajadores de la salud son responsables de verificar que toda la sangre utilizada en transfusiones en el establecimiento donde trabajan, y en los establecimientos adonde derivan pacientes, sea segura. En caso de ser necesario, puede solicitar el botiquín n° 12, que incluye pruebas de VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea para analizar sangre que será utilizada en transfusiones.

9. *¿Cómo sabe la comunidad dónde y cómo puede denunciar incidentes de violencia sexual? ¿O dónde y cómo derivar a mujeres que tienen complicaciones en el parto?*

Una vez que se han establecido los servicios para víctimas de violencia sexual y de asistencia obstétrica de urgencia, los sectores de servicios comunitarios y de salud deberán informar a la comunidad sobre la disponibilidad de estos servicios y sobre la urgencia con la cual las víctimas de violencia sexual deben presentarse a los mismos. Asimismo, deberán informar sobre los procedimientos para derivar a mujeres que están desarrollando complicaciones en el embarazo o parto.

10. *¿La capacitación sobre partos asépticos y seguros de las asistentes de parto tradicionales y de las parteras no es importante para reducir la muerte y discapacidad materna y neonatal?*

Si bien se debería incentivar a las asistentes de parto tradicionales para que deriven los casos correspondientes durante los primeros días o semanas de nuevas emergencias, no constituye un buen uso del tiempo y de los recursos capacitar a las asistentes de parto tradicionales y a las parteras sobre cómo realizar partos asépticos y seguros. Este tipo de capacitación profundizada deberá esperar hasta que se alcance una etapa más estable.

Escenarios para implementar el PSIM

1. *Usted es un trabajador de la salud basado en un campamento para desplazados internos. Una mujer se presenta en el establecimiento de salud donde usted trabaja y le dice que ha sido violada cuando buscaba leña fuera del perímetro del campamento. ¿Cómo abordará usted las necesidades de esta mujer?*

Primero, deberá garantizarle que lo que sucedió no fue su culpa y que no se merece eso. Infórmele sobre su derecho de recibir asistencia y los servicios que ésta incluye. Si acepta recibir asistencia, proporcionele sin demora los servicios que se describen en *Clinical Management of Rape Survivors*¹⁰⁰ (Médicos Sin Fronteras, el Ministerio de Salud, etc.). Si la mujer está de acuerdo, el incidente deberá ser denunciado al oficial de protección del campamento para garantizar su seguridad inmediatamente. También se le podrá ofrecer servicios psicológicos proporcionados por el sector de servicios comunitarios. Asegúrese de que se mantenga la confidencialidad durante todo este proceso y no haga nada para lo cual la víctima no haya dado su consentimiento.

También es importante trabajar con todas las organizaciones del campamento para ver cómo prevenir violaciones futuras. Su equipo podría considerar identificar otras fuentes de combustible para que la comunidad no dependa de la leña, organizar que haya acompañantes armados o de protección para buscar leña de modo tal de aumentar la seguridad, obtener/producir estufas que sean eficientes en el consumo de combustible o discutir las posibilidades de cambiar el tipo de raciones que se suministran a la comunidad por otro tipo que no requiera mucho tiempo de cocción.

2. *El UNFPA lo ha contratado como Coordinador de Salud Reproductiva en una región que recibió el influjo de refugiados de un país vecino hace dos días. ¿Cuáles son algunos de los primeros pasos que deberá tomar?*

Convoque una reunión con todos los organismos asociados del UNFPA y otros actores locales o nacionales que estén respondiendo a las necesidades de los refugiados. Durante la reunión, identificará cuáles de esas organizaciones ya cuentan con un Coordinador de Salud Reproductiva/Punto Focal y cuáles todavía necesitan hacer de la salud reproductiva una prioridad. Esta reunión también dará la oportunidad de facilitar el pedido de insumos para los organismos e iniciar un plan para monitorear y compartir datos sobre mortalidad, nacimientos, etc.

3. *Usted es un supervisor recientemente llegado a un establecimiento de salud del campamento. Observa que el personal no usa guantes ni vestimenta de protección y que detrás del centro de salud hay un depósito abierto de desechos médicos, incluyendo agujas. ¿Cómo abordará estos temas preocupantes?*

Organice una sesión de actualización para todo el personal del establecimiento de salud en relación con las precauciones universales y asegúrese de contar con los insumos necesarios haciendo un inventario y pidiendo los materiales que hagan falta. Asimismo, durante la sesión de actualización podrá trabajar con el personal para desarrollar un sistema para auto-controlar el cumplimiento de las tareas de limpieza, desinfección y esterilización del equipo y de los insumos y para identificar el personal responsable de la gestión diaria de los desechos médicos, como ser incinerar o enterrar en un depósito específico para desechos médicos. Si el personal se siente abrumado y que no tiene suficiente tiempo para garantizar el cumplimiento de las precauciones universales, podrá determinar si se necesita más personal, si es posible contratar más personal, o podrá ayudarlos a determinar cómo priorizar el cumplimiento de las precauciones universales frente a otras tareas que no son tan importantes. En última instancia, la mayoría de los trabajadores de la salud capacitados deberían saber cuán básicas y críticas son las precauciones universales y comprender el principio de prevenir la transmisión de infecciones en un entorno de asistencia médica. Por lo tanto, quizás sea suficiente recordarles que deben asegurarse de respetar las precauciones universales y brindarles el apoyo que necesiten.

¹⁰⁰ http://www.rhrc.org/pdf/Clinical_Management_2005_rev.pdf

4. *Usted es un trabajador de la salud en un área alejada. Debido al conflicto continuo en el área local, usted y sus colegas se van del campamento a las 4 pm para poder llegar a su residencia antes de que oscurezca y que comience el toque de queda. Una joven comenzó el trabajo de parto a la mañana temprano antes de que su personal llegara al campamento a las 9 am. Tenía un parto obstruido y necesitaba ser derivada a un establecimiento médico para que le hicieran una cesárea. Por suerte, llegó al establecimiento de derivación con tiempo para tener un parto seguro. ¿Qué haría usted ahora para prevenir que en el futuro otra mujer embarazada se quede aislada en el campamento sin transporte?*

Es necesario negociar el transporte de emergencia con el personal de seguridad, los administradores del campamento y otros agentes relevantes. Si cae dentro del protocolo de seguridad, una alternativa es averiguar si alguna persona del área cuenta con un vehículo que está dispuesta a usar para transportar mujeres del campamento al establecimiento de salud. Esta persona podría estar registrada con el personal de seguridad del campamento para poder viajar de noche. Se podría establecer un sistema de comunicación por radio en el centro de salud del campamento para comunicarse con tal persona local para alertarla inmediatamente de que hay una mujer que necesita ser transportada al establecimiento de derivación. Otra alternativa es adquirir otro vehículo que quede en el establecimiento de salud del campamento durante la noche para que las mujeres puedan ser transportadas directamente cuando se presenten, día o noche.

5. *Usted ha llegado al lugar donde se desató una crisis y está a cargo de obtener los insumos de salud reproductiva. ¿Cuáles son sus primeros pasos?*

Analice la situación rápidamente para averiguar la cantidad total de población, cuánto personal y de qué tipo está trabajando en este entorno, dónde se encuentra el establecimiento de derivación y en qué condiciones se encuentra y si hay una oficina nacional de la UNFPA. Podrá usar esta información para determinar qué recursos básicos se necesitan, incluyendo personal, insumos y equipos. Es mejor anticipar estas necesidades antes de una emergencia e incluir en la plantilla de personal para emergencias gente adecuadamente capacitada e insumos y equipo en los pedidos de provisiones. También puede trabajar junto con el UNFPA (oficina nacional u oficina en Nueva York o Ginebra) para determinar los botiquines que deben solicitarse y cómo financiar la compra a través de la organización para la que usted trabaja.

6. *Usted ha estado trabajando en un campamento durante cuatro meses donde un flujo continuo de refugiados del conflicto desatado en el país vecino ha terminado hace un mes y todos los componentes del PSIM están bien establecidos. En la reunión más reciente de coordinación sobre salud, se informó que la tasa bruta de mortalidad se había estabilizado en menos de 1/10 000 personas por día y que la cantidad de refugiados registrándose había caído significativamente. ¿Qué deberá hacer usted ahora que la situación parece haber llegado a una etapa más estable?*

Use la información que ha recogido sobre mortalidad materna e infantil, prevalencia de VIH y prevalencia de anti-conceptivos para determinar qué servicios de salud reproductiva adicionales serían adecuados para esta población. Determine si los sitios identificados para los servicios de salud reproductiva ampliados continúan siendo adecuados en términos de seguridad, accesibilidad, privacidad y confidencialidad durante las visitas, acceso al agua y servicios sanitarios, lugar adecuado para que los pacientes esperen y si se pueden encontrar suficientes provisiones para que los trabajadores de la salud puedan mantener las condiciones de asepsia. Comience a capacitar al personal sobre las necesidades que se identificaron durante los últimos tres meses. Revise qué provisiones necesita a fin de ver qué insumos pueden solicitarse a través de los canales normales de adquisición para complementar el inventario que se pidió a través de los botiquines interorganismos de salud reproductiva.

Evaluación final del módulo sobre el PSIM

Tenga en cuenta que las preguntas de respuestas múltiples pueden tener más de una respuesta correcta.

1 ¿Cuándo debería implementarse el PSIM?

- a. En los primeros días de una situación de crisis
- b. Una vez que se recibió aprobación del UNFPA
- c. Una vez que las tasas de mortalidad precoz se estabilizaron
- d. Una vez que la población se asentó en los campamentos

2 Las actividades de un coordinador de salud reproductiva que promueve la implementación del PSIM incluyen:

- a. Capacitar/volver a capacitar al personal para ofrecer servicios integrales de salud reproductiva
- b. Asegurar la presencia de un trabajador de la salud o acompañante del mismo sexo y que hable el mismo idioma durante cualquier examen médico de una víctima de violencia sexual
- c. Adaptar e introducir simples formularios para monitorear las actividades del PSIM
- d. Garantizar la provisión de servicios de planificación familiar

3 ¿Qué datos de salud y geográficos el coordinador de salud reproductiva deberá determinar o estimar?

- a. Tasa de desnutrición
- b. Cantidad de hombres sexualmente activos
- c. Tasa bruta de natalidad
- d. Tasa de mortalidad por edad

4 Se pueden obtener los insumos para el PSIM:

- a. Pidiendo el Botiquín médico interinstitucional de emergencia 2006
- b. Pidiéndolos a la organización para la que uno trabaja
- c. Contactando al ACNUR para obtener provisiones de salud reproductiva
- d. Contratando a una ONG local para que arme los botiquines

5 ¿Qué actividades deben realizarse en torno a un bebé inmediatamente después del parto?

- a. Ayudar a la madre a que comience a amamantar dentro de la primera hora
- b. Asegurarse de que las asistentes de parto usen guantes o se laven las manos con agua jabonosa antes de atar y cortar el cordón
- c. Asegurarse de que se seque al bebé y envuelva en una manta para mantenerlo abrigado inmediatamente después del nacimiento
- d. Alentar a la madre a que complemente el amamantamiento con fórmula láctea

6 ¿Cuáles de las siguientes actividades deberían ser emprendidas durante los primeros días de una emergencia?

- a. Realizar una campaña de sensibilización sobre el uso del preservativo en toda la comunidad
- b. Asegurarse de que las mujeres tienen su propia tarjeta de raciones para la distribución de comida
- c. Informar a la comunidad sobre dónde las víctimas de violaciones pueden obtener asistencia
- d. Proporcionar botiquines para partos asépticos para mujeres visiblemente embarazadas

7 ¿Qué tipo de servicios deben ofrecerse a las víctimas de violaciones?

- a. Servicios clínicos
- b. Raciones de comida adicionales para su familia
- c. Protección de su seguridad física
- d. Apoyo psicosocial

8 ¿Cuál de las siguientes opciones **no ayuda** a prevenir la violencia sexual en una situación de crisis?

- a. Involucrar a las mujeres en la distribución de materiales e insumos
- b. Garantizar que las mujeres tengan sus propias tarjetas de registro individual
- c. Instalaciones de aseo comunales para hombres y mujeres
- d. Involucrar a las mujeres en el proceso de toma de decisiones en relación con el trazado del emplazamiento/campamento

9 Los preservativos solamente deben ser suministrados por los organismos de la ONU para asegurar la calidad.

- ☐ Verdadero
- ☐ Falso

IO ¿Cuáles son los requisitos de un establecimiento de derivaciones para la atención obstétrica de urgencia?

- a. Atención de la salud de los niños
- b. Transfusión de sangre segura
- c. Asistencia prenatal
- d. Personal médico capacitado para realizar cesáreas y disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

II Una guerra civil recientemente desplazó decenas de miles de gente y aproximadamente 500 refugiados llegan al campamento XYZ por semana. Usted es responsable de los servicios de salud en el campamento XYZ. ¿Cuáles son algunas de las actividades de salud reproductiva prioritarias que usted deberá realizar?

- a. Asegurarse de que las víctimas de violencia doméstica tengan acceso a servicios de psicología
- b. Proporcionar botiquines para partos asépticos a todas las mujeres visiblemente embarazadas y a las asistentes de partos para apoyar partos asépticos
- c. Garantizar que las transfusiones de sangre sean seguras
- d. Garantizar que el acceso al combustible para cocinar sea seguro

I2 *Usted ha sido designado recientemente como coordinador de salud reproductiva y hace poco llegó al lugar de la emergencia. ¿Cuáles son algunas de las primeras actividades de salud reproductiva que deberá realizar?*

- a.** Asegurarse de que se realicen reuniones de coordinación de salud reproductiva
- b.** Ser el co-anfitrión de sesiones de capacitación VIH/SIDA
- c.** Discutir las necesidades de suministro con el UNFPA y demás organismos
- d.** Coordinar actividades de difusión sobre la prevención de ITS

I3 *Usted está coordinando la implementación del PSIM y está intentando garantizar de que la clínica del campamento proporcione asistencia obstétrica de urgencia. ¿Qué actividades debe realizar?*

- a.** Garantizar que la clínica del campamento cuente con personal calificado durante el día solo para estabilizar al paciente con asistencia obstétrica básica
- b.** Garantizar que el hospital de derivación cuente con médicos calificados
- c.** Establecer un sistema de comunicación para consultar con proveedores calificados para obtener consejos sobre derivaciones
- d.** Establecer sesiones de capacitación para personal médico sobre maternidad segura

I4 *Usted ha intentado obtener botiquines de parto aséptico a través del UNFPA, pero dificultades logísticas han retrasado significativamente la llegada de esos insumos. Dada esta realidad, ¿qué es lo que puede hacer para manejar esta situación?*

- a.** Contratar un organismo local para producir botiquines
- b.** Obtener los contenidos de los botiquines en forma local y ensamblarlos en el lugar
- c.** Pedir los suministros de otra fuente en el exterior y esperar su arribo
- d.** Discutir durante la reunión de coordinación de salud reproductiva dónde se pueden obtener los insumos

Referencias

- ✦ Proyecto Espera, *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre del Proyecto Esfera*,¹⁰¹ (edición revisada) 2004.
- ✦ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *An Inter-agency Global Evaluation of Reproductive Health for Refugees and Internally Displaced Persons*,¹⁰² 2004.
- ✦ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Reproductive Health for Refugees: An Inter-agency Field Manual*,¹⁰³ 1999.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami-affected Areas in Indonesia*,¹⁰⁴ 2005.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Still in Need: Reproductive Health Care for Afghan Refugees in Pakistan*,¹⁰⁵ 2003.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Lifesaving Reproductive Health Care: Ignored and Neglected, Assessment of the Minimum Initial Service Package (MISP) of Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad*,¹⁰⁶ 2004.
- ✦ Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Clinical Management of Rape Survivors: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*,¹⁰⁷ (revised edition) 2004.

Recursos

- ✦ Columbia University, Mailman School of Public Health, *Emergency Obstetric Care: Resources and Tools, Averting Maternal Death and Disability*,¹⁰⁸ 2006.
- ✦ Family Health International/RHRC Consortium/IRC, *GBV Communication Skills Manual*,¹⁰⁹ 2004.
- ✦ Inter-agency Standing Committee Task Force on Gender and Humanitarian Assistance, *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings: Focusing on prevention of and response to sexual violence in emergencies*,¹¹⁰ 2005.
- ✦ Inter-agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings, *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*,¹¹¹ 2005.
- ✦ Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*,¹¹² 1999.

¹⁰¹ www.sphereproject.org

¹⁰² www.rhrc.org/resources/iawg

¹⁰³ www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/iafm_menu.htm

¹⁰⁴ www.womenscommission.org/pdf/id_misp_eng.pdf

¹⁰⁵ www.womenscommission.org/pdf/Pk_RH.pdf

¹⁰⁶ www.womenscommission.org/pdf/cd_misp%20final.pdf

¹⁰⁷ www.rhrc.org/pdf/cmrs.pdf

¹⁰⁸ www.cumc.columbia.edu/dept/sph/popfam/amdd/index.html

¹⁰⁹ www.rhrc.org/resources/gbv/comm_manual/comm_manual_toc.html

¹¹⁰ www.rhrc.org/pdf/GBV_guidelines_Eng_09_13_05.pdf

¹¹¹ www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/249_filename_guidelines-hiv-emer.pdf

¹¹² www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/full_text.pdf

- ✦ Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, *Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons: Report of an Inter-agency Global Evaluation*,¹¹³ 2004.
- ✦ International Rescue Committee, *Protecting the Future*,¹¹⁴ 2003.
- ✦ RHRC Consortium, *Gender-based Violence Tools Manual: For Assessment, Program Design, Monitoring and Evaluation in Conflict-Affected Settings*,¹¹⁵ 2004. En francés.¹¹⁶
- ✦ RHRC Consortium/CARE, *Moving from Emergency Response to Comprehensive Reproductive Health Programs: A Modular Training Series*,¹¹⁷ 2002.
- ✦ RHRC Consortium/CARE, *Raising Awareness for Reproductive Health in Complex Emergencies: A Training Manual*,¹¹⁸ 2002.
- ✦ RHRC Consortium/JSI Research and Training Institute: Gender-Based Violence Global Technical Support Project, *GBV Checklist for the Field*,¹¹⁹ June 2004.
- ✦ RHRC Consortium/JSI Research and Training Institute: Gender-Based Violence Global Technical Support Project, *GBV Quick Guide*,¹²⁰ June 2004.
- ✦ RHRC Consortium/JSI Research and Training Institute: Gender-Based Violence Global Technical Support Project, *GBV Synopsis of UNHCR 2003 Guidelines*,¹²¹ June 2004.
- ✦ RHRC Consortium, *RHRC Monitoring and Evaluation Tool Kit*,¹²² 2004.
- ✦ Proyecto Espera, *Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre del Proyecto Esfera*,¹²³ (edición revisada) 2004.
- ✦ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Sexual and gender-based violence against refugees, returnees and internally displaced persons: Guidelines for prevention and response*,¹²⁴ 2003.
- ✦ Fondo de Población de las Naciones Unidas y Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, *Reproductive Health Kit for Emergency Situations*,¹²⁵ (edición revisada) 2006.
- ✦ Organización Mundial de la Salud, *Reproductive Health during Conflict and Displacement: A Guide for Program Managers*,¹²⁶ 2000.
- ✦ Organización Mundial de la Salud y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Clinical Management of Rape Survivors: A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations*,¹²⁷ (revised edition) 2004.
- ✦ Organización Mundial de la Salud, *Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*.¹²⁸ 2005.

¹¹³ www.rhrc.org/resources/iawg/

¹¹⁴ www.theirc.org/resources/Protecting_the_future.pdf

¹¹⁵ www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_tools/manual_toc.html

¹¹⁶ www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_tools/gbv-tools-manual_fr.pdf

¹¹⁷ www.rhrc.org/pdf/FinManual.pdf

¹¹⁸ www.rhrc.org/pdf/FinIDay.pdf

¹¹⁹ www.rhrc.org/pdf/Checklist.pdf

¹²⁰ www.rhrc.org/pdf/Fact%20Sheet%20for%20the%20Field.pdf

¹²¹ www.rhrc.org/pdf/Synopsis.pdf

¹²² <http://www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>

¹²³ www.sphereproject.org

¹²⁴ www.rhrc.org/pdf/gl_sgbv03.pdf

¹²⁵ www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf

¹²⁶ www.who.int/reproductive-health/publications/conflict_and_displacement/pdf/conflict_displacement.pdf

¹²⁷ www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/clinical_mngt_survivors_of_rape.pdf

¹²⁸ http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mngt_stis/guidelines_es.pdf

- ✦ Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Unicef, Banco Mundial, *Integrated Management of Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice*,¹²⁹ 2003.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Minimum Initial Service Package (MISP) Fact Sheet*¹³⁰ y *Checklist*,¹³¹ (revisado) 2006. También disponible en francés, *ficha de datos*¹³² y *lista de control*¹³³ y en árabe, *ficha de datos*¹³⁴ y *lista de control*.¹³⁵
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Resource List for Adolescent Reproductive Health Programming in Conflict Settings*,¹³⁶ 2003.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children, *Sexual violence in refugee crises: A synopsis of the UNHCR guidelines on prevention and response*,¹³⁷ 2000.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children/RHRC Consortium, *Anticoncepción de emergencia en zonas de conflicto: un modulo de enseñanza a distancia del Reproductive Health Response in Conflict Consortium*,¹³⁸ 2004. En francés,¹³⁹ inglés,¹⁴⁰ portugués,¹⁴¹ pashto¹⁴² y birmano.¹⁴³
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children/RHRC Consortium, *Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs*,¹⁴⁴ 2005.
- ✦ Women's Commission for Refugee Women and Children/RHRC Consortium, *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-affected Settings*,¹⁴⁵ 2004.

¹²⁹ <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924159084X.pdf>

¹³⁰ www.womenscommission.org/pdf/MISP_fact.pdf

¹³¹ www.womenscommission.org/pdf/MISP_checklist.pdf

¹³² www.womenscommission.org/pdf/MISPfc_fr.pdf

¹³³ www.womenscommission.org/pdf/MISP_checklistfr.pdf

¹³⁴ www.womenscommission.org/pdf/MISPfc_ar.pdf

¹³⁵ www.womenscommission.org/pdf/MISPchecklist_ar.pdf

¹³⁶ www.rhrc.org/resources/adolescents/ARH_MR_list2.html

¹³⁷ <http://www.womenscommission.org/guidelines/sexviol.php>

¹³⁸ www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochure_Spanish.pdf

¹³⁹ www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochure_French.pdf

¹⁴⁰ www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/welcome.htm

¹⁴¹ www.rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochure_Portuguese.pdf

¹⁴² www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/er_contraception/ec_brochure_pashto.pdf

¹⁴³ www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/er_contraception/ec_brochure_burmese.pdf

¹⁴⁴ www.rhrc.org/pdf/EmOC_ffg.pdf

¹⁴⁵ www.rhrc.org/pdf/sti_guidelines.zip

Apéndice A:

Monitoreo y evaluación (X –implementado O – revisado)

COORDINACIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Coordinador general de salud reproductiva nombrado y en ejercicio de sus funciones que responde al equipo de coordinación de servicios de salud												
Establecimiento de puntos focales de salud reproductiva en los campamentos y organismos de implementación												
Material disponible y en uso para la implementación del PSIM												
Recolección de información básica demográfica y de salud												
VIOLENCIA SEXUAL												
Sistemas coordinados multisectoriales implementados para prevenir la violencia sexual												
Servicios de salud confidenciales disponibles para tratar casos de violencia sexual												
Personal capacitado (actualizado) para prevenir y dar respuesta a la violencia sexual												
TRANSMISIÓN DEL VIH												
Materiales en cantidad suficiente para que trabajadores de la salud, capacitados e idóneos, puedan practicar las precauciones universales												
Preservativos adquiridos y puestos a disposición de la población												
Sangre para transfusiones controlada sistemáticamente												
MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL												
Botiquines para partos asépticos disponibles y distribuidos												
Calcular la cantidad de paquetes para partos asépticos que se necesitan para cubrir los nacimientos durante 3 meses (población estimada x 0,04 x 0,25)												
Botiquines para parteras disponibles en el centro de asistencia médica												
Hospital para derivaciones evaluado y con el apoyo necesario en términos de personal calificado, equipamiento e insumos												
Sistema de derivaciones para urgencias obstétricas en funcionamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana												
PLANIFICACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD REPRODUCTIVA												
Recopilación de información básica de antecedentes												
Emplazamientos identificados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva												
Personal evaluado y los protocolos de capacitación identificados												
Identificación de canales de adquisición y evaluación del consumo mensual de drogas												

Recolección mensual de información												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Cantidad de preservativos distribuidos												
Cantidad de paquetes para partos asépticos distribuidos												
Cantidad de casos de violencia sexual registrados en todos los sectores												
Cantidad de establecimientos médicos con insumos adecuados para cumplir con las precauciones universales												
Recolección de información básica demográfica y de salud												

Información básica demográfica y de salud												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Población total												
Cantidad de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años, aproximadamente 25% de la población)												
Cantidad de hombres sexualmente activos (estimado en un 20% de la población)												
Tasa bruta de natalidad (estimada en 4% de la población)												
Tasa de mortalidad por edad (incluyendo muertes de neonatos entre 0 y 28 días)												
Tasa de mortalidad según el sexo												

Apéndice B:

Ejemplo de propuesta de proyecto por una ONG internacional para presentar ante un gobierno, las Naciones Unidas, como el UNFPA o el ACNUR, u otros donantes

TÍTULO DEL PROYECTO:	Implementación del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva
ORGANIZACIÓN:	Descripción de la organización y del trabajo que realiza, incluyendo sus actividades en salud reproductiva, en la región
BREVE RESEÑA DE ANTECEDENTES Y RAZÓN POR LA CUAL ABORDAR EL PROYECTO O PROBLEMA:	El PSIM para la salud reproductiva salvará vidas si se implementa en la fase inicial de una emergencia. Si se descuida la salud reproductiva en situaciones de emergencia, las consecuencias son serias, por ejemplo: muerte materna e infantil prevenibles; embarazos no deseados y los subsiguientes abortos riesgosos; y la diseminación de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA. El PSIM consiste en un grupo de actividades prioritarias diseñadas para prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal; reducir la transmisión del VIH; prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual; y planificar servicios integrales de salud reproductiva. El PSIM incluye un botiquín con equipamiento y suministros para complementar un grupo de actividades prioritarias que deben implementarse en los días y semanas iniciales de una emergencia, de modo coordinado por personal idóneo. Este paquete puede implementarse sin que se lleve a cabo una evaluación de necesidades dado que hay suficiente evidencia documentada para justificar su uso. Sus componentes conforman un requisito mínimo y se espera que se presten servicios integrales de salud reproductiva tan pronto como la situación lo permita. El PSIM constituye una norma de las directrices del Proyecto Esfera, revisión 2004. El coordinador de salud reproductiva es fundamental para garantizar la coordinación de las actividades del PSIM entre todos los organismos de salud a cargo de su implementación. Bajo los auspicios de un marco general de coordinación de la salud, el coordinador de salud reproductiva debe ser el punto focal para los servicios de salud reproductiva y brindar asesoramiento y asistencia técnica en lo referido a salud reproductiva; ser el nexo con las autoridades nacionales y regionales del país anfitrión; ser el nexo con los otros sectores a fin de garantizar un enfoque multisectorial para el tratamiento de la salud reproductiva; incorporar estrategias normalizadas para salud reproductiva que estén totalmente integradas con la atención primaria de la salud, protocolos normalizados y formularios simples para el monitoreo de las actividades de salud reproductiva; e informar periódicamente al equipo de coordinación de salud. [Insertar información sucinta sobre la situación de emergencia.]
OBJETIVOS:	✦ Identificar una o más organizaciones o personas que se encarguen de la coordinación e implementación del PSIM ✦ Prevenir la violencia sexual y tratar sus consecuencias ✦ Reducir la transmisión del VIH/SIDA haciendo cumplir las precauciones universales y garantizando la disponibilidad de preservativos gratuitos ✦ Prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal proporcionando botiquines para partos asépticos para ser utilizados por madres o asistentes de parto a fin de promover partos asépticos en los hogares; proporcionando botiquines de parto para parteras (de UNICEF o equivalente) para facilitar partos asépticos y seguros en el establecimiento médico; e iniciando la implementación de un sistema de derivación para urgencias obstétricas ✦ Planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva, comprendidos en los servicios de atención primaria de la salud, según lo permita la situación imperante

ACTIVIDADES:	Identificar la o las organizaciones y el o los individuos para hacerse cargo de la coordinación e implementación del PSIM: ✦ asegurando que se nombre un coordinador de salud reproductiva general que rinda cuentas al equipo de coordinación de salud; ✦ asegurando que se establezcan puntos focales de salud reproductiva en los campamentos y que haya organismos encargados de la implementación; ✦ poniendo a disposición el material necesario para implementar el PSIM y garantizar su uso. Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual: ✦ garantizando que se establezcan sistemas para proteger contra la violencia sexual a las poblaciones de desplazados, especialmente las mujeres y niñas; ✦ garantizando que las víctimas de violencia sexual tengan acceso a servicios médicos, incluyendo apoyo psicosocial. Reducir la transmisión del VIH: ✦ haciendo cumplir las precauciones universales; ✦ garantizando que se puedan obtener preservativos en forma gratuita; ✦ garantizando que la sangre para transfusiones sea segura. Prevenir un nivel elevado de mortalidad y morbilidad materna y neonatal: ✦ proporcionando botiquines para partos asépticos a todas las mujeres que están con un embarazo avanzado y a las asistentes de partos para promover partos asépticos en los hogares; ✦ proporcionando botiquines de parto para parteras (de UNICEF o equivalentes) para facilitar partos asépticos y seguros en el establecimiento médico; ✦ iniciando la implementación de un sistema de derivación para urgencias obstétricas. Planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva: ✦ recolectando información básica (ver a continuación); ✦ identificando lugares donde se pueden prestar servicios integrales de salud reproductiva en el futuro; ✦ evaluando al personal e identificando protocolos de capacitación; ✦ identificando canales de adquisición y evaluando el consumo mensual de medicamentos. Recolectar o estimar información básica demográfica ✦ Población total ✦ Cantidad de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años, aproximadamente 25% de la población) ✦ Cantidad de hombres sexualmente activos (estimado en un 20% de la población) ✦ Tasa bruta de natalidad (estimada en 4% de la población) ✦ Tasa de mortalidad por edad (incluyendo muertes de neonatos entre 0 y 28 días) ✦ Tasa de mortalidad según el sexo
---------------------	---

INDICADORES:	✦ Incidencia de violencia sexual: Monitorear el número de incidentes de violencia sexual que se informaron anónimamente a los servicios de salud y protección y a los oficiales de seguridad y el número de víctimas de violencia sexual que buscan y reciben asistencia médica. ✦ Suministros para ejercer las precauciones universales: Porcentaje de establecimientos médicos con suficientes insumos para ejercer las precauciones universales, como materiales descartables para inyecciones, guantes, ropa de protección y protocolos para desechar objetos cortopunzantes de modo seguro. ✦ Transfusión de sangre segura: Porcentaje de hospitales para derivación que cuentan con suficientes pruebas de VIH para controlar la sangre y que las realizan sistemáticamente. ✦ Cálculo estimativo de la cobertura de preservativos: Número de preservativos distribuidos en un período de tiempo específico. ✦ Cálculo estimativo de la cobertura de botiquines para partos asépticos: Cálculo del número de botiquines para partos asépticos disponibles para cubrir los partos en un determinado período de tiempo. ✦ Número y tipo de complicaciones obstétricas tratadas en los servicios primarios de salud y en los establecimientos de derivaciones y número de muertes maternas y neonatales en establecimientos médicos.
BENEFICIARIOS:	(Número total de) desplazados, de los cuales (xx) son mujeres de 15 a 49 años
DURACIÓN DEL PROYECTO:	6 meses a un año
PRESUPUESTO DEL PROYECTO:	✦ Sueldo del Coordinador de Salud Reproductiva ✦ Insumos de salud reproductiva e infraestructura (coordinar con UNFPA para obtener suministros) ✦ Transporte ✦ Costos indirectos (xx %)

Apéndice C:

Ejemplo de propuesta de proyecto de oficinas nacionales del UNFPA para presentar ante un procedimiento de llamamientos unificados (CAP por su sigla en inglés)

Organismo que hace el llamamiento	UNFPA
TÍTULO DEL PROYECTO:	Implementación del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en un entorno de crisis
CÓDIGO DEL PROYECTO:	(número asignado por la Unidad de Seguimiento Financiero de OCAH)
SECTOR:	Salud
TEMAS:	Maternidad segura, violencia sexual (prevención y tratamiento), VIH/SIDA, desplazamiento, refugiados
OBJETIVO:	Reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la salud reproductiva, a través de un conjunto mínimo de intervenciones en materia de salud reproductiva disponibles tan pronto como sea posible y a través de la prestación de servicios integrales de salud reproductiva según lo permita la situación imperante
BENEFICIARIOS:	110 000 personas desplazadas, de las cuales 22 000 son mujeres de 15 a 49 años
SOCIOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN:	xxxxx
DURACIÓN DEL PROYECTO:	6 meses
PRESUPUESTO TOTAL DEL PROYECTO:	xxxxx
FONDOS SOLICITADOS:	USD xxxxx

Descripción del proyecto

En la etapa inicial de una situación de emergencia, la morbilidad y mortalidad relacionadas con la salud reproductiva continúan y, de hecho, aumentan. Se produce un aumento en el riesgo de complicaciones en embarazos y partos, y de la mortalidad materna y neonatal y dicho aumento se debe a la falta de acceso a atención obstétrica de urgencia, el mayor riesgo de desnutrición y epidemias y una elevada incidencia de alumbramientos en circunstancias antihigiénicas. Asimismo, el riesgo de violencia sexual puede aumentar cuando existe inestabilidad social y movimiento de población; y es más factible que haya infecciones de transmisión sexual y VIH en áreas de alta densidad de población. La falta de métodos de planificación familiar aumentan el riesgo asociado con los embarazos no deseados. Por lo tanto, algunos aspectos de la salud reproductiva deben ser abordados en la primera fase de una emergencia para reducir la morbilidad y mortalidad, particularmente entre mujeres. Esto se logra mejor a través del ampliamente aceptado Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva. Esta estrategia garantiza que la población reciba tan pronto como sea posible servicios de salud reproductiva limitados, sin perder tiempo realizando una evaluación sobre las necesidades específicas del asentamiento. Esta estrategia incluye la coordinación de actividades en materia de salud reproductiva, medicamentos, insumos y equipos fundamentales y la planificación de servicios integrales de salud reproductiva.

El UNFPA trabajará junto con actores asociados para la implementación, xxxxx. El proyecto proporcionará un Coordinador de Salud Reproductiva que trabajará junto con el equipo de coordinación de salud. Los insumos y medicamentos de salud reproductiva serán entregados en la forma de botiquines de salud reproductiva. El Coordinador de Salud Reproductiva será responsable de identificar los centros y personal de salud que puedan implementar los objetivos del PSIM; distribuir los materiales de salud reproductiva; y monitorear y evaluar las actividades. Las actividades se concentrarán en: 1) prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual a través de la inclusión de la comunidad en el planeamiento seguro del trazado del campamento, garantizar una respuesta médica para las víctimas de violación y proteger los grupos en riesgo; 2) reducir la transmisión del VIH colaborando con otros agentes asociados del sector de la salud para hacer cumplir las precauciones universales, poniendo a disposición sangre segura para transfusiones y garantizando la disponibilidad de preservativos gratuitos; 3) prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal suministrando a todas las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo con materiales asépticos para partos, garantizando alumbramientos asépticos y seguros en el establecimiento de salud e iniciando el establecimiento de un sistema de derivación para urgencias obstétricas. Asimismo, el Coordinador de Salud Reproductiva, junto con todos los actores asociados y beneficiarios, planificará la prestación de servicios integrales de salud reproductiva, integrados a los servicios de atención primaria de salud, tan pronto como la situación imperante lo permita.

Resumen financiero:

Presupuesto	
SUELDO DEL COORDINADOR DE SALUD REPRODUCTIVA	xxxx
INSUMOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y APOYO PARA INFRAESTRUCTURA	xxxx
ÍTEMS MATERIALES (VEHÍCULO, COMPUTADORA, ETC.)	xxxx
ÍTEMS NO MATERIALES (ADMINISTRACIÓN, PERSONAL DE OFICINA, ETC.)	xxxx
TOTAL	xxxx

Apéndice D:

Ficha de datos y lista de control para el PSIM



¿Qué es el PSIM?

El paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva consiste en una serie de acciones prioritarias que deben implementarse durante las etapas iniciales de una emergencia (conflicto o catástrofe natural). Cuando se lo implementa al principio de una emergencia, el PSIM salva vidas y previene enfermedades, especialmente entre mujeres y niñas. El PSIM no sólo consta de botiquines que contienen equipos e insumos; es un conjunto de actividades que deben ser implementadas de manera coordinada por personal capacitado apropiadamente al comienzo de una crisis. Puede ser implementado sin realizar una nueva evaluación de necesidades puesto que la prueba documentada ya justifica su uso. El PSIM previene niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, reduce la transmisión del VIH, previene y maneja las consecuencias de la violencia sexual e incluye el planeamiento para el suministro de servicios de salud reproductiva integrados dentro del programa primario de salud del lugar de que se trate.

Objetivo

El objetivo del PSIM es reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad entre las poblaciones afectadas por crisis, particularmente mujeres y niñas. Estas poblaciones pueden ser refugiados, personas internamente desplazadas o poblaciones que reciben a refugiados o personas internamente desplazadas.

Objetivos y actividades del PSIM

- ❖ Identificar una o más organizaciones o personas que se encarguen de la **coordinación** e **implementación** del PSIM:
 - asegurando que se nombre un coordinador de salud reproductiva general que rinda cuentas al equipo de coordinación sanitaria;
 - asegurando que se establezcan puntos focales de salud reproductiva en los campamentos y que haya organismos encargados de su implementación;
 - poniendo a disposición el material necesario para implementar el PSIM y garantizar su uso.
- ❖ Prevenir la **violencia sexual** y proporcionar la asistencia adecuada a las víctimas:
 - garantizando que se establezcan sistemas para proteger contra la violencia sexual a las poblaciones de desplazados, especialmente las mujeres y niñas;
 - garantizando que las víctimas de la violencia sexual tengan acceso a servicios médicos, incluyendo apoyo psicosocial.
- ❖ Reducir la **transmisión del VIH**:
 - haciendo cumplir las precauciones universales;
 - garantizando la disponibilidad de preservativos gratuitos;
 - garantizando que la sangre para transfusiones sea segura
- ❖ Prevenir niveles altos de **mortalidad y morbilidad materna y neonatal**:
 - proporcionando botiquines para partos asépticos a todas las mujeres que están con un embarazo avanzado y a asistentes de parto tradicionales para promover partos asépticos en los hogares;
 - proporcionando botiquines de parto para parteras (de UNICEF o equivalente) para facilitar partos asépticos y seguros en el establecimiento médico;
 - iniciando la implementación de un sistema de derivación para urgencias obstétricas.



Este documento fue preparado sobre la base del *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*, un manual producido a través del esfuerzo conjunto de organismos de las Naciones Unidas, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales y personas desplazadas.



- ❖ Planificar la prestación de **servicios integrales de salud reproductiva**, comprendidos en los servicios primarios de salud, según lo permita la situación imperante:
 - recolectando información básica identificando lugares dónde se pueden prestar servicios integrales de salud reproductiva en el futuro;
 - evaluando al personal e identificando protocolos de capacitación;
 - identificando canales de adquisición y evaluando el consumo mensual de medicamentos.



Marco de referencias generales para los coordinadores de salud reproductiva

- ❖ Bajo los auspicios de un marco general de coordinación de la salud, el coordinador de salud reproductiva debe:
 - ser el **punto focal** para los servicios de salud reproductiva y brindar asesoramiento y asistencia técnica en lo referido a salud reproductiva para las comunidades desplazadas y todas las organizaciones que se encuentren trabajando en el área de la salud y en otros sectores según sea necesario;
 - ser el nexo con las autoridades nacionales y regionales en lo relacionado a la **planificación e implementación de actividades referidas a la salud reproductiva** para los campamentos, asentamientos y entre la población de las áreas circundantes;
 - ser el nexo con los otros sectores (protección, servicios comunitarios, administración del campamento, educación, etc.) a fin de garantizar un **enfoque multisectorial** para el tratamiento de la salud reproductiva;
 - asegurar que la salud reproductiva sea un punto infaltable **en el orden del día de cualquier reunión relacionada con la coordinación de la salud**;
 - crear o adaptar e incorporar **políticas nacionales y otras políticas estándar** que apoyen el PSIM y garantizar que estén integradas con la atención primaria de la salud, por ejemplo, las políticas relacionadas con la atención obstétrica de urgencia o violencia por razones de género;
 - iniciar y coordinar **reuniones orientativas** dirigidas a los diferentes públicos sobre el PSIM (por ejemplo, para trabajadores de la salud, funcionarios de servicios comunitarios, la población beneficiaria, el personal de seguridad, etc.);
 - incorporar **protocolos normalizados** para áreas determinadas (como por ejemplo uno para dar una respuesta médica a las víctimas de violencia sexual y la derivación de urgencias obstétricas y, en la planificación de servicios integrales de salud reproductiva, un protocolo para el manejo de casos sindrómicos de ITS y planificación familiar);
 - adaptar e incorporar formularios simples para el **monitoreo de las actividades de salud reproductiva** durante la etapa de emergencia, lo que puede llegar a transformarse en algo más abarcativo una vez que el programa se haya expandido
 - emplear indicadores normalizados para **monitorear los resultados del PSIM**;
 - recopilar, analizar y distribuir los **datos** para que puedan ser empleados;
 - informar periódicamente al **equipo de coordinación de salud**.



Indicadores del PSIM

- ❖ **Monitorear la incidencia de la violencia sexual:**
 - Cantidad de incidentes de violencia sexual denunciados en forma anónima ante los servicios de salud y protección y los oficiales de seguridad
 - Cantidad de víctimas de violencia sexual que buscan y reciben atención médica (es fundamental que las denuncias puedan ser anónimas)
- ❖ **Monitorear la coordinación en materia de VIH:**
 - Insumos para las precauciones universales: porcentaje de establecimientos de salud con insumos suficientes para la aplicación de las precauciones universales, como material descartable para inyecciones, guantes y vestimenta de protección y protocolos para la eliminación segura de objetos cortopunzantes
 - Transfusiones de sangre seguras: porcentaje de hospitales con capacidad para recibir derivaciones con cantidad suficiente de tests de VIH para poder analizar la sangre y hacer uso sistemático de ellos
 - Estimación de la cobertura de preservativos: cantidad de preservativos distribuidos en un determinado período
- ❖ **Monitorear la coordinación en materia de maternidad segura:**
 - Estimación de la cobertura de los botiquines para partos asépticos
 - Cantidad y tipo de complicaciones obstétricas tratadas a nivel de un centro de atención primaria de salud y a nivel del centro de derivación
 - Cantidad de muertes de madres y neonatos en los establecimientos de salud

❖ **Monitorear la planificación de la coordinación de salud reproductiva:**

- Recopilación de información básica de antecedentes
- Emplazamientos identificados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva
- Personal evaluado y los protocolos de capacitación identificados
- Identificación de canales de adquisición y evaluación del consumo mensual de drogas

Recursos materiales

I. ¿Qué incluye el botiquín interorganismos de salud reproductiva?

Los **botiquines de salud reproductiva** están diseñados para ser utilizados durante un período de 3 meses para una población cuyo número puede variar según el bloque de botiquines que se pida. Los **botiquines de salud reproductiva** están divididos en tres “bloques” según lo que se detalla a continuación:

Bloque n° 1: Seis botiquines para ser usados en el ámbito de la comunidad y en los centros de atención primaria de salud para 10 000 personas durante 3 meses

CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NOMBRE DEL BOTIQUÍN	COLOR
Botiquín n° 0	Botiquín administrativo	Naranja
Botiquín n° 1	Botiquín de preservativos (La parte A contiene preservativos masculinos y la parte B contiene preservativos femeninos)	Rojo
Botiquín n° 2	Botiquín para partos asépticos (individual) (partes A y B)	Azul oscuro
Botiquín n° 3	Botiquín para atención de víctimas de violaciones	Rosa
Botiquín n° 4	Botiquín de anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Botiquín n° 5	Botiquín de ITS	Turquesa

El bloque n° 1 contiene seis botiquines. Cada botiquín fue elaborado para ser usado por una cantidad de 10 000 personas en un período de 3 meses. Los botiquines contienen principalmente material descartable. Los botiquines 1 y 2 se subdividen en las partes A y B, que pueden solicitarse en forma independiente.

Bloque n° 2: Cinco botiquines para ser usados en el ámbito de la comunidad y en los centros de atención primaria de salud por 30 000 personas durante 3 meses

CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NORME DEL BOTIQUÍN	COLOR
Botiquín n° 6	Botiquín para partos (para establecimientos de salud)	Marrón
Botiquín n° 7	Botiquín de DIU	Negro
Botiquín n° 8	Botiquín para manejo de complicaciones de abortos	Amarillo
Botiquín n° 9	Botiquín para sutura de desgarros (de cuello uterino y vagina) y de examen vaginal	Violeta
Botiquín n° 10	Botiquín para extracción por vacío (o ventosa obstétrica) para partos (manual)	Gris

El bloque n° 2 está formado por cinco botiquines que contienen material descartable y reutilizable. Estos botiquines fueron diseñados para una población de 30 000 personas por un período de 3 meses ya que gracias a que los costosos materiales son reutilizables puede evitarse el desperdicio. No obstante, esto no significa que los botiquines no puedan solicitarse para entornos con menos de 30 000 personas (en estos casos, los insumos de los botiquines duran más tiempo).

Bloque n° 3: Dos botiquines a ser empleados en los hospitales de derivación para 150 000 personas durante 3 meses

CÓDIGO DEL BOTIQUÍN	NORME DEL BOTIQUÍN	COLOR
Botiquín n° 11	Botiquín de salud reproductiva para centros de derivación (partes A y B)	Verde fluorescente
Botiquín n° 12	Botiquín para transfusiones de sangre	Verde oscuro

El bloque n° 3 está formado por dos botiquines que contienen material tanto descartable como reutilizable para el ámbito de los centros de derivaciones (para cirugía obstétrica). En la mayoría de los países, este ámbito normalmente atiende a una población de aproximadamente 150 000 personas durante un período de 3 meses. En situaciones de desplazamiento, los pacientes por lo general se derivan al hospital más cercano, lo que usualmente requiere apoyo en términos de equipamiento e insumos para poder prestar los servicios necesarios para esta cantidad adicional de población.



Pedidos

El *Reproductive Health Kits for Crisis Situations* es un manual que describe el botiquín interorganismos de salud reproductiva.

Se pueden efectuar pedidos en el UNFPA:

UNFPA — Contactar las oficinas nacionales o locales

220 East 42nd Street

Nueva York, NY 10017 EE.UU.

tel: +1 212 297 5245

fax: +1 212 297 4915

correo electrónico: hru@unfpa.org

o se lo puede bajar directamente de Internet de: www.rhrc.org/pdf/rhrkit.pdf



2. ¿Qué es el Botiquín médico interinstitucional de emergencia 2006 anteriormente denominado Nuevo botiquín de urgencia (NEHK por su sigla en inglés) para implementar el PSIM?

(Para 10 000 personas durante tres meses)

- ❖ Materiales para precauciones universales
- ❖ Equipamiento, insumos y drogas para partos en centros de salud
- ❖ Equipamiento, insumos y drogas para algunas urgencias obstétricas
- ❖ Equipamiento, insumos y drogas para el tratamiento de víctimas de violación

Pedidos

La Organización Mundial de la Salud ofrece un manual que describe el Botiquín médico interinstitucional 2006:

Marketing and Dissemination

World Health Organization

20 Avenue Appia

1211 Ginebra 27, Suiza

tel: +41 22 791 2476

fax: +41 22 791 4857;

correo electrónico: bookorders@who.int

o se puede descargar directamente desde Internet en: www.who.int/medicines/publications/WEB_IEHK_SP.pdf



La **Women's Commission for Refugee Women and Children** (la Women's Commission) se dedica a mejorar la vida de mujeres, niños y adolescentes refugiados y desplazados internamente y a defender sus derechos. Abogamos por que esas poblaciones sean incluidas en los programas de asistencia y protección humanitaria y que puedan participar de ellas. Aportamos pericia técnica y asesoramiento sobre políticas a los donantes y las organizaciones que trabajan con refugiados y desplazados. Asesoramos a quienes formulan políticas sobre la base de investigaciones rigurosas e información recolectada en misiones organizadas para obtener datos fácticos. Nos unimos a las mujeres, niños y adolescentes para asegurarnos de que sus voces sean oídas desde la comunidad hasta los más altos consejos gubernamentales y organizaciones internacionales. Hacemos esto convencidos de que su empoderamiento es la vía más segura para alcanzar un mayor bienestar entre las poblaciones que se ven forzadas a desplazarse.



Women's Commission for Refugee Women and Children

122 East 42nd Street – 11th Floor

New York, NY 10168

tel: 212.551.3112

fax: 212.551.3180

correo electrónico: info@womenscommission.org

www.womenscommission.org

Revisado en septiembre de 2006

Monitoreo de la implementación del PSIM: una lista de control

- ❖ Identificar la o las organizaciones y el o los individuos para hacerse cargo del PSIM
 - Coordinador general de salud reproductiva nombrado y en ejercicio de sus funciones que responde al equipo de coordinación de servicios de salud
 - Establecimiento de puntos focales de salud reproductiva en los campamentos y organismos de implementación
 - Material disponible y en uso para la implementación del PSIM
 - Información básica demográfica y de salud recolectada:
 - Población total
 - Cantidad de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años, aproximadamente 25% de la población)
 - Cantidad de hombres sexualmente activos (estimado en un 20% de la población)
 - Tasa bruta de natalidad (estimada en 4% de la población)
 - Tasa de mortalidad por edad (incluyendo muertes de neonatos entre 0 y 28 días)
 - Tasa de mortalidad según el sexo

Notas:

- ❖ Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual
 - Sistemas coordinados multisectoriales implementados para prevenir la violencia sexual
 - Servicios de salud confidenciales disponibles para tratar casos de violencia sexual
 - Personal capacitado (actualizado) para prevenir y dar respuesta a la violencia sexual

Notas:

- ❖ Prevenir la transmisión del VIH
 - Materiales en cantidad suficiente para practicar las precauciones universales
 - Preservativos adquiridos y puestos a disposición de la población
 - Trabajadores de la salud idóneos en las precauciones universales y cumplimiento de tales precauciones

Notas:

- ❖ Prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal
 - Botiquines para partos asépticos disponibles y distribuidos
 - Calcular la cantidad de paquetes para partos asépticos que se necesitan para cubrir los nacimientos durante 3 meses (población estimada $\times 0,04 \times 0,25$)
 - Botiquines para parteras disponibles en el centro de asistencia médica
 - Hospital para derivaciones evaluado y con el apoyo necesario en términos de personal calificado, equipamiento e insumos
 - Sistema de derivaciones para urgencias obstétricas en funcionamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Notas:

- ❖ Planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva
 - Recopilación de información básica (mortalidad, prevalencia de VIH, prevalencia de anticonceptivos, etc.)
 - Emplazamientos identificados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva

Notas:

- ❖ Planificar la prestación de servicios integrales de salud reproductiva
 - Recopilación de información básica de antecedentes
 - Emplazamientos identificados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva
 - Personal evaluado y protocolos de capacitación identificados
 - Identificación de canales de adquisición y evaluación del consumo mensual de drogas

Notas:





Acciones de seguimiento

Respuestas a las evaluaciones de capítulo del módulo sobre el PSIM

Capítulo 2

1.
 - a. prevenir la violencia sexual y asistir a las víctimas
 - c. reducir la transmisión del VIH
 - d. prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna

Los servicios de planificación familiar, que pueden disminuir el número de embarazos *no* deseados, no son parte del PSIM.

2.
 - c. cuidado obstétrico de urgencia

La planificación familiar y la atención prenatal no forman parte de los servicios prioritarios de salud reproductiva. Deberían iniciarse a través de servicios integrales de salud reproductiva una vez que todos los componentes del PSIM han sido implementados. La desnutrición no está comprendida en el PSIM.

3.
 - b. falso

Los trabajadores de los servicios humanitarios son responsables de garantizar la implementación de las actividades prioritarias del PSIM, no solamente los trabajadores de salud reproductiva. Las actividades del PSIM no se limitan al personal de salud reproductiva ni al sector de la salud en general. El PSIM abarca todos los sectores además de la salud, incluso la seguridad alimentaria, los servicios sanitarios y de agua y el albergue.

4.
 - c. la cantidad de hombres sexualmente activos
 - d. la cantidad de mujeres embarazadas

El PSIM no comprende la determinación del número de personas que viven con VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Además, más del 90 por ciento de las personas VIH positivas en países en desarrollo no conocen su condición frente a esta enfermedad.

5.
 - a. poder pedir suministros para el PSIM internacionalmente u obtenerlos a nivel local
 - b. iniciar y coordinar las sesiones de orientación sobre el PSIM para trabajadores de los servicios humanitarios
 - c. adaptar e introducir formas simples para monitorear las actividades de salud reproductiva

Las actividades del PSIM no incluyen realizar sesiones de capacitación.

Capítulo 3

1.
 - a. coordinar sistemas multisectoriales para prevenir la violencia sexual
 - b. garantizar que haya servicios psicosociales y de salud confidenciales para tratar los casos de violencia sexual, y que se pueda acceder a ellos

Si bien es importante que la población desplazada esté informada sobre la disponibilidad y la ubicación de los servicios para las víctimas de violencia sexual, una campaña de educación a nivel comunitario no constituye una medida apropiada en los primeros días de una emergencia. El PSIM se concentra en la prevención de violaciones, la asistencia clínica para las víctimas de violaciones y garantizar la existencia de servicios psicosociales básicos. Una vez que la situación se estabiliza y todos los componentes del PSIM se hayan implementado, se podrá prestar atención a la prevención de una gama más amplia de temas referentes a la violencia por razón del género, lo que incluye el tráfico de mujeres y niñas.

2.
 - a. personal de las Naciones Unidas
 - b. miembros de la familia
 - c. fuerzas rebeldes armadas
 - d. funcionarios de la policía

Cualquiera puede ser un perpetrador: individuos también desplazados por situaciones de conflicto o desastre, miembros de otros clanes, pueblos, grupos religiosos o étnicos, personal militar, trabajadores humanitarios de organismos de la ONU o de las ONG, miembros de la comunidad local o bien, miembros de la familia.

3.
 - a. empleados de ONG internacionales
 - b. trabajadores de los servicios humanitarios locales
 - c. personal de las Naciones Unidas
 - d. individuos contratados de la comunidad local

Además del personal internacional de la ONU y de ONG, los organismos también deben capacitar al personal local y cualquier persona contratada para trabajar junto con el organismo en cuanto al código de conducta y asegurar que cualquiera en el servicio del organismo esté al tanto de su responsabilidad para prevenir la explotación y el abuso sexual.

4.
 - a. cuando los hombres distribuyen la comida y otros insumos
 - c. cuando escasea el combustible en el asentamiento o campamento o cerca del mismo

Las mujeres y las niñas que deben salir del campamento o asentamiento para conseguir leña para cocinar se encuentran en una situación de mayor riesgo de sufrir violencia sexual. También se debería involucrar a las mujeres en la distribución de comida y otros insumos básicos dado que es un hecho que cuando los hombres son los únicos responsables de distribuir esos insumos, las mujeres pueden ser objeto de explotación sexual.

5.
 - b. atención prenatal

Capítulo 4

1.
 - b. La gente que vive con VIH/SIDA participa en la distribución de alimentos

La participación de la gente que vive con VIH/SIDA en la distribución de alimentos y otros bienes básicos *no* es un factor de riesgo de transmisión del VIH.

2.
 - a. Instalaciones para poder lavarse las manos con frecuencia
 - b. Manejo seguro de objetos cortopunzantes
 - c. Limpieza, desinfección y esterilización de los equipos médicos

El deshacerse de los desechos médicos mediante la incineración de materiales y entierro de objetos cortopunzantes **dentro** del predio de la instalación de servicios de salud ayudará a prevenir la diseminación del VIH en el entorno de los servicios de salud.

3.
 - b. falso

Los preservativos deben ser pedidos de inmediato y puestos a disposición de todos, incluso los jóvenes, a través de diversos puntos de distribución para que la gente pueda recogerlos en privado cuando lo desee.

4.
 - a. las instalaciones médicas
 - b. los puntos de distribución de alimentos
 - c. las oficinas de servicios comunitarios
 - d. las letrinas

Es importante poner los preservativos a disposición en una variedad de lugares para que diferentes segmentos de la población puedan acceder a ellos cómodamente.

5.
 - a. Asegurar que toda la sangre utilizada en transfusiones sea segura mediante su análisis para detectar la presencia de VIH y otras enfermedades de transmisión por vía sanguínea
 - b. Evitar las transfusiones de sangre para afecciones que no son serias
 - d. Garantizar que se cuente con suficientes tests de VIH y otros insumos necesarios para analizar la sangre cuando sea necesario

Seleccionar donantes que sean miembros de la comunidad no garantiza que la transfusión de sangre sea segura.

Capítulo 5

1.
 - d. suturas

Los paquetes para partos asépticos no incluyen materiales para sutura. Estos paquetes están compuestos por una pastilla de jabón, una hoja de afeitar nueva, una sábana plástica, un paño de algodón, un par de guantes y dos trozos de cordón.

2.
 - b. falso

Solamente las mujeres visiblemente embarazadas y las asistentes de parto tradicionales necesitan recibir los botiquines para partos asépticos. Esto puede hacerse cuando una mujer se registra en el campamento o asentamiento y cuando se identifican a las asistentes de parto tradicionales.

3.
 - a. Asegurarse de que el bebé esté seco y envuelto en una manta para mantenerlo abrigado, con la cabeza cubierta, de manera inmediata tras el nacimiento
 - b. Limpiar el cordón umbilical con agua y jabón
 - d. Alentar el uso del método Madre Canguro

Se debe aconsejar a las madres a continuar amamantando hasta los dos años o más.

4.
 - d. 4%

La proporción de mujeres desplazadas que estarán embarazadas en un determinado momento sobre la base de estimaciones promedio en países en desarrollo corresponde al 4% de la población total de desplazados.

5.
 - b. falso

Resulta fundamental evaluar el establecimiento de servicios de salud local y trabajar junto con las autoridades en la región para determinar si es viable apoyar el centro de salud u hospital actual. Sin embargo, si por razones de distancia o la imposibilidad de que el establecimiento local pueda manejar la cantidad de pacientes adicionales, las ONG y los organismos de la ONU deben decidir con las autoridades locales si es más conveniente invertir en construir un nuevo centro de derivaciones.

Capítulo 6

1.
 - d. Establecer un sistema de derivación para brindar atención obstétrica de urgencia.

El PSIM requiere que se establezca un sistema de derivación para atención obstétrica de urgencia en forma inmediata, en lugar de que solamente se planifique su incorporación como componente de los servicios integrales de salud reproductiva.

2.
 - a. Recolectar información sobre tasas de mortalidad, prevalencia de ITS/VIH y prevalencia de anticonceptivos
 - c. Evaluar la capacidad del personal, desarrollar planes de capacitación y pedir insumos
 - d. Solicitar equipos e insumos a través de las líneas de suministro habituales

El PSIM requiere que se establezca la atención médica para las víctimas de forma inmediata en lugar de que solamente se planifique su incorporación como componente de los servicios integrales de salud reproductiva.

3. **a.** OMS
b. Banco Mundial
c. UNFPA

4. **b.** falso

El PSIM no incluye la prestación de servicios de planificación familiar. Las opciones de métodos anticonceptivos se ofrecen como parte de los servicios integrales de salud reproductiva. Sin embargo, al planear los servicios integrales de salud reproductiva se deben buscar y pedir o contratar provisiones de anticonceptivos.

5. **a.** Privacidad y confidencialidad durante las consultas
b. Posibilidades de mantener las condiciones de asepsia
c. Medios de comunicación y transporte para las derivaciones
d. Instalaciones para el almacenamiento bajo llave de insumos y archivos

Es importante abordar todos estos factores al seleccionar los emplazamientos adecuados.

Capítulo 7

1. **a.** verdadero

Los preservativos femeninos están disponibles en el botiquín n° 1, parte B.

2. **c.** organizar grupos de enfoque con un mismo número de hombres y mujeres

El organizar grupos de enfoque en una emergencia no resulta necesario dado que insumiría mucho tiempo y en ese momento es crítico hacer un pedido para obtener insumos lo más pronto posible. Los grupos de enfoque podrían hacerse cuando se ha alcanzado una fase estable con el fin de informar mejor el programa de servicios de salud reproductiva. Las demás tareas deberían ser completadas rápidamente.

3. **b.** 3 meses

Los botiquines de salud reproductiva están diseñados para ser utilizados durante 3 meses para un nivel variado de población dependiendo del bloque de botiquines que se pida. Sin embargo, si un campamento solamente tiene 5000 personas, los botiquines del bloque n° 1 que están preparados para 10 000 personas podrían ser pedidos y usados durante un período de seis meses.

4. **a.** nivel comunitario
b. nivel de atención primaria de salud
c. nivel de derivación

Los botiquines están divididos en diferentes bloques. El bloque n° 1 está diseñado para el nivel comunitario y de la atención primaria de salud, el bloque n° 2 es para la atención primaria de salud o para el nivel del hospital de derivación y el bloque n° 3 es para ser usado a nivel del hospital de derivación.

5. **b.** falso

El ACNUR no provee insumos para la salud reproductiva. Es mejor contactar al UNFPA en Nueva York y Ginebra tan pronto como se desate una crisis para averiguar más sobre dónde y cuándo se podrán obtener los insumos. Dependiendo del lugar donde se produzca la crisis, es posible que se puedan obtener los insumos localmente. Por ejemplo, quizás sea posible obtener preservativos masculinos y femeninos en la región, lo cual podría ser más rápido que pedirlos al UNFPA. Esta decisión puede ser tomada después de consultar con los funcionarios locales y el personal que esté familiarizado con temas de suministro en la región. Asimismo, los organismos deberían incluir insumos de salud reproductiva en sus contrataciones de provisiones médicas.

Un módulo de educación a distancia 91

92 Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis

Créditos de las fotografías:

Tapa:

Insertos 1, 2 y 3: Women's Commission for Refugee Women and Children

Interior:

Página 28:

Banco Mundial

Página 38:

Raghu Rai, en nombre de la David and Lucile Packard Foundation

Página 55:

Banco Mundial

El material del CD que acompaña este manual está en español.

Pedido de ejemplares

El Módulo del PSIM está disponible en Internet en www.womenscommission.org y en www.rhrc.org. Asimismo, puede obtenerse en CD-ROM e impreso; en ese caso, se pueden solicitar ejemplares enviando un correo electrónico a info@womenscommission.org.

Contacto



Women's Commission for Refugee Women and Children
122 East 42nd Street – 11th Floor
New York, NY 10168 EE.UU.
info@womenscommission.org