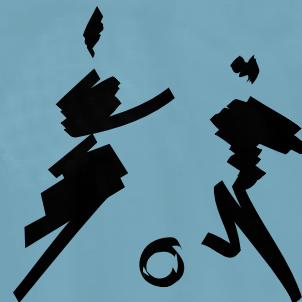


Manual de Trabajo Interinstitucional sobre **Salud Reproductiva** en Escenarios Humanitarios



Revisión
2010 para
Informe
de Trabajo



Manual de Trabajo Interinstitucional sobre
Salud Reproductiva
en Escenarios Humanitarios

**Revisión 2010
para Informe
de Trabajo**

© 2010 Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis

El Grupo de Trabajo Interinstitucional agradece al gobierno de Australia por su apoyo en la producción de este manual de trabajo.

Fotos de tapa (en el sentido de las agujas del reloj desde la izquierda): Estudio 3 por RAISE, 2008; UNHCR/B. Bannon; UNHCR/P. Taggart; Estudio 3 por RAISE, 2008; UNHCR/H. Caux.

Prefacio

La salud reproductiva es uno de los derechos humanos y, como todos los demás derechos humanos, les corresponde a refugiados, desplazados internamente y otras personas que viven en entornos de emergencia humanitaria. Para poder gozar de este derecho, las poblaciones afectadas deben tener acceso a cierta información integral sobre salud reproductiva que les permita tomar decisiones libres y basadas en datos respecto de su salud y bienestar.

La prestación de servicios de salud reproductiva integrales de alta calidad requiere un enfoque multisectorial integrado. Todo el personal de sectores tales como protección, salud, nutrición, educación y servicio comunitario juega un papel importante en la planificación y prestación de servicios de salud reproductiva. La mejor manera de satisfacer las necesidades es dar participación a las comunidades afectadas en cada etapa de la acción, desde la evaluación de las necesidades y el diseño de los programas, hasta el lanzamiento, el mantenimiento y la evaluación del impacto de estos programas.

Este *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* es el resultado de un proceso de colaboración y consulta entre más de 100 integrantes de las instituciones de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales que conforman el Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI) sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis.

La información actualizada que se incluye en este manual de trabajo se basa en las pautas normativas técnicas de la Organización Mundial de la Salud. La misma refleja además las buenas prácticas documentadas en escenarios de crisis de todo el mundo desde que en 1996 se emitió la primera versión probada de este Manual de Trabajo, seguida de la versión de 1999, *Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados. Manual de Trabajo Interinstitucional*. Esta última edición refleja la aplicación amplia de los principios y el contenido técnico del Manual de Trabajo más allá de las situaciones con refugiados, extendiendo su uso a crisis diversas, entre ellas las zonas de conflicto y los desastres naturales.

Desde 1999, la comunidad humanitaria ha perfeccionado aún más las normas y pautas para las áreas relativas a la salud reproductiva, entre ellas el género, la violencia de género y el VIH/SIDA en escenarios humanitarios. El manual revisado de 2004 *Sphere Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response* incorpora el Paquete Mínimo Inicial de Servicios de Salud Reproductiva (Capítulo 2 de este Manual de Trabajo) como un criterio mínimo de atención en respuesta ante desastres. Las nuevas herramientas y directivas elaboradas mediante el proceso de reforma humanitaria y el sistema de grupos siguen reconociendo la guía autorizada del Manual de Trabajo para intervenciones de atención de la salud reproductiva en escenarios humanitarios.

La comunidad política mundial también ha progresado, sobre todo respecto de cómo abordar la gravedad de la violencia sexual en un marco de conflicto armado. Las Resoluciones del Consejo de las Naciones Unidas 1325, 1820, 1888 y 1889 sobre Mujeres, Paz y Seguridad afirman las necesidades, perspectivas y aportes específicos de las mujeres y las niñas en escenarios de conflicto. Por primera vez en la historia, la salud reproductiva ha sido reconocida al nivel del Consejo de Seguridad, con la Resolución 1889 que hace referencia explícita a la necesidad de garantizar el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de salud reproductiva y a los derechos reproductivos para lograr mejores condiciones socioeconómicas en situaciones posconflicto.

Lamentablemente, todavía se obliga a extensas poblaciones a pasar décadas lejos de sus hogares en campos de refugiados, asentamientos de personas internamente desplazadas o entornos urbanos que no les son familiares, ya sea debido a conflictos prolongados o como resultado de un desastre natural. La duración promedio del

desplazamiento para los refugiados es de 17 años. Muchas personas afectadas por estas emergencias crónicas son considerablemente vulnerables a problemas de salud reproductiva que amenazan la vida, lo que plantea graves desafíos a los esfuerzos por lograr metas globales, entre ellos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este Manual de Trabajo revisado propone mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones afectadas desde el auxilio hasta la transición al desarrollo, y a la vez fomentar la preparación y los servicios de alta calidad que garanticen la máxima participación de las comunidades afectadas.

Han transcurrido más de 15 años desde que en 1994 la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoció la salud reproductiva como un derecho humano y ha llevado más de 10 años poner en práctica el Manual de Trabajo de 1999. Como integrantes de la comunidad humanitaria, tenemos la responsabilidad colectiva de defender y concretar el derecho a la salud reproductiva para todas las mujeres, los hombres y los adolescentes que se encuentran en escenarios humanitarios.

Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis

Índice

Introducción	1
Capítulo 1: Principios Fundamentales	5
Capítulo 2: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM)	21
Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración	55
Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes	87
Capítulo 5: Planificación Familiar	99
Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal	123
Capítulo 7: Asistencia Integral en Casos de Aborto	145
Capítulo 8: Violencia de Género	157
Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual	169
Capítulo 10: VIH	185
Anexo 1: Glosario	201
Anexo 2: Siglas y Abreviaturas	205
Anexo 3: Muestra del Código de Conducta	209

Organización de los capítulos técnicos (4 al 10)

- Introducción
- Objetivos
- Programación
- Derechos Humanos y Consideraciones Legales
- Supervisión
- Lecturas Complementarias

La salud reproductiva es un componente esencial de la respuesta humanitaria

Todas las personas, incluidas las que viven en escenarios humanitarios, tienen derecho a la salud reproductiva (SR). Para ejercer este derecho, las poblaciones afectadas deben disponer de un entorno que lo permita y de acceso a información y servicios de SR integrales que les permitan tomar decisiones libres y basadas en información.

Los servicios de SR de calidad deben basarse en las necesidades de las poblaciones afectadas, en particular en las de las mujeres y niñas. Éstos deben respetar los valores éticos y religiosos o los trasfondos culturales de las comunidades, y cumplir al mismo tiempo con los criterios universalmente reconocidos en derechos humanos.

La atención de la salud reproductiva comprende una amplia gama de servicios. Éstos se definen a continuación según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994:

- Orientación sobre planificación familiar, información, educación, comunicación y servicios.
- Educación y servicios para la atención prenatal, parto sin riesgos y atención de posparto, y atención de la salud de bebés y mujeres.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Prevención del aborto y manejo de las consecuencias del aborto.
- Tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo, enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.
- Prevención, detección precoz y tratamiento del cáncer de seno y los cánceres del sistema reproductivo, además de otras enfermedades y trastornos de la SR.
- Campañas para combatir activamente las prácticas tradicionales dañinas, como la mutilación genital femenina.

La prestación de servicios de SR integrales de alta calidad requiere un enfoque multisectorial integrado. Tanto la protección como la salud, la nutrición, la educación y el servicio comunitario tienen un rol que cumplir a la hora de planificar y brindar servicios de SR.

La mejor manera de garantizar que los servicios de SR satisfagan las necesidades de la población afectada es dar participación a las comunidades en cada etapa del desarrollo de estos servicios, desde el diseño y el lanzamiento de los programas hasta la evaluación de su impacto. Sólo así las personas se beneficiarán de servicios que han sido adecuados específicamente a sus necesidades y demandas, y sólo entonces tendrán intereses puestos en el futuro de estos servicios.

Introducción

Introducción

El GTI

En un Simposio Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados celebrado en Ginebra, Suiza, en junio de 1995, más de 50 gobiernos, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos de las Naciones Unidas se comprometieron a fortalecer los servicios de salud reproductiva (SR) destinados a los refugiados. Así formaron el GTI, que fue el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados, ahora denominado Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis.

El MTI

Luego del simposio, el GTI, en consulta con las comunidades afectadas, produjo, probó ampliamente y finalmente imprimió y distribuyó en 1999 la primera edición del Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados (MTI o “Manual de Trabajo”). Para reflejar la ampliación en la aplicación de los principios y el contenido técnicos del Manual más allá de las situaciones con refugiados, ahora se lo denomina el Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Entornos Humanitarios. El Manual de Trabajo ayuda a ofrecer servicios de SR de calidad. Sus objetivos en escenarios humanitarios son:

- Diagramar un conjunto estándar de intervenciones mínimas en SR a realizar en el lugar en forma prioritaria.
- Servir de herramienta para facilitar el análisis y la toma de decisiones en cuanto al planeamiento, la implementación, la supervisión y las evaluaciones de las intervenciones en SR.

- Orientar a los funcionarios, gerentes de programas y prestadores de servicios de SR acerca de cómo introducir y/o fortalecer intervenciones en SR fundadas en datos comprobados y en las necesidades y demandas de la población afectada, con un pleno respeto por sus creencias y valores.
- Abogar por un enfoque multisectorial que satisfaga las necesidades de SR de las poblaciones afectadas y fomente la coordinación entre todos los participantes.

¿En qué cambia el MTI, 2.ª edición?

El GTI revisó y actualizó cada uno de sus capítulos. Además de la organización, la logística y las actualizaciones clínicas referidas a la coordinación e implementación de servicios de SR, esta edición contiene un nuevo capítulo sobre Aborto sin riesgos. También divide el capítulo sobre VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual en dos capítulos independientes. El capítulo Salud Reproductiva para Jóvenes de la edición anterior ahora se titula Salud Reproductiva para Adolescentes. (Nota: La salud reproductiva para adolescentes sigue siendo un tema importante que se trata en los otros capítulos). El capítulo sobre Maternidad sin riesgos ahora se titula Salud Materna y Neonatal para enfatizar la continuidad entre los períodos prenatal y posnatal.

Las directivas de este documento son las vigentes a la fecha de su publicación. El GTI pondrá a disposición del público información actualizada o nuevas recomendaciones técnicas en www.iawg.net.

¿Para quién es el MTI?

Los funcionarios de SR y los gerentes de programas de SR en escenarios humanitarios son los principales destinatarios del Manual de Trabajo. Los prestadores de servicios de SR (médicos, enfermeros, parteros, etc.) también hallarán información útil, aunque el manual no contiene instrucciones clínicas detalladas. Los funcionarios de servicios comunitarios, funcionarios de protección y demás personas que trabajan para satisfacer las necesidades de las mujeres, los niños y los hombres afectados también se beneficiarán de la guía que brinda este documento.

Sinopsis del MTI, 2.^a edición

Por dónde empezar

El PSIM en Situaciones de Crisis es un conjunto de actividades prioritarias que se implementan en el inicio de una emergencia. Los servicios integrales de SR deben implementarse tan pronto como la situación lo permita.

Por lo tanto, recomendamos al lector que empiece por el Capítulo 1, Principios Fundamentales y el Capítulo 2, Paquete de Servicios Iniciales Mínimos de Salud Reproductiva (PSIM) antes de pasar a los capítulos técnicos.

Capítulo 1: Principios Fundamentales sienta las bases de los subsiguientes capítulos técnicos y proporciona los principios rectores para emprender toda la atención de la SR. Los componentes de la salud reproductiva descritos en el Manual de Trabajo son:

Capítulo 2: PSIM

Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración

Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes

Capítulo 5: Planificación Familiar

Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal

Capítulo 7: Asistencia Integral en Casos de Aborto **NUEVO***

Capítulo 8: Violencia de Género

Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual **NUEVO**

Capítulo 10: VIH **NUEVO**

** Aunque sólo los capítulos designados como "NUEVO" son completamente nuevos, **TODOS** los capítulos han tenido actualizaciones considerables.*

Dentro de lo posible, cada capítulo contiene información independiente de los otros. Sin embargo, para evitar repeticiones, algunos capítulos contienen referencias en el texto que remiten a temas relacionados en otros capítulos.

Los criterios técnicos que se incluyen en el Manual de Trabajo son los estipulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Manual de Trabajo ofrece instrucciones protocolares con referencias frecuentes a materiales y recursos adicionales que se pueden encontrar en el CD ROM adjunto (**NUEVO**) y usar para garantizar servicios de SR integrales y confiables.

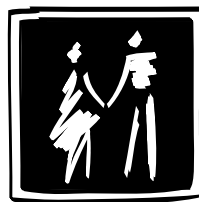
Un paso más: coordinación e integración

El MTI aborda las necesidades particulares de los adolescentes. Nótese además que el Manual de Trabajo se refiere sólo tangencialmente al cáncer cervical (Capítulo 9). También hay otros cánceres de interés para la salud pública, como los de seno y de próstata, que exigen un cuidado atento, pero que no se hallan dentro del alcance de este manual.

Además de las condiciones sanitarias adecuadas, alimentos, vivienda, protección y atención médica primaria, otros programas y servicios contribuyen directa e indirectamente al bienestar reproductivo de las poblaciones afectadas. Éstos abarcan:

- Servicios de salud mental y social.
- Educación y “empoderamiento” de mujeres y niñas.
- Subsistencia y generación de ingresos.
- Acceso seguro a combustible de cocina y fuentes alternativas de combustible, como también otras actividades intersectoriales que pueden reducir el riesgo de violencia sexual.

Garantizar la salud reproductiva de las poblaciones afectadas en escenarios humanitarios requiere que los funcionarios, gerentes de programas y prestadores de servicios de SR coordinen con otros servicios y adopten un enfoque multisectorial e integrado.



1

CAPÍTULO UNO

Principios fundamentales

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	5
2 OBJETIVOS	6
3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA PROGRAMACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN ESCENARIOS HUMANITARIOS	7
3.1 Coordinación	7
3.2 Calidad de la atención	8
3.3 Comunicación	10
3.4 Participación comunitaria	10
3.5 Generación de capacidades técnicas y administrativas	12
3.6 Responsabilidad	12
3.7 Derechos Humanos	13
3.8 Defensa	16
4 SUPERVISIÓN	16
5 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	19

1 Introducción

¿Qué es la salud reproductiva?

La Salud Reproductiva (SR) es un estado de pleno bienestar físico, mental y social (no la mera ausencia de enfermedad o debilidad) en todo lo relativo al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. Por lo tanto, salud reproductiva implica que las personas tengan la posibilidad de llevar una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos y tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

En esto último están implícitos los derechos de hombres y mujeres a estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles, aceptables y de su elección, como también a otros métodos de su elección para la regulación de la fertilidad que no sean contrarios a la ley. Deben tener además el derecho de acceder a servicios adecuados de atención de la salud que posibiliten a las mujeres transitar sin riesgos el embarazo y el parto y brinden a las parejas las mejores posibilidades de tener un bebé sano.

Véase: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994; Programa de Acción, párrafo 7.2.

¿Qué es lo esencial para satisfacer las necesidades de salud reproductiva en escenarios humanitarios?

Un escenario humanitario es aquel donde un hecho o una cadena de acontecimientos han provocado una amenaza grave contra la salud, la seguridad, la paz o el bienestar de una comunidad u otro grupo amplio de personas. La capacidad de la comunidad afectada para afrontar esta amenaza se ve sobrepasada y se requiere de asistencia externa. Esto puede derivar de hechos tales como conflictos armados, desastres naturales, epidemias o hambrunas, y a menudo implica desplazamiento de personas.

Principios Fundamentales

En escenarios humanitarios, resulta esencial brindar servicios de SR por estos motivos:

- El acceso a la atención de la SR es un derecho, como se describe en la definición mencionada y se explica más adelante en la sección de Derechos Humanos.
- La morbilidad y la mortalidad relacionadas con el sistema reproductivo constituyen una cuestión de vital interés para la salud pública (véase el Cuadro 1).
- Las personas afectadas por conflictos o desastres tienen derecho a protección y asistencia. Brindar a tiempo servicios de SR puede prevenir muertes, enfermedades y discapacidades relacionadas con embarazos no deseados, complicaciones obstétricas, violencia sexual y otras formas de violencia de género, infección de VIH y toda una serie de trastornos reproductivos.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Establecer el marco guía para la implementación de programas de SR en escenarios humanitarios.
- Explicar las razones por las cuales se deben prestar servicios de SR y diagramar los principios que subyacen a la inclusión de la atención esencial de la SR en las campañas de socorro.
- Orientar a funcionarios, gerentes de programas y proveedores de servicios de SR respecto de cómo garantizar que se presten los servicios de SR de manera eficaz, eficiente y equitativa.

Cuadro 1: Los problemas de SR son una cuestión de vital interés para la salud pública

- ✓ Cada año mueren 529.000 mujeres (una por minuto) por causas relacionadas con el embarazo. El noventa y nueve por ciento de estas muertes ocurren en países en desarrollo.¹
- ✓ Las jóvenes de 15 a 19 años tienen el doble de probabilidades de morir en el parto que las mujeres de entre 20 y 30 años. Las niñas menores de 15 tienen cinco veces más probabilidades de morir en el parto.¹
- ✓ Cada año se detectan más de 340 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual.¹
- ✓ Casi 34 millones de personas en el mundo están infectadas de VIH.¹
- ✓ 120 millones de mujeres dicen que no desean quedar embarazadas, pero no usan ningún método de planificación familiar.²
- ✓ Cada año se practican 20 millones de abortos riesgosos (55.000 por día) que derivan en 80.000 muertes maternas y cientos de miles de discapacidades.²
- ✓ Se estima que cada año decenas de miles de mujeres y niñas son sometidas a agresión sexual en escenarios de conflicto en todo el mundo.¹

¹ Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán! 1 Organización Mundial de la Salud, 2005. http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf (en inglés)

² *Reproductive Health: Ensuring That Every Pregnancy is Wanted*. UNFPA. <http://www.unfpa.org/rh/planning.htm>

3 Principios fundamentales de los programas de SR en escenarios humanitarios

Los siguientes principios subyacen a la implementación de programas de SR en escenarios humanitarios.

1. Coordinación
2. Calidad de la atención
3. Comunicación
4. Participación comunitaria
5. Generación de capacidades técnicas y administrativas
6. Responsabilidad
7. Derechos Humanos
8. Defensa

3.1 Coordinación

¿Qué es coordinación?

La coordinación comprende compartir información, compromiso y acción cooperativa.

Para que los servicios de SR sean equitativos, eficaces y eficientes en un escenario humanitario, debe haber coordinación entre los organismos humanitarios, como se indica a continuación:

- Entre grupos de funcionarios, organismos y otras entidades, por ejemplo, el gobierno del país anfitrión, las organizaciones no gubernamentales y los organismos de la ONU.
- Entre sectores y grupos.
- Dentro de los programas de salud, entre niveles de prestadores de servicios: médicos, parteros, enfermeros, asistentes de salud y demás prestadores relacionados con la salud, como los trabajadores de salud comunitaria y los asistentes tradicionales de parto.
- Entre niveles de atención: de las comunidades a los centros de salud y los hospitales de derivación.

Es esencial que la coordinación entre los programas de SR se haga de común acuerdo con la coordinación del sector o grupo general y abarque lo siguiente:

- Implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM).
- Distribución de suministros esenciales.

- Control de información sobre la salud.
- Realización de diagnósticos.
- Capacitación de prestadores de servicios.
- Complementación de los servicios integrales de SR con los servicios sociales y de salud.

¿Por qué es importante la coordinación?

La coordinación de la salud reproductiva dentro del sector o grupo de salud y con otros sectores o grupos importantes puede mejorar la eficiencia, la eficacia y la prontitud de respuesta, favorecer la toma de decisiones estratégicas y la solución de problemas y contribuir a evitar interrupciones y duplicación de los servicios. La coordinación contribuirá a brindar un paquete estándar de servicios de SR en toda un área, haciendo que los servicios de SR de buena calidad sean accesibles para todos. Puede generar un efecto multiplicador que dé como resultado una cobertura expandida y un uso eficiente de recursos y pueda compensar la falta de expertos, personal, recursos o diversidad de actividades de un organismo en particular.

¿Cómo debe llevarse a cabo la coordinación?

- Al inicio de una emergencia humanitaria donde se activa el sistema de grupos del Comité Permanente entre Organismos (IASC), la institución que dirige el grupo de salud debe asegurarse de que se identifique a una institución que dirija la salud reproductiva dentro del grupo. El organismo director de SR se seleccionará a partir de su presencia en el terreno y su capacidad operativa de apoyar a los actores de otros sectores o grupos en la implementación de servicios de SR. Donde no esté activo el sistema de grupos, el organismo director del sector de salud deberá identificar un organismo director de salud reproductiva.
- El organismo identificado como director de salud reproductiva deberá identificar un funcionario de SR. El funcionario de salud reproductiva trabaja dentro del mecanismo de coordinación de la salud para garantizar que se brinde asistencia técnica y operativa a los demás participantes en el grupo, en lo que hace a la ampliación del alcance de los servicios de SR en las áreas de crisis.

Los trabajadores humanitarios que tienen responsabilidades relacionadas (coordinador de salud, funcionario de SR, punto focal de violencia de género o género y de VIH) deberán colaborar estrechamente y compartir información constantemente.

Además de facilitar la comunicación entre instituciones y sectores, el funcionario de SR deberá además garantizar que los gerentes de programas de SR se vinculen con la comunidad anfitriona, las autoridades locales y otros actores importantes para garantizar que se tengan en cuenta los intereses de estas partes.

- Para garantizar el acceso a la atención de SR adecuada a las poblaciones afectadas asistidas por varios organismos, el funcionario de SR deberá brindar orientación técnica y abogar por la adhesión a los criterios interinstitucionales (como los que se resumen en este manual, las directivas del IASC y del Manual del Proyecto Esfera), que estipulan la conformidad con las directivas y criterios nacionales correspondientes).

3.2 Calidad de la atención

¿Qué es la calidad de la atención?

La atención de SR de buena calidad es integral, asequible e inclusiva, y está dirigida a satisfacer las necesidades de todas las personas sin discriminación. Esto significa que las mujeres, los hombres, los adolescentes, los ancianos y discapacitados (de todas las etnias, religiones y orientaciones sexuales) tengan acceso a servicios que cumplan con los criterios reconocidos.

¿Por qué es importante la calidad de la atención?

- Los servicios de buena calidad contribuyen al respeto por los derechos humanos.
- Los servicios de buena calidad son eficaces.
 - ▶ Es más probable que los beneficiarios usen los servicios y mantengan buenas prácticas de salud cuando reciben una atención de buena calidad.
 - ▶ Los prestadores experimentan mayor motivación y satisfacción profesional cuando brindan servicios de buena calidad.

¿Cómo se puede mejorar la calidad de la atención?

La calidad de la atención mejora cuando *las organizaciones* realizan lo siguiente:

- Cumplen con los protocolos clínicos estándar, por ejemplo, siguen las directivas de tratamiento y toman las precauciones estándar.
- Garantizan una adecuada cobertura de las instalaciones y el personal. Las directivas del proyecto Esfera y de las Naciones Unidas sugieren los siguientes niveles mínimos:
 - ▶ Un trabajador de salud comunitaria por cada 500 a 1.000 habitantes.
 - ▶ Que los trabajadores de salud comunitaria incluyan a mujeres, hombres, jóvenes, integrantes de diferentes grupos étnicos, discapacitados y a otros grupos de la población.
 - ▶ Un centro de salud con 2 a 5 prestadores de servicios por cada 10.000 habitantes:
 - ▷ Un prestador de servicios de salud calificado por cada 50 consultas externas diarias.
 - ▷ Un hospital por cada 50.000 habitantes, con un mínimo de 5 prestadores de servicios calificados, que incluyan al menos 1 médico.
 - ▷ Un prestador de servicios de salud calificado por cada 50 consultas externas diarias.
 - ▷ Un prestador de servicios calificado en funciones por cada 20 a 30 camas.
- Emplean y apoyan a hombres y mujeres prestadores de servicios competentes y les brindan constante actualización y capacitación en prácticas recomendadas.
- Mantienen y coordinan sistemas logísticos para garantizar suministros adecuados.
- Garantizan que los métodos de supervisión y valoración midan la calidad de los servicios y guíen el mejoramiento de la calidad (véase el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración).

La calidad de la atención mejora cuando *los prestadores de servicios* realizan lo siguiente:

- Se mantienen al tanto de las prácticas recomendadas y las aplican a su trabajo.
- Demuestran respeto a las personas a las que atienden.

La calidad de la atención mejora cuando *los integrantes de la comunidad* realizan lo siguiente:

- Usan su facultad de exigir responsabilidad por la calidad de los servicios a las instituciones que los implementan.

Cuadro 2: Elementos de la atención de salud reproductiva de calidad

Constelación de servicios

Al inicio de la emergencia: PSIM

A medida que la situación se estabiliza: Salud reproductiva integral en estas áreas:

- Atención de la salud de adolescentes.
- Planificación familiar.
- Atención de la salud materna y neonatal.
- Aborto sin riesgos.
- Protección y respuesta ante la violencia de género.
- Prevención y tratamiento de ITS/ITR/VIH/SIDA.

Vínculos a servicios relacionados en otros sectores y grupos.

Competencia técnica	Instalaciones y equipos	Suministros y logística
<ul style="list-style-type: none"> • Descripciones de empleos. • Protocolos de tratamiento. • Precauciones estándar para la prevención de infecciones. • Capacitación basada en competencias. • Supervisión solidaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de equipos necesarios. • Provisión de elementos faltantes. • Programa de mantenimiento preventivo. • Reparación y reemplazo a medida que se necesita. • Eliminación de desechos sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario y almacenamiento. • Sistema de control de inventario. • Flujo logístico.
Información que se da a beneficiarios	Satisfacción del beneficiario: ¿Qué quiere el paciente? ¿Lo obtiene?	Sistemas de información: datos para la toma de decisiones
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas mínimas preventivas y de atención en el hogar. • Lugares y horarios de los servicios. • Dónde acudir en busca de atención. • Conocimiento adecuado para tomar decisiones basadas en información. • Orientación en los tratamientos (cómo tomar la medicación, efectos secundarios, derivación, cuándo volver). 	<ul style="list-style-type: none"> • Privacidad con respecto la vista o la escucha de los demás. • Confidencialidad (no revelar información sobre el paciente sin el consentimiento del paciente). • Cortesía. • Eficiencia. • Eficacia. • Seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Propósito de la información. • Identificación de los datos necesarios. • Recolección de datos. • Almacenamiento y recuperación de datos. • Análisis de datos. • Uso de la información (mejorar programas, compartirla con las partes interesadas).

Adaptado de Bruce, J. (1990). "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework". Studies in Family Planning Vol. 21 (No. 2): pp. 61-91.

3.3 Comunicación

¿Qué es comunicación?

La comunicación comprende a agentes (emisores) que transmiten información a través de los canales adecuados (por ej. cartel, radio, cara a cara, etc.) con el fin de que las personas obtengan la información que necesitan, cuando la necesitan, de un modo que les resulte comprensible para poder tomar decisiones prácticas.

¿Por qué es importante la comunicación?

- Las mujeres, los hombres y los adolescentes tienen que entender cómo funcionan sus cuerpos y cómo mantener y mejorar su salud reproductiva. El conocimiento de validez científica se debe compartir y analizar con las comunidades para que ayude a las personas a tomar decisiones respecto de su salud reproductiva.
- Una comunicación eficaz puede estar orientada a las preocupaciones de quienes controlan el acceso a la información (por ej. funcionarios, padres y madres, suegras, parejas), lo cual mejora el acceso a la atención de la SR.

¿De qué maneras se puede comunicar?

Emplee **prácticas recomendadas básicas** al programar la comunicación. Por ejemplo:

- Entienda cuáles son los conocimientos y creencias del público al que usted quiere llegar.
- Desarrolle y pruebe materiales y mensajes con representantes de ese público.

Cree una **breve lista de los mensajes clave sobre SR** que difunden comúnmente en toda la comunidad todos los promotores de la salud y el bienestar. Haga un muestreo de “mensajes clave sobre SR”:

- Al inicio de la respuesta humanitaria (implementación del PSIM): “Las mujeres que experimenten problemas durante el parto deben buscar atención médica en el hospital que está cerca del surtidor de agua”.
- A medida que la situación se estabiliza (atención de SR integral): “Espaciar los embarazos con al menos dos años de diferencia entre uno y otro potencia la salud de las mujeres, los niños y las familias”.

Use **campañas que lleguen a toda la comunidad** para crear conciencia del modo más amplio posible. Por ejemplo:

- Informe a las personas de que el VIH no puede transmitirse al compartir comida, estrecharse la mano u otro contacto social.

Use **campañas cuyo destinatario sea preciso**, definido a partir de análisis de comportamientos comunes, para fomentar prácticas más saludables entre los grupos vulnerables. Por ejemplo:

- Fomente que el parto sea en un establecimiento sanitario.
- Incremente la adopción y el uso constante de prácticas sexuales seguras.
- Incremente el compromiso con la planificación familiar entre las mujeres en puerperio.
- Fomente visitas a las clínicas por parte de víctimas de violación y de otras formas de violencia de género.

Use **un modelo de orientación al beneficiario** que asegure una interacción competente con el prestador, como el GATHER:

- G: SALUDE (GREET)** a la beneficiaria.
- A: PREGÚNTELE (ASK)** qué busca.
- T: DÍGALE (TELL)** qué tiene usted para ofrecerle.
- H: AYÚDELA (HELP)** a decidir qué es lo mejor para ella.
- E: EDÚQUELA** sobre su decisión.
- R: REGRESO** Concierte una visita de regreso y hágale saber que ella puede venir cada vez que tenga una pregunta.

3.4 Participación comunitaria

¿Qué es participación comunitaria?

La participación consiste en que los actores clave participen en todos los aspectos del ciclo de la programación: diagnóstico, diseño, implementación, supervisión y evaluación (véase el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración). Las oportunidades de participación deben ser transparentes, libres de coerción y abiertas a todos. Es esencial garantizar la participación de todos los grupos, incluidas las mujeres, los hombres y los adolescentes. Es posible que sea necesario salir a buscar la participación activa de grupos que son a menudo marginados, como las minorías, los jóvenes, las viudas y los discapacitados.

¿Por qué es importante la participación comunitaria?

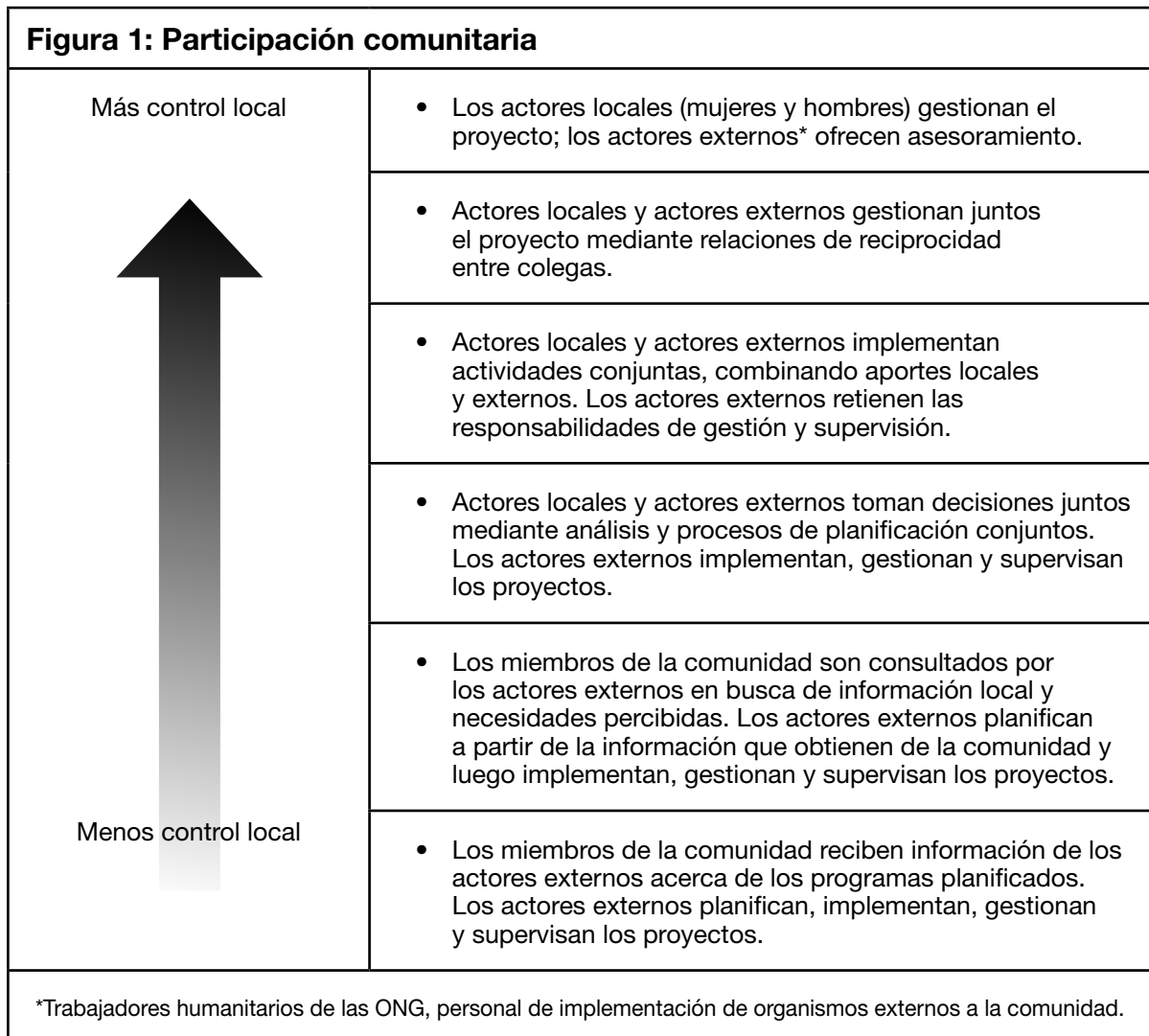
La participación comunitaria es esencial para garantizar que los programas de SR sean adecuados, aceptables y sustentables. Hacer que los actores locales recobren la sensación de independencia y control puede ayudar a las comunidades a recuperarse de una crisis. Una participación comunitaria exitosa involucra tanto a las mujeres como a los hombres en la toma de decisiones y su implementación.

¿Cómo se hace realidad la participación comunitaria?

Los actores externos (trabajadores de la ONU o de las ONG, personal de implementación de los organismos externos a la comunidad) deben

empezar con la participación al comienzo de la respuesta y luego gradualmente llegar a ceder el control del programa a los actores locales (véase la Figura 1). Uno de los primeros pasos es identificar a los prestadores de los servicios de salud y a los líderes comunitarios, tanto masculinos como femeninos, entre la población afectada.

Empezar con el PSIM es una prioridad en los escenarios humanitarios, en virtud de la reconocida necesidad de acceso inmediato a los servicios esenciales. La información recolectada por medio de la participación comunitaria al comienzo de la respuesta sirve de guía para proseguir entregando los servicios y planificar su continuidad en el futuro. Dicha información puede abarcar cuáles son las prácticas locales para la natalidad, qué capacitación les hace



falta a los prestadores de servicios de salud y cuáles son las limitaciones para su acceso, como el requisito de que los prestadores de servicios de salud hablen el mismo idioma que los beneficiarios o la preferencia de éstos por prestadores de su mismo sexo.

3.5 Generación de capacidades técnicas y administrativas

¿Qué es la generación de capacidades?

La generación de capacidades contempla las mejoras necesarias dentro de una organización con el fin de garantizar las competencias técnicas y administrativas adecuadas para el servicio a los beneficiarios y la expansión de los programas. Las organizaciones locales e internacionales deben cooperar mutuamente.

- Los prestadores de servicios deben ser competentes en brindar atención de buena calidad.
- Las organizaciones tienen que tener sus sistemas de gestión implementados para lo siguiente:
 - ▶ Contratar, capacitar, supervisar y brindar apoyo.
 - ▶ Mantener las instalaciones y los equipos.
 - ▶ Garantizar suministros.
 - ▶ Diseñar, supervisar y evaluar los servicios.
 - ▶ Vincularse con las partes interesadas.
 - ▶ Recaudar y administrar fondos.

¿Por qué es importante generar capacidades?

- Las organizaciones necesitan capacidades técnicas y administrativas adecuadas para prestar servicios de SR eficaces a las poblaciones necesitadas.
- Contar con mayor capacidad dentro de las organizaciones locales, nacionales, regionales e internacionales puede mejorar el alcance, la calidad y la sustentabilidad de los servicios de SR.
- Las instituciones o los prestadores de servicios locales a menudo son los responsables de llevar adelante programas durante situaciones que amenazan la seguridad.

¿Cómo se puede generar capacidades?

- Evalúe los puntos fuertes y los débiles de los aspectos técnicos y administrativos actuales de cada organización colaboradora e identifique las áreas donde concentrar el mejoramiento.
- Establezca claramente los roles y responsabilidades de cada colaborador y documente estos roles.
- Diseñe, implemente y evalúe de forma conjunta las capacitaciones técnicas, las actualizaciones y los sistemas de mejoramiento de la gestión.

3.6 Responsabilidad

¿Qué es responsabilidad?

Responsabilidad es el proceso por el cual personas y organizaciones dan cuenta de su desempeño conforme a criterios y principios establecidos. Entre los criterios y principios pertinentes figuran la responsabilidad fiscal, los principios humanitarios, las normas profesionales, la legislación local e internacional y los principios que se describen en este capítulo. La responsabilidad puede incluir la imposición de sanciones por infracciones de las reglas, por ejemplo, despido por explotación sexual o arresto por robo.

Existe entre la comunidad humanitaria un movimiento hacia la responsabilidad de los beneficiarios de la asistencia. Por ejemplo, la Asociación Internacional para la Responsabilidad en el Ámbito Humanitario fomenta la responsabilidad de los beneficiarios mediante criterios y un proceso de certificación. Esta Asociación identifica siete principios básicos de responsabilidad:

1. Compromiso con las normas y los derechos humanitarios.
2. Estipulación de normas organizativas de responsabilidad y generación de capacidades del personal.
3. Comunicación y consulta con las partes, en particular los beneficiarios y el personal, acerca de las normas organizativas, el proyecto a implementar y el mecanismo de tratamiento de los problemas.
4. Participación: involucrar a los beneficiarios en la planificación, la implementación, la supervisión y la evaluación de los programas.

5. Supervisión y elaboración de los informes de acuerdo con las normas establecidas en consulta con los beneficiarios.

6. Tratamiento de las quejas: permitir que los beneficiarios y el personal presenten quejas y busquen reparación sin riesgos.

7. Centros colaboradores de implementación: mantener el compromiso con los principios cuando se trabaja con centros colaboradores de implementación.

¿Por qué es importante la responsabilidad?

Los sistemas y procesos de responsabilidad eficaces contribuyen a cumplir con los derechos y las obligaciones inherentes a los derechos humanos universales y a reconocer el carácter equitativo de la humanidad de todas las personas, tanto de los afectados por la crisis como de quienes los asisten.

En la comunidad humanitaria, los esfuerzos por fomentar la responsabilidad han sido incorporados a la Carta Humanitaria de Esfera y al *Código de Conducta relativo al socorro en casos de desastre para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las organizaciones no gubernamentales* (Código de Conducta). Quienes observan los principios de la Carta Humanitaria reconocen tanto los aspectos vulnerables como las capacidades de las poblaciones afectadas.

La reforma humanitaria de las Naciones Unidas preconiza la responsabilidad, el liderazgo, la predictibilidad y la asociación para mejorar la respuesta.

¿Cómo pueden los programas ser responsables ante los beneficiarios?

Cumpliendo con las normas humanitarias, respetando los derechos humanos y adhiriendo a los principios básicos de atención de la SR como se la detalla en este manual interinstitucional y en otros documentos, entre ellos:

- La Carta Humanitaria y Normas Mínimas de respuesta humanitaria del proyecto Esfera.
- El Boletín del Secretario General de las Naciones Unidas “Medidas especiales de protección contra la explotación y el abuso sexuales”.
- El Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria del IASC.
- Las Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón

de Género en Situaciones Humanitarias del IASC.

- Las directrices para las Intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia del IASC.
- La Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes.
- Los documentos *IASC Matrix on Agency Roles and Responsibilities for Ensuring a Coordinated, Multisectoral Fuel Strategy in Humanitarian Settings* y también *IASC Decision Tree Diagrams on Factors Affecting Choice of Fuel Strategy in Humanitarian Settings*.

Garantizando, además, que se sigan los pasos que se detallan a continuación:

- Establecer una comunicación constante con las poblaciones afectadas acerca de su organización y del trabajo y los planes de proyectos de la misma.
- Atraer la participación de los beneficiarios en todos los pasos de la programación: evaluación, planificación, implementación y supervisión del proyecto.
- Disponer mecanismos para que los beneficiarios se comuniquen con los representantes de las organizaciones, eleven quejas y busquen reparación.
- Aplicar en su organización sistemas de respuesta ante conductas inadecuadas del personal (véase el Cuadro 3: Abuso y explotación sexual).

3.7 Derechos Humanos

¿Qué son los derechos humanos?

Los derechos humanos internacionales son el conjunto de obligaciones globales que rigen el modo en que los Estados tratan a las personas que están bajo su jurisdicción y tienen como objetivo garantizar que la dignidad, la libertad y el bienestar de todas las personas sean equitativos. Los derechos humanos son universales; rigen para todas las personas por su condición de seres humanos.

Los principios de derechos humanos que figuran en los tratados regionales e internacionales forman parte del Derecho internacional. Varios tratados establecen contratos legales entre naciones en favor de los derechos declarados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Se trata de: el Pacto Internacional de Derechos Civiles

Cuadro 3: Abuso y explotación sexual

Los organismos humanitarios tienen el deber de cuidar a sus beneficiarios y la responsabilidad de garantizar que los beneficiarios sean tratados con dignidad y respeto y de que se observen ciertas normas mínimas de conducta. Para prevenir el abuso y la explotación sexual, los funcionarios de SR y los gerentes de programas deben hacer lo siguiente:

- Crear y mantener un ambiente de trabajo que prevenga el abuso y la explotación sexual (AES).
- Garantizar que todo el personal (nacional e internacional) firme y acate un código de conducta (CdC) contra el AES. Retener originales de todas las declaraciones juradas en los correspondientes legajos de personal.
- Garantizar que los mecanismos que prevén la denuncia de prestadores de servicios que cometan AES se instrumenten y sean conocidos por la comunidad.
- Tomar las medidas adecuadas cuando exista motivo para creer que se ha violado cualquiera de las normas estipuladas en el CdC o que ha tenido lugar cualquier otro comportamiento de abuso o explotación sexual. El AES cometido por un prestador de servicios constituye una grave falta de ética y es por lo tanto causal de despido. Las normas son las siguientes:
 - ▶ Se prohíbe la actividad sexual con niños (personas menores de 18 años) independientemente de qué mayoría de edad o edad de consentimiento estipulen las leyes locales. La presunción errónea sobre la edad del niño o la niña no es un argumento de defensa válido.
 - ▶ Se prohíbe el intercambio de dinero, oportunidades laborales, bienes o servicios por sexo, lo cual comprende los favores sexuales o cualquier otra forma de conducta humillante, degradante o de explotación. Esto incluye el intercambio por la asistencia que se les debe a los beneficiarios.
 - ▶ No se recomiendan de ninguna manera las relaciones sexuales entre trabajadores humanitarios y beneficiarios, ya que las mismas se basan en dinámicas de poder que son intrínsecamente desiguales. Tales relaciones debilitan la credibilidad y la integridad del trabajo de ayuda humanitaria.

Para garantizar la máxima eficacia del Código de Conducta, los funcionarios de SR y los gerentes de programas deben publicar una copia del mismo, traducida al idioma que corresponda, que esté claramente a la vista en áreas públicas, como las salas de espera de las clínicas.

Para una muestra del Código de Conducta véase el Anexo 3.

y Políticos (1966), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), que define específicamente las formas de discriminación de género y las medidas que los Estados deben tomar para eliminarlas, y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

Además del sistema internacional de derechos humanos, existen tres grandes sistemas regionales de derechos humanos; cada cual tiene sus propios instrumentos y mecanismos para velar por los derechos humanos:

- El sistema de derechos humanos de la Unión Africana.

- El sistema de derechos humanos del Consejo Europeo.
- El sistema interamericano de derechos humanos.

Otros documentos consagrados a los principios de los derechos humanos son el derecho internacional humanitario, el derecho de los refugiados y las leyes nacionales.

Los documentos de consenso político, como los emitidos por las conferencias de la ONU, ayudan a interpretar la aplicación de las normas de derechos humanos en instrumentos internacionales de cumplimiento obligatorio. (No deje de consultar el CD ROM para leer los textos de documentos clave sobre derechos humanos).

Los Estados que hayan firmado o ratificado instrumentos de derechos humanos están obligados a respetar, proteger y hacer valer los derechos humanos. Todas las leyes nacionales y locales deben respetar los derechos humanos. Los Estados están obligados a proteger a las personas de violaciones de sus derechos por parte de otros. Por ejemplo, cuando un Estado cambia sus leyes sobre violación para garantizar que cualquier persona atacada, independientemente de su ciudadanía, estado civil o género, pueda recibir una respuesta legal eficaz y servicios de buena calidad, ya ha comenzado a cumplir con sus obligaciones de proteger y hacer valer los derechos. En otras palabras, no alcanza con que una persona tenga un derecho; debe poder ejercer ese derecho.

¿Qué son los derechos reproductivos y cómo se vinculan con los derechos humanos?

Los derechos reproductivos son una rama de los derechos humanos reconocidos. En 1994 la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) estableció un marco para la toma de conciencia acerca de los derechos reproductivos: “Los derechos reproductivos descansan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y oportunidad de sus hijos y a tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho de todos a tomar decisiones concernientes a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia”.

Los derechos humanos cruciales para la salud reproductiva comprenden:

- Derecho a la vida.
- Derecho a la seguridad de la persona.
- Derecho a decidir el número, el espaciado y la oportunidad de los nacimientos de los hijos.
- Derecho a la no discriminación y a la igualdad.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho a la salud.
- Derecho a buscar, recibir e impartir información.
- Derecho a no recibir ningún trato cruel, inhumano o degradante.
- Derecho al socorro.
- Derecho a los beneficios del progreso científico.

¿Por qué los derechos humanos son importantes para la programación de SR?

Los entornos jurídicos y políticos bajo los cuales viven, piensan y actúan las personas (entre ellas, los prestadores de servicios) que se hallan en escenarios humanitarios, influyen en la salud reproductiva de la población. Estos entornos rigen formalmente lo que pueden llevar a cabo legalmente los actores, tanto locales como externos. También pueden moldear las actitudes y respuestas a las iniciativas de SR.

Así como los instrumentos internacionales de derechos humanos ante todo hacen responsables a los estados de hacer que se cumpla con los derechos humanos, los actores no estatales, como los organismos internacionales, juegan un papel fundamental en ayudar a las personas a hacer valer sus derechos. Los trabajadores humanitarios tienen la doble responsabilidad de fomentar activamente los derechos humanos y garantizar que las intervenciones no los violen.

¿Cómo pueden fomentar los derechos humanos los programas de SR?

Es esencial que los prestadores de servicios de salud reproductiva conozcan lo siguiente:

- Los tratados y convenios internacionales y regionales sobre derechos humanos de los cuales es parte el país en el que están trabajando.
- Las reglas y protocolos nacionales que rigen la privacidad y la confidencialidad, la divulgación obligatoria, el registro y expendio de drogas.
- El derecho nacional y/o consuetudinario que reglamenta el acceso a los servicios, la custodia y el consentimiento informado.
- El código penal nacional y/o el derecho consuetudinario que definen los delitos de violencia sexual y la respuesta legal a la violencia sexual (lo cual abarca las reglas de la prueba y la edad legal de consentimiento).

Garantice que su programa de SR esté basado en los derechos humanos, es decir, que esté disponible, sea de buena calidad y accesible a todos. Analice y mejore su programa en las siguientes áreas:

- Normas internacionales de derechos humanos.
- Normas legales nacionales.
- Costumbres locales.
- Disponibilidad y accesibilidad de los servicios.

Propugne los grupos de defensa y colabore con ellos a nivel local y nacional para lograr que las leyes, las normas y las prácticas sean de conformidad con los derechos humanos internacionales. Los derechos consagrados en los tratados de derechos humanos se aplican a todas las personas, independientemente de su ciudadanía o residencia legal; por consiguiente les corresponden a refugiados y a personas internamente desplazadas. Sin embargo, los servicios que reciban los refugiados estarán determinados por las leyes nacionales del país anfitrión y sus obligaciones internacionales. En los casos en que las leyes nacionales de un país no sean consecuentes con los principios de los derechos humanos, los prestadores de servicios pueden contribuir a lograr un cambio positivo mediante esfuerzos de defensa.

3.8 Defensa

¿Qué es defensa?

La defensa es la acción estratégica de garantizar que las leyes, las normas, las prácticas y las normas sociales les permitan a las personas gozar de su derecho a la salud reproductiva. La defensa de la SR puede hacer lo siguiente:

- Centrarse en las leyes, normas, prácticas y convenciones sociales que afectan a la posibilidad de acceso de personas o grupos a información y servicios de SR.
- Tener el poder de tomar decisiones para promulgar normas que apoyen los derechos reproductivos.
- Influir sobre las decisiones y acciones de los líderes comunitarios cuyas opiniones afectan a los derechos reproductivos de las personas.

¿Por qué es importante la defensa?

La defensa es necesaria en los escenarios humanitarios para garantizar que existan normas solidarias y el aporte adecuado de fondos para lograr servicios de SR integrales. La programación de SR requiere defensa porque a menudo no se la interpreta correctamente,

porque cuestiona ciertas actitudes políticas y culturales y porque a menudo no se la percibe como una actividad de socorro prioritaria o estándar.

También se necesita la defensa para garantizar que los trabajadores humanitarios adhieran a los principios fundamentales que se describen en este capítulo.

¿Cómo se concreta la defensa?

- La defensa exige una cuidadosa planificación estratégica. No es un proceso lineal ni de una sola vez. Una estrategia de defensa debe ser permanentemente evaluada y ajustada a circunstancias cambiantes.
- Una estrategia de defensa incluye lo siguiente: identificación de un problema, objetivos de corto y de largo plazo, actividades y recursos; anticipación de los desafíos potenciales y preparación de las respuestas, y actividades de supervisión a medida que se la implementa.
- Entre las actividades eficaces de defensa figuran: desarrollar propuestas de normas, compartir ejemplos de prácticas recomendadas de SR con quienes toman las decisiones; presentar datos de programas exitosos desde el campo; comprometer a los defensores (personas informadas e influyentes, capaces de motivar a los demás para el cambio); trabajar dentro de las estructuras de coordinación existentes con el fin de garantizar que se dé prioridad a los programas de SR en la asignación de fondos y la implementación; educar a los prestadores de servicios y estar en comunicación con quienes toman las decisiones para mantenerlos informados.

4 Supervisión

Las siguientes medidas pueden emplearse para supervisar la implementación de los principios fundamentales de la programación de SR.

4.1 Coordinación

- ¿Hay actividades de PSIM en curso?
¿Están disponibles los servicios de PSIM para todos los integrantes de la población afectada?

- En los programas de implementación en curso, ¿todos los integrantes de la población afectada tienen acceso equitativo a una atención de SR integral y de buena calidad? ¿Se encuentran los indicadores de SR dentro de las normas aceptables?

reseña del desempeño anual registra la cantidad de ASM realizados en el año; se reseña una selección de los gráficos de ASM del partero, p. ej.: cinco gráficos seleccionados al azar, y con un puntaje relativo a la conformidad con el protocolo estándar).

4.2 Responsabilidad

La medición de la responsabilidad se describe bien en la Asociación para la Responsabilidad en el Ámbito Humanitario. Algunas medidas simples incluyen:

- Documentación sobre el compromiso de los beneficiarios en la planificación, implementación, supervisión y evaluación de los programas.
- Publicación a la vista de informes periódicos sobre el avance del proyecto.
- Documentación de las medidas tomadas en respuesta a quejas de los beneficiarios respecto del programa.

4.3 Participación comunitaria

- Grado de transición del control externo al control local de los elementos del programa.

4.4 Calidad de la atención

- Informes que muestren la recolección de las opiniones de la población beneficiaria y la respuesta a esas opiniones.
- Listas de control, completadas periódicamente, con los puntajes aceptables de calidad (véase la Figura 2).

4.5 Generación de capacidades

- Es la proporción de personal clínico y administrativo que se desempeña de acuerdo con el nivel de competencia exigido (por ejemplo: la descripción del trabajo de un partero incluye saber realizar un aborto por succión manual (ASM); la

4.6 Comunicación

- Material de información sobre salud, visible para la comunidad.
- Observación de la interacción entre beneficiario y prestador y de la entrevista con el beneficiario a la salida.
- En el largo plazo, prueba de cambios de conducta entre los miembros de la comunidad.

4.7 Promoción

- Presencia de normas que fomenten el acceso a servicios de SR o posibilidad de cambiarlas.
- Proporción de prestadores de servicios y de miembros de la comunidad que tienen conciencia de las normas de SR.
- Los servicios de SR reflejan la implementación de normas de SR positivas.

4.8 Derechos Humanos

- Tasa de utilización de servicios de SR detallada según etnia, edad, estado civil, inmigración o asilo, nivel socioeconómico, religión, geografía, etc.

Figura 2: Modelo de lista de control para la supervisión de la Salud Reproductiva						
Fecha						
Establecimiento						
Gerente del establecimiento						
Supervisor						
PUNTAJE						
Indicador 1:	Calidad de la atención prenatal - Primer trimestre					
Pasos	<p>Reseñar las primeras cinco consultas de atención prenatal durante el primer trimestre.</p> <p>Sumar 1 punto si la acción fue realizada.</p> <p>Sumar 0 puntos si la acción no fue realizada.</p>					
	Número de consulta	1	2	3	4	5
Acciones esenciales	La Pt tiene al menos 1 TT					
	Se midió la PA					
	Examen de proteínas en orina					
	La Pt recibió al menos 30 tabletas de sulfato ferroso y ácido fólico					
	Se le enseñaron a la Pt los signos de peligro					
	La Pt recibió MIAP					
<p>Referencias: Pt = paciente; PA = presión arterial; MIAP = mosquitero tratado con insecticida de acción prolongada; TT = toxoide tetánico</p>						

5 Lecturas complementarias

Lectura fundamental

El Proyecto Esfera. *Carta Humanitaria y Normas mínimas en caso de desastre*. 2004. www.sphereproject.org/content/view/27/84 (revisión prevista en 2010).

Reproductive health during conflict and displacement - A guide for programme managers. Organización Mundial de la Salud, 2000. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_00_13/en/

Lecturas complementarias

Boletín de la Secretaría General de las Naciones Unidas "Medidas especiales de protección contra la explotación y el abuso sexuales", ST/SGB/2003/13, 9 Octubre 2003. <http://ochaonline.un.org/OchaLinkClick.aspx?link=ocha&DocId=1001083>

Manual sobre cuestiones de género en la acción humanitaria. Mujeres, niñas, niños y hombres. Igualdad de oportunidades para necesidades diferentes. Comité entre Organismos, 2006. <http://ochaonline.un.org/OCHAHome/AboutUs/GenderEquality/KeyDocuments/IASCGenderHandbook/tabid/5887/language/en-US/Default.aspx>

Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias. IASC, 2005. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/gbv.asp

Lisa VeneKlasen, con Valerie Miller. *Un nuevo tejido del poder, los pueblos y la política. Guía de acción para la incidencia y la participación ciudadana*. Practical Action Publishing, abril de 2007. http://developmentbookshop.com/product_info.php?products_id=741



Contenido

1 INTRODUCCIÓN	21
2 OBJETIVOS	23
3 PROGRAMACIÓN	23
3.1 Organismo líder de SR y funcionario de SR	23
3.2 Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las víctimas	23
3.3 Reducir la transmisión de VIH	35
3.4 Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal	41
3.5 Suministros para implementar el PSIM	44
3.6 Plan de incorporación de los servicios integrales de SR a la atención primaria de la salud	46
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	49
5 SUPERVISIÓN	50
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	53

1 Introducción

Este capítulo describe el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) pensado para satisfacer las necesidades de salud reproductiva (SR) de las poblaciones al inicio de una emergencia. El PSIM define qué servicios de SR son los más importantes para la prevención de la morbilidad y mortalidad, en particular entre mujeres y niñas, en escenarios humanitarios. Descuidar la salud reproductiva en escenarios humanitarios tiene graves consecuencias: muertes materna y neonatal, violencia sexual y sus secuelas, como traumas, infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazos no deseados y abortos riesgosos, y la posible propagación del VIH. Es preciso que todas las actividades del PSIM se implementen simultáneamente. El PSIM es una norma del Proyecto Esfera.

El PSIM fue desarrollado a partir de datos bien documentados de las necesidades de SR en escenarios humanitarios y por consiguiente puede implementarse sin ninguna evaluación inicial de necesidades. Sin embargo, es preciso recolectar cierta información demográfica y de salud acerca de la población afectada a través del mecanismo de coordinación de salud para lograr una óptima ejecución de las actividades del PSIM.

Es importante destacar que los componentes del PSIM constituyen un requisito **mínimo**. *Planifique e implemente servicios de SR integrales, tal como se los describe en los capítulos 4 a 10 de este Manual de Trabajo, tan pronto como la situación lo permita. Incluso en circunstancias en que se brinden otros componentes de salud reproductiva, garantice que los objetivos del PSIM se implementen también, ya que constituyen una prioridad.*

2

CAPÍTULO DOS

Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Objetivos del PSIM

- **GARANTIZAR** que el sector o grupo de salud pueda identificar un organismo que dirija la implementación del PSIM. El organismo rector de SR se ocupa de lo siguiente:
 - ▶ Designar un funcionario de SR para brinde el apoyo técnico y operativo a todos los organismos que prestan servicios de salud.
 - ▶ Organizar reuniones periódicas entre las partes interesadas para facilitar la implementación del PSIM.
 - ▶ Presentar informes al sector o grupo de salud en las reuniones de cualquier problema relativo a la implementación del PSIM.
 - ▶ Comunicar información sobre la disponibilidad de recursos e insumos de SR.
- **PREVENIR Y CONTROLAR** las consecuencias de la violencia sexual:
 - ▶ Instrumentar medidas para proteger a las poblaciones afectadas, en particular mujeres y niñas, de la violencia sexual.
 - ▶ Poner a disposición atención clínica para las víctimas de violación.
 - ▶ Garantizar que la comunidad esté al tanto de los servicios clínicos disponibles.
- **REDUCIR** la transmisión de VIH:
 - ▶ Garantizar prácticas seguras de transfusión sanguínea.
 - ▶ Difundir y hacer cumplir el respeto por las precauciones estándar.
 - ▶ Poner a disposición del público condones gratuitos.
- **PREVENIR** el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal:
 - ▶ Garantizar la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia y de los servicios de atención neonatal:
 - ▷ En los centros sanitarios: asistentes del parto idóneos y suministros para partos normales y tratamiento de complicaciones obstétricas y neonatales.
 - ▷ En los hospitales de referencia: personal médico idóneo y suministros para el tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales.
 - ▶ Establecer un sistema de derivación que facilite el transporte y la comunicación desde la comunidad al centro sanitario y entre el centro sanitario y el hospital.
 - ▶ Tener disponibles equipos de parto en condiciones higiénicas para las mujeres cuyo embarazo es notorio y para los asistentes del parto, con el objeto de fomentar los partos en condiciones higiénicas en el hogar cuando no es posible el acceso a un centro sanitario.
- **PLANIFICAR** servicios integrales de SR que se incorporen a la atención primaria de la salud (APS) a medida que la situación lo permita. Apoyar a los colaboradores del sector o grupo de salud para:
 - ▶ Coordinar los pedidos de equipamiento y suministros de SR a partir del consumo observado o estimado.
 - ▶ Recolectar los datos previos que existan.
 - ▶ Identificar emplazamientos adecuados para futuras prestaciones de servicios de parto o servicios integrales de SR.
 - ▶ Evaluar la capacidad del personal para prestar servicios integrales de SR y planificar la capacitación o especialización del personal.

Nota: También es importante garantizar que haya anticonceptivos disponibles para cubrir la demanda, que el tratamiento sintomático de las ITS esté disponible para los pacientes que presenten los síntomas y que los medicamentos antirretrovirales (ARV) estén disponibles para las personas que ya se hallan en tratamiento con ARV, lo que incluye la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH). Se debe garantizar además que se suministre a niñas y mujeres materiales culturalmente apropiados para la protección menstrual (por lo general, empaquetados junto con otros productos higiénicos en "equipos de higiene").

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es brindar información y orientación a funcionarios de SR, gerentes de programas y prestadores de servicios en escenarios humanitarios sobre lo siguiente:

- El rol y la función del organismo líder de SR y el funcionario de SR.
- La prevención de la violencia sexual y el tratamiento clínico de las consecuencias de violación.
- Las intervenciones prioritarias para reducir la transmisión de VIH.
- Las intervenciones prioritarias para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.
- Planificación de la incorporación de los servicios integrales de SR a la atención primaria de la salud a medida que la situación se estabiliza.
- Los suministros necesarios para implementar el PSIM.

de salud reproductiva. con el apoyo del organismo líder de SR, garantiza lo siguiente:

- ▶ La atención de la salud reproductiva por parte de todos los organismos sanitarios que trabajan en cada una de las áreas de crisis.
- ▶ La organización de reuniones entre las partes interesadas para poner en marcha correctamente el PSIM.
- ▶ El análisis y la difusión de la información procedente de estas reuniones en las de coordinación del sector o grupo de salud.
- ▶ Suministro de apoyo técnico y operativo a todos los colaboradores sanitarios para implementar el PSIM en todos los lugares afectados por la emergencia. Esto incluye lo siguiente:
 - ▶ Brindar orientación y apoyo técnico para la búsqueda coordinada de suministros de SR.
 - ▶ Identificar personal idóneo para implementar los servicios del PSIM.

3 Programación

3.1 Organismo líder de SR y funcionario de SR

Desde el comienzo de la respuesta en cada escenario humanitario, el sector o grupo de salud debe identificar un organismo líder de SR. Puede tratarse de una ONG internacional, el Ministerio de Salud (MS) o un organismo de las Naciones Unidas. La organización designada, que es aquella que ha sido identificada como la que tiene mayor capacidad para desempeñar este rol, asigna inmediatamente un funcionario de salud reproductiva de tiempo completo durante un período mínimo de tres meses para brindar apoyo técnico y operativo a los colaboradores sanitarios y para garantizar que se priorice la salud reproductiva y se logre una buena prestación de los servicios del PSIM.

Con el propósito de garantizar la implementación del PSIM debe hacerse lo siguiente:

- El sector o grupo de salud identifica a un organismo líder de SR.
- El organismo líder de SR designa a un funcionario de salud reproductiva (véase Cuadro 4, p. 24, para conocer las atribuciones de referencia del funcionario de SR), que cumpla funciones dentro del sector o grupo de salud. El funcionario

3.2 Prevención de la violencia sexual y respuesta a este problema

Para prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las víctimas desde el inicio de una emergencia, es necesario instrumentar lo siguiente:

- Mecanismos para proteger de la violencia sexual a la población afectada.
- Servicios clínicos para la atención de las víctimas de violación.
- Conciencia comunitaria de los servicios disponibles destinados las víctimas de violación.

3.2.1 Prevención de la violencia sexual

Se ha denunciado violencia sexual en la mayoría de los escenarios humanitarios, incluso en los causados por desastres naturales. Todos los actores en escenarios humanitarios deben ser conscientes del riesgo de violencia sexual y coordinar actividades multisectoriales para prevenirla y proteger a la población afectada, en particular a las mujeres y niñas. El funcionario de salud reproductiva debe debatir el problema de la violencia sexual en los encuentros de coordinación sanitaria. En colaboración con todo el mecanismo del sector o grupo de salud, el funcionario de salud reproductiva y el personal del programa de SR tienen los siguientes deberes:

Cuadro 4: Funcionario de salud reproductiva: Atribuciones de referencia

El funcionario de salud reproductiva es responsable de brindar apoyo a los colaboradores del sector o grupo de salud en la implementación del PSIM y de planificar la prestación de servicios integrales de SR. El rol del funcionario de SR comprende lo siguiente:

- Coordinar, comunicar y colaborar con el coordinador del sector o grupo sanitario y participar activamente en las reuniones de coordinación sanitaria, proveer información y elevar las inquietudes y problemas técnicos y estratégicos.
- Apoyar la búsqueda coordinada de suministros y materiales de referencia.
- Organizar reuniones periódicas de SR entre las partes interesadas en los niveles que correspondan (nacional, subnacional o regional, local) para resolver problemas y elaborar estrategias de implementación del PSIM y brindar materiales de recursos del PSIM.
- Garantizar la comunicación frecuente entre todos los niveles e informar acerca de las conclusiones clave, los desafíos que exijan solución (p. ej. normas u otras trabas que restrinjan el acceso de la población a servicios de SR) a todo el mecanismo de coordinación de la salud. Identificar interacciones y fisuras y evitar duplicación de esfuerzos o estructuras paralelas.
- Proporcionar orientación técnica y operativa sobre la implementación del PSIM y dar charlas de orientación, donde y como sea factible, orientadas a públicos específicos (p. ej. para prestadores de servicios, trabajadores de salud comunitaria, personal del programa y la población afectada, incluidos los adolescentes).
- Crear vínculos con otros sectores (protección, agua y saneamiento, servicios comunitarios, coordinación de campamentos, etc.) que atiendan problemas relativos a la SR.
- Apoyar a los colaboradores sanitarios en la búsqueda de fondos mediante campañas de recaudación y procesos de planificación humanitarios coordinados con la rama o el grupo salud.

El funcionario de salud reproductiva debe identificar, comprender y dar información sobre estos aspectos:

- Los principios elementales de las normas nacionales y del país anfitrión, las reglas y las leyes consuetudinarias que contemplan lo siguiente:
 - ▶ El apoyo a los servicios de SR para la población afectada.
 - ▶ La creación de barreras y la restricción del acceso a los servicios de SR.
- Protocolos del MS relacionados con la atención estandarizada (p. ej. protocolos para el tratamiento clínico de las víctimas de violación; mecanismos de derivación para emergencias obstétricas y, al planificar servicios integrales de SR, tratamiento sindrómico de las ITS y protocolos de planificación familiar).

El funcionario de SR trabaja en el contexto de todo el mecanismo de coordinación del sector o grupo de salud para obtener y usar información:

- Usar la lista de control del PSIM (véase la página 50) para supervisar los servicios. Recolectar información sobre la prestación de los servicios, analizar conclusiones y actuar sobre las fisuras y superposiciones que se identifiquen.
- Recolectar o estimar datos demográficos básicos y de SR de la población afectada que respalden la implementación del PSIM y la planificación de una prestación de servicios integrales de SR (véase el Capítulo 2).

- Garantizar que mujeres, hombres, adolescentes y niños tengan acceso a servicios básicos de salud, entre ellos los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Diseñar y emplazar instalaciones sanitarias dedicadas a mejorar la seguridad física, en consulta con la población, en particular con mujeres y adolescentes.
- Consultar a los prestadores de servicios y a los pacientes respecto de la seguridad en las instalaciones sanitarias.
- Ubicar por separado letrinas y duchas masculinas y femeninas en el centro sanitario, en un área segura que cuente con adecuada iluminación nocturna del camino, y garantizar que las puertas se cierren con llave desde el interior.
- Garantizar que todos los idiomas de los subgrupos étnicos estén representados entre los prestadores de servicios o que haya intérpretes disponibles.
- Contratar a mujeres entre los prestadores de servicios, trabajadores sociales, personal del programa e intérpretes.
- Informar a los prestadores de servicios de la importancia de mantener la confidencialidad y hacerles firmar y respetar un código de conducta contra el abuso y la explotación sexual (AES).
- Garantizar que estén en vigor los códigos de conducta y los mecanismos de denuncia de AES por parte del personal sanitario, como también las medidas punitivas correspondientes para que se los respete.

3.2.2 Responder a las necesidades de las víctimas de violación

Para prevenir y tratar las posibles consecuencias sobre la salud, las víctimas de violación deben tener acceso a atención clínica, lo cual incluye terapia de apoyo, tan pronto cuanto sea posible después del incidente. Garantice que los servicios de atención de la salud puedan prestar tal atención al comienzo de una respuesta humanitaria.

Las víctimas también pueden requerir de protección y de apoyo legal y psicosocial. Lo antes posible, fomente un proceso para identificar divisiones claras de roles y responsabilidades entre los colaboradores sanitarios y entre todos los programas de los sectores o grupos que responden a las necesidades de las víctimas (salud, protección, seguridad y servicios comunitarios) con el fin de garantizar a las víctimas un mecanismo de derivación coordinado, centrado en la víctima y confidencial. El documento producto

Cuadro 5: Principios rectores para la respuesta a las necesidades de las víctimas de violación

Los siguientes principios guía deben ser respetados en todo momento por todos los actores humanitarios que respondan a las necesidades de las víctimas:

Seguridad
Confidencialidad
Respeto
No discriminación

de este proceso a veces se designa como procedimientos operativos estándar (SOP) en VDG (véase el Capítulo 8: VDG).

3.2.3 Servicios clínicos para víctimas de violación

Al crear servicios de manejo clínico para las víctimas de violación, los funcionarios de SR y el personal del programa deben hacer lo siguiente:

- Establecer un área de consulta privada que cuente con un archivero que pueda cerrarse con llave.
- Poner en vigor protocolos claros y disponer los equipos y suministros suficientes.
- Contratar a prestadores de servicios femeninos y masculinos que dominen los idiomas locales o, en caso de que no sea posible, a acompañantes y traductores masculinos y femeninos capacitados.
- Dar participación a mujeres y adolescentes en las decisiones sobre la posibilidad de acceso a los servicios y sobre el nombre adecuado para el servicio.
- Garantizar que estén disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana los servicios y un mecanismo de derivación a un hospital en caso de complicaciones que pongan en riesgo la vida.
- Una vez establecidos los servicios, informar a la comunidad de por qué, dónde y cuándo (lo antes posible, después de una violación) se debe acudir a estos servicios. Usar los canales de comunicación adecuados al contexto (p. ej. a través de parteros,

trabajadores comunitarios de la salud, líderes comunitarios, mensajes de radio o folletos informativos en los baños de mujeres).

- Garantizar la idoneidad de los prestadores de servicios. Cuando sea necesario, organice sesiones informativas o breves capacitaciones de actualización sobre atención clínica para víctimas de violación. El tratamiento clínico de sobrevivientes de violación incluye los siguientes componentes:
 - ▶ Comunicación comprensiva.
 - ▶ Historia y examen clínicos.
 - ▶ Recolección de pruebas forenses, si corresponde.
 - ▶ Tratamiento compasivo y confidencial, que abarca lo siguiente:
 - ▷ Anticoncepción de emergencia.
 - ▷ Tratamiento de las ITS.
 - ▷ Profilaxis postexposición (PPE) para prevenir la transmisión de VIH.
 - ▷ Atención de heridas y prevención del tétano.
 - ▷ Prevención de la hepatitis B.
 - ▷ Derivación a otros servicios, p. ej. sanitarios, psicológicos y sociales.

Comunicación comprensiva

Garantice que los prestadores de servicios puedan brindar apoyo compasivo y confidencial a la víctima mediante una comunicación que sea precisa, clara, que no la juzgue y que conlleve una escucha activa.

Historia y examen clínicos

Se debe realizar una historia clínica detallada y un exhaustivo examen clínico después de asegurarse de que la víctima comprende y consiente cada paso. Formularios preimpresos de historia clínica y examen clínico deben guiar el proceso y todos los resultados deben documentarse minuciosamente.

El propósito principal de la historia y el examen es determinar qué atención clínica se necesita. Elaborar la historia clínica y realizar el examen son tareas que se realizan al ritmo propio de la víctima. Se le asegura a la víctima que es ella o él quien tiene el control, que no hace falta que hable de nada que le cause incomodidad y que se puede detener el proceso en cualquier momento. Es un derecho de la víctima decidir si será examinada o no.

Recolección de pruebas forenses

- Son los requisitos legales locales y los establecimientos de laboratorio y de almacenamiento los que determinan si se debe recolectar pruebas forenses y, en tal caso, cuáles.
- Las pruebas se recolectan durante el examen médico si la víctima da su consentimiento.
- Como mínimo, se debe llevar un exhaustivo registro escrito de todo lo que se encuentre durante el examen médico que pueda sustentar el relato de la víctima, incluido el estado de su ropa. El informe médico es parte del registro legal y puede ser presentado como prueba (con el consentimiento de la víctima) si el caso llega a la corte. Debe mantenerse confidencial en un lugar seguro.
- Si se dispone de un microscopio, un empleado de un laboratorio o un prestador de atención de la salud capacitado puede realizar un examen en fresco de la secreción vaginal para comprobar la presencia de esperma, lo cual demuestra que hubo penetración. Otras pruebas (como la ropa, materiales extraños, semen o sangre para el análisis de ADN u orina para el estudio toxicológico) sólo se recolectan si existe la necesaria capacidad local de procesamiento (almacenamiento, análisis de laboratorio) y si la prueba puede ser usada ante la corte.
- Cuando la víctima lo solicite, el prestador de servicios puede preparar un certificado médico o un formulario policial. Según la ley jurisdiccional, este formulario puede usarse para fines legales, como reparación o asilo. El documento se hace por duplicado. Una copia queda guardada bajo llave en el centro de salud o en poder del gerente de programa. La otra copia se entrega a la víctima en caso de que la solicite, después de asesorarla cuidadosamente sobre el riesgo de otros episodios de violencia si el documento es hallado en su poder.
- La víctima es la única que decide cuándo y cómo usar el certificado médico.

Tratamiento compasivo y confidencial

El tratamiento puede comenzar sin examen si así lo decide la víctima. Hay que tratar primero las complicaciones que ponen en riesgo la vida y derivar a establecimientos sanitarios de nivel superior si corresponde.

Dosis de las píldoras anticonceptivas de emergencia

1. Dosis de levonorgestrel solo: 1,5 mg de levonorgestrel en una única dosis (se recomienda esta dosis por ser la más eficaz y tener menos efectos secundarios).

2. Dosis combinada de estrógeno y progestágeno (Yuzpe): una dosis de 100 microgramos de etinilestradiol más 0,5 mg de levonorgestrel tomadas lo antes posible y otra dosis igual 12 horas más tarde.

Anticoncepción de emergencia

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) pueden prevenir embarazos no deseados si se usan dentro de las *120 horas* (hasta 5 días) posteriores a la violación. Existen dos formas de administración de PAE que pueden usarse (véase el cuadro superior).

- El tratamiento con una u otra forma debe comenzarse tan pronto como sea posible, porque la eficacia disminuye a medida que pasa el tiempo. Ambas formas de administrar las PAE son eficaces si se las usa hasta 72 horas después de la violación, y siguen siendo moderadamente eficaces si se las comienza a usar dentro de las 72 a 120 horas. No se ha investigado su eficacia tras demoras prolongadas.
- Se trata de productos que vienen empaquetados especialmente para anticoncepción de emergencia, pero no están disponibles en todos los países. Si las PAE preempaquetadas no están disponibles en su contexto, se puede brindar anticoncepción de emergencia mediante el uso de píldoras anticonceptivas orales comunes (véase la Tabla 1, p. 28).
- Oriente a la víctima acerca de cómo tomar las píldoras, qué efectos secundarios podrían traer y cómo podrían afectar a su próximo período menstrual. Las PAE no previenen embarazos de actos sexuales que tengan lugar después de su uso. Sumínístrele preservativos para su uso en un futuro inmediato.
- Aclárele a la víctima que existe un pequeño riesgo de que las píldoras no funcionen. La menstruación debería tener lugar en la fecha aproximada en que ella normalmente la espera. Puede ser que se anticipe una semana o se demore unos días. Si a la semana de la fecha en que la espera aún no tuvo su menstruación, debe volver a hacerse un test de embarazo o conversar sobre las opciones posibles en caso de embarazo. Explíquelo que un ligero sangrado o manchas de sangre son comunes con dosis de levonorgestrel. Esto no debe confundirse con una menstruación normal.
- Efectos secundarios: Hasta el 50% de las usuarias informan de náuseas con las PAE. Tomar la píldora con las comidas disminuye la náusea. Se ha demostrado que la administración única de levonorgestrel, causa menos náuseas y vómitos que las dosis combinadas de estrógeno y progestágeno (Yuzpe). Si el vómito tiene lugar dentro de las dos horas de la dosis, será necesario repetirla. En casos de vómito abundante, las PAE se pueden administrar por vía vaginal.
- Precauciones: Cualquier mujer o niña puede usar PAE sin riesgos, incluso las que no pueden usar métodos hormonales permanentes, ya que la dosis de hormonas empleada es relativamente pequeña y las píldoras se usan por un lapso breve. Las PAE no serán eficaces ante un embarazo confirmado. Las PAE se pueden dar cuando la condición de embarazo o no embarazo no está clara y no se dispone de tests de embarazo, ya que no hay datos que permitan suponer que las píldoras pueden dañar a la mujer o a un embarazo existente. No hay ninguna otra contraindicación médica para el uso de las PAE.

Tabla 1: Dosis de anticonceptivos de emergencia

Tipo de dosis	Composición de las píldoras (por dosis)	Marcas más comunes	Primera dosis (cantidad de píldoras)	Segunda dosis 12 horas después (cantidad de píldoras)
Sólo levonorgestrel	750 mg	Levonelle, NorLevo, Plan B, Postinor-2, Vikela	2	0
	30 mg	Microlut, Microval, Norgeston	50	0
	37,5 mg	Ovrette	40	0
Combinada	EE 50 mg más LNG 250 mg o EE 50 mg más NG 500 mg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovrán, Tetragynon/PC-4, Preven, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2	2
	EE 30 mg más LNG 150 mg o EE 30 mg más NG 300 mg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4	4

EE = etinilestradiol; LNG = levonorgestrel; NG = norgestrel.

(Adaptación de: Consorcio sobre Anticoncepción de Emergencia. *Píldoras anticonceptivas de emergencia: Guía médica y para la prestación de servicios*, Segunda edición. Washington, DC, 2004).

La inserción de un DIU de cobre es un eficaz método de anticoncepción de emergencia

si la víctima se presenta dentro de los cinco días posteriores a la violación (y si no hubo un acto sexual previo sin protección en este ciclo menstrual). Prevendrá más del 99% de los embarazos subsiguientes esperables. Cuando se puede estimar la fecha de la ovulación (el riesgo de ovulación es bajo hasta el día séptimo del ciclo menstrual), ella puede hacerse insertar un DIU de cobre más allá del quinto día posterior a la violación, siempre y cuando la inserción tenga lugar no más de cinco días después de la ovulación.

Ofrezca asesoramiento a las víctimas acerca de este servicio para que puedan tomar una decisión basada en información. Un prestador idóneo debe asesorar a la víctima e insertar el DIU.

Si se inserta un DIU, disponga que se le dé el tratamiento de ITS completo, como se recomienda a continuación. El DIU puede ser retirado cuando la mujer tenga su siguiente ciclo menstrual o dejado en el lugar como método anticonceptivo para el futuro.

Tratamiento por presunción de infecciones de transmisión sexual (ITS)

- Ofrezca a las víctimas de violación antibióticos para el tratamiento de la gonorrea, la clamidiosis y la sífilis (véanse las Tablas 2 y 3). Si hay casos de otras ITS en el área (como tricomoniasis o chancroide), dé además tratamiento provisional para éstas.
- Prescriba los tratamientos más breves de que se disponga en el protocolo local y que sean fáciles de seguir. Por ejemplo, si la víctima se presenta dentro de los 30 días del incidente, 400 mg de cefixima más 1 g de azitromicina oral será suficiente tratamiento por presunción de gonorrea, clamidiosis y sífilis en incubación.
- Sea consciente de que las mujeres que están embarazadas o que se sabe que son alérgicas no deberían tomar ciertos antibióticos y modifique el tratamiento en consecuencia (véase la Tabla 2).
- Las dosis por presunción de ITS deben empezar el mismo día que los anticonceptivos de emergencia y la profilaxis postexposición (PPE) del VIH. Para reducir los efectos secundarios, como las náuseas, pueden espaciarse las dosis (y tomarse con las comidas).

- Vacune contra la hepatitis B dentro de los 14 días del ataque a menos que la víctima ya tenga vacunación completa. Se necesita un total de tres dosis, la segunda dosis cuatro semanas después de la primera y la tercera dosis ocho semanas después de la segunda.



Tabla 2: Protocolos de tratamiento de las ITS en adultos, recomendados por la OMS	
<i>Nota: Éstos son ejemplos de tratamientos de las infecciones de transmisión sexual. Pueden existir otras opciones de tratamiento. Siga siempre los protocolos locales de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.</i>	
ITS	Tratamiento
Gonorrea	cefixima 400 mg por vía oral, en una única dosis ○
	ceftriaxona 125 mg por vía intramuscular, una única dosis
Clamidiosis	azitromicina 1 g por vía oral, en una única dosis <i>(Este antibiótico también es activo contra la sífilis en incubación, dentro de los 30 días de la exposición).</i> ○
	doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces por día durante 7 días <i>(contraindicado en el embarazo)</i>
Clamidiosis en mujeres embarazadas	azitromicina 1 g por vía oral, en una única dosis <i>(Este antibiótico también es activo contra la sífilis en incubación, dentro de los 30 días de la exposición)</i> ○
	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días ○
	amoxicilina 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
Sífilis	benzatina bencilpenicilina* 2,4 millones de UI, por vía intramuscular, una única vez <i>(aplíquela dividida en dos inyecciones en dos lugares separados)</i> ○
	azitromicina 2 g por vía oral en una única dosis <i>(para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de duración < de 2 años)</i> <i>(Este antibiótico también es activo contra las clamidiosis)</i>
<i>Sífilis, paciente alérgico a la penicilina</i>	azitromicina 2 g por vía oral en una única dosis <i>(para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de duración < de 2 años)</i> ○ doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces por día durante 14 días <i>(contraindicado en el embarazo)</i> <i>Tanto la azitromicina como la doxiciclina son también activas contra las clamidiosis</i>
Sífilis en mujer embarazada alérgica a la penicilina	azitromicina 2 g por vía oral en una única dosis <i>(para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de duración < de 2 años)</i> ○ eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días Tanto la azitromicina como la eritromicina son también activas contra las clamidiosis
ITS	Tratamiento
Tricomonas	metronidazol 2 g por vía oral en una única dosis ○
	tinidazol 2 g por vía oral en una única dosis ○
	metronidazol 400 ó 500 mg por vía oral, 2 veces por día durante 7 días <i>Evítese el uso de metronidazol y tinidazol en el primer trimestre del embarazo</i>

* **Nota:** Si la víctima se presenta dentro de los 30 días del incidente, la **benzatina bencilpenicilina** puede omitirse si la dosis de tratamiento incluye **azitromicina 1 g en una única dosis**, que es eficaz contra la sífilis en incubación y también contra la clamidiosis. Si la víctima se presenta más de 30 días después del incidente, **2 g de azitromicina en una única dosis** es suficiente tratamiento por presunción de sífilis primaria, secundaria y latente temprana de duración < de 2 años y también protege contra la clamidiosis.

Tabla 3: Protocolos de tratamiento de las ITS en niños y adolescentes, recomendados por la OMS

Nota: Éstos son ejemplos de tratamientos de las infecciones de transmisión sexual. Pueden existir otras opciones de tratamiento. Siga siempre los protocolos locales de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y use drogas y dosis que sean adecuadas para niños.

ITS	Peso o edad	Tratamiento
Gonorrea	< 45 kg	ceftriaxona 125 mg por vía intramuscular, una única dosis o espectinomocina 40 mg/kg de peso corporal, por vía intramuscular (hasta un máximo de 2 g), en una única dosis o (si > 6 meses) cefixima 8 mg/kg de peso corporal, por vía oral, en una única dosis
	> 45 kg	Tratar según el protocolo para adultos
Clamidiosis	< 45 kg	azitromicina 20 mg/kg por vía oral, en una única dosis o eritromicina 50 mg/kg de peso corporal por día, por vía oral (hasta un máximo de 2 g), divididos en 4 dosis, durante 7 días
	> 12 años	Tratar según el protocolo para adultos
	> 45 kg pero < 12 años	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o azitromicina 1 g por vía oral, en una única dosis
Sífilis		benzatina penicilina* 50 000 UI/kg intramuscular (hasta un máximo de 2,4 millones de UI), en una única dosis

ITS	Peso o edad	Tratamiento
<i>Sífilis, paciente alérgico a la penicilina</i>		eritromicina 50 mg/kg de peso corporal por día, por vía oral (hasta un máximo de 2 g), divididos en 4 dosis, durante 14 días
Tricomoniasis	< 12 años	metronidazol 5 mg/kg de peso corporal por vía oral, 3 veces al día durante 7 días
	> 12 años	Tratar según el protocolo para adultos
* Nota: Si la víctima se presenta dentro de los 30 días del incidente, el tratamiento con benzatina penicilina por presunción de sífilis puede omitirse si el régimen del tratamiento incluye azitromicina , que es eficaz contra la sífilis en incubación y también contra la clamidiosis.		

PPE para prevenir la transmisión de VIH

La probabilidad de la transmisión de VIH tras una violación puede reducirse mediante la pronta administración de PPE. La PPE debe iniciarse dentro de las 72 horas siguientes a la exposición y continuar durante 28 días. Es preciso empezar con la PPE lo antes posible después de la exposición, ya que estudios sugieren que la PPE es más eficaz cuanto antes se inicie. La OMS recomienda una terapia combinada de 28 días con dos inhibidores nucleósidos análogos de la transcriptasa reversa, preferentemente en una combinación de dosis fija. (Esta pauta está vigente al momento de la publicación. Como se trata de un campo en rápida evolución, posiblemente cambie. Consulte www.iawg.net para obtener actualizaciones).

Para víctimas de violencia sexual:

- Evalúe el riesgo de la exposición al VIH antes de prescribir PPE. Tome en cuenta el relato del hecho (lo que incluye si hubo varios agresores, penetración vaginal o anal y el tipo de lesiones sufridas).
- Ofrezca asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH (véase el Capítulo 10: APV) en las dos primeras semanas posteriores al incidente. Sin embargo, no es obligatoria una prueba de VIH antes de prescribir PPE.
- Ofrezca PPE a todas las víctimas que podrían necesitarlo, incluso a aquellas que no desean someterse a una prueba de VIH. Comience con la primera dosis de la PPE lo antes posible. No demore el comienzo de la PPE mientras espera el resultado de APV.

No ofrezca PPE a víctimas que se sabe o se determinó que son seropositivas. Aunque no es probable que cause daño, tampoco cabe esperar ningún beneficio. Derive a las víctimas seropositivas a tratamiento de VIH y a servicios de atención y apoyo donde se encuentren disponibles.

Tabla 4: Terapias de combinación de dos drogas recomendadas para VIH-PPE en adultos

Peso o edad	Tratamiento	Prescriba	Suministro para 28 días
Adulto	Tableta combinada que contiene Zidovudina (300 mg) y Lamivudina (150 mg)	1 tableta dos veces/día	60 tabletas
	o	o	o
	Zidovudina (ZDV/AZT) tableta de 300 mg más Lamivudina (3TC) tableta de 150 mg	1 tableta dos veces/día más 1 tableta dos veces/día	60 tabletas más 60 tabletas

Tabla 5: Terapias de combinación de dos drogas recomendadas para VIH-PPE en niños

Peso o edad	Tratamiento	Prescriba	Suministro para 28 días
< 2 años o de 5 a 9 kg	Zidovudina (ZDV/AZT) en jarabe* 10 mg/ml	7,5 ml dos veces por día	= 420 ml (p. ej., 5 frascos de 100 ml o 3 frascos de 200 ml)
	más	más	más
10 a 19 kg	Lamivudina (3TC) en jarabe 10 mg/ml	2,5 ml dos veces por día	= 140 ml (p. ej. 2 frascos de 100 ml o 1 frasco de 200 ml)
	más	más	más
20 a 39 kg	Zidovudina (ZDV/AZT) en cápsulas de 100 mg	1 cápsulas tres veces por día	90 cápsulas
	más	más	más
	Lamivudina (3TC) tableta de 150 mg	½ tableta dos veces por día	30 tabletas
	más	más	más
	Zidovudina (ZDV/AZT) en cápsulas de 100 mg	2 cápsulas tres veces por día	120 cápsulas
	más	más	más
	Lamivudina (3TC) tableta de 150 mg	1 tableta dos veces/día	60 tabletas
	más	más	más

* Deseche el frasco de jarabe transcurridos 15 días de abierto

Cuadro 6: PPE ARV de tres drogas

Las dosis compuestas de tres drogas sólo se recomiendan en los siguientes casos:

- La persona fuente de la exposición es seropositiva, está recibiendo terapia antirretroviral y se sabe que presenta signos o una historia personal de resistencia comprobada a la terapia antirretroviral.
- o
- La cantidad de antecedentes de resistencia a la terapia antirretroviral en la comunidad supera el 15% (donde esto se sabe).

Terapias combinadas de tres drogas recomendadas

Zidovudina (AZT)	+ Lamivudina (3TC)	+ Lopinavir	potenciado con Ritonavir
------------------	--------------------	-------------	--------------------------

Cumplir con las dosis de tres drogas puede ser más difícil que con las de dos drogas. Debido a los efectos secundarios posiblemente peligrosos, derive a la víctima a un especialista o a un médico que tenga experiencia en el tratamiento de VIH.

Fuente: *Post-exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infections, Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection.* OMS/OIT, 2007.

Es importante saber lo siguiente:

- El embarazo no es una contraindicación para la PPE. Infórmeles a las mujeres que cursan embarazos de menos de 12 semanas de que no se conocen los posibles efectos de la droga en el feto.
- Asesore a la víctima sobre los efectos secundarios comunes de las drogas, como fatiga, náuseas y síntomas parecidos a los de la gripe. Estos efectos secundarios son temporarios y pueden aliviarse con analgésicos comunes como el paracetamol.
- Se les puede dar a las víctimas un suministro de PPE de una semana y los de las tres semanas restantes en las consultas de seguimiento.
- Dé la dosis completa para 28 días a víctimas que por algún motivo no puedan regresar o en contextos donde es posible un próximo desplazamiento.

Atención de heridas y prevención del tétano

Limpie cualquier desgarro, corte o raspadura y suture las heridas limpias dentro de las 24 horas. No suture heridas sucias. Considere la posibilidad de dar antibióticos y analgésicos apropiados si existen amplias heridas sucias.

Administre profilaxis antitetánica si hay roturas en la piel o en mucosas y si la víctima no está vacunada contra el tétano o si su estado de vacunación es incierto. Aconseje a las víctimas que completen el calendario de vacunación (la segunda dosis en cuatro semanas, la tercera dosis entre seis meses y un año).

Derivación para mayor intervención en situaciones de crisis

Con el consentimiento de la víctima o a su pedido, ofrezca las siguientes opciones de derivación:

- Derivación a un **hospital** en caso de complicaciones que pongan en peligro la vida o complicaciones que no se puedan tratar en el nivel del centro de salud.
- **Protección o asistencia social** si la víctima no tiene un lugar seguro adonde ir cuando salga del centro de salud.
- **Asistencia para el aborto sin riesgos** donde sea legal. Determine las indicaciones legales correspondientes al aborto sin riesgos. En muchos países la ley permite la interrupción del embarazo producido a raíz de una violación. También puede permitirse la interrupción del embarazo en relación con la salud mental y física de la mujer. Prestadores de servicios capacitados pueden efectuar abortos en el primer trimestre:

- ▶ Mediante aborto por succión manual (ASM) hasta 12 semanas a partir del último período menstrual.
- ▶ Mediante métodos clínicos hasta nueve semanas a partir del último período menstrual. La OMS recomienda una combinación de **200 mg de mifepristona por vía oral seguidos de 800 µg de misoprostol por vía vaginal entre las 36 y las 48 horas posteriores**. Donde no se disponga de mifepristona, los datos indican el uso de misoprostol 800 µg únicamente, por vía vaginal y repetido cada 12 horas hasta las tres dosis, aunque es menos eficaz que cuando se usa en combinación con mifepristona.
 - ▷ Proporcione analgésicos, p. ej. ibuprofeno 800 mg tres veces al día o según se necesite.
 - ▷ Aconseje a las mujeres que regresen para una o más consultas de seguimiento transcurridos entre 10 y 14 días. Los casos de embarazo en curso deben ser derivados para ASM; los casos de aborto incompleto se tratan ya sea a la expectativa o con una dosis adicional de misoprostol o con un procedimiento de ASM.
- ▶ La dilatación y el legrado uterino con instrumentos metálicos sólo debe usarse donde los métodos de aborto por succión o métodos clínicos no estén disponibles. El ASM es más rápido e implica menos pérdida de sangre que la dilatación y el legrado. Por lo tanto, debe hacerse todo lo posible por reemplazar estos últimos por el ASM.
- Servicios psicosociales donde estén disponibles. Vincúlese con los centros de protección y de VDG para identificar los servicios psicosociales disponibles en el escenario humanitario. Éstos pueden incluir iniciativas que ofrezca la población afectada, los centros de mujeres y otros grupos de apoyo.

Consideraciones especiales para los niños

El funcionario de salud reproductiva tiene que comprender las leyes específicas del país con respecto a la edad de consentimiento, el profesional (por ejemplo, un representante de la policía, los servicios comunitarios o la corte) que puede dar consentimiento legal para la atención clínica si uno de los padres o un tutor es el presunto agresor y los requisitos de denuncia obligatoria cuando los prestadores de servicios sospechan o reciben información de un caso de abuso infantil.

Nunca debe practicarse tacto vaginal o rectal o examen con espéculo a niños pequeños.

Los protocolos que muestran las dosis adecuadas de las drogas deben estar a la vista o al alcance de los prestadores de servicios.

Consideraciones especiales para víctimas masculinas

Es menos probable que las víctimas masculinas denuncien el incidente por pudor, vergüenza, carácter ilegal de las relaciones con personas del mismo sexo o falta de reconocimiento de la gravedad del problema por parte de los prestadores de servicios y los gerentes de programas. Las víctimas masculinas sufren un trauma físico y psicológico similar al de las víctimas mujeres y deben tener acceso a servicios confidenciales, respetuosos y no discriminatorios que les brinden todos los tratamientos que correspondan.

3.2.4 Informe a la comunidad de los servicios disponibles

Use canales de comunicación adecuados (p. ej.: folletos, mensajes radiales, sesiones informativas coordinadas por asistentes tradicionales para el parto y trabajadores de la salud) para informar a la población afectada de la disponibilidad de servicios confidenciales y la importancia de que las víctimas acudan a ellos lo más pronto posible después de un incidente.

3.3 Reducir la transmisión de VIH

Con el fin de reducir la transmisión de VIH desde el inicio de la respuesta humanitaria, el funcionario de salud reproductiva debe trabajar con los colaboradores del sector o grupo de la salud para lograr lo siguiente:

- Establecer prácticas de transfusión racionales y seguras.
- Garantizar la aplicación de las precauciones estándar.
- Garantizar la disponibilidad de preservativos gratuitos.

Aunque no sean un componente del PSIM, es importante que los antirretrovirales (ARV) estén disponibles para la continuidad del tratamiento de personas que se inscribieron en un programa de TAR antes de la emergencia, inclusive mujeres que se inscribieron en programas de PTMH.

3.3.1 Transfusión sanguínea segura

El uso racional y seguro de sangre para las transfusiones es esencial para prevenir la transmisión de VIH y de otras infecciones transmisibles por transfusión (ITT) como la hepatitis B, la hepatitis C y la sífilis. Si se transfunde sangre contaminada con VIH, la probabilidad de transmisión de VIH al receptor es casi de un 100%. No deben realizarse transfusiones si no existen instalaciones, suministros y personal adecuadamente calificados.

La transfusión sanguínea *racional* comprende:

- Transfundir sangre sólo en circunstancias que pongan en riesgo la vida y cuando no exista alternativa.
- Usar medicamentos que impidan o reduzcan el sangrado activo (p. ej. oxitocina).
- Usar sustitutos de la sangre para reemplazar el volumen perdido, como los sustitutos de base cristalóide (solución de lactato sódico compuesta o de Ringer, solución salina normal) o sustitutos de base coloidal (Haemaccel, Gelofusine) siempre que sea posible.

La transfusión sanguínea *segura* comprende:

- Extraer sangre sólo de donantes voluntarios, no pagos, de bajo riesgo de contraer ITT y elaborar criterios estrictos de selección de donantes de sangre.
- Someter toda la sangre destinada a transfusión a pruebas de detección de, como mínimo, VIH 1 y 2, hepatitis B, hepatitis C y sífilis, mediante las pruebas de laboratorio más adecuadas. Una sola prueba de laboratorio de VIH no alcanza para determinar la presencia de VIH (véase el capítulo 10: VIH). No revele el resultado positivo de una prueba a los donantes en el caso de que no puedan ser derivados a servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias (APV). En tal caso examine la sangre destinada a la transfusión y deséchela si no se la puede utilizar. Vincule los servicios de transfusión sanguínea a los de APV en cuanto estén establecidos como parte de la respuesta integral y derive a los donantes a APV antes de examinar su sangre.
- Ordenar por grupos ABO y tipos de factores Rhesus D (RhD) y, si el tiempo lo permite, efectuar pruebas cruzadas de compatibilidad.

- SÓLO transfundir a mujeres en edad reproductiva sangre del grupo y factor RhD adecuado.
- Garantizar prácticas clínicas de transfusión segura y la correcta eliminación de bolsas de sangre, agujas y jeringas.

Para hacer que se disponga de transfusiones sanguíneas racionales y seguras, los gerentes de programas y los funcionarios de salud reproductiva deben trabajar con los colaboradores del sector o grupo de salud para garantizar lo siguiente:

- Los hospitales en el nivel de derivación tengan suministros suficientes para efectuar transfusiones sanguíneas racionales y seguras.
- El personal sepa cómo y cuándo tener acceso a los suministros necesarios para reducir la necesidad de transfusión sanguínea.
- Se convoque a donantes que no presenten riesgos. Se pueden seleccionar donantes sin riesgo mediante un cuestionario al donante e informando claramente a los posibles donantes de cuáles son los requisitos de seguridad respecto de la sangre. Convoque a donantes voluntarios y no le pida al personal que done sangre.
- Se instrumenten los procedimientos operativos estándar (POE) para la transfusión de sangre. Los POE son componentes esenciales de un sistema de calidad en cualquier organización y se los usa para garantizar la uniformidad en la práctica de una actividad. El uso de los POE es obligatorio para todos los miembros del personal que trabajan con transfusiones de sangre cada vez que realizan una actividad. Tenga copias de los POE de una ubicación central y fíjelos a la vista en el lugar donde se lleva a cabo cada procedimiento de modo que estén disponibles para una fácil consulta de referencia.
- Se asigne la responsabilidad de decidir la transfusión de sangre y recaiga la responsabilidad en el personal médico.
- El personal esté informado sobre los protocolos y sigan en todo momento los procedimientos que garanticen prácticas clínicas de transfusión segura.
- Los desechos, tales como las bolsas de sangre, las agujas y jeringas, se eliminen de una forma segura.
- Los establecimientos donde se examina la sangre y donde se lleva a cabo la transfusión tengan fuentes de luz confiables. Para disminuir el riesgo de errores, evite en la medida de lo posible realizar transfusiones sanguíneas por la noche.

3.3.2 Precauciones estándar

Las precauciones estándar son las medidas de control de las infecciones que reducen el riesgo de transmisión hemática de agentes patógenos a través de la exposición a sangre o fluidos corporales entre los pacientes y entre los trabajadores de atención sanitaria. Bajo el principio de las “precauciones estándar”, deben considerarse como infectados con VIH la sangre y los fluidos corporales de todas las personas, independientemente de la certeza o sospecha de infección de cada persona. Las precauciones estándar previenen la propagación de enfermedades infecciosas como el VIH, la hepatitis B, la hepatitis C y otros agentes patógenos dentro de los ámbitos de atención sanitaria.

En escenarios humanitarios es posible que exista escasez de material sanitario, falta de infraestructura y sobrecarga de trabajo. Puede ocurrir que el personal que trabaja en el sector sanitario recurra a la abreviación de procedimientos, lo que pone en peligro la seguridad tanto de los pacientes como del personal mismo. Por lo tanto es esencial que se respeten las precauciones estándar. Una supervisión constante puede ayudar a reducir el riesgo de exposición ocupacional en el lugar de trabajo.

Recalque la importancia de las precauciones estándar durante la primera reunión de coordinación.

Las precauciones estándar son las siguientes:

- **Lavarse las manos con frecuencia:** Lávese las manos con agua y jabón antes y después de cada contacto con los pacientes. Ponga instalaciones y productos para lavarse las manos a disposición de todos los prestadores de servicios.
- **Usar guantes:** Use guantes desechables no estériles para todos los procedimientos donde se prevé el contacto con sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos. Lávese las manos antes de ponerse los guantes y después de quitárselos. Deseche los guantes inmediatamente después de su uso. Exija al personal que manipula materiales y objetos afilados que use guantes de alta resistencia y que cubra cualquier corte o raspadura con un vendaje impermeable. Garantice que se disponga de suministros suficientes.
- ▶ Nota: Garantice que se disponga de un suministro adecuado y sustentable de guantes para realizar todas las actividades. NUNCA use ni esterilice más de una vez los guantes desechables, porque se vuelven porosos.
- **Usar vestimenta protectora,** como guardapolvos o delantales impermeables, para cubrirse de salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales. Exija al personal que use barbijos y gafas protectoras en caso de posible exposición a grandes cantidades de sangre.
- **Manipulación segura de objetos afilados:**
 - ▶ Disminuya la necesidad de manipular agujas y jeringas.
 - ▶ Use una jeringa y una aguja estériles y desechables para cada inyección.
 - ▶ Prepare el área de trabajo donde se aplican inyecciones para reducir el riesgo de lesiones.
 - ▶ Use preferentemente frascos de una sola dosis y no de varias dosis. Si se usan frascos de varias dosis, evite dejar puesta una aguja en el tapón. Una vez abiertos, almacene los frascos de varias dosis en el refrigerador.
 - ▶ No vuelva a ponerles el capuchón a las agujas.
 - ▶ Sitúe e informe a los pacientes correctamente para las inyecciones.
 - ▶ Deseche las agujas y otros materiales afilados en cajas de seguridad a prueba de pinchaduras y de líquidos. Garantice que los contenedores a prueba de pinchaduras para desechar materiales afilados estén inmediatamente disponibles, a mano y fuera del alcance de los niños. Nunca deben arrojarse objetos afilados en los recipientes o bolsas de residuos comunes.
- **Eliminación de desechos:** Incinere todos los desechos sanitarios en un área aparte, preferentemente dentro del terreno de las instalaciones sanitarias. Entierre los elementos que igualmente resultarían peligrosos, como los objetos afilados, en un pozo tapado a más de 10 metros de cualquier fuente de agua.
- **Tratamiento de instrumentos:** Procese los instrumentos usados en el siguiente orden:
 1. *Descontamine* para matar los virus (VIH y hepatitis B) y que sea menos riesgoso manipular los instrumentos.
 2. *Limpie* el instrumental antes de la esterilización o de la desinfección de alto nivel para eliminar los residuos o detritos.

3. *Esterilice* (elimine todos los organismos patógenos) los instrumentos para disminuir el riesgo de infecciones durante los procedimientos. Se recomienda la esterilización en autoclave por vapor. Es posible que la esterilización de alto nivel (mediante el hervor o remojo en una solución de cloro) no elimine esporas.
 4. *Use o guarde de forma adecuada* los elementos inmediatamente después de la esterilización.
- **Limpieza y orden:** Limpie enseguida y con cuidado cualquier salpicadura o derrame de sangre u otros fluidos corporales.

Instaure e implemente en el lugar de trabajo normas para la exposición ocupacional

A pesar de que se instauren y cumplan precauciones estándar, puede haber exposición ocupacional al VIH. Garantice la disponibilidad de PPE dentro del sector de la salud como parte del paquete integral de precauciones estándar para reducir la exposición del personal a riesgos de infección en el trabajo. Fije carteles de medidas de primeros auxilios en los ámbitos de trabajo pertinentes (véase el Cuadro 7) e informe a todo el personal de cómo acceder al tratamiento de la exposición. Al controlar la exposición ocupacional, no olvide tomar las siguientes medidas:

- Mantenga la **confidencialidad** en todo momento.
- Evalúe el riesgo de transmisión de VIH en caso de exposición ocupacional: el tipo de exposición (lesión percutánea, salpicadura de membrana mucosa, etc.), el tipo de material al que se expuso (sangre, otros fluidos corporales, etc.) y la probabilidad de infección de VIH en el paciente fuente de la exposición.
- Asesore al paciente fuente de la exposición respecto de las pruebas de VIH y realícele una prueba de VIH si obtiene su consentimiento.
- Brinde asesoramiento al trabajador expuesto sobre las implicancias de la exposición, la necesidad de PPE, cómo realizarla y qué hacer en caso de efectos secundarios.
- Elabore la historia clínica y realice una prueba del trabajador expuesto sólo si dio su consentimiento informado; recomiende asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH y prescriba la PPE sólo cuando corresponda. Los protocolos del tratamiento de PPE son los mismos que se siguen para las víctimas de violencia sexual (véase la Tabla 4). **No se requiere una**

prueba de VIH antes de prescribir PPE.

- Eduque sobre la reducción de riesgos mediante el análisis de la secuencia de los hechos y aconseje al trabajador expuesto que use preservativos para prevenir la transmisión secundaria durante los siguientes tres meses.
- Brinde asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH entre tres y seis meses después de la exposición, independientemente de que el trabajador haya recibido PPE o no.
- Redacte un informe del incidente.

Con el fin de garantizar la aplicación de las precauciones estándar, los gerentes de programas y los funcionarios de SR deben trabajar en colaboración con el sector o grupo de salud y deben ocuparse de lo siguiente:

- Garantizar que en cada establecimiento sanitario se fijen carteles donde figuren los protocolos para las precauciones estándar y que los supervisores velen por su cumplimiento.
- Organizar sesiones internas del servicio sobre las precauciones estándar, destinadas a los trabajadores de la salud y el personal auxiliar, si es necesario.
- Crear sistemas de supervisión, como listas de control simples, para garantizar la observancia de los protocolos.
- Garantizar que haya a la vista carteles donde figuren las medidas de primeros auxilios en caso de exposición ocupacional y que el personal esté informado y sepa adónde informar y de dónde obtener PPE si llega a ser necesario.
- Analizar periódicamente los incidentes de exposición ocupacional para determinar cuándo y cómo ocurre la exposición e identificar problemas de seguridad y posibles medidas preventivas.



Cuadro 7: Primeros auxilios

Exposición ocupacional: Primeros auxilios

Lesión con una aguja usada o instrumento afilado usado y rotura de piel

- No apriete ni frote.
- Lave inmediatamente con agua y jabón o una solución de gluconato de clorhexidina.
- No use soluciones concentradas. La lavandina o el yodo irritan la herida.

Salpicadura de sangre o fluidos corporales sin rotura de piel

- Limpie la zona inmediatamente. No use desinfectantes fuertes.

Salpicadura de sangre o fluidos corporales en los ojos

- Irrigue de inmediato el ojo expuesto con agua o solución salina normal.
- Incline la cabeza hacia atrás y haga que un colega vierta el agua o la solución salina normal.
- No use jabón ni desinfectante en los ojos.

Salpicadura de sangre o fluidos corporales en la boca

- Escupa inmediatamente el fluido.
- Enjuague a fondo la boca con agua o solución salina. Repita el procedimiento varias veces.
- No use jabón ni desinfectante en la boca.

Informe del incidente a (*insertar aquí el nombre*) y sométase a la PPE si se prescribe en su caso.

3.3.3 Poner a disposición del público condones gratuitos.

Los condones son métodos de protección clave para prevenir la transmisión de VIH y otras ITS. Aunque no todos quieren saber de ellos, en la mayoría de las poblaciones la gente usa condones. Garantice la disponibilidad de condones masculinos y femeninos desde los primeros días de una respuesta humanitaria y pida de inmediato los suministros suficientes de condones masculinos y femeninos de buena calidad (véase el Cuadro 8).

Cuadro 8: Cómo realizar los pedidos de condones

- Asegúrese de que la oficina de adquisición responsable de las compras en grandes cantidades para emergencias agregue a todas las partidas un certificado en el idioma que corresponda donde se declare que los condones han pasado un control de calidad realizado lote por lote por un laboratorio independiente.
- Los organismos con limitada experiencia en abastecimiento de condones pueden adquirirlos a través del UNFPA. El UNFPA puede despachar rápidamente al lugar grandes cantidades de condones de buena calidad como parte de los Botiquines Interinstitucionales de SR (véase el párrafo 3.5).
- Los condones masculinos se encuentran disponibles en el Botiquín Interinstitucional 1 de SR, parte A. Los condones femeninos se hallan en el Botiquín Interinstitucional 1 de SR, parte B. Estos botiquines contienen suficientes cantidades para satisfacer las necesidades de una población de 10.000 personas por tres meses (véanse los cálculos que figuran a continuación). También incluyen folletos que explican el uso adecuado de los condones masculinos y femeninos.

Cálculos del suministro de condones para una población de 10.000 personas durante más de tres meses

Condones masculinos	Condones femeninos
<i>Suponga:</i>	<i>Suponga:</i>
Que el 20% de la población son varones sexualmente activos	Que el 25% de la población son mujeres sexualmente activas
<i>Por lo tanto:</i>	<i>Por lo tanto:</i>
$20\% \times 10.000 \text{ personas} = 2000 \text{ varones}$	$25\% \times 10.000 \text{ personas} = 2500 \text{ mujeres}$
<i>Suponga:</i>	<i>Suponga:</i>
20% de ellos usará condones	1% de ellas usará condones femeninos
<i>Por lo tanto:</i>	<i>Por lo tanto:</i>
$20\% \times 2000 = 400 \text{ usuarias}$	$1\% \times 2500 = 25 \text{ usuarias}$
<i>Suponga:</i>	<i>Suponga:</i>
Cada usuaria necesita 12 condones por mes	Cada usuaria necesita 6 condones por mes
<i>Por lo tanto:</i>	<i>Por lo tanto:</i>
$400 \times 12 \times 3 \text{ meses} = 14.400 \text{ condones masculinos}$	$25 \times 6 \times 3 \text{ meses} = 450 \text{ condones femeninos}$
<i>Suponga:</i>	<i>Suponga:</i>
20% de desperdicios (2880 condones)	20% de desperdicios (90 condones femeninos)
<i>Por lo tanto:</i>	<i>Por lo tanto:</i>
TOTAL = $14.400 + 2.880 = 17.280$ (ó 120 gruesas)	TOTAL = $450 + 90 = 540$ (ó 3,8 gruesas)

Proporcione condones a pedido y garantice que haya condones disponibles en todos los centros sanitarios y en las áreas privadas accesibles de la comunidad, como letrinas, bares, puntos de distribución de artículos no alimentarios y centros comunitarios y juveniles. Consulte al personal local acerca de cómo los condones pueden estar disponibles al público de un modo que sea culturalmente pertinente, en particular para la mayoría de los grupos de riesgo, como las trabajadoras sexuales y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los usuarios de drogas que se inyectan y los jóvenes. Los adolescentes pueden ayudar a identificar los lugares donde sus pares se congregan. Garantice que los condones también estén a disposición de la comunidad del entorno, el personal de los organismos de asistencia, el personal de los servicios uniformados, los transportistas de los servicios de asistencia que los entregan, etc.

La recepción de condones debe ser supervisada mediante controles regulares (y abastecimiento donde sea necesario) de los puntos de distribución.

3.4 Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal

Las actividades prioritarias para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal son:

- Garantizar la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia y de los servicios de atención neonatal:
 - ▶ En los centros sanitarios: asistentes del parto idóneos y suministros para partos normales y tratamiento de complicaciones obstétricas y neonatales.
 - ▶ En los hospitales de referencia: personal médico idóneo y suministros para el tratamiento de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Establecer un sistema de derivación que facilite el transporte y la comunicación desde la comunidad al centro sanitario y entre el centro sanitario y el hospital.
- Tener disponibles equipos de parto en condiciones higiénicas para las mujeres cuyo embarazo es notorio y para los asistentes del parto, con el objeto de fomentar los partos en condiciones higiénicas en el hogar cuando no es posible el acceso a un centro sanitario.

Cuadro 9:
Atención obstétrica de emergencia y atención neonatal básica e integral

- Garantice la prestación de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal básicas en todos los centros de salud. Esto significa que el personal esté capacitado y tenga los recursos para brindar lo siguiente:
 - ▶ Antibióticos parenterales.
 - ▶ Fármacos uterotónicos parenterales (oxitocina).
 - ▶ Fármacos anticonvulsivos parenterales (sulfato de magnesio).
 - ▶ Uso de la tecnología adecuada para la extracción manual de los productos de la concepción retenidos.
 - ▶ Extracción manual de la placenta.
 - ▶ Parto vaginal asistido (parto por succión o con fórceps).
 - ▶ Reanimación materna y neonatal.
- Garantice atención obstétrica de emergencia y atención neonatal integral en los hospitales. Esto significa que el personal esté capacitado y tenga los recursos para sostener todas las intervenciones mencionadas, como también las siguientes:
 - ▶ Realizar cirugía bajo anestesia general (parto por cesárea, laparotomía).
 - ▶ Efectuar transfusiones sanguíneas racionales y seguras.

(Véase el Capítulo 6 para obtener más información).

3.4.1 Garantizar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia y servicios de atención neonatal

Según los Indicadores de Proceso de la ONU para los Cuidados Obstétricos de Emergencia, se estima que un 15% de las mujeres tendrá alguna complicación que ponga en peligro su vida durante el embarazo o en el parto y que entre un 5% y un 15% de todos los partos requerirán cesárea. La OMS estima que del 9% al 15% de todos los recién nacidos requerirán atención de emergencia para salvar sus vidas. Para prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal derivadas de las complicaciones, los funcionarios de SR deberán garantizar que los servicios básicos e integrales de atención

obstétrica de emergencia y atención neonatal estén disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana (véase el Cuadro 9).

Atención obstétrica de emergencia y atención neonatal básicas

Mientras que lo ideal es atender todos los nacimientos en un centro sanitario porque de ese modo se puede contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal asociadas al embarazo y el parto, esto puede no ser factible al inicio de una respuesta humanitaria. Garantice sin embargo, como mínimo, que en cada centro sanitario los servicios básicos de atención obstétrica de emergencia y de intervenciones de atención neonatal (como se resumen en el Cuadro 9) estén disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Entre el 15% de mujeres que tienen complicaciones obstétricas potencialmente mortales, los problemas más comunes son el sangrado intenso, las infecciones, la eclampsia y la obstrucción del trabajo de parto.

Aproximadamente dos tercios de las muertes de bebés ocurren dentro de los primeros 28 días de vida. La mayoría de estas muertes son evitables si se toman las medidas esenciales que pueden realizar los trabajadores de atención sanitaria, las madres u otros miembros de la comunidad. Aproximadamente del 5% al 10% de los recién nacidos no respiran espontáneamente al nacer y requieren de estimulación. Cerca de la mitad de los que tienen dificultades para iniciar la respiración requieren de reanimación. Entre los principales motivos por los que no pueden respirar se cuentan el nacimiento antes de término y las contingencias graves durante el parto que derivan en asfixia grave.

Para prevenir y tratar estas complicaciones se debe hacer lo siguiente:

- Abastecer a parteros y demás asistentes capacitados para el parto de los centros sanitarios de elementos y fármacos para asistir partos, tratar las complicaciones y estabilizar a las mujeres antes de su transporte al hospital si es necesario.
- Garantizar que los asistentes capacitados para el parto sean competentes en la prestación de atención neonatal de emergencia y de rutina, en los siguientes aspectos:
 - ▶ Iniciación de la respiración.
 - ▶ Reanimación.

- ▶ Protección térmica (demora del baño, secado, contacto piel a piel).
- ▶ Prevención de infecciones (condiciones higiénicas, corte higiénico del cordón umbilical, atención oftalmológica).
- ▶ Amamantamiento inmediato y exclusivo.
- ▶ Tratamiento de las enfermedades y trastornos neonatales y atención de bebés prematuros o de bajo peso.

Los suministros de apoyo a la atención obstétrica de emergencia básica y atención neonatal básica se encuentran en los Botiquines interinstitucionales de SR (véase el párrafo 3.5). Los suministros de reanimación neonatal están disponibles en el Botiquín Interinstitucional de SR 6. Cuando realice pedidos de suministros a otros proveedores, asegúrese de que el paquete de obstetricia contenga suministros para la reanimación neonatal.

Atención obstétrica de emergencia y atención neonatal integrales

Donde sea factible, ayude a los hospitales del país anfitrión con personal capacitado, infraestructura y productos médicos, que incluyan medicamentos e instrumental quirúrgico, en la medida en que se necesite para la prestación integral de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal (véase el Cuadro 9). Si esto no es factible debido a la ubicación del hospital del país anfitrión o a la imposibilidad de satisfacer una demanda en aumento, el funcionario de salud reproductiva debe trabajar con el sector o grupo sanitario y un organismo como el CICR o la FICR para resolver el problema, designando por ejemplo un hospital de derivación cercano a la población afectada.

3.4.2 Instaurar un sistema de derivación que trate las emergencias obstétricas y neonatales

Coordine con el sector o grupo sanitario y las autoridades del país anfitrión cómo garantizar un sistema de derivación (que incluya medios de comunicación y transporte) lo antes posible en un escenario humanitario. Tal sistema de derivación debe asistir en el tratamiento de complicaciones obstétricas y neonatales, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Debe garantizar que las mujeres, las niñas y los recién nacidos que requieren atención de emergencia sean derivados desde la comunidad a un centro sanitario donde se disponga de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal básicas. Los pacientes con complicaciones obstétricas y emergencias neonatales que no

sea posible tratar en el centro sanitario deben ser estabilizados y transportados a un hospital que cuente con servicios integrales de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal.

- Determine las normas, los procedimientos y las prácticas a seguir en los centros sanitarios y hospitales para garantizar una derivación eficiente.
- Determine las distancias desde la comunidad afectada hasta los centros de salud en funcionamiento y hasta el hospital, como también las opciones de transporte para la derivación.
- Publique a la vista los protocolos en cada centro sanitario, especificando cuándo, dónde y cómo derivar pacientes en caso de emergencias obstétricas al siguiente nivel de atención.
- Informe a las comunidades de cuándo y dónde buscar atención de emergencia para las complicaciones del embarazo y el nacimiento lo antes posible.
Reúnase con los líderes comunitarios, los asistentes tradicionales para el parto y otros para brindarles información, con el fin de distribuir folletos ilustrativos o incursionar en algún otro tipo de enfoque creativo de la información, la educación y la comunicación.

Sin el acceso a la atención obstétrica de emergencia y a la atención neonatal, se producirán muertes evitables de mujeres y de recién nacidos. Por consiguiente es de extrema importancia intentar negociar el acceso al hospital de derivación. Donde resulte imposible implantar servicios de derivación permanentes, es sumamente esencial que los centros sanitarios dispongan en todo momento de personal calificado para la prestación básica de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal (véase el párrafo 3.4.1). En esta situación, es útil establecer un sistema

Cuadro 10: Fomentar que los partos se asistan en centros sanitarios

Es importante recalcar que donde se dispone de centros sanitarios con asistentes capacitados para el parto y suficiente equipamiento y suministros, se debe informar a todas las mujeres dónde están estas clínicas y aconsejarles que tengan allí sus partos. Se puede dar esta información mientras se distribuyen los equipos para el parto en condiciones higiénicas, como también mediante la comunicación con la comunidad.

de comunicación, como el uso de radios o de teléfonos móviles, para comunicarse con personal más calificado que brinde orientación y apoyo profesional.

3.4.3 Materiales para el parto en condiciones higiénicas

En todos los escenarios humanitarios hay mujeres y niñas que se encuentran en las últimas etapas del embarazo y que por consiguiente darán a luz durante la emergencia. Al comienzo de una respuesta humanitaria, los nacimientos a menudo tendrán lugar fuera de un centro sanitario y sin la ayuda de asistentes capacitados para el parto. Ponga un paquete de materiales para el parto en condiciones higiénicas a disposición de todas las mujeres cuyo embarazo sea notorio con el fin de fomentar partos en el hogar en condiciones higiénicas cuando el acceso a un centro sanitario no sea posible. La distribución puede realizarse, por ejemplo, en los lugares de registro.

En comunidades donde los asistentes tradicionales para el parto asisten los partos en el hogar, se les puede dar a éstos equipos para el parto en condiciones higiénicas y suministros básicos adicionales. Vincule a estos asistentes tradicionales para el parto con una clínica sanitaria donde trabajen asistentes capacitados para el parto, de modo que puedan registrarse y reponer sus suministros. Éste es un primer paso para sumarlos al programa integral de SR donde podrán desempeñarse como enlace entre las familias, las comunidades y autoridades locales y los servicios de SR (véase el Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal).

Cuadro 11: Equipos de parto en condiciones higiénicas

Los equipos contienen material muy elemental:

- Una lámina plástica (para que la mujer dé a luz sobre ella).
- Una pastilla de jabón.
- Un par de guantes.
- Una hoja de afeitar limpia (nueva y envuelta en su papel original, para cortar el cordón umbilical).
- Tres trozos de cordel (para atar el cordón umbilical).
- Dos paños de algodón (uno para secar y el otro para abrigar al bebé).
- Folletos explicativos ilustrados.

Los materiales para el parto en condiciones higiénicas y suministros para los asistentes tradicionales del parto pueden solicitarse al UNFPA (Botiquín Interinstitucional de SR, 2A y B, véase el párrafo 3.5). Dado que estos materiales a menudo se obtienen localmente y no tienen vencimiento, es posible que se los arme en el lugar y se los almacene como medida preventiva en entornos donde no es necesario que estén inmediatamente disponibles. Tal vez exista la posibilidad de contratar una ONG local para que produzca estos paquetes, lo cual podría constituir un proyecto de generación de ingresos para las mujeres del lugar.

3.5 Suministros para implementar el PSIM

Para implementar los componentes de la prestación de servicios del PSIM (prestar atención clínica a las víctimas de violación, reducir la transmisión de VIH, prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal), el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis diseñó un conjunto de botiquines que contienen elementos tales como medicamentos y material sanitario destinados a facilitar la implementación de estos servicios de SR prioritarios: los Botiquines Interinstitucionales de SR (Botiquines de SR). Los Botiquines de SR complementan el Botiquín Interinstitucional Sanitario de Emergencia 2006 (IEHK), que constituye un botiquín de emergencia sanitario estandarizado que contiene medicamentos, suministros y elementos esenciales para la prestación de servicios de atención primaria de la salud. En un escenario humanitario, el IEHK suele estar disponible rápidamente; sin embargo, aunque contiene un maletín de obstetricia, píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) y tratamiento de PPE para prevenir la transmisión de VIH tras una violación y suministros para la observancia de las precauciones estándar, el IEHK no contiene todo lo necesario para implementar el PSIM.

Los Botiquines de SR fueron creados para que se los use al inicio de una respuesta humanitaria y contienen suministros suficientes para tres meses y diferentes cantidades de habitantes, en función de la cobertura poblacional del entorno de atención sanitaria para el cual se hayan diseñado.

Los 13 Botiquines de SR se dividen en tres bloques; cada bloque apunta a un nivel de servicio sanitario distinto:

- Bloque 1: Nivel de atención médica primaria y comunitaria: 10.000 personas/3 meses

- Bloque 2: Nivel de atención médica primaria y del hospital de derivación: 30.000 personas/3 meses
- Bloque 3: Nivel de hospital de derivación: 150.000 personas/3 meses

Bloque 1:

El Bloque 1 contiene seis equipos. Los elementos que contienen estos equipos están destinados al uso por parte de los prestadores de servicios que brindan atención sanitaria en los niveles primario y comunitario. Los equipos contienen principalmente medicamentos y material desechable. Los equipos 1, 2 y 3 se subdividen en las partes A y B, que pueden solicitarse por separado.

Bloque 2:

El Bloque 2 se compone de cinco equipos que contienen material desechable y reutilizable. Los elementos que incluyen estos equipos están destinados al uso por parte de prestadores de atención sanitaria capacitados en asistencia de parto y determinadas habilidades de atención obstétrica y neonatal a nivel del centro sanitario o nivel hospitalario.

Bloque 3:

En los escenarios humanitarios, a los pacientes de la población afectada se los deriva al hospital más cercano, lo cual puede requerir apoyo en materia de equipos y suministros que permita prestar los servicios necesarios para esta carga adicional de casos. El Bloque 3 se compone de dos equipos que contienen material desechable y reutilizable para brindar atención obstétrica de emergencia y atención neonatal integrales en los niveles de derivación (obstetricia quirúrgica). Se estima que en este nivel, un hospital brinda cobertura a una población de aproximadamente 150.000 personas. El Equipo 11 tiene dos partes, A y B, que suelen usarse juntas pero que pueden solicitarse por separado.

3.5.1 Adquisición y logística del Botiquín de SR

El UNFPA está a cargo de la preparación y la distribución de los Botiquines Interinstitucionales de SR. Sin embargo, los organismos no deben depender de una sola fuente para el abastecimiento y deben incluir los suministros de SR al efectuar la compra general de material sanitario. Solicite los Botiquines Interinstitucionales de SR a través del UNFPA o identifique otras fuentes de suministros de calidad para garantizar que todo el equipo y el material necesarios estén disponibles para prestar toda la gama de servicios prioritarios de SR. Coordine los pedidos de material sanitario dentro del sector o grupo de salud para evitar el derroche.

Tabla 6: Botiquines Interinstitucionales de Salud Reproductiva		
Bloque 1:		
Equipo N.º	Nombre del Equipo	Código de colores
Equipo 0	Administración	Naranja
Equipo 1	Condomes (Parte A: condones masculinos más Parte B: condones femeninos)	Rojo
Equipo 2	Parto en condiciones higiénicas (Individual) (Parte A: equipos para parto en condiciones higiénicas más parte B: material sanitario para los asistentes de parto)	Azul oscuro
Equipo 3	Posterior a violación Parte A: PAE y tratamiento de las ITS más Parte B: PPE	Rosa
Equipo 4	Anticonceptivos orales e inyectables	Blanco
Equipo 5	Tratamiento de las ITS	Turquesa
Bloque 2:		
Equipo N.º	Nombre del Equipo	Código de colores
Equipo 6	Equipo para parto (en centro sanitario)	Marrón
Equipo 7	DIU	Negro
Equipo 8	Tratamiento de las complicaciones del aborto espontáneo o inducido	Amarillo
Equipo 9	Sutura de desgarros (cervical y vaginal) y Examen vaginal	Morado
Equipo 10	Parto con ventosa (manual)	Gris
Bloque 3:		
Equipo N.º	Nombre del Equipo	Código de colores
Equipo 11	Nivel de derivación (Parte A más Parte B)	Verde fluorescente
Equipo 12	Transfusión sanguínea	Verde oscuro

Cuando planifique los pedidos de Botiquines de SR, prepare un plan para su distribución dentro del país. Este plan detalla cuántos de cada equipo van a determinados colaboradores, en cuál entorno geográfico. Incluye además planes detallados para el transporte al interior del país y el almacenamiento, lo cual comprende el suministro de artículos que necesitan conservarse refrigerados (cadena de frío).

Esté preparado para recibir los envíos tan pronto como lleguen al puerto de ingreso al país y asegúrese de que estén preparados con anticipación todos los formularios correspondientes al despacho de aduanas, con el fin de evitar demoras innecesarias al importar los equipos. El grupo de logística, si existe, tiene que estar en condiciones de brindar ayuda para ello.

Tabla 7: Puntos de contacto para obtener los Botiquines Interinstitucionales de SR			
Dirección	UNFPA Humanitarian Response Branch 220 East 42 nd Street New York, NY 10017 USA	UNFPA Humanitarian Response Branch 11-13 chemin des Anémones 1219 Chatelaine, Geneva, Switzerland	UNFPA Procurement Services Branch Midtermolen 3 2100 Copenhagen Denmark
Fax	+1 212 297 4915	+41 22 917 80 16	+45 35 46 70 18
Correo electrónico	hrb@unfpa.org	hrb@unfpa.org	procurement@unfpa.dk
Sitio web	www.unfpa.org		http://web.unfpa.org/procurement/form_request.cfm

El UNFPA cuenta con oficinas de campo, organismos colaboradores, una agencia de servicios de adquisición (PSB) y una de respuesta humanitaria (HRB), que pueden brindar información sobre los equipos o ayuda con la realización de los pedidos.

3.6 Plan de incorporación de los servicios integrales de SR a la atención primaria de la salud

Empiece a planificar la incorporación de las actividades integrales de SR a la atención primaria de la salud y al inicio de la respuesta humanitaria. No hacerlo podría demorar innecesariamente la prestación de estos servicios, lo que aumentaría el riesgo de embarazos no deseados, contagio de infecciones de transmisión sexual, complicaciones de la violencia de género y morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Implemente los componentes de la prestación integral de servicios de SR tan pronto como se alcancen los valores estándar de los indicadores del PSIM (véase el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración). Cuando los procesos de llamamiento humanitario y los organismos empiezan con la planificación a largo plazo (para 6 a 12 meses), los servicios integrales deben incorporarse a los procesos de financiamiento y planificación, como el Plan de Acción Humanitaria Común, el Proceso de Llamamiento Consolidado de la ONU y las solicitudes al Fondo Central de Respuesta a Emergencias (FCRE).

Con el fin de diseñar un programa de prestación integral, incorporado a la atención primaria de la salud, funcionarios y gerentes de programas de SR deben trabajar dentro del sector o grupo de salud en lo siguiente:

- Realizar pedidos de equipamiento y suministros de SR.
- Recolectar los datos previos que existan.
- Identificar lugares adecuados para la futura prestación de servicios integrales de SR.
- Evaluar la capacidad del personal para prestar servicios integrales de SR y planificar su capacitación o especialización.

Cuadro 12: PSIM y servicios integrales de SR

Componentes de SR (no ordenados por prioridad o importancia)	Servicios prioritarios de SR (PSIM)	Servicios integrales de SR
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	<p><i>* Proporcionar anticonceptivos, como condones, píldoras, inyectables y DIU para satisfacer la demanda.</i></p>	<p>Adquiera suministros anticonceptivos, previa determinación de las fuentes de adquisición.</p> <p>Brinde capacitación al personal.</p> <p>Implemente programas integrales de planificación familiar.</p> <p>Brinde educación comunitaria.</p>
VIOLENCIA DE GÉNERO	<p>Coordinar mecanismos para prevenir la violencia sexual con los grupos o sectores de la salud y otros.</p> <p>Brindar atención clínica a las víctimas de violación.</p>	<p>Amplíe la atención médica, psicológica, social y legal para las víctimas.</p> <p>Prevenga y atienda otras formas de VDG, entre ellas la violencia doméstica, el matrimonio forzado o prematuro y la mutilación genital femenina.</p> <p>Brinde educación comunitaria.</p> <p>Comprometa a los hombres y a los adolescentes varones en la programación contra la violencia de género.</p>
ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL	<p>Garantizar la disponibilidad de servicios de emergencia obstétrica y neonatal.</p> <p>Establecer un sistema permanente de derivaciones para las emergencias obstétricas.</p> <p>Proporcionar materiales para el parto en condiciones higiénicas a las mujeres cuyo embarazo es notorio y a los asistentes de parto.</p>	<p>Brinde atención prenatal.</p> <p>Brinde atención posnatal.</p> <p>Capacite a los asistentes idóneos (parteros, enfermeros, médicos) en cómo brindar atención obstétrica de emergencia y atención neonatal.</p> <p>Incrementa el acceso a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal, básicas e integrales.</p>
ITS, INCLUIDA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL VIH	<p>Garantizar prácticas seguras de transfusión sanguínea.</p> <p>Difundir y hacer cumplir el respeto por las precauciones estándar.</p> <p>Poner a disposición del público condones gratuitos.</p> <p><i>* Hacer que el tratamiento sintomático esté disponible como parte de los servicios sanitarios de rutina para los pacientes que se presentan a recibir atención médica.</i></p> <p><i>* Haga que el tratamiento esté disponible para pacientes que ya están en tratamiento con ARV, incluso la PTMH, lo antes posible</i></p>	<p>Implemente servicios integrales de prevención y tratamiento de las ITS, que incluyan sistemas de vigilancia de las ITS.</p> <p>Colabore en la instauración de los servicios integrales de VIH que sean adecuados.</p> <p>Brinde atención, apoyo y tratamiento a las personas que tienen VIH/SIDA.</p> <p>Dé a conocer más sobre los servicios de prevención, atención y tratamiento de las ITS, incluido el VIH.</p> <p>Brinde educación comunitaria.</p>

3.6.1 Realizar pedidos de equipos y suministros de SR

Una vez establecidos los servicios de SR, se debe trabajar con las autoridades sanitarias y dentro del sector o grupo de salud para analizar la situación, estimar el uso de medicamentos y material desechable, evaluar las necesidades de la población y abastecer los suministros según sea necesario. Evite realizar pedidos de equipos de SR preembalados con mayor frecuencia de la necesaria. Los pedidos de suministros de SR que se realicen en función de la demanda garantizarán la continuidad del programa de SR y evitarán la escasez de ciertos suministros y el desperdicio de los que no se usan en el entorno.

Realice pedidos complementarios de suministros de SR a través de las líneas comunes de abastecimiento de material sanitario del país. También, tenga en cuenta los canales de abastecimiento usados por las ONG o a través de las Sucursales de Servicios de Abastecimiento del UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (véase el párrafo 3.5.1).

Cuando se realizan pedidos de servicios integrales de SR, los funcionarios de SR y los gerentes de programas de salud reproductiva deben coordinar con las autoridades sanitarias y con el sector o grupo de salud la administración de los productos básicos de SR de manera que se garantice el acceso ininterrumpido a los productos básicos de SR y se evite el desperdicio de los mismos.

- Contratar personal capacitado en el área de administración de la cadena de suministro.
- Estimar el consumo mensual de medicamentos y desechables para SR.
- Identificar los canales de suministro de material sanitario. Investigar la calidad de los canales de suministro locales. En caso de que no sean adecuados, adquirir productos básicos de SR a través de proveedores mundialmente reconocidos o mediante el apoyo de UNFPA, UNICEF u OMS. Estos organismos pueden ayudar a realizar una compra masiva de suministros de SR de buena calidad a bajo costo.
- Realice pedidos oportunamente a través de las líneas de suministro identificadas, basándose en un cálculo aproximado, para evitar la falta de existencias.
- Ubique los suministros lo más cerca posible de la población beneficiaria.

3.6.2 Recopilar antecedentes de datos existentes

Para poder ir más allá del PSIM (Paquete de Servicios Iniciales Mínimos) y comenzar con la planificación de una distribución integral de servicios de SR, los funcionarios y administradores de los programas de salud reproductiva, en colaboración con otros miembros del sector o grupo de salud, deben reunir información existente o estimar datos que ayudarán a diseñar un programa integral de SR. Identificar las normas y los protocolos del Ministerio de Salud relativos a la asistencia estandarizada, por ejemplo, el enfoque sindrómico de las ITS (infecciones de transmisión sexual) y los protocolos de planificación familiar.

- Identificar las normas y los protocolos del Ministerio de Salud relativos a la asistencia estandarizada, por ejemplo, el enfoque sindrómico de las ITS (infecciones de transmisión sexual) y los protocolos de planificación familiar.
- Reunir o estimar datos demográficos y de SR sobre la población afectada, como los siguientes:
 - ▶ La cantidad de mujeres en edad reproductiva (desde los 15 a los 49 años de edad): se estima en un 25% de la población; la cantidad de hombres sexualmente activos: se estima en un 20% de la población;
 - ▶ La tasa bruta de natalidad: se estima en un 4% de la población.
 - ▶ Los datos de mortalidad específicos según la edad y el sexo, por ejemplo, la cantidad de muertes entre niñas adolescentes, la tasa de mortalidad de los recién nacidos (la cantidad de muertes dentro de los primeros 28 días de vida por cada 1000 nacidos vivos en un período determinado), los antecedentes de datos existentes sobre mortalidad materna.
 - ▶ La prevalencia de ITS y VIH, la prevalencia de prácticas anticonceptivas y los métodos de preferencia, el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de la población afectada en relación a la SR.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración.

3.6.3 Identificar establecimientos adecuados

Colaborar con las autoridades locales y los miembros del sector o grupo de salud para identificar posibles establecimientos que

puedan proporcionar el servicio integral de SR, por ejemplo, clínicas de planificación familiar, consultorios ambulatorios para tratar ITS o servicios de SR para adolescentes. Es importante tener en cuenta los siguientes factores (entre otros) al seleccionar establecimientos adecuados:

- Viabilidad de las comunicaciones y los servicios de transporte para derivaciones.
- Distancia con respecto a otros servicios de salud.
- Proximidad con la población afectada y el grupo destinatario.

3.6.4 Evaluar la capacidad del personal y planificar su capacitación

La capacidad del personal se puede medir mediante actividades de supervisión (listas de control de supervisión, observación directa, entrevistas con el beneficiario a la salida) (véase el Capítulo 1: Principios Fundamentales y el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración) o mediante exámenes formales sobre el conocimiento y las habilidades.

Al planificar la primera o una nueva capacitación del personal, es importante trabajar con autoridades nacionales e institutos de formación académica y capacitación y tener en cuenta los currículos existentes. Si es posible, trabaje con capacitadores nacionales. Planifique las sesiones de capacitación cuidadosamente, de manera que las instalaciones de salud no queden sin personal en el área de trabajo.

4 Derechos humanos y consideraciones legales

El PSIM, como norma para quienes trabajan en actividades humanitarias, está respaldado por obligaciones legales internacionales de los estados, para que se respeten y se garanticen los derechos humanos básicos, incluidos los derechos reproductivos, en los entornos humanitarios. En tiempos de conflicto, los estados están obligados a garantizar la prestación de asistencia humanitaria a la población civil en aquellos lugares donde los alimentos, los medicamentos u otros recursos no son los adecuados. Asimismo, los estados tienen la obligación de no interferir con la prestación de asistencia crucial de socorro, la asistencia relacionada con la salud o cualquier otro tipo de asistencia humanitaria. Los estados y otros participantes deben prestar asistencia humanitaria y protección de los derechos individuales, sin discriminación.

El derecho internacional, en reconocimiento de determinadas categorías de personas cuyas necesidades en momentos de conflictos o desplazamientos son específicas, otorga un trato especial y protección a los niños y mujeres, especialmente las futuras madres y las mujeres con niños pequeños. Se exige que los estados y los socorristas brinden especial atención a las necesidades de salud de las mujeres, garantizando el acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, entre los cuales se encuentran la prevención del VIH, y a los prestadores de servicios para la mujer. Además, el derecho internacional de refugiados exige que los estados traten legítimamente a los refugiados que residen en su territorio de la misma manera que a sus ciudadanos, en cuanto a los esquemas de seguridad social, incluidas las prestaciones por maternidad y enfermedad.

En casos de emergencia, los estados tienen deberes colectivos e individuales de garantizar el derecho a la salud, cooperando con la prestación de asistencia humanitaria, incluido el acceso a la asistencia de SR. En respuesta a las emergencias, los estados reciben instrucciones de dar prioridad a la “prestación de ayuda médica internacional... agua segura y potable, comida y material sanitario... a los grupos más vulnerables o marginados de la población”. *

Cuadro 13: Defensa

Use estos argumentos en defensa de la ONU, los organismos de normas nacionales, etc. cuando se ignore o no se priorice el PSIM en respuestas humanitarias.

El PSIM:

- Es una norma del proyecto Esfera y, por lo tanto, una norma mínima universal internacionalmente reconocida de respuesta ante desastres.
- Es una intervención crucial de socorro y un criterio básico del CERF (Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia) que se debe cumplir para obtener financiación de este Fondo.
- Se encuentra integrado dentro de la guía del sector de salud a nivel mundial.

* Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comentario general N.º 14, párrafo 40 (2000).

5 Supervisión

El funcionario de salud reproductiva implementa la lista de control de PSIM para supervisar la prestación del servicio en cada marco de asistencia humanitaria. En algunos casos, esto se puede llevar a cabo mediante el informe verbal por parte de los gerentes de salud reproductiva o a través

de visitas de observación. Al comienzo de la respuesta humanitaria, la supervisión se realiza semanalmente. Una vez establecidos plenamente los servicios, la supervisión mensual resulta suficiente. Analice las faltas y superposiciones de la cobertura del servicio en las asambleas de partes interesadas en SR y en los mecanismos de coordinación de un sector o grupo para encontrar e implementar soluciones.

Ejemplo de una lista de control de PSIM			
Área geográfica:	Período del informe: __/__/20__ al __/__/20__	Fecha de inicio de la respuesta sanitaria: __/__/20__	Informe realizado por:
1. Organismo principal y funcionario de salud reproductiva			
		SÍ	NO
1.1	Organismo principal de salud reproductiva identificado y funcionario de salud reproductiva en funciones dentro del sector o grupo de salud: Organismo principal _____ Funcionario de salud reproductiva _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Constitución de asambleas de partes interesadas en SR y frecuencia de la asamblea: • Nacional MENSUAL • Subnacional/Distrito BIMESTRAL • Local SEMANAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Datos demográficos			
2.1	Población total	_____	
2.2	Cantidad de mujeres en edad reproductiva (desde los 15 a los 49 años, se estima en un 25% de la población)	_____	
2.3	Cantidad de hombres sexualmente activos (se estima en un 20% de la población)	_____	
2.4	Tasa bruta de natalidad (se calcula en un 4% de la población)	_____	

3. Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las víctimas			
		SÍ	NO
3.1	Existen mecanismos coordinados multisectoriales para prevenir la violencia sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Servicios de salud confidenciales para ocuparse de las víctimas de una violación		
	• Anticoncepción de emergencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• PPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Antibióticos para prevenir y tratar las ITS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Toxoide tetánico/inmunoglobulina tetánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Vacuna contra la hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Derivación a servicios de asistencia de salud, psicológicos y sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Cantidad de incidentes de violencia sexual informados a los servicios de salud	_____	
3.3	Información sobre cuidados posteriores a la violación y acceso a los servicios distribuidos en la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Reducir la transmisión de VIH			
4.1	Existen protocolos sobre transfusiones sanguíneas seguras y racionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Unidades de sangre examinadas/todas las unidades de sangre donadas x 100	_____	
4.3	Existen suficientes materiales y listas de control para garantizar las precauciones estándar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Condomes disponibles de forma gratuita:		
	• En establecimientos de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Nivel de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Cantidad aproximada de condones que se adquirieron en este período	_____	
4.6	Cantidad de condones que se repusieron en los establecimientos de distribución durante este período (especificar las ubicaciones)		
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

5. Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal			
		SÍ	NO
5.1	<p>Centros de salud (para garantizar el servicio de atención obstétrica de emergencia básico y la atención neonatal permanente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • un trabajador de la salud calificado en servicio por cada 50 consultas ambulatorias por día • suministros para parteros, incluida la disponibilidad de suministros para recién nacidos <p>Hospital (para asegurar el servicio de atención obstétrica de emergencia integral y la atención neonatal permanente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 prestador de servicios calificado en servicio por cada 20 a 30 camas de pacientes hospitalizados en salas de obstetricia • 1 equipo de médico, enfermero, partero y anestesista de guardia • fármacos y suministros adecuados para mantener la atención obstétrica integral y la atención neonatal permanente 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	<p>Sistema de derivación para emergencias obstétricas y neonatales que funcione las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • medios de comunicación (radios, teléfonos móviles) • medios de transporte desde la comunidad al centro de salud disponibles 24/7 • medios de transporte desde el centro de salud al hospital disponibles 24/7 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Existencia de un sistema para mantener cadenas de frío en funcionamiento (para la oxitocina, las pruebas de sangre examinadas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Cantidad de partos por cesárea/cantidad de nacimientos x 100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Cantidad de equipos de parto en condiciones higiénicas distribuidos/cantidad aproximada de mujeres embarazadas x 100	_____	
6. Planificación para la transición hacia los servicios integrales de SR. Actividades de este período.			
6.1	Establecimientos para la futura distribución de servicios integrales de SR (por ej., planificación familiar, tratamiento de ITS, salud reproductiva para adolescentes)		
6.2	Necesidades de capacitación del personal (para la prestación de planificación familiar, el tratamiento de ITS, etc.), herramientas de capacitación, facilitadores:		
6.3	¿Se supervisó el consumo de productos básicos de SR (medicamentos y suministros renovables)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Canales de abastecimiento identificados: 1. _____ 2. _____ 3. _____		

7. Notas especiales			
		SÍ	NO
7.1	Métodos anticonceptivos básicos disponibles para cumplir con la demanda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Antirretrovirales (ARV) disponibles para pacientes que se encuentran en terapia antirretroviral (ART), incluida la prevención de transmisión de madre a hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Tratamiento de ITS disponible en instalaciones de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Distribución de equipos de higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Otros comentarios			
Explicar de qué manera se obtuvo esta información (observación directa, informe de un miembro [nombre], etc.) y proporcionar cualquier otro comentario.			
9. Acciones (en el caso de las revisiones marcadas como “No”, explicar los impedimentos y proponer actividades para resolverlos)			
Número	Impedimento	Solución propuesta	

6 Lecturas complementarias

Lectura fundamental

PSIM

Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva: un módulo de educación a distancia. Women’s Commission for Refugee Women and Children (Women’s Refugee Commission), 2006. <http://misp.rhrc.org/content/view/26/45/lang.english/>

MISP Cheat Sheet. International Planned Parenthood Federation, Agosto de 2007. <http://iawg.net/resources/MISP%20cheat%20sheet%2003%2001%2010.pdf>

Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 4ª edición. UNFPA/IAWG (Grupo de Trabajo Interinstitucional), 2008. <http://www.rhrc.org/resources/rhrkit.pdf>

Prevención de la violencia sexual y respuesta a este problema

Clinical Management of Rape Survivors: Developing Protocols for use with Refugees and Internally Displaced Persons, edición revisada. OMS/UNHCR, 2004. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/index.html>

Clinical Management of Rape Survivors e-learning tool, WHO, UNHCR, UNFPA, 2009: <http://www.who.int/hac/techguidance/pht/womenshealth/en/index.html>

Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia. Comité Permanente entre Organismos, 2006. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsi-tf-gender-gbv>

Servicios de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal

Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs. Women's Commission for Refugee Women and Children (Women's Refugee Commission), 2005. http://www.rhrc.org/resources/emoc/EmOC_ffg.pdf

Prevención de la transmisión del VIH

Guidelines for addressing HIV in Humanitarian Settings, Interagency Standing Committee. 2009. http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

Lecturas complementarias

Training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crises: A Course for SRH Coordinators, Facilitator's Manual. IPPF de la región del este y sudeste de Asia y Oceanía, UNFPA, UNSW, 2008. <http://www.ippfeseaor.org/NR/rdonlyres/76E30209-A4F4-4A00-BD90-D1B810056168/0/SPRINTFacilitatorsManualpart1.pdf>

Sexual and Gender-Based Violence Against Refugee, Returnee and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2003. <http://www.unhcr.org/3f696bcc4.html>

Más información acerca del servicio de atención obstétrica: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/managing_complications/en/index.html

Más información acerca de las transfusiones sanguíneas seguras: www.who.int/bloodsafety/en/

Más información acerca de las precauciones estándar: www.engenderhealth.org/ip/index.html

Post-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection, Joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection. OMS/OIT, 2007. www.who.int/hiv/pub/guidelines/PEP/en/



3

CAPÍTULO TRES

Evaluación, Supervisión y Valoración

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	55
2 OBJETIVOS	56
3 EVALUACIÓN, SUPERVISIÓN Y VALORACIÓN	56
3.1 Evaluación	59
3.2 Supervisión	61
3.3 Valoración	65
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	66
4.1 Normas sobre Derechos Humanos	66
4.2 Consideraciones legales a nivel nacional	66
4.3 Desafíos y oportunidades	67
5 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	67
Anexo 1A: Indicadores de PSIM	68
Anexo 1B: Indicadores de los programas integrales de SR	69
Anexo 2: Tasas e índices de referencia de SR	76
Anexo 3: Cálculo de la cantidad de mujeres embarazadas en las poblaciones	77
Anexo 4: Formulario de inspección de muertes maternas y hoja de referencia	78
Anexo 5: Ejemplos de fichas de trabajo mensuales (HIS)	84

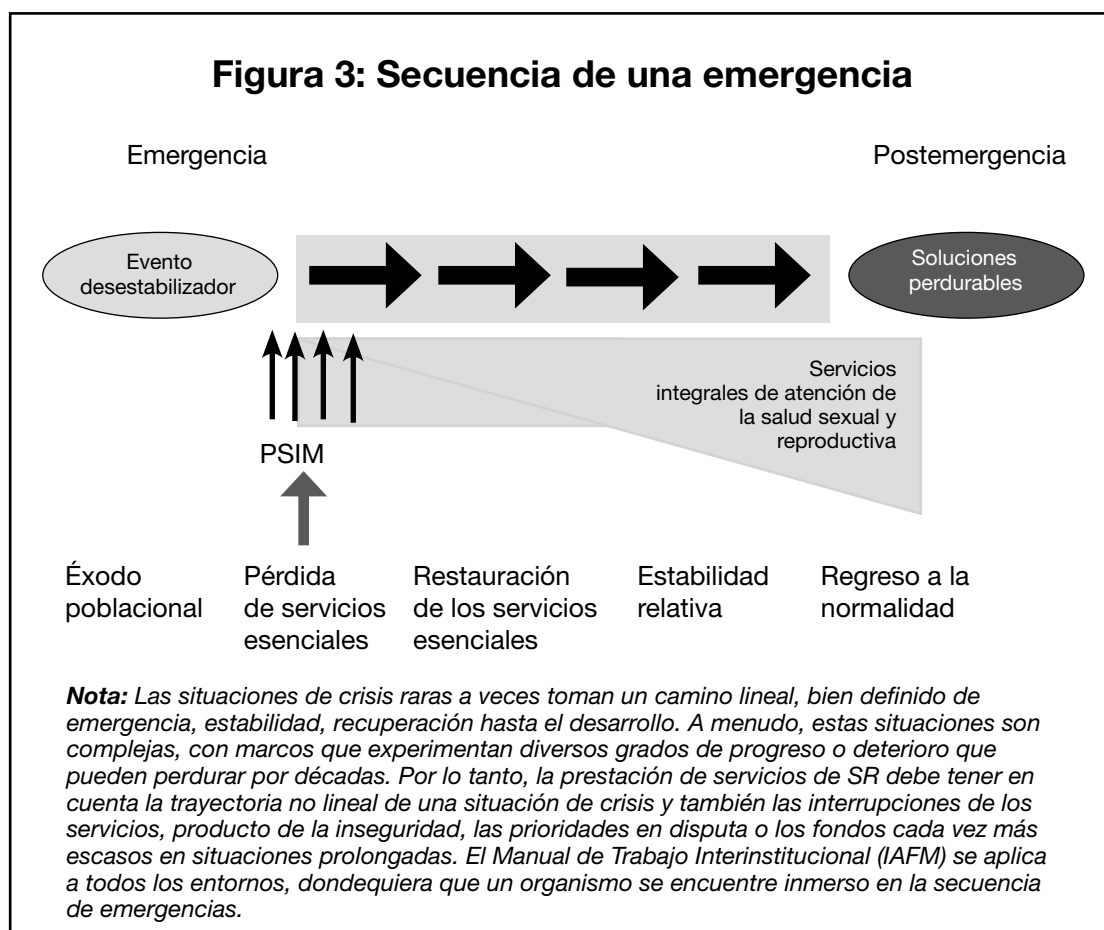
1 Introducción

La evaluación, supervisión y valoración se usan en diferentes etapas de la repuesta humanitaria y están íntimamente relacionadas con la toma de decisiones en el área de la salud pública y con la implementación de las actividades del programa de SR. Los resultados de la evaluación, supervisión y valoración dan forma a la planificación de los programas integrales de SR, porque brindan ayuda:

- Para comprender las necesidades de la población afectada.
- Para garantizar el uso eficaz y eficiente de los recursos.
- Para determinar el éxito o fracaso de un programa.
- Para proporcionar la rendición de cuentas y transparencia para los donantes y beneficiarios.

Los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva frecuentemente se enfrentan al desafío de tomar decisiones relativas a la implementación de actividades del PSIM (véase el Capítulo 2) y con la puesta en marcha de los componentes de servicios integrales de SR. La oportuna difusión de los resultados de las evaluaciones, supervisiones y valoraciones permitirá tomar decisiones basadas en pruebas acerca de los pasos en la transición hacia la implementación del programa integral de SR y la distribución del servicio. El correcto uso de los resultados también garantizará que las actividades se lleven a cabo de forma sustentable, adecuada al contexto y en función de las necesidades de la población.

Evaluación, Supervisión y Valoración



2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Describir de qué manera se deben evaluar, supervisar y valorar los programas de SR.
- Identificar los métodos, herramientas e indicadores adecuados de evaluación, supervisión y valoración.
- Proporcionar orientación en la transición desde el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) hacia los programas integrales de SR.

3 Evaluación, supervisión y valoración

El quinto objetivo del PSIM exige que la planificación de los programas integrales de SR se inicie desde el primer momento de la respuesta humanitaria. Apenas se alcanzan y se logra mantener los objetivos de distribución del servicio de PSIM (véase el Capítulo 2: PSIM), se pueden implementar los adecuados componentes de servicios integrales de SR.

Los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva deben trabajar en los mecanismos del sector o grupo de salud para garantizar que este proceso de estructuración armonice con otras actividades de movilización de recursos y planificación de la salud y que los servicios integrales de SR se integren al desarrollo de programas de atención primaria de la salud.

Al momento de planificar un programa de SR es muy importante comprender las necesidades de la población afectada, tener en cuenta los recursos disponibles e identificar las prioridades dentro del sistema de salud existente. El enfoque sobre sistemas de salud define una cantidad de “elementos fundamentales” que componen estos sistemas y ofrecen un marco de programación útil en el que es posible planificar, evaluar, supervisar y valorar los componentes de SR (véase el Cuadro 14).

Los términos clave que se usan en este capítulo son los que figuran a continuación:

Evaluación es el proceso de determinar y abordar las necesidades o las “fisuras” entre las condiciones actuales y las condiciones deseadas.

Supervisión es la recolección y el análisis permanentes y sistemáticos de los datos a medida que el proyecto avanza. Su finalidad es medir el avance hacia el logro de los objetivos del programa.

Valoración es el proceso mediante el cual se determina si el programa alcanzó los objetivos esperados y hasta qué punto esos cambios en los resultados se pueden atribuir al programa.

Estos tres procesos se vinculan a una secuencia de prestación del servicio llamada ciclo del proyecto. El ciclo del proyecto es una herramienta que ayuda a los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva a comprender cómo se deben realizar las tareas y las funciones de los administradores durante el transcurso de la implementación de un programa de SR (véase el Cuadro 15).

Cuadro 14: Enfoque de los sistemas de salud*

Los seis elementos fundamentales de un sistema de salud son los siguientes:

- Los buenos **servicios de salud reproductiva** son los que ofrecen intervenciones de salud reproductiva eficaces, seguras y de calidad a quienes las necesitan, con un mínimo desperdicio de recursos.
- Los **trabajadores de la salud reproductiva** con alto rendimiento son los que trabajan de forma receptiva, justa y eficiente para lograr los mejores resultados sanitarios, dadas las circunstancias y los recursos disponibles (es decir, debe haber suficiente personal en el área de SR, equitativamente distribuido, y debe tratarse de personas competentes, receptivas y productivas).
- Los **sistemas de información sanitaria** que funcionan bien son los que garantizan la producción, el análisis, la difusión y el uso de información confiable y oportuna sobre los factores determinantes de la salud reproductiva, el rendimiento del sistema de salud y el estado sanitario de la SR.
- Los sistemas de salud que funcionan correctamente son los que prevén el acceso equitativo a **fármacos, vacunas y tecnologías esenciales para la salud reproductiva** que tengan alta y garantizada calidad, seguridad, eficacia, disponibilidad y rentabilidad, y que su uso sea científicamente responsable y económico.
- Los **sistemas de financiamiento de salud** correctos son los que recaudan los fondos adecuados para la salud reproductiva, de manera que garanticen que las personas puedan usar los servicios que necesitan y estén protegidas ante cualquier catástrofe financiera o empobrecimiento asociados a la necesidad de tener que pagar por esos servicios. Para actuar eficientemente, proporciona incentivos tanto a prestadores como a usuarios.
- En cuanto a **liderazgo y dirección**, es necesario contar con marcos estratégicos de políticas de salud reproductiva, que se combinen con una supervisión eficaz, la creación de coaliciones, reglamentos, y atención a la estructuración y responsabilidad del sistema.

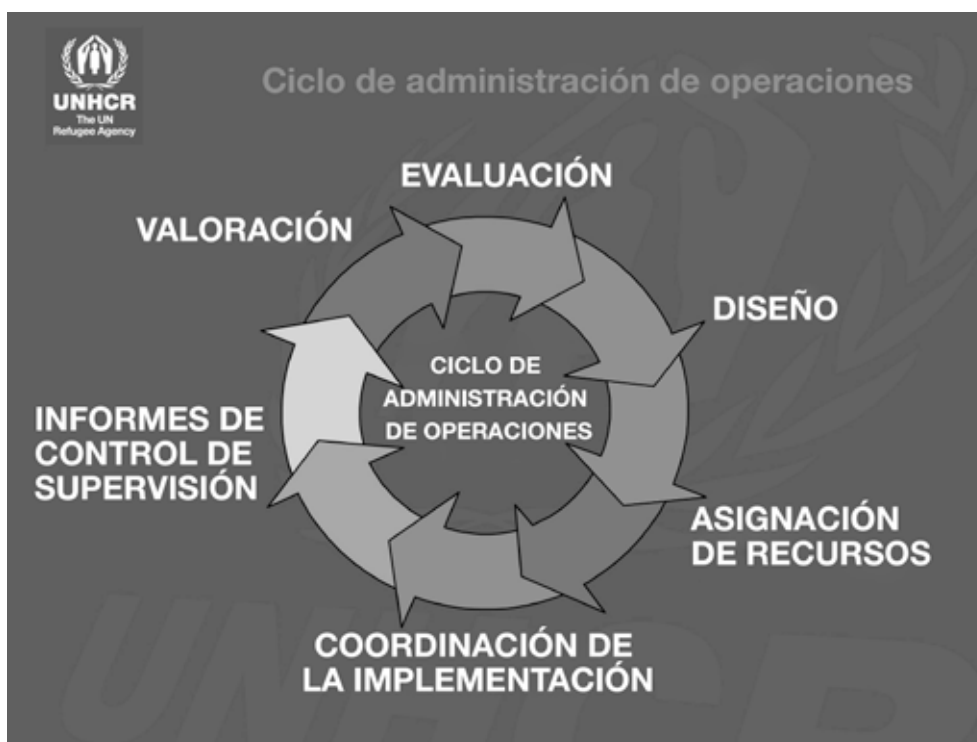
Los elementos fundamentales proporcionan un modelo de planificación útil para la transición del PSIM a programas más exhaustivos de SR. Sin embargo, los funcionarios y gerentes de programas de SR deben reconocer la interdependencia de cada elemento fundamental del enfoque del sistema de salud y garantizar que los servicios integrales de SR se implementen de manera integrada.

* Fuente: Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO’s framework for action. OMS, Ginebra, 2007.

Cuadro 15: Ciclo del proyecto

El **ciclo del proyecto** define cómo se vinculan la evaluación, supervisión y valoración a la secuencia de distribución del servicio y a la administración del programa. Ayuda a los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva a comprender de qué manera se puede usar cada instancia para informar de la toma de decisiones a través de todo el ciclo de estructuración, planificación e implementación del programa (para contar con un ejemplo, consulte el diagrama que figura a continuación).

La capacidad de llevar a cabo proyectos de salud reproductiva exitosos y oportunos en el exigente entorno de una repuesta humanitaria es crucial para garantizar la satisfacción de las necesidades de SR en la población afectada. Los programas de SR más satisfactorios son los que se diseñan en torno a una adecuada **evaluación** de las necesidades de la población destinataria. Las posteriores actividades del programa se deben **supervisar** mediante indicadores cuidadosamente seleccionados para seguir el avance hacia los objetivos claramente establecidos (véase la sección 3.2 Supervisión para obtener más información sobre la selección y el uso de los indicadores). En toda la amplitud de implementación del programa, es necesario **valorar** adecuadamente las actividades con el fin de que se revele lo que funciona correctamente y lo que no, y volcar nuevamente estos resultados al ciclo de revisiones y reformas constantes del programa.



Existen diversas herramientas disponibles que ayudan a conducir este ciclo de planificación, evaluación, supervisión y valoración de los programas. Una de las más reconocidas globalmente es el **Enfoque de marco lógico** o "logframe" (para obtener más información, véase Lecturas complementarias).

3.1 Evaluación

El objetivo de una evaluación es reunir rápidamente información para identificar las necesidades de SR de la población, como también la capacidad del sistema de salud vigente para responder a esas necesidades.

3.1.1 ¿Cuándo es necesario realizar una evaluación?

Al comienzo de la respuesta humanitaria, los colaboradores humanitarios llevan a cabo una rápida evaluación inicial. Dentro del sistema de coordinación del sector o grupo de salud, los funcionarios de salud reproductiva deben asegurarse de obtener la siguiente información:

- La cantidad y ubicación de las personas que necesitan acceso a los servicios mínimos de SR.
- La cantidad y ubicación del personal de atención sanitaria que proporciona, o es capaz de proporcionar, los componentes del servicio del PSIM.
- Las oportunidades logísticas de suministro de material sanitario de SR.
- Las posibilidades de financiamiento del PSIM.

Las estrategias y los planes se adaptarán en consecuencia, en función de esta información. Las causas más importantes de morbilidad y mortalidad relacionadas con la salud reproductiva ya fueron tratadas por el PSIM y no necesitan evaluarse al comienzo de la respuesta humanitaria (véase el Capítulo 2). Una vez cumplidos los objetivos 2; 3 y 4 del PSIM, se realiza una evaluación más profunda como parte del objetivo 5: planificar la implementación de los servicios integrales de SR. Durante la vigencia del programa, se pueden usar evaluaciones periódicas para valorar el avance hacia el logro de los objetivos.

3.1.2 ¿Cuáles son las herramientas disponibles para realizar evaluaciones?

Cuatro importantes métodos de recolección de datos en evaluaciones son los siguientes:

- a. Examen de la información existente
- b. Entrevistas con actores sociales clave y debates con grupos específicos
- c. Evaluaciones de instalaciones sanitarias
- d. Encuestas rápidas

a. Examen de la información existente

Como parte de la evaluación para planificar la introducción de los componentes del servicio integral de SR, es necesario que se lleve a cabo un minucioso examen de las fuentes de datos secundarios para recopilar información de SR existente sobre la población afectada. Tales datos se encontrarán disponibles en los Ministerios de Salud, los organismos de las Naciones Unidas y las ONG. Algunos ejemplos incluyen las siguientes fuentes:

- Encuestas demográficas y sanitarias (EDS) u otros datos disponibles de encuestas.
- Disponibilidad de servicios de SR, su distribución geográfica y funcionalidad.
- Datos de vigilancia de rutina o de las instalaciones de salud, como los que se registran en los sistemas de información nacionales o departamentales.
- Planes estratégicos nacionales y evaluaciones del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD).

b. Entrevistas con actores sociales clave

El objetivo de las entrevistas con actores sociales clave es recolectar información de una amplia variedad de personas, que incluye líderes de la comunidad, profesionales o residentes, quienes pueden aportar conocimiento directo acerca de la población afectada. La información recolectada en una evaluación debe incluir las perspectivas personales de los actores sociales clave entrevistados, en todo lo que se refiera a las condiciones y prácticas preexistentes, la situación actual, los cambios en las prácticas desde el surgimiento de la emergencia, la idoneidad de los servicios de SR actuales y la prioridad de las necesidades de SR de la población. Las entrevistas con los actores sociales clave pueden ser estructuradas (consisten en un conjunto de preguntas que se formulan en un orden determinado) o desestructuradas (consisten principalmente en preguntas abiertas que es posible cambiar o adaptar en el transcurso de una entrevista).

c. Debates con grupos específicos

El objetivo de los debates con grupos específicos es obtener información acerca de las creencias y actitudes de un grupo determinado en relación a una cuestión o un problema de salud particular. Se diferencian de las entrevistas con actores sociales clave en que los debates prevén la interacción entre todos los miembros del grupo. Si el debate se lleva a cabo entre un subgrupo de la población, por ejemplo, entre mujeres en edad reproductiva u hombres adolescentes, los resultados

pueden proporcionar información útil que será representativa de ese grupo en particular.

d. Evaluaciones de las instalaciones de salud

Una evaluación de las instalaciones de salud es un inventario de los lugares donde es posible que se proporcione atención sanitaria y los servicios que en estos lugares se brindan. Una lista de control estructurada de los temas puede ayudar a obtener una descripción de la instalación de salud, que incluya el inventario de los servicios de SR que allí se prestan, del personal y la cobertura que brindan y también del inventario de los equipos y suministros de SR. Estas evaluaciones también pueden incluir el examen de las estadísticas de rutina de los servicios de SR, para determinar si se cumple con los protocolos estándar que garantizan la calidad de la atención.

e. Encuestas rápidas

Las encuestas rápidas pueden ser útiles para reunir rápidamente información acerca de la población durante una evaluación. Dichas encuestas deben ser cortas y contener preguntas sólo referentes a la información necesaria para identificar las necesidades básicas de SR (véase el Cuadro 16). A diferencia de los debates con grupos específicos, las encuestas rápidas no permiten que los participantes brinden opiniones detalladas sobre un tema.

Para conocer ejemplos de las herramientas descritas, consulte Lecturas complementarias.

3.1.3 ¿Quién es el responsable de llevar a cabo las evaluaciones?

Un equipo de evaluaciones puede estar formado por una, dos o tres personas que cuenten con habilidades en el área de la medicina, la investigación, la administración y la salud pública. La cantidad de equipos necesarios dependerá del área que se pretenda cubrir, de la situación imperante de acceso y seguridad vigente y de los métodos de evaluación que se usarán. Al seleccionar un equipo se debe tener en cuenta el género, la edad, el origen étnico y la clase social de cada uno de sus miembros. Por ejemplo, es posible que en algunas culturas se considere inapropiado que un hombre le haga preguntas sobre su historial reproductivo a una mujer casada. Si se juzga conveniente, también es una buena práctica incluir miembros de la población afectada en los equipos de evaluación.

Los miembros ideales de un equipo deben contar con las siguientes características:

- Poseer habilidades técnicas, capacitación y experiencia.
- Poseer buenas habilidades de comunicación en el idioma local y estar familiarizados con la población que se evaluará.
- Sentirse cómodos al tratar temas relacionados con la salud reproductiva y estar abiertos al aprendizaje sobre salud reproductiva.
- Poseer buenas habilidades analíticas.
- Ser capaces de tomar decisiones acertadas basándose en datos escasos.

Cuadro 16: Uso de las encuestas de SR

Las encuestas pueden proporcionar a los funcionarios y prestadores de servicios de salud reproductiva datos útiles basados en la población, que les permitan mejorar y orientar con mayor precisión los servicios de atención de SR. Hay muchos factores que se deben tener en cuenta al momento de diseñar una encuesta. Se deben tomar decisiones acerca de la magnitud que tendrá la muestra, los niveles de error que se aceptarán y las fuentes de preferencia que se usarán, en función de la disponibilidad de recursos (tiempo, dinero, personal) con los que se cuente. Por ejemplo, las encuestas que se llevan a cabo durante las evaluaciones de necesidades iniciales a menudo necesitan ejecutarse rápidamente mediante métodos de muestreo pequeños y prácticos. Una vez que se estabiliza la situación, se pueden usar cuestionarios de encuestas más detallados y métodos de muestreo más representativos.

La decisión sobre la metodología que se debe usar en las encuestas se toma junto con el sector o grupo de salud, para garantizar que sea la adecuada y que generará resultados que se podrán comparar con otras encuestas llevadas a cabo como parte de la respuesta sanitaria.

3.1.4 ¿Cuáles son los datos que exige una evaluación?

Los capítulos 4 al 10 proporcionan recomendaciones sobre los tipos de datos que se debe recolectar en las evaluaciones para cada uno de los componentes de un programa de SR (consulte la tabla que figura a continuación). Los elementos fundamentales del sistema de salud proporcionan una estructura útil para clasificar las preguntas de las evaluaciones de SR (véase el Cuadro 14: Enfoque de los sistemas de salud, pág. 57).

Para obtener información detallada sobre los datos de las evaluaciones, consulte:

Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes	pág. 87
Capítulo 5: Planificación Familiar	pág. 99
Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal	pág. 123
Capítulo 7: Asistencia Integral en Casos de Aborto	pág. 145
Capítulo 8: Violencia de Género	pág. 157
Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual	pág. 169
Capítulo 10: VIH	pág. 185

3.1.5 ¿Cómo analizar, usar y difundir los resultados de las evaluaciones?

Los resultados de una evaluación deben ser lo más precisos posible, en vista a tomar decisiones oportunas sobre las intervenciones que se realizarán. Estos resultados establecen claras prioridades de las necesidades e identifican las oportunidades de cada elemento fundamental del sistema de salud (véase el Cuadro 14, pág. 57). También, deben ofrecer sugerencias acerca de cómo garantizar que las intervenciones del PSIM se sostengan y ayuden a planificar la extensión de los componentes de servicios integrales de SR.

Se deberá distribuir copias de los informes finales entre todas las organizaciones que participen en la respuesta humanitaria, incluido el Ministerio de Salud, a través del mecanismo de coordinación del sector o grupo de salud. Asimismo, se deberá informar de las conclusiones y decisiones a toda la comunidad.

3.2 Supervisión

La supervisión implica recolección, comunicación y análisis de datos de forma regular y permanente durante la implementación de un programa y se considera una parte fundamental de cualquier programa de SR. La supervisión incluye la difusión oportuna de los resultados, de manera que se puedan tomar las medidas que correspondan.

3.2.1 ¿Cuándo se debe supervisar?

Un simple sistema de información de rutina que recolecte datos mínimos sobre salud reproductiva es esencial desde el comienzo de

la respuesta humanitaria y la implementación del PSIM (véase el Capítulo 2). A medida que la respuesta evoluciona y que se introducen más componentes del servicio integral de SR, los requisitos de supervisión de los programas de SR se deben adaptar de modo que reflejen las necesidades cambiantes sobre las cuales estos componentes están planificados, organizados y distribuidos.

La recolección de datos de salud puede formar parte de un sistema de información de salud (SIS) nacional existente. En lugares donde dicho sistema no exista o se encuentre interrumpido por la situación de crisis, el sector o grupo de salud implementará un sistema de supervisión de emergencia para mantener la administración y la coordinación del programa. La frecuencia de supervisión dentro de ese sistema (por ej. diaria, semanal o mensual) dependerá de la evolución de la respuesta humanitaria y de los requisitos de cada organización. Los datos se deben presentar al menos una vez por mes para informar de las decisiones de programación regulares.

3.2.2 ¿Cuáles son las herramientas de supervisión?

Es muy importante contar con herramientas y métodos de recolección comunes para todos los miembros del área de salud que garanticen que los datos generados estén estandarizados y sean de buena calidad. Cuando se los utiliza de forma sistemática y coordinada por parte de todos los miembros, estos recursos ayudan a garantizar que los datos recolectados tienen el mismo nivel de detalle y que sirven para realizar comparaciones en distintas ubicaciones.

La recolección de datos de rutina de SR debe surgir de una combinación de instalaciones de salud y otras fuentes de la comunidad que forman parte de SIS más amplios. Las fuentes de datos de rutina son las siguientes:

- Registros e historias clínicas individuales de cada paciente (por ej. partogramas, fichas prenatales, fichas de planificación familiar).
- Registros diarios y formularios de control (por ej. registros de nacimientos, formularios de control prenatal).
- Planillas de laboratorio (por ej. resultados de la prueba de VIH o del examen de sífilis).
- Planillas de revisión de muerte materna (véase el Cuadro 18).
- Informes de salud de los trabajadores o parteros en función de cada comunidad.
- Planillas de informes semanales o mensuales.

La lista de herramientas mencionada no es exhaustiva. Es posible que entre los SIS sea necesario conservar otras fuentes de datos y otros métodos de informes de rutina (por ej. la vigilancia centinela*), según las necesidades de cada programa u organismo. En algunos entornos, las encuestas basadas en la población también se pueden usar como una eficaz herramienta para orientar la distribución de un programa. Cuando se las repite con regularidad, pueden proporcionar una útil fuente de datos de supervisión de SR.

3.2.3 ¿Qué datos se necesitan para realizar supervisiones?

Los datos que se necesitan para supervisar cualquier programa de SR están definidos por una selección de indicadores que se usan para supervisar el avance del programa hacia un conjunto de objetivos. Consulte el Cuadro 17 para

obtener definiciones y conocer las cuestiones que se deben tomar en cuenta al momento de seleccionar y usar indicadores de SR.

Los capítulos 4 al 10 recomiendan indicadores clave que se usan para supervisar cada componente de un programa integral de SR (véase la tabla en la página 61). En el Anexo 1B, pág. 69, se proporciona un resumen de cada indicador, incluidas las formulaciones, las unidades de expresión y el valor estándar correspondiente.

Una herramienta específica para supervisar los programas de SR es la revisión de casos de muertes maternas (véase el Cuadro 18) o la revisión de casos “que casi conducen a la muerte”. Las revisiones de casos de muerte materna y de casos que casi conducen a la muerte son de suma importancia en los programas de salud materna y neonatal (SMN) para promover y supervisar los cambios en la prestación de servicios y para promover medidas de prevención de complicaciones y muertes (véase el Capítulo 6: SMN).

3.2.4 ¿Quiénes son los responsables de realizar las supervisiones?

Los enfermeros, parteros y otros prestadores de servicios de salud reproductiva que trabajan en instalaciones de salud son los responsables de realizar la recolección de datos y preparar los informes del servicio de rutina. Asimismo, también se deberá contar con personal de salud en función de cada comunidad para reunir datos a nivel de la comunidad. Para garantizar que los datos se puedan comparar entre distintos programas, todos los miembros del personal deben recibir capacitación adecuada acerca del correcto uso y empleo de las herramientas de recolección de datos en el ámbito de la salud.

El supervisor médico es el responsable de recopilar los informes semanales o mensuales. Éstos, a su vez, se envían al gerente de programas sanitarios o de salud reproductiva para que los introduzca al sistema informático de manera que puedan ser analizados.

* Vigilancia centinela es un método de supervisión que utiliza un indicador secundario para un problema de salud pública, lo que permite estimar la magnitud del problema en la población general. Por ejemplo, la cantidad de casos de HIV en mujeres que concurren a los servicios de atención prenatal se usa como un indicador representativo de la cantidad de casos de HIV en todo la población.

Cuadro 17: Selección y uso de los indicadores de SR

Los **indicadores** se definen como variables que se pueden supervisar durante un período para rastrear el avance hacia el cumplimiento de los objetivos. *Por ejemplo: “prestación de atención prenatal”.*

Un **objetivo** es un estado final deseado al que se debe llegar al finalizar la implementación del programa. *Por ejemplo: los factores de riesgo obstétricos se detectan y se tratan en una temprana etapa del embarazo.*

A cada indicador se le debe asignar un **valor estándar** correspondiente para establecer el nivel más bajo aceptable de cumplimiento del objetivo. *Por ejemplo: el 90% de las mujeres concurren a cuatro o más consultas de atención prenatal durante el embarazo.*

Si los programas de SR implementados por distintos actores no utilizan los mismos indicadores, no estarán estandarizados, como tampoco lo estará la información de salud que éstos generen. Por lo tanto, es posible que los datos producidos por programas de salud no estandarizados estén incompletos, no se puedan unificar y sean inadecuados para supervisar una situación.

El proceso de selección de indicadores no es sencillo. Cada indicador debe ser técnicamente válido, simple y cuantificable. Además, la expansión de PSIM hacia los servicios integrales de SR dentro de un país ocasionará el surgimiento de nuevas áreas de supervisión e implementación que se deberán tener en cuenta en todo momento. Por lo tanto, se recomienda que todo indicador cumpla con los criterios **SMART** (del inglés, “inteligente”) que se mencionan a continuación:

E específico (qué y quién)

C uantificable

A decuado

R ealista (que se pueda realizar)

D e duración limitada

La mezcla de indicadores seleccionados para realizar la supervisión también deberá ser adecuada para medir los objetivos del programa en las diferentes etapas del ciclo de un proyecto. Por ejemplo:

Los **indicadores de producción (o proceso)** miden las acciones que se necesitan para implementar un programa y corresponden a diversas actividades que se necesitan para alcanzar resultados específicos. *Por ejemplo: la cantidad de parteros que poseen formación acerca de los protocolos sobre atención prenatal.*

Los **indicadores de resultado (o rendimiento)** miden los cambios que surgen como resultado de las actividades del programa, como cambios en el conocimiento, las actitudes o el comportamiento, o cambios en la disponibilidad del servicio. *Por ejemplo: la cantidad de mujeres que reciben, al menos, dos dosis de Toxide Tetánico (TT) antes del parto.*

Los **indicadores de finalidad (o impacto)** miden los cambios en la morbilidad y mortalidad que se espera obtener de las actividades del programa. *Por ejemplo: la cantidad de casos de tétano en el período prenatal.*

Tabla 8: Requisitos de datos para la supervisión:

Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes	pág. 97
Capítulo 5: Planificación Familiar	pág. 121
Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal	pág. 137
Capítulo 7: Asistencia Integral en Casos de Aborto	pág. 154
Capítulo 8: Violencia de Género	pág. 167
Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual	pág. 184
Capítulo 10: VIH	pág. 199

Cuadro 18: Revisión de muertes maternas

La revisión de las muertes maternas proporciona al personal de salud y a los miembros de la comunidad una singular oportunidad de aprender a partir de un evento trágico y frecuentemente evitable. Puede ayudar a identificar fisuras en los servicios, fisuras en relación al conocimiento (tanto por parte de prestador de atención sanitaria como por parte de la comunidad) e identificar la necesidad de mejorar los procedimientos de derivación para las complicaciones obstétricas. Es muy importante incluir diversas personas (miembros de la familia, asistentes tradicionales del parto, parteros, médicos, coordinadores, líderes de la comunidad, etc.) en el proceso de revisión de muertes maternas, independientemente de que la muerte haya ocurrido en la comunidad o en una instalación de salud.

Entre los puntos que se deben investigar se incluyen los siguientes:

- Momento en que comenzó la enfermedad capaz de ocasionar la muerte.
- Momento en que se reconoció el problema y momento de la muerte.
- Carácter oportuno de las medidas tomadas.
- Acceso a la atención o logística de la derivación.
- Calidad de la atención médica hasta el momento de la muerte.

Las autopsias verbales, utilizadas en determinadas situaciones con refugiados, resultaron relativamente atinadas en casos en que no se disponía de historias clínicas.

El Anexo 4 muestra un ejemplo de una planilla de investigación de muerte materna y las pautas para usarla.

3.2.5 Análisis, uso y difusión de los resultados de la supervisión

El análisis de los datos de rutina recopilados por el servicio de salud o el análisis de los datos poblacionales es esencial para supervisar el rendimiento y la calidad de la prestación de los servicios de salud y para identificar los cambios en el estado de salud de la población afectada.

A nivel del centro sanitario, las estadísticas se pueden analizar manualmente, publicando los resultados en tablas que muestren las estadísticas de uso en el área de recepción de la clínica. A nivel de una organización o de los

sectores o grupos de salud, se necesitan otros métodos más eficientes de administración de datos para garantizar que los resultados se analicen, difundan y usen de forma oportuna y eficaz. Una simple hoja de cálculo o un software de base de datos son útiles para administrar grandes volúmenes de datos en extensos períodos y diversas ubicaciones.

El uso de los datos y la respuesta del análisis de los resultados es esencial para garantizar que la información se traduzca en prácticas de salud pública y en un progreso cuantificable del estado de salud reproductiva de la población. Frecuentemente, se solicita a los gerentes de niveles inferiores que presenten informes

sobre una gran cantidad de datos a los niveles superiores, pero en muy pocas oportunidades éstos reciben una devolución. Al mismo tiempo, la carga de información en los niveles superiores es tan excesiva que, en la práctica, los datos raras veces se usan con precisión. Los gerentes de los programas de salud reproductiva deben proporcionar respuestas al personal y también comentar las principales conclusiones y recomendaciones para la programación de SR, según los resultados más recientes de las reuniones de coordinación del sector o grupo de salud. Cuando sea conveniente, el centro sanitario deberá poner a disposición de la población los datos sobre salud reproductiva.

3.3 Valoración

El propósito de una valoración es analizar la eficiencia y la eficacia de un programa. Se comparan las actividades y los servicios (productos) de un programa con los beneficios (resultados) y el impacto en la salud pública (finalidades). Esto ayuda a los funcionarios de salud reproductiva a determinar si se cumple con los objetivos definidos.

3.3.1 ¿Cuándo se debe realizar la valoración?

Es muy importante organizar y planificar las valoraciones desde el principio de la implementación de un programa. Las valoraciones ocurren durante toda la vigencia de un proyecto, no sólo al final, y se sincronizan según las etapas de la implementación del proyecto y las necesidades de la organización.

3.3.2 ¿Cuáles son las herramientas de valoración?

Las valoraciones usan métodos de estimación sistemáticos y miden tanto los aspectos cualitativos como cuantitativos de la prestación de servicios. Pueden servirse de métodos similares a los que se usan en las evaluaciones (véase 3.1.1). Las entrevistas con actores sociales clave, como líderes de la comunidad o miembros de la población afectada, reúnen datos para valorar la calidad y aceptabilidad del programa.

Una valoración de la calidad o posibilidad de acceso a los servicios incluye un examen de los documentos operativos (como informes de sitios, informes de metas, informes de control, registros de capacitación) y una lista de control cualitativa

de los servicios de salud. También, ver los datos recolectados del sistema de supervisión forma parte del proceso de valoración.

Se pueden recolectar datos poblacionales para complementar o validar los datos de rutina recopilados.

3.3.3 ¿Qué se necesita para una valoración?

Es muy importante especificar claramente los objetivos de cualquier valoración y definir exactamente cuáles son las preguntas que debería responder la valoración. Las preguntas típicas que se deben tener en cuenta en la valoración de la producción de un proyecto y del proyecto en sí son las siguientes:

- ¿Qué acciones se llevaron a cabo?
- ¿Cuáles fueron los logros?
- ¿Se logró lo que se había propuesto?
- ¿Cuáles son las lecciones que se aprendieron?
- ¿Qué más se necesita?

3.3.4 ¿Quién es el responsable de realizar las valoraciones?

Las valoraciones deben ser objetivas e imparciales, en la medida de lo posible. Si la persona encargada de realizar las valoraciones también participa en la coordinación y administración, es posible que, a veces, le resulte difícil ser un participante neutral y ver el programa de manera imparcial. Por este motivo, es útil que personas externas lleven a cabo las valoraciones.

3.3.5 ¿Cómo analizar, usar y difundir los resultados de una valoración?

Las valoraciones deben reflejar los aspectos positivos y negativos en relación al funcionamiento, de manera que los resultados sirvan para mejorar la planificación y estructuración del programa. Se deben proporcionar repuestas anticipadas a los gerentes de programas y proveedores de servicio para garantizar que los inconvenientes identificados se resuelvan oportunamente, antes de que se conviertan en problemas o riesgos. El informe de valoración final se debe compartir con todas las organizaciones involucradas en la respuesta a la emergencia, incluido el Ministerio de Salud, y se debe difundir en las reuniones de coordinación del sector o grupo de salud. Si se juzga conveniente, las conclusiones y decisiones deberán difundirse directamente a toda la comunidad.

4.0 Derechos humanos y consideraciones legales

4.1 Normas sobre derechos humanos

El derecho a la privacidad según la legislación internacional de derechos humanos protege el derecho a la privacidad y confidencialidad de la información de salud, incluida la salud reproductiva, las funciones reproductivas, la vida sexual o la sexualidad de una persona. Por lo tanto, el derecho a la privacidad obliga a los prestadores de servicios y otras personas que recolectan datos relacionados con la salud a mantener la confidencialidad de dicha información. En el marco de la atención sanitaria, es posible que la información sobre el estado de salud de un paciente se comparta entre las personas que participan directamente en el tratamiento del paciente, en caso de que sea necesario para llevar adelante tal tratamiento.

Es posible que se viole el derecho a la privacidad de una mujer en el caso de que el prestador de servicio comente con un tercero el estado de salud reproductiva de una paciente sin su autorización. Esta infracción de la confidencialidad no sólo viola el derecho a la privacidad de una persona, sino que también podría ocasionar importantes problemas de protección de la persona involucrada, ya que podría llevar al rechazo por parte de miembros de la familia o la comunidad, a la violencia, a amenazas de violencia o a obtener un tratamiento discriminatorio en el acceso a los servicios.

Entre los puntos clave que se debe tener en cuenta para garantizar el derecho a la privacidad se encuentran los siguientes:

- La confidencialidad de una persona que proporciona información sobre su estado de salud reproductiva, incluidos los casos de violencia de género, se debe proteger en todo momento.
- Toda mujer que proporcione información sobre su estado de salud reproductiva, incluso los casos de violencia de género, debe otorgar un consentimiento informado antes de participar en una actividad de recopilación de datos.

La información se debe mantener confidencial en todo momento, aún en los momentos en que se recolecta, almacena, analiza, comparte y utiliza. El derecho a la privacidad también rige para los menores, incluso dentro del marco de la atención sanitaria. Si bien la información del estado de salud de un menor no se debe

revelar a terceros, ni siquiera a los padres, sin el consentimiento del menor; esto, por supuesto, está sujeto a la edad y madurez del menor y a lo que se considere mejor para él o ella.

4.2 Consideraciones legales a nivel nacional

Las personas que tienen acceso a la información de salud deben garantizar que se tomen las medidas de seguridad adecuadas en relación a la confidencialidad de la información de salud. El asesoramiento sobre los derechos y reglamentaciones nacionales acerca de la recolección, el almacenamiento y el uso de la información de salud debe estar disponible para los trabajadores de la salud y los trabajadores humanitarios. Asimismo, todos los trabajadores de la salud deben estar familiarizados con estas reglas.

La recolección y el uso de datos para los propósitos de supervisión y valoración también requieren de un consentimiento informado de la persona que proporciona la información. Esto incluye la recolección de datos en que la información será anónima y no estará vinculada al nombre u otras identificaciones del informante. La finalidad del proceso de consentimiento informado es garantizar que los informantes tengan conocimiento y comprendan el propósito y el contenido del ejercicio de recolección de datos, los procesos que se seguirán durante el transcurso del ejercicio, los riesgos y los beneficios de su participación y los derechos que poseen. Como parte del proceso de consentimiento informado, el participante potencial debe proporcionar información acerca de cada uno de estos elementos a través de lo que frecuentemente se denomina “declaración de consentimiento”.

Asimismo, se les debe informar a todos que tienen derecho a no participar en la recolección de datos o que pueden rehusar responder ciertas preguntas. Si, por algún motivo específico, se necesita revelar a un tercero la información relativa al estado de salud de una persona, se deberá obtener previamente el consentimiento informado de la persona involucrada. En el caso de la información relacionada con menores, un padre o tutor debe otorgar el consentimiento informado, a menos que las leyes locales dispongan lo contrario. Además, los menores que posean edad suficiente para comprender la naturaleza y las consecuencias de la recopilación y revelación de la información (es decir, que estén capacitados mentalmente) también deben otorgar su consentimiento.

4.3 Desafíos y oportunidades

En algunos escenarios, las leyes nacionales solicitan que los proveedores de servicios informen a las autoridades en el caso de personas cuyas pruebas de VIH resultaron positivas, mujeres que sufrieron un aborto o casos particulares de violencia sexual. Si bien es posible que entre las justificaciones oficiales para estas normas y leyes se incluyan la prevención de la delincuencia o los intereses de la salud pública, es importante advertir que probablemente estas justificaciones no estén de acuerdo con las normas de derechos humanos y que podrían violar el derecho a la privacidad. Los prestadores de servicios deben estar familiarizados con estas leyes y normas y con sus obligaciones. Como parte del proceso de consentimiento informado, se debe informar a los pacientes de cualquier límite importante relacionado con la confidencialidad. En los lugares donde las reglas de realización de informes obligatorios se encuentren en vigencia, los prestadores de servicios deberán explicar al paciente el mecanismo de realización de informes y decirles cuáles son sus expectativas una vez finalizado el informe.

5 Lecturas complementarias

Herramientas e indicadores del grupo de salud

http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

Monitoring and Evaluation Toolkit. Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (RHRC), octubre de 2004. <http://www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/toolkit/index.htm>

Reproductive Health Assessment Toolkit for Conflict-Affected Women. División de Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Centro Coordinador para la Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Sociales, Atlanta, GA, 2007. www.cdc.gov/reproductivehealth/refugee/ToolkitDownload.htm, www.cdc.gov/reproductivehealth/refugee/

Assessment of "Minimum Initial Services Package" Implementation, Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados. http://www.rhrc.org/pdf/MISP_ass.pdf

Monitoring Implementation of the MISP: A Check List, Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados, enero de 2003. www.rhrc.org/pdf/fs_misp_insert.pdf

Health Information System. UNHCR, 2007. www.unhcr.org/his

Demographic Methods in Emergency Assessment: A Guide for Practitioners. Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies (CIEDRS) y Hopkins Population Center; Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, 2003. http://www.humanitarianinfo.org/IMToolBox/05_Assessments/Reference_Resource_Documents/2003_Demographic_Methods_In_Emergency_Assessment_CIEDRS.pdf

Lista de anexos

Los siguientes indicadores son una selección de los indicadores principales que se pueden usar para supervisar un programa integral de SR. No son suficientes para una supervisión en profundidad, ni para la valoración de un programa. Para obtener una lista más detallada, consulte las secciones de lecturas complementarias en los capítulos correspondientes.

Anexo 1A: Indicadores de SR para el PSIM

Anexo 1B: Indicadores de SR para programas integrales de SR

Anexo 2: Tasas e índices de referencia de SR

Anexo 3: Estimación de la cantidad de mujeres embarazadas en la población

Anexo 4: Planillas de revisión y hoja de orientación de muerte materna

Anexo 5: Ejemplos de fichas de trabajo mensuales (SIS)

Anexo 1A: Indicadores de PSIM

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
1.	Cantidad de casos de violación notificados.	Impacto	Cantidad de casos de violación notificados a centros sanitarios dentro de un período específico.	Cantidad de casos notificados a centros sanitarios/período	El período de los informes se debe establecer localmente		Separados por sexo y grupos etarios No es posible identificar tendencias (temporales, geográficas o de otro tipo) en casos de violación en función de estos datos ni es posible medir la incidencia. Registre la cantidad de instalaciones que aportan esta información en cada período.
2.	Cobertura de suministros para precauciones estándar.	Producción	Porcentaje de establecimientos de asistencia sanitaria que poseen los suministros necesarios para garantizar que se pongan en práctica las precauciones estándar.	Cantidad de sitios de distribución de servicios de salud que poseen los suministros adecuados para cumplir con las precauciones estándar/cantidad de sitios de distribución de servicios de salud x 100	/100 sitios de prestación de servicios de salud	El 100% de los centros sanitarios cuenta con los suministros adecuados para cumplir con las precauciones estándar.	Mide la eficacia de la distribución de suministros relacionados con las precauciones estándar. Cada supervisor del sitio del servicio proporciona un informe de "suministros suficientes" según el volumen de trabajo asignado. Se deben separar en jabón, materiales antisépticos para inyecciones, guantes, suministros desechables cortantes o equipos y suministros de esterilización.
3.	Cobertura de pruebas rápidas de VIH para transfusiones sanguíneas seguras.	Producción	Porcentaje de hospitales de derivación que poseen la cantidad suficiente de pruebas rápidas de VIH para garantizar que se examine toda la sangre destinada a transfusiones.	Cantidad de hospitales que cuentan con suficientes pruebas rápidas de VIH para examinar sangre destinada a transfusiones/cantidad de sitios de distribución de servicios de salud x 100	/100 sitios de prestación de servicios de salud	El 100% de los centros sanitarios cuenta con los suministros adecuados para cumplir con las precauciones estándar.	Mide la eficacia de la distribución de pruebas de VIH para examinar la sangre destinada a transfusiones. El supervisor del servicio proporcionan un informe sobre las "suficientes pruebas de VIH" según la cantidad de casos.
4.	Tasa de distribución de condones.	Resultado	Tasa de distribución de condones entre la población.	Cantidad de condones masculinos distribuidos/población total/mes	/persona/mes	0.5 condones/persona/mes	El valor estándar de 0.5 condones/persona/mes es una aproximación del cálculo estándar de condones más complejo que se describe en la página 40 del capítulo de PSIM. La aproximación se usa para supervisar la distribución de condones como parte del PSIM.
5.	Cobertura de equipos para partos en condiciones higiénicas.	Producción	Tasa de distribución de equipos para partos en condiciones higiénicas entre mujeres que cursan su tercer trimestre de embarazo.	Cantidad de equipos para partos en condiciones higiénicas distribuidos/cantidad aproximada de mujeres embarazadas x 100/mes	%	100%	Mide si las mujeres que cursan la etapa final del embarazo tienen acceso a equipos para partos en condiciones higiénicas. Es posible que se necesite calcular la cantidad de mujeres embarazadas.
6.	Disponibilidad de gestión clínica para víctimas de violación.	Producción	Porcentaje de centros sanitarios que poseen gestión clínica para víctimas de violación, incluida la anticoncepción de emergencia, la PPE y el tratamiento por presunción de ITS.	Cantidad de centros sanitarios que ofrecen gestión clínica para víctimas de violación/todos los centros sanitarios x 100	%		La prestación de servicios de gestión clínica para víctimas de violación requiere de la disponibilidad de personal capacitado, anticonceptivos de emergencia, antirretrovirales (ARV) para PPE y antibióticos para el tratamiento por presunción de ITS.

Anexo 1B: Indicadores de los programas integrales de SR

Ésta es una selección de indicadores que se usan para supervisar programas integrales de SR. Es posible que también existan otros indicadores. Los funcionarios de salud reproductiva deben decidir qué indicadores se deben usar en función de cada situación. Las referencias que figuran en las secciones de lecturas complementarias de cada capítulo proporcionan más sugerencias.

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
A. Salud Reproductiva para Adolescentes							
7.	Incidencia de las ETS en jóvenes.	Impacto		Cantidad de casos de ETS notificados entre jóvenes durante el período especificado/cantidad total de jóvenes (x 1000)	/1000 jóvenes		Mide el potencial impacto de un programa en relación a la cantidad de casos de ETS entre jóvenes. Se necesita definir el grupo etario de los jóvenes según la situación local.
8.	Proporción de ITS entre jóvenes menores de 18 años.	Proceso	Proporción de enfoques sindrómicos de ITS diagnosticadas entre menores de 18 años.	Cantidad de ITS diagnosticadas entre menores de 18 años/cantidad total de ITS diagnosticadas x 100	%		
9.	Proporción de nacimientos entre jóvenes menores de 18 años.	Impacto	Proporción de nacimientos registrados entre menores de 18 años.	Cantidad de partos entre mujeres menores de 18 años/cantidad de nacidos vivos x 100	%		Mide qué tan comunes son los nacimientos entre mujeres jóvenes.
10.	Uso de condones entre los jóvenes.	Resultado	Proporción de jóvenes sexualmente activos que notificaron el uso de condones en el último acto sexual.	Cantidad de jóvenes sexualmente activos que notificaron el uso de condones en el último acto sexual/cantidad de jóvenes sexualmente activos encuestados x 100	%		Mide el impacto que generan en el comportamiento de los jóvenes los programas comunitarios de educación sobre el uso del condón. Separados por sexo y grupos etarios. Se requiere una encuesta basada en la población.
B. Planificación Familiar Prevalencia anticonceptiva.							
11.	Prevalencia anticonceptiva.	Resultado	Proporción de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) que usan (o cuya pareja usa) un método anticonceptivo.	Cantidad de mujeres en edad reproductiva que usan algún método anticonceptivo/cantidad de mujeres en edad reproductiva x100	%		Mide el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos. El conocimiento sobre prevalencia anticonceptiva en el país de origen ayudará a establecer el objetivo.
12.	Conocimiento de la comunidad con respecto a la planificación familiar.	Resultado	Proporción de personas sexualmente activas que son capaces de mencionar los principales mensajes de planificación familiar.	Cantidad de personas sexualmente activas que son capaces de mencionar los principales mensajes sobre planificación familiar/cantidad de personas sexualmente activas a quienes se destinan mensajes sobre planificación familiar x 100	%		Mide el conocimiento sobre planificación familiar y se basa en los principales mensajes proporcionados durante las actividades de concientización. Se requiere una encuesta basada en la población.

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
13	Suministro anticonceptivo.	Resultado		Cantidad de sitios de prestación de servicios que mantienen un mínimo de 3 meses de suministro de píldoras anticonceptivas orales combinadas, de píldoras de progestágeno solo y de inyectables/cantidad de sitios de prestación de servicio x 100	%		Mide la eficacia del sistema de distribución de suministros anticonceptivos.
14.	Cobertura de la orientación sobre planificación familiar.	Resultado	Proporción de pacientes que concurren a los servicios de planificación familiar, donde se les ofrece orientación.	Cantidad de pacientes que concurren a los servicios de planificación familiar, donde se les ofrece un servicio de orientación de sobre esto además de recibir un método anticonceptivo/cantidad de pacientes que concurren a los servicios de planificación familiar x 100	%		Mide si los proveedores de servicios de planificación familiar orientan a los pacientes. El indicador se mide en clínicas de planificación familiar y se encuentra disponible a través de las historias clínicas, la observación o las entrevistas con el paciente a la salida.
C. Salud Materna y Neonatal							
15.	Tasa de mortalidad neonatal.	Impacto	Tasa de muertes entre recién nacidos dentro de los primeros 28 días de vida.	Cantidad de bebés nacidos vivos que mueren antes de cumplir los 28 días de edad/cantidad de nacidos vivos en un período específico x 1000	/ 1000 nacidos vivos	< 40 muertes/1000 nacidos vivos	Mide el estado de salud general de los recién nacidos.
16.	Proporción de recién nacidos de bajo peso.	Impacto	Proporción de nacidos vivos con un peso menor a los 2500 g.	Cantidad de bebés nacidos vivos que pesan menos de 2500 g/ cantidad total de nacidos vivos (con un registro de peso al momento del nacimiento) x 100	%	< 15%	Mide el estado de salud de las mujeres embarazadas y la idoneidad de la atención prenatal. Conocer el peso de nacimiento de los neonatos facilita la identificación de casos de alto riesgo que posiblemente necesiten atención especial.
17.	Tasa de nacidos muertos.	Impacto	Tasa de nacidos muertos en proporción a la cantidad de nacimientos.	Cantidad de períodos de parto con feto muerto/cantidad total de nacidos vivos y nacidos muertos x 1000	/ 1000 nacimientos totales/mes		Medida general de los resultados en un embarazo. Se puede elevar durante brotes de enfermedades, como el paludismo o la sífilis. Comprobar la definición de nacido muerto según las normas nacionales. En la mayoría de los escenarios, nacido muerto se denomina a la muerte del feto después de la vigésimo segunda semana.
18.	Investigación de muertes maternas.	Proceso	Proporción de muertes maternas notificadas que se investigan.	Cantidad de ITS diagnosticadas entre menores de 18 años/ cantidad total de ITS diagnosticadas x 100	%	100%	Mide la capacidad de un programa para identificar todas las muertes maternas y determinar los factores de riesgo que contribuyen a esas muertes. Supone lo siguiente: a) Se investigan tanto los casos de mortalidad materna indirectos como directos, para reducir los informes deficientes; b) Existe un protocolo para las investigaciones. La investigación se debe llevar a cabo según pautas establecidas y los resultados se deben difundir entre el personal de salud.

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
19.	Atención prenatal completa.	Resultado	Porcentaje de nacimientos atendidos por asistentes especializados. Porcentaje de mujeres embarazadas que realizan al menos 4 consultas prenatales durante el embarazo.	Cantidad de mujeres que realizaron al menos 4 consultas de atención prenatal al momento del parto/cantidad total de nacidos vivos x 100	%	100%	Mide si se brindan las consultas prenatales mínimas a las mujeres. Este indicador se mide al momento del nacimiento.
20.	Cobertura del examen de sífilis.	Resultado	Proporción de mujeres a las que se les realizaron exámenes de sífilis durante el embarazo.	Cantidad de mujeres a las que se les realizó el examen de sífilis durante el período prenatal al momento del parto/cantidad total de nacidos vivos x 100	%	100%	Mide si se realizan los exámenes de sífilis a las mujeres embarazadas. Este indicador se mide al momento del nacimiento.
21.	Cobertura de la vacuna antitetánica.	Resultado	Proporción de mujeres que recibieron al menos 2 dosis de la vacuna del toxoide tetánico (TT) durante el embarazo.	Cantidad de mujeres embarazadas que recibieron 2 dosis de TT (o que recibieron la vacuna completa) durante el período prenatal al momento del parto/cantidad total de nacidos vivos x 100	%	100%	Mide si se colocan las vacunas de toxoide tetánico a mujeres en edad reproductiva.* Este indicador se mide al momento del nacimiento. Los casos de tétano neonatal también deben ser informados.
22.	Disponibilidad de los servicios de atención obstétrica de emergencia.	Resultado	Cantidad de instalaciones de salud que poseen atención obstétrica esencial básica o integral/500.000 habitantes, por unidad administrativa.	Cantidad de instalaciones de atención obstétrica de emergencia por habitante	/ 500.000 habitantes	Al menos 5 instalaciones de atención obstétrica de emergencia/500.000 habitantes, incluida al menos 1 atención obstétrica de emergencia integral.	Indicador de proceso 1 de las Naciones Unidas.
23.	Utilización de los servicios de atención obstétrica de emergencia.	Resultado	Proporción de todos los nacimientos que tuvieron lugar en instalaciones de atención obstétrica de emergencia.	Cantidad de partos en un centro de atención obstétrica de emergencia/cantidad de partos x 100	%	Los niveles de aceptación se deben establecer localmente.	Los partos son independientes del resultado (nacido vivo o muerto). Se deben incluir los servicios de atención obstétrica de emergencia; en el campamento o en hospitales gubernamentales.
24.	Satisfacción de las necesidades de atención obstétrica de emergencia.	Resultado	Proporción de mujeres que tienen importantes complicaciones obstétricas directas y que son atendidas en instalaciones de atención obstétrica de emergencia.	Cantidad de complicaciones obstétricas tratadas en atención obstétrica de emergencia/cantidad de partos x 100	%	100%	Mide la calidad de la prestación del servicio de emergencias obstétricas. Las emergencias deben contar con una clara definición del caso e incluir información relacionada con lo siguiente: hemorragias, eclampsia, obstrucción/prolongación del parto, septicemia.
25.	Porcentaje de nacimientos atendidos por asistentes especializados.	Resultado	Proporción de nacimientos atendidos por personal sanitario especializado.*	Cantidad de partos atendidos por personal sanitario capacitado/cantidad de partos x 100	%	100%	Trabajadores de la salud, como los médicos o las personas con habilidades de parteros, que puedan diagnosticar y tratar emergencias obstétricas y también asistir partos normales. No se incluyen los asistentes tradicionales para el parto (capacitados o no).

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
26.	Cobertura de la asistencia posterior al parto.	Resultado	Proporción de mujeres que recibieron 3 consultas posparto dentro de las seis semanas posteriores al parto.	Cantidad de mujeres que asistieron 3 veces al servicio de atención posnatal dentro de las 6 semanas posteriores al parto/cantidad de nacidos vivos x 100	%	100%	Mide si las mujeres acuden a consultas posparto. El período posparto se define como los 42 días (6 semanas) posteriores al parto. Entre los factores que determinan la regularidad de una consulta se incluyen los siguientes: cantidad de casos y tipo de complicación obstétrica, porcentaje de recién nacidos de bajo peso, proporción de partos en el hogar y tasa de mortalidad neonatal, entre otros. Se recomienda un cronograma de asistencia a las 6 horas, a los 6 días y a las 6 semanas.
27.	Porcentaje de partos por cesárea, por unidad administrativa.	Resultado	Cesáreas en proporción a la cantidad total de nacimientos.	Cantidad de nacimientos por cesárea/cantidad de nacidos vivos x 100	%	5%- 15%	La proporción estimada de nacimientos por cesárea en la población no es menor que 5% ni mayor que el 15%.
28.	Tasa de mortalidad en casos obstétricos directos.	Impacto	Tasa de mortalidad en casos de mujeres que tuvieron complicaciones obstétricas directas en instalaciones de atención obstétrica de emergencia.	Cantidad de mujeres que fueron atendidas en instalaciones de atención obstétrica de emergencia y que murieron a causa de una complicación obstétrica directa/mujeres atendidas que fueron revisadas por complicaciones obstétricas directas x 100	%	<1%>	
D. Asistencia integral en casos de aborto							
29.	Servicios de aborto realizados con la tecnología adecuada.	Proceso	Proporción de los servicios de aborto realizados con la tecnología adecuada (aborto por succión o métodos médicos).	Cantidad de servicios de aborto realizados con las tecnologías adecuadas/cantidad de todos los servicios de aborto realizados en el mismo período x 100	%	100%	Los "servicios de aborto" incluyen el tratamiento en caso de complicaciones por aborto (que resulten de un aborto espontáneo o inducido/riesgoso) y también la disposición de procedimientos de aborto inducido. Tecnología apropiada para los servicios de aborto, véase el Capítulo 7: Asistencia Integral en Casos de Aborto.

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
30.	Cobertura de anticoncepción posterior al aborto.	Resultado	Proporción de mujeres que acceden a los servicios de aborto y que reciben anticonceptivos antes de ser dadas de alta de la instalación.	Cantidad de mujeres que reciben servicios de aborto y que obtienen un moderno método anticonceptivo antes de retirarse de la instalación/cantidad total de mujeres que reciben servicios de aborto en la misma instalación durante el mismo período	%	60%	Los "servicios de aborto" incluyen el tratamiento en caso de complicaciones por aborto (que resulten de un aborto espontáneo o inducido/riesgoso) y también la disposición de procedimientos de aborto inducido. El nivel mínimo recomendado es que aproximadamente el 60% de las mujeres que reciben asistencia en casos de aborto también reciban modernos métodos anticonceptivos antes de ser dadas de alta de la instalación. Esto concuerda con los datos de intenciones reproductivas entre mujeres que reciben servicios de aborto, como también con los modelos probados de óptima aceptación de anticonceptivos posteriores al aborto. La recolección de datos se realiza a través de un registro de las actividades de rutina que se realizan en una instalación.
31.	Conocimiento de las indicaciones legales para finalizar un embarazo.	Resultado	Porcentaje de prestadores que conocen las indicaciones legales para finalizar un embarazo en el país anfitrión y en el país de origen.	Cantidad de prestadores que trabajan en los servicios de aborto que conocen las indicaciones legales para finalizar un embarazo/cantidad de proveedores que trabajan en servicios de aborto x 100	%	100%	La recolección de datos se efectúa a través de encuestas periódicas.
32.	Cobertura de abortos inducidos.	Resultado	Proporción de mujeres que acceden a los servicios de aborto y que reciben procedimientos inducidos.	Cantidad de mujeres que reciben procedimientos de aborto inducido en una instalación/cantidad total de mujeres que reciben servicios de aborto en la instalación durante el mismo período x 100	%	100%	En el tiempo, un cambio hacia una proporción mayor de mujeres que puedan recibir abortos inducidos como parte de todos los servicios de aborto que se prestan en una instalación. Fuente de datos: los registros de los servicios de salud, aunque es posible que haya informes deficientes (es decir, omisión de los casos no admitidos en las instalaciones) y clasificaciones erróneas.
E. Violencia de género (VDG)							
33.	Oportunidad de la prestación de PPE.	Resultado	Proporción de víctimas de violación que reúnen las condiciones para recibir profilaxis postexposición (PPE) dentro de las 72 horas a partir del incidente.	Cantidad de víctimas de violación que reúnen las condiciones para recibir PPE dentro de las 72 horas de un incidente/cantidad total de casos de violación notificados x 100	%	100% de víctimas que reúnen las condiciones	Mide si las víctimas de violación poseen acceso oportuno a los servicios de vital importancia. Supone que los protocolos de gestión clínica en casos de violación son adecuadamente difundidos y puestos en práctica.

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
34.	Oportunidad de la prestación de anticoncepción de emergencia.	Resultado	Proporción de víctimas de violación que reúnen las condiciones para recibir anticoncepción de emergencia dentro de las 120 horas de un incidente/ a partir del incidente.	Cantidad de víctimas de violación que reúnen las condiciones para recibir anticoncepción de emergencia dentro de las 120 horas de un incidente/ cantidad total de casos de violación notificados x 100	%	100% de víctimas que reúnen las condiciones	Mide si las víctimas de violación poseen acceso oportuno a los servicios de vital importancia. Supone que los protocolos de gestión clínica en casos de violación son adecuadamente difundidos y puestos en práctica.
35.	Oportunidad de la profilaxis de ITS.	Resultado	Proporción de víctimas de violación que reciben tratamiento por presunción de ITS dentro de las dos semanas a partir del incidente.	Cantidad de víctimas de violación que reciben tratamiento por presunción de ITS dentro de las 2 semanas del incidente/ cantidad total de casos de violación notificados	%	100% de víctimas que reúnen las condiciones	
36.	Cantidad de casos de violencia sexual notificados a servicios de salud.	Impacto	Cantidad de casos de violencia sexual que se notificaron a instalaciones de salud en un periodo.	Cantidad de casos de violencia sexual notificados a servicios de salud/mes	/ 10.000 habitantes		Las definiciones de casos de "violencia sexual" se deben determinar en cada escenario. Separados por sexo y edad. No es posible identificar tendencias (temporales, geográficas o de otro tipo) en casos de violencia sexual en función de estos datos. Registre la cantidad de instalaciones que aportan esta información cada mes.
F. Infecciones de transmisión sexual (ITS)							
37.	Habilidades de los prestadores de servicio para gestionar casos de ITS/ITR.	Proceso	% de proveedores de servicio capacitados (o especializados) para gestionar casos de ITS/ITR según el protocolo.	Cantidad de prestadores de servicio capacitados para gestionar casos de ITS/ITR según el protocolo/cantidad total de prestadores de servicio x 100	%		Disponible en los registros del programa de ITS/ITR.
38.	Gestión de casos de ITS/ITR.	Resultado	% de pacientes que cuentan con evaluación, tratamiento y orientación de ITS/ITR según el protocolo.	Cantidad de pacientes que cuentan con evaluación, tratamiento y orientación de ITS/ITR según el protocolo/cantidad total de pacientes que tienen acceso a los servicios de ITS/ITR x 100	%		Los datos se deben separar por edad y sexo. El indicador se mide en clínicas de ITS, como también en otros servicios de SR que incorporan ITS/ITR y se encuentra disponible a través de las historias clínicas, la observación o las entrevistas con el paciente a la salida.
39.	Cantidad de enfermedades de úlceras genitales.	Impacto	Cantidad de casos de enfermedades de úlcera genital entre la población total.	Cantidad de casos de enfermedades de úlcera genital/ población total x 1000	/1.000 habitantes/ mes		

N.º	Nombre del indicador	Tipo	Descripción	Fórmula	Unidades	Valor estándar	Observaciones
40.	Cantidad de casos de secreción uretral en los hombres.	Impacto	Incidencia de secreción uretral entre la población masculina.	Cantidad de casos de secreción uretral notificados/población masculina total x 1000	/1.000 habitantes/ mes		
G. VIH/SIDA							
41.	Calidad de los exámenes de sangre que se realizan en la sangre destinada a donación.	Resultado	Porcentaje de unidades de sangre donada sometidas a exámenes de detección de VIH como control de calidad.	Cantidad de unidades de sangre donada sometidas a exámenes de detección de VIH como control de calidad/cantidad total de unidades de sangre donada que fueron examinadas x 100	%	100%	Mide la seguridad de la sangre que se usa para transfusiones. Supone que los equipos de transusión de sangre están disponibles y se usan correctamente. Indicador de Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU sobre VIH/SIDA.
42.	Orientación y resultado posprueba de APV (asesoramiento y pruebas voluntarias).	Resultado	Proporción de pacientes que se sometieron al asesoramiento y pruebas voluntarias (APV) para la prueba de VIH y quienes recibieron la orientación y el resultado después de la prueba.	Cantidad de pacientes que tuvieron APV y recibieron orientación después de la prueba/cantidad de pacientes que tuvieron APV a quienes se les realizó la prueba x 100	%	100%	Medición indirecta de la calidad de la orientación y las pruebas dentro de un programa de APV.
43.	Cobertura de la prevención de transmisión de madre a hijo (PTMH).	Resultado	Proporción de mujeres que realizaron consultas de atención prenatal por primera vez y que recibieron orientación antes de la prueba.	Cantidad de mujeres que realizaron consultas de atención prenatal por primera vez y que recibieron orientación antes de la prueba/cantidad de consultas de atención prenatal por primera vez	%	100%	
44.	Orientación y resultado posprueba de PTMH.	Resultado	Proporción de pacientes que realizaron consultas de atención prenatal por primera vez, a quienes se les realizó la prueba de VIH y quienes recibieron la orientación y el resultado después de la prueba.	Cantidad de pacientes que realizaron consultas prenatales por primera vez y recibieron la orientación y el resultado después de la prueba/cantidad de pacientes que realizaron consultas prenatales por primera vez a quienes se le realizó la prueba de VIH x 100	%	100%	Medición indirecta de la calidad de la orientación y la prueba dentro de un programa de PTMH.
45.	Cobertura de antirretrovirales (ARV) en los programas de PTMH.	Resultado	Tasa de pares de madre e hijo recién nacido que tuvieron acceso oportuno a los antirretrovirales (ARV) administrados por vía oral.	Cantidad de pares madre e hijo recién nacido que tuvieron acceso oportuno a antirretrovirales (ARV) administrados por vía oral según el protocolo/cantidad total de partos con resultado VIH positivo x 100	%	100%	
46.	Uso del condón.	Resultado	Proporción de personas sexualmente activas que notificaron el uso de condones en el último acto sexual.	Cantidad de personas sexualmente activas que notifican el uso de condón en el último acto sexual/cantidad de personas sexualmente activas encuestadas x 100			Mide el impacto que generan en el comportamiento de la población los programas comunitarios de educación sobre el uso del condón. Separados por sexo y grupos etarios. Se requiere una encuesta basada en la población.

Anexo 2: Tasas e índices de referencia de SR

Las cifras que figuran a continuación provienen de diversas fuentes y abarcan diferentes períodos. Su intención es proporcionar valores estimados de lo que se podría esperar en algunas poblaciones. Estas cifras no deben usarse como tasas de referencia definitivas o como tasas por lograr. Simplemente indican intervalos posibles y pueden ayudar en la planificación de recursos y en la orientación de los programas a beneficiarios específicos.

Abortos	10-15%	de todas las mujeres embarazadas padecerán trastornos hipertensivos del embarazo.
	90%	de estos abortos ocurrirán durante los primeros tres meses.
	15-20%	de todos los abortos espontáneos que ocurren requieren de intervenciones médicas.
Trastornos hipertensivos del embarazo o preeclampsia	5-20%	de todas las mujeres embarazadas padecerán trastornos hipertensivos del embarazo.
	5-25%	de los embarazos de primigestas tendrán trastornos hipertensivos del embarazo.
Complicaciones durante el trabajo de parto y el parto	15%	de las todas mujeres embarazadas necesitarán algún tipo de intervención en el parto.
	5-15%	de todas las mujeres embarazadas necesitarán dar a luz por cesárea.
	10-15%	de todas las mujeres tendrán algún grado de desproporción céfalo pélvica (mayor en poblaciones socioeconómicamente carenciadas).
	10%	de los partos tendrá una hemorragia posparto primaria (dentro de las primeras 24 horas del parto).
	0,1-1,0%	de los partos tendrá una hemorragia posparto secundaria (que ocurre a las 24 horas o más después del parto).
	0,1-0,4%	de los partos tendrán como resultado una rotura uterina.
	0,25-2,4%	de todos los partos tendrá como resultado algún tipo de trauma de nacimiento en el bebé.
	1,5%	de todos los nacimientos sufrirá una malformación congénita (no se incluyen las malformaciones cardíacas que se diagnostican posteriormente en el período neonatal).
	31%	de estas malformaciones ocasionará la muerte.

Fuente de datos: Centro colaborador de la OMS en Atención Perinatal e Investigación de Servicios de Salud en Salud Materna e Infantil, Delegación de Salud para Embarazadas y Niños, División de Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA., 30333, EE. UU. Sing, S. y Wulf, P., "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 1994, 20 (1): 4-13.

Anexo 3: Cálculo de la cantidad de mujeres embarazadas en la población

Cálculo de la cantidad de mujeres embarazadas en la población si la población total es de 100.000 habitantes				
Si la Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) es la siguiente (por cada 1.000 habitantes)	55	45	35	25
a) Cantidad anual aproximada de nacidos vivos.	5500	4500	3500	2500
b) Cantidad aproximada de nacidos vivos que se espera por mes (a/12).	458	375	292	208
c) Cantidad aproximada de embarazos que terminan en partos con nacidos muertos o en abortos espontáneos (se estima el 15 por ciento de los nacidos vivos = $a \times 0,15$).	825	675	525	375
d) Cantidad aproximada de embarazos que se espera en el año (a + c).	6325	5175	4025	2875
e) Cantidad aproximada de mujeres embarazadas en un mes específico (70 % de d).*	4400	3600	2800	2000
f) % aproximado de la población femenina total que se encuentra embarazada en un período determinado.	4,4	3,6	2,8	2
* Este es un cálculo ponderado de los embarazos que cumplieron con su período completo de gestación más los embarazos que finalizaron antes de cumplir con el período de gestación.				

Anexo 4: Formulario de inspección de muertes maternas y hoja de referencia



Confidencial Informe de revisión de muerte materna

Examine todos los casos de muerte materna y envíe este informe por correo electrónico a las partes interesadas dentro de su centro colaborador de implementación y del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (véase la guía).

Muerte materna: muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días contados a partir de la terminación del embarazo, sin importar su duración ni ubicación, ocurrida por cualquier causa relacionada con el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, pero no por causas accidentales o fortuitas.

REVISORES:

Enumere las personas que participan en la revisión de la muerte (nombres, títulos y relación con la mujer fallecida):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

RESUMEN DE INFORMACIÓN:

País anfitrión:	Campamento, asentamiento o área:
Nombre de la mujer:	Nacionalidad: Edad:

INFORMACIÓN SOBRE EL EMBARAZO:

Grávida:	Cantidad de partos:	Cantidad de consultas de AP:	Atendidas por (indicar sólo el título):
----------	---------------------	------------------------------	-----------------------------------------

Factores de riesgo identificados durante las consultas prenatales:

- | | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Paludismo grave | <input type="checkbox"/> Multiparidad (más de 4 embarazos) |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia prenatal | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Cesáreas anteriores |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Embarazos múltiples |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otros (especificar): | |

Cantidad de consultas posnatales:	Cuándo (por ej.: primeras 24 horas, después de 1 día, 1 semana, etc.):
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------

INFORMACIÓN SOBRE LA MUERTE:

- Si no hubo parto: tiempo estimado de gestación al momento de la muerte materna: semanas meses
- Si hubo parto o aborto: lapso entre el parto o el aborto y la muerte materna: horas días

Lugar donde ocurrió la muerte:

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> En el hogar. | <input type="checkbox"/> En el camino. | Especifique en detalle: |
| <input type="checkbox"/> Centro sanitario del campamento | } | Fecha y hora de ingreso: |
| <input type="checkbox"/> Centro sanitario de referencia | | Fecha y hora de la muerte: |

BREVE RESUMEN DE LAS CIRCUNSTANCIAS INMEDIATAS:

--

FACTORES IDENTIFICADOS CON RELACIÓN A LA DEMORA:

Factores relacionados con la primera demora (¿demora en la decisión de buscar asistencia?).

- 1.
- 2.
- 3.

Factores relacionados con la segunda demora (¿demora en llegar para recibir asistencia?).

- 1.
- 2.
- 3.

Factores relacionados con la tercera demora (¿demora en recibir la asistencia adecuada en el centro sanitario?).

- 1.
- 2.
- 3.

CAUSA DE LA MUERTE:

Directa (por ej., hemorragia, obstrucción, eclampsia, septicemia, etc.):

Indirecta (por ej., anemia, VIH/SIDA, paludismo, etc.):

LECCIONES APRENDIDAS	MEDIDAS PARA TOMAR O SOLUCIONES PROPUESTAS

Fecha(s) de la revisión de la muerte materna:	Fecha del informe:
-----------------------------------------------	--------------------

Informe elaborado por (nombre y título):

El objeto de esta guía es apoyar programas nacionales referidos a lo siguiente:

- A) *Proceso de Revisión* de una Muerte Materna.
- B) *Requisitos para Informar* una Muerte Materna.

A) PROCESO DE REVISIÓN DE UNA MUERTE MATERNA

¿Qué es una muerte materna?

Muerte materna es la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días contados a partir de la terminación del embarazo, sin importar su duración ni ubicación, ocurrida por cualquier causa relacionada con el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, pero no por causas accidentales o fortuitas.

¿Se deben revisar todas las muertes maternas?

Sí. Todas las muertes maternas que ocurran en un campo de refugiados (ya sea de una refugiada o de una nativa) o en un centro sanitario de referencia deben revisarse sistemáticamente.

¿Cuál es el objeto de revisar una muerte materna?

La revisión de la muerte materna es una oportunidad excepcional para que el personal sanitario y los miembros de la comunidad adquieran conocimientos a partir de un suceso trágico y que, generalmente, puede prevenirse. Las revisiones de muertes maternas se deben llevar a cabo como ejercicios de aprendizaje y no para señalar o castigar a alguien. El propósito de una revisión de muerte materna es mejorar la calidad de los programas de maternidad sin riesgos a fin de prevenir casos de morbilidad y mortalidad maternas y neonatales.

¿Cuál es el proceso para revisar una muerte materna?

Hay dos metodologías principales que son relevantes para revisar las muertes maternas en un escenario de refugiados:

1) Revisión de la muerte materna en la comunidad e investigación verbal de las causas de la muerte.

Definición: Método para descubrir las causas médicas de la muerte y determinar los factores personales, familiares o de la comunidad que puedan haber contribuido a la muerte de una mujer fuera de un centro médico.

Requisitos: Para analizar las circunstancias de la muerte, se necesita la cooperación de la familia de la mujer fallecida y sensibilidad para tratar el tema.

Ventajas: Proporciona medios para descubrir la causa médica que provoca la muerte de una mujer en su hogar; permite que se puedan explorar los factores médicos y no médicos, y ofrece la posibilidad de incluir las opiniones de la familia sobre los servicios de salud.

Desventajas: Diferentes evaluadores pueden atribuir la muerte a diferentes causas; se pueden pasar por alto o informar de manera incompleta las causas indirectas de la muerte.

2) Revisión de la muerte materna en un centro sanitario.

- Definición:* Investigación cualitativa y profunda de las causas de la muerte materna en un centro sanitario así como de las circunstancias que la rodearon. En primer lugar, la muerte se identifica a nivel del centro, pero la revisión también comprende identificar la combinación de factores existentes en el centro sanitario y en la comunidad que contribuyeron a producir la muerte, y cuáles pudieron ser evitados.
- Requisitos:* Cooperación y voluntad de informar con precisión sobre el tratamiento del caso por parte de quienes proporcionaron asistencia a la mujer fallecida.
- Ventajas:* Es un proceso muy conocido en algunos escenarios; permite realizar una revisión completa de los aspectos médicos, ofrece una oportunidad de aprendizaje a todo el personal y puede alentar mejoras en la asistencia médica.
- Desventajas:* Requiere liderazgo asignado a nivel del centro sanitario; no proporciona información sobre las muertes ocurridas en la comunidad.

Una tercera metodología adicional para mejorar los programas de maternidad sin riesgos es opcional para los programas nacionales que tengan la capacidad necesaria:

3) Revisión de casos “casi fatales”

- Definición:* Identificación y evaluación de casos en los que una embarazada sobrevive a una complicación obstétrica. No hay una definición universalmente aceptada de estos casos y es importante que la definición que se aplique sea adecuada a las circunstancias locales para que se pueda mejorar la asistencia materna.
- Requisitos:* Un buen sistema de historias clínicas; una cultura de gestión en la que los eventos potencialmente mortales se puedan analizar libremente sin temor de ser culpado y el compromiso del personal administrativo y clínico para actuar según los resultados.
- Ventajas:* Un caso “casi fatal” puede ocurrir con más frecuencia que una muerte materna. Es posible entrevistar a la mujer durante el proceso de revisión y se puede reducir la posibilidad de muertes maternas por medio de la mejora de la calidad.
- Desventajas:* Requiere una clara definición de la morbilidad materna grave; se requiere un criterio de selección para escenarios con un gran volumen de eventos potencialmente mortales.

B) PROCESO DEL INFORME DE UNA MUERTE MATERNA

¿Se deben informar todas las muertes maternas?

Sí. El formulario de informe adjunto (o el que esté disponible en su localidad) se debe completar electrónicamente por cada revisión de muerte materna y enviar por correo electrónico, como mínimo, a los siguientes destinos:

- Coordinador sanitario del ACNUR.
- Funcionario Regional de Salud Reproductiva del ACNUR.
- Otro personal pertinente (por ej., coordinador sanitario del centro colaborador de implementación, otros organismos asociados, etc.).

¿Cómo completo la sección REVISORES del formulario?

Es importante incluir diversas personas en el proceso de revisión de una muerte materna, sin importar si la muerte ocurrió en la comunidad o en un centro sanitario. Algunos ejemplos de las personas que se pueden incluir son los siguientes:

- Miembros importantes de la familia (hermana, esposo, novio, padre o madre, amigo(s), etc.
- Personal sanitario pertinente (asistentes tradicionales para el parto, parteros, médicos, supervisores, coordinadores, etc.).
- Líderes comunitarios pertinentes (religiosos, personas mayores, asociaciones de mujeres, jóvenes, etc.).

¿Cómo completo en el formulario la sección INFORMACIÓN?

Estas tres secciones (resumen de información, información sobre el embarazo e información sobre la muerte) le permitirán documentar la información básica sobre la mujer fallecida. Es posible que existan factores adicionales, específicos de su localidad, que se analicen durante la revisión (por ej., el domicilio de la mujer, su religión, etc.) que no es necesario documentar en el resumen del informe.

¿Cómo completo en el formulario la sección BREVE RESUMEN?

Esta sección le permite resumir la historia de lo sucedido. Intencionalmente tiene un espacio en blanco para que usted pueda incluir los sucesos inmediatos que rodearon distintos tipos de casos de muertes maternas. Algunos de los elementos que se puede incluir (tanto en el proceso de revisión como en el informe) son los siguientes:

- Orden temporal de los acontecimientos relevantes que no hayan sido documentados con anterioridad.
- Resumen de las intervenciones realizadas y los tratamientos proporcionados antes de la muerte.
- Historia pertinente del paciente que no haya sido documentada con anterioridad.

¿Cómo completo en el formulario la sección FACTORES IDENTIFICADOS EN RELACIÓN CON LA DEMORA?

Esta sección le sugiere que revise y documente los factores de demora importantes utilizando el *Modelo de tres demoras* para la mortalidad materna. Recuerde que pueden existir factores comunitarios muy importantes relacionados con una muerte en un centro sanitario, así como también pueden existir muchos factores importantes a nivel de centro sanitario relacionados con una muerte en la comunidad.

¿Cómo completo en el formulario la sección CAUSA DE LA MUERTE?

Algunos ejemplos de causas directas de muerte materna son los siguientes:

Embarazo ectópico.	Eclampsia.	Septicemia.
Parto complicado por obstrucción.	Hemorragia prenatal.	Hemorragia de posparto.
Complicaciones por aborto.	Complicaciones por anestesia.	Embolia.

Algunos ejemplos de causas indirectas de muerte materna son los siguientes:

Anemia.	Malaria.	VIH/SIDA.
Enfermedad cardíaca.	Abuso de sustancias.	Diabetes.

¿Cómo completo en el formulario la sección LECCIONES APRENDIDAS Y MEDIDAS PARA TOMAR?

Probablemente éste sea el componente más importante de la revisión de la muerte materna. Luego de analizar toda la información pertinente, las personas involucradas deben ponerse de acuerdo sobre las lecciones clave que aprendieron en el proceso y comprometerse a tomar medidas que mejoren estas áreas en el futuro. Es importante considerar las lecciones y las acciones relacionadas tanto con la comunidad como con el centro sanitario.

Anexo 5: Ejemplos de fichas de trabajo mensuales (SIS)*

Sistema de Información de Salud

Formulario para informe

Organización: _____

Lugar: _____

9.0 Salud Reproductiva

Período informado: _____

9.1 Asistencia prenatal

9.1a

	Refugiada		Nativa	
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18
Primera consulta prenatal antes del primer trimestre.				
Primera consulta prenatal después del primer trimestre.				
Otra consulta prenatal.				
Cantidad de pruebas realizadas para detectar sífilis.				
Cantidad de pruebas para detectar sífilis con resultados positivos.				
Cantidad de casos de sífilis tratados.				
Cantidad de embarazos de alto riesgo detectados.				
Cantidad de abortos.				

9.1b *Escriba la cantidad de embarazadas en trabajo de parto que recibieron los siguientes tipos de atención:*

	Refugiada		Nativa	
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18
Cuatro consultas prenatales o más.				
Dos dosis de vacuna antitetánica durante el período prenatal.				
Dos dosis de fansidar, como mínimo, durante el período prenatal.				
Pruebas de detección de sífilis durante el período prenatal.				
Una dosis de mebendazol durante el período prenatal.				
Un MTI* durante el período prenatal.				

9.2 Asistencia en el parto

	Refugiada				Nativa	
	< 18		≥ 18		< 18	≥ 18
	En el hogar	Centro sanitario	En el hogar	Centro sanitario		
Partos con niño nacido vivo.						
Partos con niño nacido muerto.						
Recién nacido de bajo peso (< 2500g).						
Atendida por personal sanitario especializado**.						
Cantidad de complicaciones obstétricas tratadas.						
Cantidad de cesáreas practicadas.						

* MTI = mosquitero tratado con insecticida ** excepto asistentes tradicionales para el parto.

XXXXX XXXXX_SPA_ddmmaa

* Este formulario está diseñado específicamente para situaciones de refugiados. Se debe adaptar al escenario correspondiente.

9.3 Atención de posparto

	Refugiado(a)		Nativo(a)	
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18
Asistió a 3 consultas posparto dentro de las 6 semanas del parto.				

9.4 Planificación familiar (ver bloc de informes separado) (page 86)

9.5 Violencia sexual y de género (VSG)

	Refugiado(a)				Nativo(a)
	< 18		≥ 18		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Cantidad total de víctimas de violación revisadas dentro de las 72 horas*.					
Cantidad total de víctimas de violación revisadas dentro de las 72 a las 120 horas*.					
Cantidad total de víctimas de violación revisadas dentro de 120 horas a 2 semanas*.					
Cantidad total de víctimas de violación revisadas después de dos semanas*.					
Cantidad de víctimas de violación a las que se administró PPE** dentro de las 72 horas.					
Cantidad de mujeres víctimas de violación a las que se administró la PAE*** dentro de las 120 horas.					
Cantidad de víctimas de violación a las que se administró tratamiento por presunción de ITS** antes de las 2 semanas.					
Cantidad de casos de trauma atendidos en el puesto sanitario debido a violencia doméstica.					

* de ocurrido el incidente; ** PPE = profilaxis postexposición; *** PAE = píldora anticonceptiva de emergencia.

Sistema de información de salud

Formulario para informe

Organización: _____

Lugar: _____

Período informado: _____

9.4 Planificación familiar

	Cantidad acumulada al comienzo del período (a)		Nuevos usuarios (b)		Refugiado(a)		Cantidad acumulada al final del período (a + b - c)	Cantidad de unidades de cada método distribuidas durante el período*	unidades
	< 18	≥ 18	< 18	≥ 18	Usuarios habituales < 18	Usuarios que abandonaron (c) < 18			
AOC* - dosis baja (<i>Micro-gynon; Nordette</i>)									ciclos
AOC* - dosis alta (<i>Lo-femenal</i>)									ciclos
PPS** (<i>Micro-val; Micro-lut</i>)									dosis
PAE*** (<i>Postinor-2</i>)									dosis
Inyectable (<i>Depo-Provera</i>)									dosis (ml)
Implantable (<i>Norplant</i>)									implantes
Dispositivo intrauterino (DIU)									DIU
Condón (masculino)									unidades
Condón (femenino)									unidades
Esterilización (masculina)									esterilizaciones
Esterilización (femenina)									esterilizaciones
Otro									

4

CAPÍTULO CUATRO

Salud Reproductiva para Adolescentes

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	87
2 OBJETIVOS	88
3 PROGRAMACIÓN	88
3.1 Evaluación de necesidades	88
3.2 Principios para trabajar con adolescentes	89
3.3 Consideraciones de la programación para adolescentes	90
3.4 Implementación de los servicios sanitarios de SR para adolescentes	92
3.5 Coordinación y creación de vínculos con programas destinados a los jóvenes	95
3.6 Promoción	96
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	96
5 SUPERVISIÓN	97
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	98

1 Introducción

La adolescencia es una de las etapas más apasionantes y complejas de la vida de un ser humano, en la que hay necesidades especiales en relación a la salud reproductiva (SR). Los adolescentes son fuertes, ingeniosos y activos. Pueden brindarse apoyo mutuo a través de orientación, educación y ayuda de igual a igual y pueden contribuir con sus comunidades a través de actividades como la asistencia voluntaria a prestadores de servicios de salud, la asistencia a personas que viven con VIH/SIDA (PVVIH) y la ampliación del acceso a los servicios de SR de calidad para sus pares a nivel de toda la comunidad.

En toda emergencia humanitaria existen riesgos intrínsecos que aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes ante la violencia, la pobreza, la distancia familiar, el abuso sexual y la explotación. Estos factores pueden desestabilizar las estructuras sociales y de protección familiar, las redes entre compañeros, escuelas e instituciones religiosas pueden afectar enormemente la posibilidad de los adolescentes de practicar comportamientos seguros en materia de SR. El nuevo entorno puede presentarse como un entorno violento, de gran tensión o insalubre. Los adolescentes (especialmente las mujeres jóvenes) que viven en condiciones marginales son altamente vulnerables a la coerción sexual, la explotación y la violencia, y posiblemente no tengan otra alternativa que involucrarse en prácticas sexuales de alto riesgo o en sexo transaccional para sobrevivir.

Por otro lado, también es posible que las comunidades afectadas por situaciones de crisis se encuentren ante nuevas oportunidades, incluido el acceso a mejor atención de la salud, la educación y el aprendizaje de nuevos idiomas y habilidades, que podrían ubicar a los adolescentes en posiciones privilegiadas a las que no habrían tenido acceso en un entorno no afectado por la crisis. Frecuentemente, los adolescentes se adaptan con facilidad a las nuevas situaciones y pueden aprender rápidamente a desenvolverse en el nuevo entorno.

Salud Reproductiva para Adolescentes

Los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva y los prestadores de servicios de atención de la salud que trabajan en entornos humanitarios deben tener en cuenta y orientar las necesidades especiales de los adolescentes que transitan su camino hacia la adultez dentro de un entorno sumamente complejo y dificultoso. También deben prestar especial atención a los adolescentes más vulnerables, entre ellos los ex niños soldados, niños que actúan como jefes de hogar, madres adolescentes y niñas pequeñas que se encuentran frente a un alto riesgo de explotación sexual.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Proporcionar una guía a los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva y a los prestadores de servicios acerca de los enfoques para lograr una eficaz salud reproductiva adolescente en entornos humanitarios.
- Mencionar los principios y recursos que proporcionan información a los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva, a los prestadores de servicios y a los miembros de la comunidad acerca de cómo darles a los adolescentes participación en los programas de SR.
- Garantizar la prestación de servicios de SR orientados a los jóvenes y crear un entorno en el que los adolescentes puedan desarrollarse y crecer, a pesar de todos los desafíos a los que se enfrentan durante una situación de crisis.

Si bien este capítulo hace referencia a los adolescentes (entre los 10 y 19 años), los servicios que aquí se describen pueden extenderse a un grupo más amplio de jóvenes (entre los 10 y 24 años), que también se verían beneficiados con los servicios orientados a los jóvenes.

3 Programación

En la primera etapa de una emergencia, es necesario implementar el Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva (véase el Capítulo 2: PSIM). El PSIM no satisface todas las necesidades de los adolescentes y es posible que no se puedan incorporar todos los principios de salud reproductiva adolescente al momento de su implementación. Sin embargo, la implementación del PSIM se debe realizar de manera que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los adolescentes. Como parte de la respuesta inicial se deben incorporar las siguientes medidas:

- Poner condones, tanto masculinos como femeninos, a disposición de los adolescentes en los lugares que usan como puntos de encuentro, preferentemente privados y en sitios donde puedan tener acceso de forma clandestina.
- Garantizar la seguridad de las niñas adolescentes cuando realizan tareas del hogar, como la recolección de leña, agua o comida.
- Garantizar que las niñas adolescentes embarazadas tengan acceso a servicios de atención obstétrica de emergencia y a mecanismos de derivación en caso de que sean necesarios.
- Poner en marcha la atención clínica y los servicios de derivación para las víctimas de violencia sexual, que se adapten a las necesidades de los adolescentes y que respeten la confidencialidad.

3.1 Evaluación de necesidades

A medida que la situación se estabilice, se deberá llevar a cabo, junto con otros actores de SR y de salud infantil, una evaluación de necesidades para informar del proceso de estructuración del programa y desarrollar un plan de acción que mejore la relación con la juventud que tienen los servicios de salud existentes, basándose en la evaluación.

Es importante que en este proceso se le dé participación a la población adolescente, ya que ellos pueden identificar sus propios puntos vulnerables y también, sus capacidades. Use las herramientas de evaluación del servicio orientadas a los jóvenes para determinar si los servicios de salud satisfacen las necesidades de los adolescentes. También, evalúe los recursos de protección en la comunidad. Reúna información sobre los siguientes temas:

- **Preponderancia de problemas de SR entre la población adolescente**, incluidos el embarazo, la mortalidad materna y neonatal, las ITS y el VIH.
- **Puntos vulnerables de los adolescentes y prácticas dañinas**, incluidos la exposición a la violencia y la explotación sexual, el tráfico ilegal, el sexo transaccional y las prácticas tradicionales, por ejemplo la mutilación o cercenamiento genital femenino.
- **Recursos de protección en la comunidad**, por ejemplo padres y maestros que brinden apoyo y programas para jóvenes que cuenten con la participación de adultos de vocación social.
- **Servicios para adolescentes**, incluidos los servicios profesionales y tradicionales. También se deberán identificar las fisuras en relación a la prestación de los servicios y al acceso a éstos.
- **Ideas sobre salud reproductiva para adolescentes**: se trata de lo que los adolescentes y la comunidad perciben como necesidades de salud reproductiva del adolescente y de prestar servicios y brindar información de SR a los adolescentes.
- **Obstáculos para el acceso a los servicios existentes**, que abarcan la inseguridad, las reglas culturales, la falta de confidencialidad o privacidad y la falta de profesionales del mismo sexo en la atención sanitaria.

Además, los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva y los proveedores de servicios deben estar familiarizados con la legislación y las normas nacionales relativas a la salud reproductiva adolescente en los países donde trabajan. Entre las consideraciones deben estar las siguientes:

- ¿Cuáles son las leyes o normas que restringen o protegen el acceso de los adolescentes a la información y a los servicios de SR?
- ¿A qué edad se alcanza la mayoría de edad? ¿Cuál es la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales? ¿Cuál es la edad de consentimiento para contraer

matrimonio? ¿Existen diferencias entre los niños u hombres y las niñas o mujeres?

- ¿Existen requisitos de aprobación del cónyuge, padre o tutor para proporcionar información y servicios de salud a los menores? ¿Y en los casos de adolescentes que no son niños?
- ¿Se toma en cuenta la capacidad de desarrollo y los intereses de los menores en las leyes, normas o protocolos que regulan su acceso a los servicios, la información y la educación sobre SR?
- ¿Existen leyes o normas nacionales o locales relativas a la violencia sexual u otras formas de abuso contra menores tanto dentro como fuera de la familia?
- ¿Existe algún requisito obligatorio para los proveedores de atención de la salud de notificar casos de abuso infantil (incluido el abuso sexual) o agresión sexual? Si es así, ¿a quién se le debe notificar el caso y qué sucede una vez realizada la notificación?
- ¿Quién tiene autorización para reunir pruebas forenses en el sector de salud en casos relacionados con violencia sexual contra un menor y quién es la persona autorizada para atestiguar sobre estas pruebas en un tribunal?
- ¿Cuáles son las organizaciones locales de derechos del niño y los derechos de la mujer que trabajan para apoyar el acceso de los niños y adolescentes a la información y los servicios de SR?

3.2 Principios para trabajar con adolescentes

Al trabajar con adolescentes, es importante tener en cuenta lo siguiente:

1. Los principios de gestión.
2. Los principios para la prestación de servicios.

3.2.1 Principios de gestión

Los adolescentes no son un grupo homogéneo:

sus necesidades varían según la edad, el sexo, la educación y el estado civil. Los mensajes en relación a cambios de comportamiento en SR se deben adecuar a la edad (desde los 10 a los 14 años y desde los 15 a los 19 años) y al sexo.

Comprometer a los adolescentes a una participación significativa:

el principio fundamental para trabajar de forma eficaz con adolescentes es promover su participación, colaboración y protagonismo. Debido a las

barreras a las que se enfrentan los adolescentes cuando tienen acceso a los servicios de SR, es necesario que participen en todos los aspectos de la programación, incluidas la estructuración, la implementación y la supervisión. Por ejemplo, es importante identificar jóvenes que tengan condiciones de liderazgo o jóvenes que puedan desempeñarse como educadores de sus pares dentro de la comunidad. Estos jóvenes pueden ayudar a orientar las necesidades de sus pares durante la estructuración del programa y pueden ayudar a implementar actividades como la distribución de condones, la educación de sus pares, la supervisión de los servicios de salud orientados a la juventud y las derivaciones a los consejeros de violencia de género. Los servicios tendrán mayor aceptación si están diseñados según las necesidades identificadas por los adolescentes mismos. Es posible que los adolescentes resulten de gran ayuda para garantizar que el PSIM también satisfaga sus necesidades, por ejemplo, en la identificación de lugares culturalmente pertinentes para la distribución de condones.

Participación de la comunidad: es sumamente importante comprender el contexto cultural y crear un entorno solidario para mejorar los servicios de SR destinados a los adolescentes, ya que es posible que estos servicios se vean afectados por los valores de la comunidad respecto de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Frecuentemente, los adultos se convierten en protectores acérrimos de las reglas culturales y del proceso de socialización de los jóvenes al momento de una situación de emergencia. Al inicio de la repuesta humanitaria, es muy importante priorizar el acceso a la información y a los servicios de SR, incluso para los adolescentes, tal como se describió en el PSIM (véase el Capítulo 2). Es de suma importancia centrarse cuanto antes en la participación de la comunidad en temas que afectan a la salud de los adolescentes, ya que esto puede incrementar el impacto positivo y sostenido en el área de salud. Se debe consultar a todos los miembros de la comunidad, incluidos los padres, tutores y líderes religiosos, y darles participación en el desarrollo de los programas con adolescentes y para adolescentes.

3.2.2 Principios de la prestación de servicios

Privacidad, confidencialidad y honestidad: muchas veces los adolescentes que se presentan ante los prestadores de servicios de salud se sienten apenados, avergonzados o confundidos. Es muy importante que

los prestadores creen un espacio privado en el que ellos sientan seguridad para hablar. La información se difunde rápidamente entre los adolescentes y si ellos descubren que se violó su confidencialidad una vez, no acudirán a los servicios disponibles.

Conexión de la prevención, el tratamiento y la atención de VIH con la salud reproductiva:

cuando los adolescentes acuden a los servicios de salud en busca de información, pruebas y atención de VIH, se presenta una oportunidad para promover servicios integrales de SR, por ejemplo los siguientes:

- Sexo seguro, que comprende el uso de protección por parte de ambos miembros de una pareja.
- Métodos de planificación familiar.
- Orientación y tratamiento para las ITS.

Por otra parte, se debe ofrecer a los adolescentes que tienen acceso a servicios de planificación familiar u otros servicios de SR la oportunidad de conocer su estado de VIH, siempre y cuando se encuentre disponible la atención y el tratamiento adecuado para ello (véase el Capítulo 5: Planificación familiar, Cuadro 24, pág. 108: Consideraciones sobre la anticoncepción para adolescentes).

Consideración del sexo del prestador de servicios:

siempre que sea posible, el adolescente debe ser derivado a un prestador del mismo sexo, a menos que prefiera lo contrario. Es necesario que se les garantice a las adolescentes que fueron víctimas de violencia de género y que buscan apoyo y atención en un centro sanitario que contarán con el apoyo de una persona del sexo femenino presente en la sala de examen, en los casos en que el único prestador disponible sea una persona de sexo masculino. Esto es fundamental cuando la víctima es una niña adolescente, pero también es importante brindarles esta opción a los niños adolescentes que fueron víctimas de violencia de género.

3.3 Consideraciones de la programación para adolescentes

Es importante que los gerentes de programas recuerden los siguientes factores que pueden incrementar la vulnerabilidad de los adolescentes durante una situación de emergencia:

- **Las niñas adolescentes son más vulnerables en comparación con sus pares masculinos:** las fuertes diferencias existentes en las relaciones entre hombres

y mujeres se pueden intensificar durante una situación de emergencia. Con frecuencia, se espera que las niñas adolescentes mantengan ciertas reglas sociales y culturales, por ejemplo, ser sumisas con los hombres, cuidar a la familia, permanecer en el hogar y contraer matrimonio a una temprana edad. Por otra parte, el cambio en las dimensiones de autoridad que se genera como resultado de la mezcla entre poblaciones desplazadas y poblaciones locales puede ocasionar mayores riesgos para las niñas adolescentes. Las penurias económicas conducen a un incremento en la explotación de personas, como el tráfico y el intercambio de sexo por dinero y otras condiciones, acompañado de sus respectivos riesgos en materia de SR (VIH, ITS, embarazos a temprana edad y abortos en condiciones no seguras). Las niñas adolescentes son altamente vulnerables a la violencia de género, incluida la violencia sexual, la violencia doméstica, la mutilación o el cercenamiento genital femenino y la imposición de matrimonios precoces. Afecciones de salud preexistentes, como la anemia, pueden exacerbar los riesgos de un embarazo para una niña adolescente. A menudo las niñas jóvenes casadas no tienen poder de opinión ni de decisión dentro del hogar debido a las desigualdades de autoridad con respecto a sus maridos.

- **Las reglas y las instancias sociales de apoyo se deterioran en una situación de crisis:** el desmoronamiento de estructuras sociales puede resultar favorable en los casos en que se interrumpen prácticas dañinas, pero también pueden resultar un riesgo para la salud de los adolescentes. Es posible que el uso que los adolescentes le den a su tiempo libre en entornos de crisis no esté sujeto al mismo tipo de cuidado que

el que se tiene en circunstancias normales. Cuando los adolescentes se ven separados de su familia, sus amigos, maestros, miembros de la comunidad y su cultura tradicional, existe menos control social sobre los comportamientos de riesgo. Sin acceso a la información y los servicios adecuados, es posible que los adolescentes se encuentren más expuestos a prácticas sexuales no seguras que podrían derivar en embarazos no deseados, abortos riesgosos, ITS y VIH.

- **Las situaciones de crisis humanitarias pueden desestabilizar el vínculo entre el adulto y el joven en momentos en que los modelos de conducta son fundamentales:** en entornos estables, generalmente los adolescentes tienen modelos de conducta dentro de la familia y en la comunidad; modelos que posiblemente no sean manifiestos en entornos de crisis. Es posible que los prestadores de servicios de salud y los líderes de asociaciones de jóvenes se conviertan en los nuevos modelos de conducta, por lo tanto deben ser conscientes de su posible influencia.
- **Habitualmente, las situaciones de crisis humanitarias no sólo perturban la vida cotidiana, sino también las perspectivas de futuro de los adolescentes:** en el caso de los adolescentes, esta situación se podría manifestar bajo la forma de una visión fatalista de la vida y conllevar mayor exposición a riesgos, como violencia, uso de sustancias o actividades sexuales no seguras. Se debe brindar a los adolescentes que participan en actividades o programas de asistencia para la planificación del futuro razones inmediatas para reflexionar sobre las consecuencias de las actividades sexuales no seguras y sobre la necesidad de responsabilizarse de sus actos. La capacitación sobre el mejoramiento de la toma de decisiones, las negociaciones

Cuadro 19: Grupos vulnerables entre adolescentes

La siguiente es una lista de grupos vulnerables entre los adolescentes:

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • Adolescentes muy jóvenes (entre los 10 y los 14 años) | • Niños soldados (incluidas las niñas) y otros menores vinculados a las fuerzas armadas (como no combatientes) |
| • Madres muy jóvenes | • Adolescentes involucrados en sexo transaccional |
| • Huérfanos y niños vulnerables | • Adolescentes víctimas de violencia sexual, tráfico y otras formas de violencia de género |
| • Niños jefes de hogares | • Adolescentes involucrados en actos sexuales con personas del mismo sexo |
| • Niñas jóvenes casadas | |
| • Adolescentes VIH positivos | |

y otras habilidades puede ayudar a los adolescentes a reflexionar de qué manera superarán su situación actual.

- **Los adolescentes pueden asumir roles de adultos en situaciones de emergencia:** es posible que los adolescentes se vean forzados a asumir roles de personas adultas y que necesiten desplegar habilidades que exceden en mucho su edad. Posiblemente las situaciones de crisis humanitarias aumenten el poder y la influencia de los adolescentes respecto de sus pares adultos, lo que conduce a una confusión social mayor.
- **Grupos vulnerables:** la atención se debe centrar en las condiciones de vulnerabilidad relativas a la edad, el género, el estado civil y el contexto específico (véase el Cuadro 19).

3.4 Servicios para adolescentes

3.4.1 Prestación de servicios de SR en centros sanitarios

Los servicios de salud pueden ocupar un papel muy importante en la promoción y protección de la salud de los adolescentes, sin embargo, hay gran cantidad de datos que muestran que estos servicios no responden a sus

necesidades. Los adolescentes desconfían y evitan los servicios y sólo buscan ayuda cuando se encuentran en situaciones extremas. Una estrategia para facilitar el acceso y el uso de los servicios de SR por parte de los adolescentes es garantizar la alta calidad y la orientación a la juventud de estos servicios. Al mismo tiempo, es necesario que los adolescentes estén informados de la disponibilidad de los servicios orientados a los jóvenes. Los servicios de atención de SR orientados a los jóvenes poseen características que los hacen más adecuados a las necesidades particulares de los adolescentes en materia de SR, por ejemplo la distribución de anticonceptivos, anticonceptivos de emergencia, aborto sin riesgos, diagnóstico y tratamiento de ITS, orientación, prueba y atención de VIH y atención pre y posnatal.

3.4.2 Cuestionario del prestador para adolescentes

Es una buena práctica examinar a todos los adolescentes que ingresan a un sistema de salud por motivos sexuales y de salud reproductiva, para detectar si usan sustancias o si tienen problemas de salud mental. Al hacer esto, el prestador de atención de la salud estará enviando un mensaje al adolescente en el que expresará la preocupación por

Tabla 9: Características del servicio de salud orientado a los jóvenes

Características del centro sanitario	Características del prestador	Características administrativas
Horas apropiadas para adolescentes	Respeto hacia los adolescentes	Participación adolescente
Ubicación adecuada	Actitud imparcial	Aceptación de niños y hombres jóvenes
Espacio adecuado y suficiente privacidad	Privacidad y confidencialidad	Disponibilidad para las derivaciones necesarias
Ambientes cómodos	Disponibilidad de orientación entre pares	Costos asequibles
	Disponibilidad de un prestador del mismo sexo, siempre que sea posible	Aceptación de pacientes ocasionales
	Cumplimiento de la promesa de estricta confidencialidad	Publicidad y selección de personal que proporcione información y tranquilidad a los adolescentes
	Capacitación del personal en cuanto a las características de los servicios de salud orientados a los jóvenes	

sus necesidades y mostrará la seguridad que brindan los centros sanitarios para hablar sobre temas relacionados con SR. Además, los prestadores de servicios de salud podrán usar la información recolectada para proporcionar orientación y efectuar las derivaciones adecuadas.

Antes de recolectar información de los adolescentes es necesario tener en cuenta los servicios disponibles para realizar derivaciones. Realice preguntas delicadas sólo si es posible brindar repuestas adecuadas sobre situaciones posiblemente perjudiciales, de lo contrario, puede ocasionarle aún más daño al adolescente. Una eventual evaluación psicológica para adolescentes que ayude a orientar a los prestadores de servicios de salud para que realicen preguntas apropiadas según la edad y evalúen adecuadamente las necesidades de los adolescentes sigue la mnemotecnica del acrónimo en inglés HEADSSS: Hogar, Educación/Empleo, Actividades, Drogas, Sexualidad, Suicidio y Depresión, Seguridad.

3.4.3 Prestación de servicios de SR en la comunidad

La prestación de servicios y la difusión de información basadas en la comunidad ofrecen a los adolescentes oportunidades de demostrar su liderazgo y de adquirir nuevas habilidades a través del voluntariado, a la vez que crean nuevos vínculos entre jóvenes y adultos. La comunidad también es un escenario ideal para recibir información de SR, ya que es un lugar donde los adolescentes se sienten cómodos y están abiertos al diálogo y a la evaluación de riesgos personales.

Educación entre pares

La educación entre pares ofrece diversos beneficios ya que, comúnmente, los compañeros suelen ser considerados fuentes de información seguras y fidedignas. Si están bien diseñados, los programas de educación entre pares basados en un plan de estudio y los educadores de compañeros supervisados pueden resultar de gran utilidad para mejorar el conocimiento, las actitudes y las habilidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva y prevención del VIH. Para garantizar la calidad de estos programas es necesario lo siguiente:

- Proporcionar una capacitación de buena calidad e intensiva a los educadores, que incluya evaluaciones periódicas y consolidación de sus capacidades,

de manera que puedan proporcionar información precisa a sus compañeros.

- Usar listas de control estandarizadas en el desarrollo y la implementación de los programas de educación entre compañeros para mejorar la calidad.

Distribución basada en la comunidad

Las personas capacitadas en distribución basada en la comunidad (DBC) son jóvenes que recibieron formación para proporcionar orientación anticonceptiva a sus pares dentro de su comunidad. Generalmente, se centran en la difusión de información de SR, la distribución de anticonceptivos orales, condones e información sobre VIH y derivan pacientes a los centros de salud para que tengan acceso a otros servicios y métodos anticonceptivos. La DBC por parte de jóvenes puede integrar eficazmente la información sobre SR y VIH. Dadas las numerosas barreras que les impiden a los adolescentes el acceso a servicios de SR en clínicas, la capacitación de jóvenes para la DBC se convierte en una productiva estrategia para incrementar el acceso de los adolescentes a los servicios y la información de SR, que a la vez brinda a los jóvenes que participan en la DBC la posibilidad de desempeñar roles de liderazgo dentro de su comunidad. Los jóvenes que participan en DBC frecuentemente se convierten en piezas clave de los servicios de salud basados en centros sanitarios, a través de la colaboración con los prestadores de servicio para mejorar la calidad de los servicios orientados a los jóvenes.

Diálogo con la comunidad

Al abordar el principio de participación comunitaria, use el diálogo con la comunidad para ganar el apoyo de sus miembros y para generar aptitudes entre ellos. Los adultos necesitan información, aptitudes y estímulo no sólo para apoyar los programas de salud reproductiva orientados a adolescentes sino también para sentirse más cómodos al brindar información a los adolescentes.

3.4.4 Prestación de servicios de SR en escuelas

Es necesario poner a disposición los servicios y la información sobre salud reproductiva para adolescentes tanto en instituciones formales como no formales y en centros de formación profesional. Cree vínculos con los educadores para promover la creación de un entorno que permita garantizar la prestación de servicios de SR a los adolescentes.

Instalaciones sanitarias específicas de cada sexo

Es posible que los adolescentes se sientan incómodos y avergonzados al compartir instalaciones sanitarias con personas del sexo opuesto, hasta incluso con niños menores. Esto sucede con mayor frecuencia en el caso de las niñas que transitan por su período menstrual. Además, dentro de las escuelas, las instalaciones donde el área de servicios sanitarios es compartida suelen ser lugares propicios para la violencia de género. La falta de instalaciones sanitarias específicas de cada sexo, como también la falta de productos para la higiene femenina, desanimarán a las niñas adolescentes de asistir a la escuela. Para reducir al mínimo el ausentismo escolar, el acoso y la agresión sexual en las escuelas y para promover un entorno de aprendizaje más seguro, es necesario lo siguiente:

- Garantizar la disponibilidad de instalaciones sanitarias seguras y específicas de cada sexo dentro de las escuelas.
- Proporcionar a las niñas paños o materiales sanitarios adecuados según

cada cultura, para que los usen durante el período menstrual.

Educación sobre habilidades sociales basada en plan de estudios

Los programas sobre sexualidad y educación de VIH basados en planes de estudios escritos e implementados entre grupos de adolescentes constituyen una promisorio intervención para reducir los comportamientos sexuales riesgosos en la población adolescente. Frecuentemente, los gerentes de programas diseñan el plan de estudios de modo que se adapte al contexto local. Las características del plan de estudios sobre habilidades sociales que tienen un impacto en el comportamiento adolescente se describen en la Tabla 10.

Los funcionarios y gerentes de salud reproductiva pueden proporcionar asistencia técnica a los maestros y educadores de la comunidad para garantizar que se sientan cómodos al tratar estos temas y para seleccionar las lecciones adecuadas del plan de estudios sobre habilidades sociales (véase el Cuadro 20).

Tabla 10: Características de los programas de habilidades sociales eficaces*

Desarrollo de planes de estudio	Contenido del plan de estudios	Implementación del plan de estudios
<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la participación de personas de distintos contextos. • Evaluar las necesidades y los recursos del grupo destinatario. • Elaborar actividades que se adapten a los valores de la comunidad y a los recursos disponibles (por ej.: tiempo y habilidades del personal, espacio en las instalaciones, suministros). • Realizar una prueba piloto del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrarse en objetivos claros (por ej. la prevención de ITS o de embarazos). • Brindar mensajes precisos en relación a los comportamientos que conducen a estos objetivos (por ej., en lo referente a la abstinencia sexual y al uso de condones u otros anticonceptivos). • Tratar sobre los factores de riesgo y protección vinculados a los comportamientos sexuales. • Usar sólidos métodos de enseñanza e incluir distintas actividades (según la cultura, edad y experiencia sexual) para involucrar activamente a los participantes y ayudarlos a personalizar la información. • Tratar los temas en secuencia lógica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a educadores que puedan relacionarse con los jóvenes. • Obtener el apoyo de las autoridades, como ministerios de salud, distritos escolares u organizaciones comunitarias. • Crear un entorno seguro que fomente la participación de los jóvenes. • Reclutar a los jóvenes y superar las barreras que se presentan para lograr su participación (por ej. dar a conocer el programa, ofrecer alimentos, obtener consentimiento de los padres). • Enseñar el plan de estudios completo.

*Adaptado de Kirby, D et al. Impact of Sex and HIV Education Programmes on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. *Youth Net, Youth Research Working Paper No. 2, 2005.*

Cuadro 20: Habilidades de planificación social

Life planning skills education includes:

- Cambios físicos y emocionales previstos durante la pubertad.
- Planificación familiar.
- Salud mental.
- Habilidades sociales adecuadas según la edad de los adolescentes más pequeños, por ejemplo, la habilidad para identificar valores o para comprender las consecuencias de sus comportamientos.
- Habilidades sociales sobre SR, por ejemplo, la eficacia propia de los condones, la negociación de prácticas sexuales seguras, el rechazo de prácticas sexuales no deseadas.
- Sexualidad y género (incluidas las reglas de género construidas socialmente).
- Conocimientos básicos sobre salud y fertilidad.
- Prevención del VIH/ IDA.
- Prevención de la violencia de género.
- Vínculos con centros sanitarios, que animen a los adolescentes a acudir en busca de estos servicios.
- Otras habilidades sociales, como las de tomar decisiones, pensamiento crítico, creatividad, establecimiento de valores, comunicación, manejo de las emociones y el estrés.

3.5 Coordinación y creación de vínculos con programas destinados a los jóvenes

Conectar y coordinar los programas juveniles permitirá la prestación de servicios más amplios.

- **Conexión de los servicios de SR con los servicios comunitarios para adolescentes:** frecuentemente, los adolescentes buscan adultos confiables en lugares seguros donde sienten que la información se comparte confidencialmente. A menudo, estas personas trabajan a nivel de la comunidad. Se deben introducir sistemas de derivaciones para garantizar que los adolescentes reciban el tratamiento adecuado en casos relacionados con problemas que se podrían manifestar fuera del entorno clínico (por ej. violencia sexual, embarazos no deseados o abortos riesgosos).
- **Garantizar la programación multisectorial:** es posible que los profesionales de SR no sean capaces de incluir componentes sociales dentro del programa o no posean las habilidades para hacerlo. En coordinación con el sector o grupo de salud, es necesario mantener contacto con la administración de campamentos y con otros grupos del sector de coordinación para establecer vínculos entre los programas de jóvenes, de salud

y de protección, los servicios psicológicos, las oportunidades de educación y de sustento. Apoyar la implementación de capacitación profesional y el desarrollo de las aptitudes adolescentes; esto fortalecerá la sensación de control y optimismo hacia el futuro y es esencial para reconstruir y rehabilitar las redes y comunidades sociales de los adolescentes, tanto durante la situación de crisis humanitaria como en el período posterior. Colaborar con los programas de creación de aptitudes para adolescentes como fuente de derivación de casos y para la integración de información de SR en los programas sociales.

- **Comprometer a los hombres y niños como agentes de cambios sociales:** las reglas sociales masculinas estrictas se asocian a un incremento en la exposición a prácticas sexuales riesgosas, que puede conducir a un aumento de la transmisión de ITS y VIH y también a un incremento en el uso de sustancias y violencia de género. Es posible que las condiciones de los escenarios humanitarios constituyan un reto para los hombres, en tanto pueden sentirse bajo la presión de interpretar sus roles tradicionales de proveedores y protectores donde dependen de la asistencia externa. La frustración y humillación que produce esta situación puede conducir a un incremento de los comportamientos de riesgo y a la violencia doméstica. Los niños adolescentes necesitan entornos

seguros donde se puedan elaborar reglas masculinas alternativas mientras se analizan minuciosamente las reglas tradicionales. Ganar el apoyo de hombres y niños: brindarles la posibilidad de orientar sus propias necesidades y darles participación activa en el área de salud reproductiva, beneficiando con ello tanto a adolescentes mujeres como varones.

- **Fortalecimiento y socialización de las mujeres:** el trabajo con grupos de mujeres únicamente es una excelente manera de desafiar también las reglas sociales femeninas de pasividad, sumisión e inferioridad respecto de los hombres. Alentar a las mujeres a encontrar su propia voz y a fortalecer sus creencias y valores, mejorando con ello sus posibilidades de contribuir por igual a la sociedad. Los escenarios humanitarios a menudo favorecen la protección de los roles tradicionales de las mujeres en las comunidades. Es necesario diseñar programas que aumenten la autoridad de las mujeres teniendo en cuenta este aspecto.

3.6 Promoción

Es necesario generar conciencia y orientar no sólo a las personas influyentes que forman parte de la comunidad de apoyo o desarrollo, sino también a la comunidad que se encuentra al servicio de los aspectos vulnerables en materia de SR, necesidades específicas y derechos de los adolescentes. Los funcionarios y gerentes de salud reproductiva y los prestadores de servicios deben cumplir con la función de agentes de cambio y también deben llevar a cabo lo siguiente:

- Propugnar la difusión de información y la prestación de servicios para adolescentes que garanticen que los servicios disponibles estén orientados a los jóvenes.
- Participar en las actividades relacionadas con el trabajo de concientización dentro de la comunidad, como las “jornadas abiertas” y los diálogos con la comunidad.
- Destacar, junto con los funcionarios y los organismos responsables de las normas, las necesidades de los adolescentes.

4 Derechos humanos y consideraciones legales

4.1 Normas sobre derechos humanos

La categoría adolescente incluye a menores entre los 10 y los 19 años de edad. Según la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), se considera menor a “todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”. La CDN enumera las protecciones especiales a las que los niños tienen derecho por su condición de menores. Asimismo, reconoce la “capacidad de desarrollo del niño”. Esto quiere decir que “a medida que los niños perfeccionan sus competencias, consiguientemente se reduce la necesidad de supervisarlos y se incrementa su capacidad para asumir responsabilidad sobre las decisiones que afectan a sus vidas”. Los niños tienen derecho a expresar opiniones en cuestiones que les afecten y éstas deberán ponderarse como es debido según la edad y madurez del niño.

En temas relacionados con la salud y el desarrollo de los adolescentes, el Comité de los Derechos del Niño emitió una observación general en la que se interpreta que el Comité estipula que los estados miembros tienen la obligación de proveer información y prestar servicios de salud reproductiva a toda la población adolescente. Esto se basa en una amplia variedad de derechos contemplados por el Comité de los Derechos del Niño, entre los que se encuentran el derecho a la no discriminación, el derecho a la salud, el derecho a la información, el derecho a la privacidad, el derecho a la expresión de opiniones y el derecho a la protección contra todas las formas de abuso, abandono, violencia y explotación, incluidas las prácticas tradicionales dañinas. Asimismo, estos derechos también figuran en otros instrumentos internacionales sobre derechos humanos. Se aplican además a personas que no están comprendidas en el grupo de niños adolescentes y se consideran violados en los siguientes casos:

- Adolescentes que no tienen acceso a los servicios e información sobre SR debido a su edad.
- Niñas solteras a quienes se les niega el acceso a los servicios y la información sobre SR por su estado civil.
- Adolescentes VIH positivos que están en desigualdad de condiciones de acceso a la educación formal y no formal y a los entornos sociales.

- Niñas sometidas a prácticas tradicionales dañinas, como la mutilación o el cercenamiento genital femenino, el matrimonio forzado o precoz y la prueba de virginidad.
- El consentimiento de los padres (o tutores) se exige para la prestación de servicios de SR a adolescentes.
- Trabajadores de la salud que revelan a un tercero el estado de VIH de un adolescente sin obtener el consentimiento legal para dar a conocer dicha información.
- Trabajadores de la salud que revelan a un tercero el caso de una niña adolescente que ha tenido un aborto o que solicitó asistencia posterior al aborto, sin obtener el consentimiento legal para dar a conocer dicha información.

4.2 Desafíos y oportunidades

En algunos casos, es posible que los gerentes de programas de salud reproductiva y los prestadores de servicios se enfrenten a decisiones o dilemas complejos. Es posible que descubran que su capacidad para garantizar los derechos humanos de los adolescentes está restringida por una legislación nacional, por reglas sociales o culturales o por errores generalizados sobre medicina. Dichas prácticas y leyes pueden estar en desacuerdo con los principios de derechos humanos aceptados internacionalmente. Por ejemplo:

- Es posible que la familia de una adolescente solicite a un prestador de servicios que lleve a cabo un examen de virginidad (himen) para determinar si la niña tuvo relaciones sexuales o si fue violada. Dichos exámenes no poseen validez médica y se consideran una violación a los derechos de la adolescente en caso de que se lleven a cabo sin el consentimiento informado.
- Es posible que se intente disuadir a los gerentes y prestadores de servicio de que inicien un programa que brinde información y preste servicios de SR a los adolescentes, en virtud de la convicción frecuente pero equivocada de que el acceso a información sobre salud reproductiva y sexualidad podría alentar a los adolescentes a que se inicien en la actividad sexual. De hecho, la información precisa y accesible sustenta la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones saludables. Rehusar brindar esta información a los adolescentes es negarles el acceso a sus derechos.

Como gerente de programas o prestador de servicios de SR, es probable que se enfrente

a diversas dificultades al momento de brindar información y prestar servicios de SR a niños y adolescentes. Usted debe conocer la posición del organismo u organización a la que pertenece con respecto a estas cuestiones de salud reproductiva, e incluirla en el análisis que haga de la situación y en los posibles pasos a seguir. En caso de encontrarse frente a una situación similar a las descritas, su medida prioritaria debe ser la defensa de los intereses del paciente en materia de salud y seguridad. También es muy importante tener en cuenta su propia seguridad y la de sus colegas. Según su evaluación de la situación, posiblemente usted desee tomar alguna de las siguientes medidas:

- Ponerse en contacto con su superior.
- Analizar con el paciente las posibles opciones, lo que incluye, si es apropiado, proporcionar información sobre organizaciones de derechos de los niños a nivel local y organizaciones de los derechos de la mujer que podrían brindar la ayuda pertinente.
- Estudiar formas de movilizar a la comunidad en favor de los servicios de SR orientados a los jóvenes.
- Pensar de qué manera se puede brindar apoyo a las campañas de defensa en caso de que el organismo del que forma parte participe en defensa del tema.
- Identificar con sus colegas, respetando la confidencialidad del paciente, de qué manera se pueden evitar o abordar esas situaciones en el futuro.
- Plantear estos temas en las reuniones de coordinación sanitarias.

5 Supervisión

Para asegurarse de que los adolescentes usen los servicios de SR disponibles y reciban información sobre SR, es necesario que se dividan los indicadores de SR según la edad y el sexo. Consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los indicadores seleccionados específicamente para adolescentes. Consulte la información que figura a continuación para conocer los indicadores clave de salud reproductiva para adolescentes.

Indicadores clave de salud reproductiva para adolescentes:

- Proporción de ITS entre adolescentes menores a los 18 años.
- Proporción de nacimientos entre menores de 18 años.
- Uso de condones según el sexo y la edad.

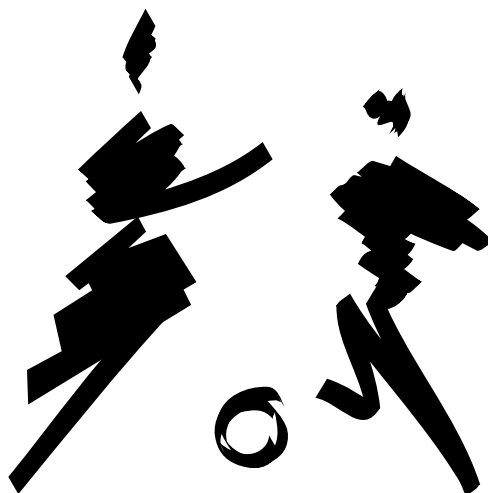
6 Lecturas complementarias

Community Pathways to Improved Adolescent Sexual and Reproductive Health: A conceptual framework and suggested outcome indicators. Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI) sobre el Rol de la participación de la comunidad en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, diciembre de 2007. http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/781_filename_iawg_ci.pdf

Adolescent Friendly Health Services: Agenda for Change. OMS, OMS/FCH/CAH/02.14. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf

Senderowitz J, Solter C y Hainsworth G. *Clinic Assessment of Youth Friendly Services: A tool for Assessing and Improving Reproductive Health Services for Youth.* Pathfinder International, 2002. <http://www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521>

Adolescent Reproductive and Sexual Health Toolkit for Humanitarian Settings. UNFPA y Save the Children, 2009. <http://www.savethechildren.org/programs/health/publications.html>



5

CAPÍTULO CINCO

Planificación Familiar

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	99
2 OBJETIVOS	100
3 PROGRAMACIÓN	100
3.1 Evaluación de necesidades	101
3.2 Servicios de planificación familiar de alta calidad	102
3.3 Logística anticonceptiva	103
3.4 Oportunidades de acceso a los servicios de planificación familiar	103
3.5 Recursos humanos	104
3.6 Información, educación y comunicación	105
3.7 Capacitación de prestadores de servicios	105
3.8 Prestación de servicios de planificación familiar	106
3.9 Métodos de planificación familiar	108
3.10 Planificación familiar posparto	117
3.11 Planificación familiar para personas infectadas con VIH	119
3.12 Infertilidad	119
3.13 Participación masculina en los programas de planificación familiar	119
3.14 Promoción	120
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	120
4.1 Normas sobre derechos humanos	120
4.2 Desafíos y oportunidades	121
5 SUPERVISIÓN	121
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	122

Todas las personas tienen derecho a contar con servicios e información sobre planificación familiar.

1 Introducción

La planificación familiar permite que parejas y personas decidan cuántos hijos tendrán y cuáles serán los intervalos entre los nacimientos. Dicha planificación se logra a través del uso de métodos anticonceptivos y del tratamiento de la infertilidad involuntaria. La capacidad de una mujer para proyectar y limitar sus embarazos influye directamente en su salud y bienestar y en el resultado de cada embarazo.

El uso de métodos de planificación familiar puede evitar el 32% de todas las muertes maternas y aproximadamente el 10% de las muertes infantiles, a la vez que disminuye los índices de hambre y pobreza.* Además, el uso de métodos de planificación familiar

* Cleland, John, et al. "Family planning: the unfinished agenda." *The Lancet*. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series, octubre de 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_3.pdf.

Planificación Familiar

contribuye al poder de decisión, las posibilidades de estudio y la estabilidad económica de las mujeres. Como consecuencia de los riesgos de salud que se presentan durante el embarazo (infecciones de transmisión sexual [ITS], que incluyen el virus de inmunodeficiencia humana [VIH] y los abortos riesgosos), el sexo aventurado y sin protección es el segundo factor de riesgo más importante que ocasiona discapacidades y muertes en las comunidades más carenciadas del mundo. Los métodos de planificación familiar son seguros, eficaces y económicos.

2 Objetivos

Los objetivos de este capítulo son los siguientes:

- Proporcionar orientación a los gerentes de programas y a los prestadores de servicios de SR sobre las necesidades, los métodos y la eficacia de la planificación familiar y su importancia en escenarios humanitarios.
- Describir los factores necesarios para crear servicios de planificación familiar, que abarcan evaluación de necesidades, coordinación, planificación, implementación, supervisión y revisión.

3 Programación

La población afectada, tanto masculina como femenina, debe participar en todos los aspectos de programación de la planificación familiar, incluido el voluntariado y la elección. También es muy importante dar participación a líderes religiosos y comunitarios que garanticen que los servicios que se prestan sean adecuados desde el punto de vista cultural.

La situación en la región de la población afectada o en el país de origen es un factor de suma importancia, ya que incide directamente sobre las expectativas, las necesidades subjetivas y la demanda en relación a la planificación familiar. Leyes, infraestructura, valores religiosos y éticos,

trasfondos culturales, como también las competencias y habilidades de los prestadores de servicios de salud del país anfitrión, influyen considerablemente en los tipos de servicios que se pueden ofrecer.

Al inicio de la respuesta humanitaria, es posible que algunas mujeres deseen continuar con el uso del mismo método anticonceptivo que utilizaban antes de la situación de crisis. Si bien la programación integral de planificación familiar no forma parte del Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM), es importante poner a disposición de las mujeres métodos anticonceptivos básicos que satisfagan sus demandas de continuar con la planificación familiar. Los condones deben estar disponibles desde el comienzo de la respuesta para prevenir la transmisión de ITS, incluido el VIH, y los embarazos no deseados (véase el Capítulo 2: Paquete de Servicios Iniciales Mínimos).

Una vez que la situación se estabiliza, es posible que las mujeres (y sus respectivas parejas) deseen comenzar a usar algún método anticonceptivo, cambiarlo o discontinuar su uso. La orientación sobre planificación familiar debe comenzar por ofrecer métodos de planificación familiar y debe reflejar de forma realista sólo aquellos métodos que se encuentren disponibles, ya que en esta instancia del programa es posible que no todos los servicios de planificación familiar estén disponibles.

Cada persona que consulta por planificación familiar tiene derecho a confidencialidad, privacidad y a elegir voluntariamente un método. Generalmente, los métodos anticonceptivos son utilizados por mujeres; sin embargo, es común que sean los hombres quienes tomen las decisiones en el seno del hogar. Por lo tanto, es necesario que los hombres reciban la información adecuada y participen activamente en el proceso de toma de decisiones sobre planificación familiar. Esto ayudará a garantizar la responsabilidad conjunta de las decisiones de planificación familiar y a maximizar la aceptación del programa dentro de la comunidad. Habría excepciones en los casos en que

la participación de un hombre ponga en riesgo la seguridad de una mujer.

Los protocolos que se usan para gestionar los servicios de planificación familiar en la región o el país de origen pueden ser distintos de los que rigen en el país anfitrión. Se deben seguir los protocolos de los países anfitriones, aunque es posible que se necesite negociar en caso de que surjan algunas diferencias, sin dejar de observar las normas internacionales.

3.1 Evaluación de necesidades

En coordinación con otros actores del área sanitaria a través del mecanismo de coordinación del sector de salud, se deberá recolectar información sobre salud reproductiva (SR) en la comunidad afectada. Entre las fuentes para obtener esta información se incluyen el Ministerio de Salud, ONUSIDA, UNFPA, OMS, líderes religiosos y comunitarios y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales que trabajen en el área de salud reproductiva o planificación familiar. Las oficinas centrales o regionales de los organismos pueden ayudar a obtener esta información.

Es necesario que se realice un análisis de los organismos, sean nacionales, multilaterales o bilaterales, o de los programas de planificación familiar ya vigentes antes de la situación de crisis o en el país de origen en caso de desplazamiento, para encontrar oportunidades de colaboración e identificar cualquier diferencia de protocolo que sea necesario resolver. Cualquier servicio que se haga disponible debe estarlo tanto para la población afectada como para la comunidad anfitriona.

Para comprender la necesidad y la demanda de planificación familiar entre la población afectada:

- Investigar las comunidades, sus creencias culturales y actitudes en relación a la anticoncepción.
- Evaluar las potenciales capacidades de los prestadores de servicios para suministrar anticonceptivos, incluidos los métodos tradicionales.
- Reunir información sobre prevalencia anticonceptiva por método.
- Comprobar la disponibilidad y continuidad de los suministros.
- Determinar la disponibilidad y funcionalidad de las instalaciones existentes.

Las prohibiciones, las creencias religiosas o el rechazo del reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres podrían generar

oposición hacia los programas de planificación familiar. Busque el apoyo de la comunidad y de los líderes comunitarios y religiosos para llevar a cabo una campaña de información, educación y comunicación que haga hincapié en los intervalos entre nacimientos, la maternidad sin riesgos y la salud de las mujeres. Asimismo, dé participación a los miembros de la comunidad (hombres, mujeres y adolescentes) y a los líderes comunitarios en la puesta en funcionamiento de los servicios de planificación familiar. Sin el apoyo de estos miembros, es posible que el programa de servicios de planificación familiar corra el riesgo de obtener la censura de la comunidad.

Mantenga conversaciones con hombres, mujeres (incluso líderes, curanderos tradicionales, asistentes tradicionales para el parto), adolescentes y organizaciones locales para obtener información sobre posibles ubicaciones para los puntos donde se prestará el servicio, regularidad de los servicios en las instalaciones de salud y nivel de privacidad y confidencialidad necesario para garantizar el óptimo uso y aceptación del programa. Mantenga conversaciones con hombres y mujeres por separado, según las reglas culturales o locales (por ej.: grupo de representantes de un grupo local de mujeres).

Los gerentes de programas de salud reproductiva y los prestadores de servicio deben estar familiarizados con la legislación y las normas nacionales de los países en los que trabajan, en relación a los siguientes aspectos de la planificación familiar:

- ¿Cuáles son las leyes y normas relacionadas con el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar?
 - ¿Existen leyes o normas relacionadas con

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) constituyen un método auxiliar para emergencias anticonceptivas. Se pueden tomar dentro de los primeros cinco días a partir de la exposición a la relación sexual sin protección para prevenir un embarazo no deseado. Los prestadores de servicio deben saber que las PAE no causan abortos. Las PAE impiden la ovulación y no resultan eficaces una vez comenzado el proceso de implantación. Las PAE no afectan a los embarazos en curso.* (Véase también el párrafo 3.9.5 a continuación y el Capítulo 2, párrafo 3.2.3).

*Emergency Contraception. Hoja Informativa N.º 244, OMS, revisado en octubre de 2005.

el acceso universal a la información y los servicios de planificación familiar?

- ▶ ¿Existen leyes o normas que restrinjan el acceso de algunas personas (adolescentes, mujeres solteras, etc.) a la información o los servicios de planificación familiar?
- ▶ ¿Existen leyes o normas relativas a la prescripción de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)? ¿De qué manera se pueden poner a disposición de las mujeres las píldoras anticonceptivas de emergencia?
- ¿Existen requisitos para que los cónyuges, padres o tutores autoricen la distribución de información y la prestación de servicios de planificación familiar a los adolescentes? ¿Se toman en cuenta la capacidad de desarrollo y los intereses de los adolescentes en las leyes o normas que regulan su acceso a la información y a los servicios de planificación familiar?
- ¿Se necesita la aprobación del marido u otros requisitos de condición

(edad, cantidad de hijos) para que una mujer se someta a una esterilización o tenga acceso a otro tipo de servicios de planificación familiar?

3.2 Servicios de planificación familiar de alta calidad

Los servicios de planificación familiar de alta calidad satisfacen las necesidades de las personas y las parejas en todas las etapas de sus vidas reproductivas, proporcionándoles oportunidades para tomar decisiones basadas en la información, posibilidades de optar por diversos métodos y continuidad en los servicios. Los prestadores de servicios deben proporcionar a los pacientes información precisa y exhaustiva, que permita que hombres y mujeres seleccionen el método que mejor se adapte a sus necesidades.

Cuadro 21: Planificación familiar de alta calidad

Planificación familiar de alta calidad significa lo siguiente:

- Que los servicios son adecuados, accesibles y aceptados por los pacientes.
- Que se garantiza la confidencialidad de la información y la privacidad física.
- Que los prestadores de servicios están capacitados, son competentes y disponen del tiempo necesario para proporcionar orientación adecuada a los pacientes.
- Que los prestadores poseen las habilidades técnicas necesarias y tienen acceso a pautas y protocolos sobre prestación de servicios y al suministro sostenible de los productos básicos para la planificación familiar.
- Que se encuentra disponible una amplia gama de métodos de planificación familiar.
- Que se evalúan las necesidades de los pacientes.
- Que se garantiza la elección basada en la información: se ofrece información exhaustiva y precisa sobre los métodos disponibles.
- Que se lleva a cabo una orientación específica sobre cada método.
- Que respetan los procedimientos estándar recomendados por los protocolos nacionales o internacionales.
- Que todos los procedimientos están en manos de personal idóneo según pautas de prestación de servicios.
- Que existen suministros específicos para reabastecer a los pacientes de forma oportuna, que se garantiza la atención en caso de complicaciones y que se ofrecen opciones alternativas en caso de que un paciente desee cambiar de método.
- Que el sistema logístico se encuentra en funcionamiento para garantizar el permanente suministro de los productos básicos para la planificación familiar.

3.3 Logística anticonceptiva

Al inicio de la respuesta humanitaria, es necesario garantizar que los prestadores de servicios puedan responder a la demanda de continuidad de los métodos anticonceptivos. Los métodos anticonceptivos básicos están incluidos en los Botiquines interinstitucionales de SR (véase el Capítulo 2: PSIM, párrafo 3.5, pág 44) Una vez implementado el PSIM, los pacientes deben tener acceso a la orientación y a los servicios de planificación familiar y se les debe proporcionar el método anticonceptivo de su elección. También, se deben solicitar reservas adicionales de anticonceptivos y una amplia gama de métodos para la programación integral de la planificación familiar. Tan pronto como sea posible, se debe pasar del pedido de equipos a un sistema logístico integrado basado en la demanda, para garantizar la permanente disponibilidad de diversos métodos y evitar su desperdicio.

Es necesario capacitar o contratar personal entrenado en el área de administración de la

cadena de suministro para garantizar pedidos oportunos y evitar la falta de existencias. Investigue los canales de suministro locales y, en caso de que no sean adecuados, se deberá adquirir los suministros a través de proveedores oficiales o mediante el apoyo del UNFPA, el ACNUR o la OMS. Estos organismos pueden facilitar la compra masiva de anticonceptivos de buena calidad a bajo costo para evitar la falta de existencias. Recuerde ubicar los suministros lo más cerca posible de la población afectada.

3.4 Oportunidades de prestar servicios de planificación familiar

Estructure los servicios de planificación familiar de manera que resulten accesibles y prácticos. Los servicios de planificación familiar se deberán implementar en centros de salud, puestos sanitarios de extensión comunitaria y a través de canales de distribución basada en la comunidad (DBC). Es posible que algunos grupos, como el de los adolescentes (véase el Capítulo 4: Salud reproductiva para adolescentes, párrafo 3.3) o el de mujeres solteras, necesiten atención especial

Cuadro 22: Pasos básicos para administrar las reservas de anticonceptivos

- **Seleccionar los métodos anticonceptivos.** Base la selección de la variedad de métodos en lo siguiente: uso en el pasado dentro de la comunidad de destino y usuarios que continúan con ese método; capacidades de los prestadores; leyes, cultura y costumbres locales; y oportunidad de ofrecer opciones a los pacientes.
- **Calcular las cantidades de abastecimiento.** Base los cálculos iniciales en los datos del Ministerio de Salud local y los posteriores en los datos generados en la población desplazada. Analice periódicamente los planes de programación y abastecimiento, de manera que las cantidades se puedan adaptar a las necesidades de la población, la cual puede cambiar rápidamente de magnitud y composición.
- **Crear un sistema de registro de datos.** Cree un sistema que recolecte datos logísticos de los puntos de prestación de servicios y que eleve informes mensuales o trimestrales al organismo responsable del reabastecimiento. Entre los datos que se deben recolectar e informar deben estar los siguientes:
 - ▶ Existencias disponibles en la instalación.
 - ▶ Productos perdidos, dañados o vencidos.
 - ▶ Consumo (promedio de consumo de cada producto).
- **Desarrollar procedimientos de administración logística.** Desarrolle procedimientos para administrar eficazmente la adquisición de anticonceptivos y el control de inventario (almacenamiento, transporte y distribución). Los informes periódicos y los programas de distribución son un componente esencial de estos procedimientos. Sin la información oportuna sobre los niveles y el consumo de suministros, se dificulta la distribución de cantidades adecuadas de anticonceptivos a los prestadores de servicios. Evite el abastecimiento insuficiente o excesivo organizando cuidadosamente la logística. Designe un supervisor (y un suplente) que asuma estas responsabilidades específicas.

Los ejemplos de planillas de informes y registros se pueden encontrar en los recursos de la sección Lecturas complementarias.

para que se sientan cómodos al usar los servicios y para evitar el riesgo de estigmatización por parte de la comunidad. La disponibilidad de anticonceptivos en los puntos de consulta es vital: no instale servicios en los que el paciente deba acudir a una farmacia u otros sitios para obtener el método seleccionado. Una excepción serían los procedimientos quirúrgicos que no se encuentran disponibles en los puntos de consulta (por ejemplo, la esterilización voluntaria). Para estos casos, instaure sistemas de derivación para los pacientes que opten por estos métodos.

Para garantizar que la planificación familiar se incorpore a servicios más integrales, los funcionarios y gerentes de programas de SR y los prestadores de servicios de planificación familiar deberán implementar las siguientes medidas:

Integrar la orientación y los métodos de planificación familiar dentro de la orientación sobre abortos sin riesgo, asistencia posterior al aborto, ITS, VIH, asistencia prenatal (AP) y servicios posparto, que les brinden a los pacientes oportunidades a las que de otra manera no tendrían acceso.

- Garantizar que se proporcione información sobre planificación familiar durante la orientación sobre aborto sin riesgo y asistencia posterior al aborto antes de llevar a cabo cualquier procedimiento y, si la mujer lo desea, que tenga a su disposición el método de planificación familiar que haya elegido en la orientación posterior al procedimiento.
- En los casos en que una persona, sea mujer, hombre o adolescente, acuda por atención y tratamiento de una ITS, incluido el VIH, averiguar si usa o no un método de planificación familiar, proporcionar orientación específica sobre cada método y facilitar el método de su elección. Los hombres aún están limitados al uso de condones masculinos y a la esterilización voluntaria; sin embargo, pueden formar parte de otras elecciones de planificación familiar con su pareja.
- Cuando una mujer o una niña acudan en busca de asistencia prenatal (AP), averiguar si se encontraba utilizando un método de planificación familiar antes de quedar embarazada y preguntarle si está interesada en volver a comenzar o comenzar con el uso de un método de planificación familiar después del parto.

- Cuando una mujer acuda a los servicios de asistencia posterior al parto, averiguar si ya usa algún método de planificación familiar y orientarla en función de sus necesidades.

3.5 Recursos humanos

- Organizar la supervisión de los servicios de planificación familiar con enfermeras, parteras o médicos que tengan experiencia en gestión.
- Identificar y contratar miembros de la comunidad afectada o personal local de la comunidad anfitriona que tengan habilidades y experiencia en la prestación de servicios de planificación familiar de calidad.
- Garantizar la supervisión y capacitación de los trabajadores no profesionales que prestan servicios de distribución basada en la comunidad. La capacitación debe incluir lo siguiente: habilidades para reconocer problemas clínicos que exigirían una derivación, para realizar el seguimiento del paciente y para encarar las actitudes y creencias relativas a la anticoncepción. Crear conciencia entre los miembros de la comunidad de manera que todos sepan que los trabajadores no profesionales están supervisados por una enfermera o un médico, quien se encuentra a disposición del paciente en caso de que necesite atención u orientación clínica.

Al igual que con todos los servicios de SR, quienes participan en la prestación de servicios de planificación familiar deben respetar la confidencialidad del paciente y también, sus opiniones y elecciones. Para garantizar el uso permanente de anticonceptivos e incrementar el compromiso con la planificación familiar, es necesario que los prestadores de servicios sean del mismo sexo y trasfondo cultural que los pacientes y que posean sólidas habilidades de comunicación.

Para garantizar el apoyo técnico, administrativo y del área de derivación, debe existir coordinación y cooperación entre el mecanismo de coordinación del sector o grupo de salud, el programa nacional de planificación familiar y ONG y organismos de la ONU que se ocupan de la planificación familiar. Esta cooperación también incrementará la sustentabilidad de los programas de planificación familiar.

3.6 Información, educación y comunicación

Orientar al paciente es una parte integral de los servicios de planificación familiar. Los materiales adecuados y culturalmente aceptables de información, educación y comunicación ayudan a personas y parejas a elegir métodos anticonceptivos. La información debe incluir los beneficios y las limitaciones de los distintos métodos, las explicaciones sobre el uso correcto y los métodos de emergencia en caso de falta. Asimismo, resulta de gran utilidad el uso de material ilustrado y con ejemplos para realizar demostraciones a los pacientes, especialmente en áreas de baja tasa de alfabetización. A medida que el programa de planificación familiar se amplía, es necesario garantizar la adaptación de los materiales de información, educación y comunicación para mejorar la calidad de la prestación de servicios. Se proporcionan ejemplos de diversos materiales de información, educación y comunicación en el CD-ROM que acompaña este manual. También se deberá preparar versiones de este material en el idioma nacional o desarrollar material y modelos locales.

3.7 Capacitación de los prestadores de servicios de planificación familiar

Todo el personal que preste servicios de planificación familiar debe estar adecuadamente capacitado en los métodos anticonceptivos y la orientación, como se indica en la lista que figura a continuación. Esta capacitación se debe complementar con actualizaciones periódicas. A medida que el programa de planificación familiar se amplía, la capacitación en el trabajo y la práctica supervisada resultan esenciales para garantizar el desempeño de alta calidad. Se proporcionan herramientas y recursos para la capacitación de los prestadores de servicios en el CD-ROM adjunto.

Entre los elementos de un programa de capacitación adecuado para los prestadores de servicios de planificación familiar se encuentran los siguientes:

1. Competencia técnica (3.7.1).
2. Habilidades de comunicación y orientación (3.7.2).
3. Habilidades administrativas (3.7.3).

3.7.1 Competencia técnica

Los prestadores de servicio deben tener conocimiento de lo siguiente:

- Descripción de los métodos, que incluya su uso correcto, sus ventajas, desventajas y eficacia (véase la Tabla 11: Comparación de métodos hormonales de aplicación oral y de aplicación local, pág. 118).
- Mecanismos de acción, efectos secundarios y tratamiento de los efectos secundarios, complicaciones y señales de peligro.
- Instrucciones del uso o la administración de los métodos.
- Cumplimiento de requisitos médicos e interacciones farmacológicas.
- Habilidades técnicas relacionadas con el suministro de cada método, por ejemplo, prevención de infecciones, colocación y extracción del dispositivo intrauterino (DIU) o del implante hormonal.
- Requisitos de seguimiento y reabastecimiento, incluido el pedido de suministros.
- Sistema de registro y documentación.
- Derivaciones basadas en la toma de decisiones clínicas.

Para los métodos que requieren de habilidades específicas, por ejemplo, los anticonceptivos inyectables, implantes, DIU, la esterilización voluntaria masculina o femenina y el diafragma, los prestadores necesitan capacitación práctica sobre cómo suministrar el método, acompañada de una minuciosa supervisión y experiencia en la orientación y provisión tales métodos.

3.7.2 Habilidades de comunicación y orientación

En esta etapa de la capacitación, los prestadores de servicio de planificación familiar adquieren las siguientes habilidades:

- Actitud imparcial respecto de los usuarios y no usuarios de métodos anticonceptivos; respetar sus elecciones, la dignidad, privacidad y confidencialidad de los pacientes.
- Respuesta discreta, basada en datos, a los rumores y a los errores generalizados.
- Sensibilidad frente a las necesidades de grupos específicos (por ej., adolescentes, discapacitados, personas infectadas con el VIH).
- Técnicas imparciales y respetuosas de la cultura.
- Técnicas de comunicación, por ejemplo: llevar adelante un diálogo abierto e interactivo con los pacientes; ofrecerles un entorno seguro para que hablen; escuchar activamente; brindar aclaraciones; pedirles a los pacientes que expliquen lo que

Cuadro 23: Lista de control para establecer los servicios de planificación familiar*

- Evaluación de las actitudes de los distintos grupos abordados.
- Prevalencia anticonceptiva del país de origen (o doméstica).
- Anticonceptivos obtenidos y sistema logístico en funcionamiento.
- Sistema de registro de datos sobre planificación familiar en funcionamiento.
- Participación activa de los usuarios de servicios de planificación familiar.
- Participación de hombres, mujeres y líderes comunitarios locales.
- Lugares para la prestación de servicios establecidos con la participación de las poblaciones afectadas.
- Prestadores de servicios capacitados en planificación familiar, tal como lo define la autoridad nacional.

*Algunas de estas tareas se deberán llevar a cabo simultáneamente.

entendieron; reconocer los sentimientos del paciente; resumir un debate.

- Documentación de la opción del método.

Es necesario capacitar a los prestadores de servicio en las habilidades de la comunicación eficaz para que proporcionen orientación sobre los métodos dentro de un marco de tiempo específico. Asimismo, los prestadores deben estar capacitados o actualizados acerca del uso de material educativo y deben aprender a identificar pacientes que tienen necesidades especiales, por ejemplo, adolescentes, personas con alto riesgo de contraer ITS, incluido el VIH, mujeres que se encuentran amamantando, etc. Las prácticas de representación (*role playing*) incrementarán la competencia de los prestadores para abordar diferentes casos.

3.7.3 Habilidades administrativas

Las habilidades administrativas incluyen el manejo del sistema de registros, el control de inventario y la supervisión de los distribuidores basados en la comunidad. Es necesario destacar cuáles son las habilidades específicas necesarias para llevar a cabo estas tareas, por qué son importantes y cómo y cuándo es necesario ponerlas en práctica.

3.8 Prestación de servicios de planificación familiar

Consultas de planificación familiar

El primer encuentro entre un prestador y un paciente implica lo siguiente:

- Registrar al paciente y elaborar su historia

clínica y de salud reproductiva.

- Realizar el examen físico (en caso de que se indique en la historia clínica), que podría incluir un tacto vaginal (por ej., para investigar un sangrado vaginal sin motivo aparente).
- Brindar orientación sobre los métodos anticonceptivos disponibles y sobre el método de preferencia elegido por el paciente, teniendo en cuenta su historia clínica y el riesgo de ITS/VIH.
- Proporcionar el método anticonceptivo seleccionado y la explicación sobre su uso.
 - ▶ Oriente al paciente sobre el uso correcto del anticonceptivo, incluida la ruta de administración, lo que debe hacer en caso de que omita la dosis y el lugar

Protección doble

Muchas personas sexualmente activas necesitan protección doble: protección contra un embarazo no deseado y protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los anticonceptivos que brindan la prevención más eficaz contra el embarazo no protegen contra las ITS. Por eso se recomienda el uso simultáneo del condón con otro método, para prevenir enfermedades. El condón solo también puede prevenir tanto las ITS como el embarazo, siempre que se lo utilice de manera correcta y sistemática. Sin embargo, las tasas de embarazos son más altas cuando se utiliza solamente el condón que cuando se lo combina con otro método anticonceptivo.

al que debe acudir para conseguir la anticoncepción de emergencia en caso de que haya omitido dosis. Asimismo, explique los posibles efectos secundarios y transmita tranquilidad al paciente, asegurándole que puede regresar al centro sanitario en cualquier momento para recibir tratamiento en caso de que se manifiesten efectos secundarios o para cambiar de método.

- Programar una consulta de control o una visita de un trabajador no profesional:
 - ▶ Asigne a los nuevos usuarios una fecha para la consulta de control. Dichas consultas de control permitirán que el paciente realice preguntas sobre el uso de los anticonceptivos y sobre los efectos secundarios que pudo haber experimentado. En el caso de algunos métodos, por ejemplo, píldoras anticonceptivas, condones y anticonceptivos inyectables, para obtenerlos los pacientes deberán mantenerse periódicamente en contacto con el prestador de servicios de distribución basada en la comunidad o con enfermeras. A medida que el usuario se familiariza con un método, es posible que tome la iniciativa de solicitar una consulta de control. Sin importar la frecuencia de las consultas de control, se debe asegurar al paciente el acceso inmediato en caso de que experimente cualquier dificultad. Al concertar consultas de control, los prestadores de servicios deben tener en cuenta el nivel de alfabetización del paciente y usar el material de apoyo adecuado para garantizar que el paciente comprenda la información.
- Documentar las consultas en los materiales de recolección de datos estandarizados y en los registros del paciente.

Puede haber protocolos nacionales, material de apoyo o listas de control. Garantice la exactitud técnica y el cumplimiento de las normas internacionales.

Diagnóstico de embarazo

El diagnóstico de embarazo es importante porque un prestador de servicios de salud no debe recetar un método de planificación familiar a pacientes embarazadas. La posibilidad de diagnosticar un embarazo reciente varía según los recursos y la situación. Las pruebas de embarazo confiables son muy útiles, pero es posible que no estén disponibles. La exploración ginecológica es confiable siempre que la realice un prestador de servicios de salud idóneo y si se lleva a cabo aproximadamente entre las 8 y las 10 semanas posteriores al primer día del último período menstrual. Si ninguna de las dos opciones es factible, los prestadores de servicios de salud pueden utilizar la lista de control que se encuentra en la página siguiente para determinar con seguridad razonable si la paciente no está embarazada.

Figura 4: Lista de control para descartar un embarazo reciente

Formule a la paciente las preguntas 1 a 6. Si obtiene una respuesta positiva a cualquiera de las preguntas, deténgase de inmediato y siga las instrucciones.		
NO	1. ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, se encuentra en período de alimentación exclusiva o casi exclusiva por lactancia y no tuvo períodos menstruales desde el parto?	Sí
NO	2. ¿Se abstuvo de tener relaciones sexuales desde el último período menstrual o desde el parto?	Sí
NO	3. ¿Tuvo un bebé en las últimas 4 semanas?	Sí
NO	4. ¿Su último período menstrual empezó en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si piensa usar un DIU)?	Sí
NO	5. ¿Tuvo un aborto natural o inducido en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si piensa usar un DIU)?	Sí
NO	6. ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?	Sí



Si la paciente respondió negativamente a todas las preguntas, el embarazo no debe descartarse. *Utilice una prueba de embarazo o solicite a la paciente que espere su período menstrual antes de empezar a usar el método elegido.*



Si la paciente respondió positivamente a una de las preguntas como mínimo y no presenta signos ni síntomas de embarazo, proporciónale el método deseado.

Cuadro 24: Consideraciones sobre la anticoncepción para adolescentes

- Aunque las mujeres jóvenes suelen ser menos tolerantes a los efectos secundarios, la orientación ayudará a las adolescentes a saber qué esperar y así es posible que no interrumpan el uso del método elegido.
- Las adolescentes que no estén casadas podrían tener mayor riesgo de contraer ITS e infección por el VIH. Bríndeles orientación sobre las estrategias de protección doble para disminuir el riesgo de contraer ITS.
- Las adolescentes pueden tener menor control sobre las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos que las mujeres mayores. Esto puede aumentar su necesidad de recurrir a anticonceptivos de emergencia. Brinde orientación sobre planificación familiar a todas las adolescentes que soliciten anticonceptivos de emergencia y ofrézcales la opción de llevarse anticonceptivos de emergencia adicionales.
- Las mujeres jóvenes muchas veces prefieren métodos que puedan utilizar sin que otros lo sepan (por ejemplo, anticonceptivos inyectables).
- Debido a que las adolescentes enfrentan muchos obstáculos para acceder a la atención de la salud en centros sanitarios, la distribución basada en la comunidad (DBC) también debería estar dirigida a ellas.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes.

3.9 Métodos de planificación familiar

Los prestadores de servicios de salud deben estar capacitados para explicar las características de cada método y el modo de usarlo, así como su eficacia, seguridad y efectos secundarios. Deben saber qué efecto tiene el método en la transmisión de ITS y el VIH, si es apropiado para pacientes con necesidades especiales (por ejemplo, adolescentes, pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y mujeres en período de lactancia) y cuánto tiempo transcurre desde que se interrumpe el uso del método hasta que se recupera la fecundidad normal. Asegúrese de que los prestadores de servicios de salud tengan acceso a esta información para todos los métodos de planificación familiar disponibles en el escenario y que puedan utilizarla de acuerdo con las intenciones reproductivas de cada paciente.

3.9.1 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

El uso eficaz de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requiere que la mujer sepa cuándo empieza y cuándo termina su período de fecundidad en su ciclo menstrual. Estos métodos incluyen los que se basan en los síntomas de fecundidad, por ejemplo, el control de la temperatura corporal basal o de las secreciones cervicales diarias (método de los dos días) o los métodos de calendario que se basan en un control de los días del ciclo menstrual (método de los días fijos). El uso de estos

métodos requiere de la colaboración de ambos miembros de la pareja.

Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son particularmente adecuados para las personas que no desean utilizar otros métodos por razones médicas, o por creencias religiosas o personales. Los prestadores de servicios de salud deben informar a las parejas de que estos métodos no los protegen contra las ITS, entre ellas la infección por el VIH, y que, debido a su baja eficacia, no son apropiados cuando el embarazo constituye un riesgo inaceptable para la salud de la mujer.

3.9.2 Anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales contienen progestágeno solo o combinado con estrógeno para inhibir la ovulación en la mujer. Son muy comunes, altamente eficaces y fáciles de utilizar. Se pueden administrar de diferentes maneras: vía oral, inyecciones, implantes, parches transdérmicos y otras, que se detallan en las tablas 11 a 13. Cuando una mujer elige un método hormonal, se la debe orientar sobre el uso correcto, sobre qué hacer en caso de omitir una dosis y sobre los posibles efectos secundarios, como los cambios en las características de sangrado menstrual. El apoyo y la tranquilidad que se les brinde durante todas las consultas de control ayudarán a las pacientes a utilizar correctamente el método y a tolerar los efectos secundarios comunes.

Tabla 11: Comparación de métodos hormonales de aplicación oral y de aplicación local

Características	Anticonceptivo oral combinado (AOC, “la píldora”)	Anticonceptivo de progestágeno solo (APS, “la mini píldora”)	Parche combinado	Anillo vaginal combinado
Modo de uso	Píldoras de administración oral.	Administración oral de píldoras. Segura para las mujeres en período de lactancia y para sus bebés.	Parche colocado en la parte superior externa del brazo, en la espalda, en el abdomen o en la nalga, pero no en los senos.	Anillo insertado en la vagina.
Contenido	Pequeñas dosis de 2 hormonas: progestágeno y estrógeno.	Dosis muy bajas de progestágeno.	Liberación constante de 2 hormonas: un progestágeno y un estrógeno.	Liberación constante de 2 hormonas: un progestágeno y un estrógeno.
Frecuencia de uso	Uso diario durante 21 días, seguidos de un descanso o de píldoras sin hormonas por 7 días.	Diariamente. Sin interrupción entre paquetes.	Semanalmente: el parche se cambia todas las semanas durante tres semanas. No se debe usar el parche en la cuarta semana.	Mensualmente: se conserva el anillo durante tres semanas y se lo quita durante la cuarta semana.
Eficacia (tasa de embarazo con uso normal)	Depende de la capacidad de la mujer para tomar una píldora todos los días. Con su uso normal, se producen alrededor de 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.	Depende de la capacidad de la mujer para tomar una píldora todos los días a la misma hora. En período de lactancia: alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Fuera del período de lactancia: alrededor de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.	Requiere de la atención de la mujer una vez a la semana. Las tasas de eficacia están en investigación. Pueden ser más eficaces que los AOC.	Depende de la capacidad de la mujer para mantener el anillo en su lugar durante todo el día y no quitarlo durante más de tres horas por vez. Las tasas de eficacia están en investigación. Pueden ser más eficaces que los AOC.
Características de sangrado	En general, sangrado irregular durante los primeros meses y luego sangrado más leve y más regular.	En general, en el caso de mujeres que se encuentran en período de lactancia, las píldoras extienden el período en el que no ocurre el sangrado menstrual. En el caso de mujeres que no se encuentran en período de lactancia es común el sangrado frecuente o irregular.	Es similar a los AOC, pero el sangrado irregular en los primeros ciclos es más común que con los AOC.	Son similares a los AOC, pero el sangrado irregular es menos común que con los AOC.

Características	Anticonceptivo oral combinado (AOC, "la píldora")	Anticonceptivo de progestágeno solo (APS, "la mini píldora")	Parche combinado	Anillo vaginal combinado
Tiempo de demora promedio entre la interrupción del uso del método y el embarazo.	Sin demora.	Sin demora.	Sin demora.	Sin demora.
Privacidad	No tiene signos físicos de uso, pero alguien puede encontrar las píldoras.	No tiene signos físicos de uso, pero alguien puede encontrar las píldoras.	La pareja u otra persona pueden ver el parche.	Algunas parejas pueden sentir el anillo.
Otras consideraciones	Consentimiento verbal más orientación sobre planificación familiar y sobre cómo tomar las píldoras.	Consentimiento verbal más orientación sobre planificación familiar y sobre cómo tomar las píldoras.	Consentimiento verbal más orientación sobre planificación familiar y explicación sobre cómo se utiliza el parche y cómo se rota.	Consentimiento verbal más orientación sobre planificación familiar con demostración de cómo y cuándo insertar y extraer el anillo.
Idoneidad del prestador	Capacitado en orientación sobre planificación familiar.			
<i>Adaptación de: Family Planning A Global Handbook for Providers. USAID, John's Hopkins Bloomberg School of Public Health, OMS, 2007.</i>				

Tabla 12: Comparación de métodos inyectables

Características	AMPD	NET-EN	Inyectable mensualmente (AIC)
Modo de uso	Inyección intramuscular o subcutánea cada 3 meses.	Inyección intramuscular cada 2 meses.	Inyección intramuscular 1 vez por mes.
Contenido	Progestágeno, acetato de medroxiprogesterona de depósito.	Progestágeno, enantato de noretisterona.	Dos hormonas: progestágeno y estrógeno.
Tiempo máximo para que la repetición de la inyección sea eficaz si la paciente asiste con demasiada antelación o demasiado tarde a su cita	Hasta 2 semanas antes o 4 semanas después.	Hasta 2 semanas antes o 2 semanas después.	Hasta 7 días antes o 7 días después.

Características	AMPD	NET-EN	Inyectable mensualmente (AIC)
Técnica de inyección	<p>Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo o en la nalga.</p> <p>Existe una inyección de AMPD subcutánea en jeringas Uniject.</p> <p>Las inyecciones intramusculares y subcutáneas se deben aplicar según las indicaciones; de lo contrario, pueden no ser completamente eficaces.</p>	<p>Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo o en la nalga.</p> <p>Puede ser ligeramente más dolorosa que la AMPD.</p>	<p>Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, en la nalga o parte externa del muslo.</p>
Características de sangrado	<p>Sangrado prolongado e irregular al principio, luego no hay sangrado o es poco frecuente. Alrededor del 40% de las mujeres no tienen sangrado mensual luego de 1 año de uso.</p>	<p>Sangrado prolongado o irregular en los primeros 6 meses, pero episodios de sangrado más cortos que con el AMPD.</p> <p>Luego de 6 meses, las características de sangrado son similares a los que ocurren con el uso del AMPD. El 30% de las mujeres no tienen sangrado mensual luego de 1 año de uso.</p>	<p>Sangrado irregular, frecuente o prolongado en los primeros 3 meses. En general, características de sangrado regular en un año. Alrededor del 2% de las mujeres no tienen sangrado mensual luego de 1 año de uso.</p>
Aumento de peso promedio	De 1 a 2 kg por año.	De 1 a 2 kg por año.	1 kg por año.
Eficacia (tasa de embarazo con uso normal)	Alrededor de 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.	Similar al AMPD.	
Tiempo de demora promedio entre la interrupción de las inyecciones y el embarazo	Un promedio de 10 meses luego de la última inyección.	Un promedio de 6 meses luego de la última inyección.	Un promedio de 5 meses luego de la última inyección.
Otras consideraciones	Orientación sobre planificación familiar más consentimiento verbal más tarjeta de recordatorio para colocación de nueva inyección en 12 semanas.	Orientación sobre planificación familiar más consentimiento verbal más tarjeta de recordatorio para nueva inyección en 8 semanas.	Consentimiento verbal más orientación sobre planificación familiar más tarjeta de recordatorio para nueva inyección en 4 semanas.
Idoneidad del prestador	Capacitado en orientación sobre planificación familiar y administración de inyecciones.		

Adaptación de: *Family Planning A Global Handbook for Providers*. USAID, John's Hopkins Bloomberg School of Public Health, OMS, 2007.

Tabla 13: Comparación de implantes

Características	Norplant	Norplant Jadelle/Sino-Implant (II)	Implanon
Método de administración	Se insertan 6 cápsulas debajo de la piel.	Se insertan 2 varillas debajo de la piel.	Se inserta 1 varilla debajo de la piel.
Contiene progestágeno	Levonorgestrel.	Levonorgestrel.	Etonogestrel.
Duración	Hasta 7 años	Hasta 4 ó 5 años.	3 años.
Eficacia (tasa de embarazo en el primero año de uso)	Sólo 5 de cada 10.000 mujeres que utilicen implantes quedarán embarazadas. En mujeres que pesan de 70 a 79 kg, el método se vuelve menos eficaz luego de 5 años de uso. En mujeres que pesan más de 80 kg, el método se vuelve menos eficaz luego de 4 años de uso.	Sólo 5 de cada 10.000 mujeres que utilicen implantes quedarán embarazadas. En mujeres que pesan más de 80 kg, este método se vuelve menos eficaz luego de 4 años de uso.	Sólo 5 de cada 10.000 mujeres que utilicen implantes quedarán embarazadas. El peso no tiene ningún efecto conocido sobre la eficacia.
Características de sangrado	En los primeros meses, sangrado más leve durante menos días o sangrado irregular que dura más de 8 días o sangrado poco frecuente, o no hay sangrado. Luego de un año aproximadamente, sangrado más leve por menos días, sangrado infrecuente e irregular.		Las mujeres que usan Implanon son más susceptibles de experimentar sangrado infrecuente o no tener sangrado mensual.
Tiempo de demora promedio entre el momento en que se quitan los implantes y el embarazo	Sin demora.	Sin demora.	Sin demora.
Disponibilidad	En proceso de eliminación del mercado. Los implantes Norplant ya no se colocan más.	Se espera que reemplace al Norplant para el año 2011.	Disponible fundamentalmente en Europa y Asia. También está aprobado en los Estados Unidos.
Otras consideraciones	Extracción y orientación sobre otros métodos. Consentimiento verbal si se proporciona otro método y consentimiento por escrito si se proporciona otro implante.	Orientación sobre planificación familiar, consentimiento verbal y escrito, y tarjeta de recordatorio para consulta de control en una semana a fin de examinar el lugar y quitar la venda. Proporcionar tarjeta de eficacia con vencimiento de Jadelle en 5 años o de Sino-implant en 4 años.	Orientación sobre planificación familiar, consentimiento verbal y escrito, y tarjeta de recordatorio para consulta de control en una semana a fin de examinar el lugar y quitar la venda. Proporcionar tarjeta de eficacia con vencimiento de Implanon en 3 años.
Idoneidad del prestador	Capacitado en orientación sobre planificación familiar y en inserción y extracción de implantes.		

3.9.3 Métodos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera evitan el embarazo mediante un obstáculo físico para el ingreso del espermatozoides al útero. Los métodos de barrera de uso más frecuente son los condones masculinos y femeninos (ver Tabla 14). Los condones son el único método de planificación familiar que protege contra el embarazo y contra las ITS. (Para obtener más información sobre condones, consulte el Capítulo 9: Infecciones

de Transmisión Sexual, p. 169). Las personas que conocen otros métodos de barrera, como espermicidas y diafragmas, podrán solicitarlos. Si los solicitan, se deberá hacer lo posible para proporcionarles estos métodos. Los espermicidas son uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces si se utilizan solos. El uso frecuente de espermicidas puede incrementar el riesgo de contraer el VIH en pacientes de alto riesgo, como las trabajadoras sexuales.

Tabla 14: Comparación de condones masculinos y femeninos

Características	Condomes masculinos	Condomes femeninos
Modo de uso	Se desenrolla sobre el pene erecto del hombre. Se ajusta al pene.	Se coloca en la vagina de la mujer. Recubre la vagina holgadamente y por lo tanto, no oprime el pene.
Cuándo usarlos	Inmediatamente antes del acto sexual.	Hasta 8 horas antes del acto sexual.
Material	Generalmente son de látex (a veces, de material sintético o membranas animales*). * Los condones de membrana animal no protegen contra el VIH.	La mayoría son de una lámina sintética delgada (poliuretano o nitrilo). Algunos modelos son de látex.
Sensibilidad durante el acto sexual	Pueden reducir la sensibilidad en el acto sexual.	Los condones de material sintético conducen el calor, por lo que permite la sensibilidad en la relación sexual y hace que se sienta muy natural.
Ruido durante el acto sexual	Puede provocar un ruido de fricción durante el acto sexual.	Puede producir ruido durante el acto sexual.
Lubricación	Las mujeres pueden agregar lubricantes: <ul style="list-style-type: none"> • Sólo de agua o silicona. • Se coloca en la parte externa del condón. 	Las mujeres pueden agregar lubricantes: <ul style="list-style-type: none"> • De agua, de silicona o de aceite. • Antes de insertar el condón, se aplica en su parte externa. • Una vez insertado, se coloca dentro del condón o en el pene.
Rotura o deslizamiento	Tiende a romperse con mayor frecuencia que el condón femenino.	Tiende a deslizarse con mayor frecuencia que el condón masculino.

Características	Condomes masculinos	Condomes femeninos
Cuándo retirarlo	Se debe retirar el pene de la vagina antes del final de la erección.	El pene puede permanecer en la vagina después de la erección. Extraer el condón femenino antes de que la mujer se ponga de pie.
Zona protegida	Protege la mayor parte del pene y de los genitales internos de la mujer.	Protege los genitales internos y externos de la mujer y la base del pene.
Eficacia (tasa de embarazo con uso normal)	Alrededor de 15 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año (si se usan correctamente en cada acto sexual, alrededor de 2 embarazos cada 100 mujeres).	Alrededor de 21 embarazos por cada 100 mujeres que usan condones femeninos en el primer año (si se usan correctamente en cada acto sexual, alrededor de 5 embarazos cada 100 mujeres).
Protección contra el VIH	Cuando se utiliza de manera sistemática y correcta, el condón previene del 80% al 95% de los casos de transmisión del VIH que se hubiesen presentado si no se utilizaba el condón.	Cuando se utiliza de manera sistemática y correcta, el condón femenino previene la transmisión del VIH.
Cómo guardarlo	Conservar en lugar fresco y seco alejado de la luz.	El calor, la luz o la humedad no dañan los condones plásticos.
Reutilización	No se puede reutilizar.	No se recomienda su reutilización.
Costo y disponibilidad	Generalmente tienen bajo costo y hay amplia disponibilidad.	Generalmente son más caros que los condones masculinos y hay menos disponibilidad.
Otras consideraciones	Oriente y muestre cómo y cuándo aplicarlo y retirarlo (preferiblemente, con un modelo de pene).	Oriente y muestre cómo y cuándo aplicarlo y retirarlo (preferiblemente, con un modelo de vagina).
Idoneidad del prestador	Capacitado en orientación sobre Planificación familiar y para hacer tantas demostraciones como sean necesarias.	

3.9.4 Dispositivos intrauterinos (DIU)

El DIU es un dispositivo pequeño de plástico flexible que contiene cobre o progestágeno. Un prestador de servicios de salud con capacitación específica coloca el dispositivo en el útero a través de la vagina y del cuello del útero, mediante procedimientos adecuados para evitar infecciones (incluida la técnica de colocación “sin contacto”). El DIU es uno de los métodos más eficaces para evitar el embarazo.

El DIU y las ITS. Por sí mismo, el DIU no causa enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Se debe evitar colocar un DIU en mujeres que padecen de gonorrea o clamidia, porque en algunos casos puede provocar una EPI. Si una paciente tiene alto riesgo individual de infección, por lo general, no se le debe colocar un DIU. Cuando no se puede acceder a pruebas de laboratorio para detectar gonorrea y clamidia (véase Capítulo 9: ITS), se debe solicitar a las pacientes que analicen sus propios

riesgos y piensen si pueden tener una ITS. Si la paciente considera que se encuentra en riesgo de contraer una ITS, se la debe orientar sobre otros métodos de planificación familiar. En circunstancias especiales, si no hay otros métodos apropiados disponibles o aceptables, los prestadores de servicios de salud deben considerar la posibilidad de hacer un tratamiento preventivo completo con antibióticos contra la gonorrea y la clamidia, y colocar el DIU una vez finalizado el tratamiento.

Si una mujer contrae una nueva ITS luego de habersele colocado el DIU, no está particularmente en riesgo de tener una EPI por causa del dispositivo. Puede continuar el uso del DIU mientras recibe tratamiento para la ITS. La extracción del DIU no aporta ningún beneficio y puede exponerla al riesgo de un embarazo no deseado. Debe recibir orientación sobre el uso del condón y otras estrategias para evitar ITS en el futuro.

Tabla 15: Comparación de los tipos de DIU

Características	DIU de cobre	DIU con levonorgestrel
Eficacia (tasa de embarazo en el primer año de uso)	De 6 a 8 de cada 1000 mujeres quedarán embarazadas en el primer año de uso.	2 de cada 1000 mujeres quedarán embarazadas en el primer año de uso.
Duración del uso	Aprobado por 10 años.	Aprobado por 5 años.
Características de sangrado	Sangrado menstrual más profuso y prolongado, sangrado irregular, más retorcijones o dolores durante el sangrado menstrual.	Sangrado más irregular y manchado en los primeros meses. Luego de un año, es común que no haya sangrado menstrual. Con el paso del tiempo, causa menor sangrado que el DIU de cobre.
Anemia	Si antes de la colocación del DIU, la mujer tiene bajo nivel de hierro en la sangre, el dispositivo puede contribuir a causar anemia por deficiencia de hierro.	Puede contribuir a prevenir la anemia por deficiencia de hierro.
Razones principales para discontinuar su uso	Incremento de sangrado y dolor.	Sin sangrado menstrual ni efectos secundarios hormonales.

Características	DIU de cobre	Levonorgestrel.
Tiempo de demora promedio entre el momento en que se extrae el DIU y el embarazo	Sin demora.	Sin demora.
Beneficios no anticonceptivos	Puede contribuir a la protección contra el cáncer de endometrio.	Tratamiento eficaz para sangrado prolongado y profuso (alternativa para la histerectomía). También puede contribuir al tratamiento del sangrado menstrual doloroso. Se puede utilizar como progestágeno en la terapia de reemplazo hormonal.
Uso luego del parto	Se puede colocar hasta 48 horas después del parto.	Se puede colocar 4 semanas después del parto.
Uso como anticonceptivo de emergencia	Se puede utilizar dentro de los 5 días posteriores al acto sexual sin protección.	No se recomienda.
Colocación	Requiere de capacitación específica, pero es más fácil de colocar que el DIU de levonorgestrel.	Requiere de capacitación específica y una técnica especial y de mayor dificultad para la colocación. En el momento de la colocación, las mujeres pueden experimentar más debilidad, dolor, náuseas y vómitos que con el DIU de cobre.
Costo	Menor costo.	Mayor costo.
Otras consideraciones	Orientación sobre planificación familiar, consentimiento verbal y escrito. Explicar cómo se deben controlar los hilos a las pacientes que deseen hacerlo.	
Idoneidad del prestador	Capacitado en orientación sobre planificación familiar y en la inserción y extracción de DIU de cobre.	Capacitados en orientación sobre planificación familiar y en colocación y extracción del DIU con levonorgestrel (DIU-LNG).

3.9.5 Anticoncepción de emergencia

(Para obtener más información sobre la anticoncepción de emergencia, consulte el Capítulo 2: PSIM, Paquete de servicios iniciales mínimos, p. 27).

Los dos métodos de anticoncepción de emergencia son los siguientes:

- Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE).
- DIU de cobre.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden prevenir el embarazo no deseado

siempre que se utilicen dentro de los 5 días (120 horas) después del acto sexual sin protección. Las PAE deben tomarse lo antes posible luego del acto sexual sin protección. **Mientras más pronto se las tome, mayor es su eficacia sin embargo, pueden ser eficaces si se las toma hasta cinco días después del acto sexual sin protección.**

Existen dos formulaciones disponibles (véase el Cuadro 25).

Cualquier mujer puede tomar la PAE sin riesgos, incluso las que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas de la píldora es relativamente

Cuadro 25: Dosis de las píldoras anticonceptivas de emergencia

Dosis de levonorgestrel solo: 1,5 mg de levonorgestrel en una dosis única (se recomienda esta dosis por ser la más eficaz y tener menos efectos secundarios). Estas píldoras vienen especialmente envasadas para anticoncepción de emergencia.

Dosis combinada de estrógeno y progestágeno (Yuzpe): una dosis de 100 microgramos de etinilestradiol más 0,5 mg de levonorgestrel tomadas lo antes posible y otra dosis igual 12 horas más tarde. Estas píldoras vienen especialmente envasadas para anticoncepción de emergencia o se pueden obtener de las cajas comunes de anticonceptivos orales combinados.

Se ha comprobado que las píldoras de levonorgestrel (LNG) solo son más eficaces que las píldoras combinadas para la anticoncepción de emergencia y tienen considerablemente menos efectos secundarios. La dosis de levonorgestrel solo está incluida en la Lista modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

pequeña y se utiliza por un corto tiempo. No se debe suministrar la PAE si existe un embarazo confirmado. Las PAE se pueden suministrar cuando no hay certeza sobre un embarazo y no es posible realizar una prueba para confirmarlo, ya que no hay pruebas de que causen daño a la mujer ni a un embarazo existente. Utilice la lista de control para descartar de manera razonable un embarazo antes de suministrar la PAE (véase la Ilustración 4: Lista de control para descartar un embarazo).

La PAE se puede usar de manera periódica, pero no se la recomienda como método de planificación familiar. Sin embargo, un pedido de anticoncepción de emergencia brinda la posibilidad de tratar el tema de la planificación familiar y orientar a la paciente sobre métodos anticonceptivos continuos. ¡Aproveche esa oportunidad!

El **DIU de cobre** se puede colocar hasta cinco días después del acto sexual sin protección como anticonceptivo de emergencia. Cuando

es posible calcular el período de ovulación, se puede colocar un DIU de cobre pasados los 5 días del acto sexual sin protección, siempre y cuando esto no suceda más tarde que cinco días después de la ovulación.

Ésta puede ser una buena opción para una mujer que desea utilizar un DIU como método anticonceptivo permanente. Es más eficaz que la PAE para evitar el embarazo.

Asegúrese de que la paciente cumpla con los requisitos para la colocación del DIU. Si se coloca un DIU como anticoncepción de emergencia luego de una violación, se debe proporcionar un tratamiento completo por presunción de ITS (véase el Capítulo 2: PSIM).

3.9.6 Esterilización quirúrgica voluntaria

La esterilización masculina (vasectomía) y femenina (ligadura de trompas) son métodos anticonceptivos convenientes para pacientes que han decidido no tener más hijos.

Sólo personal capacitado, con el equipo necesario, en condiciones seguras y con el consentimiento informado del paciente puede realizar la anticoncepción quirúrgica. La esterilización debe estar disponible para los pacientes, especialmente si ya conocían el método en su región o país de origen y si está permitido en el país que los alberga. Este método no protege contra las ITS y tampoco contra el VIH.

3.10 Planificación familiar posparto

La mujer puede evitar el embarazo en el período de posparto si se dan estas tres condiciones:

- 1) Se encuentra en período de lactancia exclusiva (el bebé sólo se alimenta de leche materna o en ocasiones, se le agregan vitaminas, agua, jugo u otros nutrientes) o lactancia predominante (más de tres cuartos de la alimentación corresponde a leche materna).
- 2) No se ha reiniciado su período menstrual.
- 3) Ha transcurrido un período inferior a seis meses desde el parto.

Esto se denomina método de amenorrea de la lactancia (MELA). El uso común de este método proporciona una eficacia de alrededor de dos embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses posteriores al parto. Oriente a las mujeres que utilizan este método para que

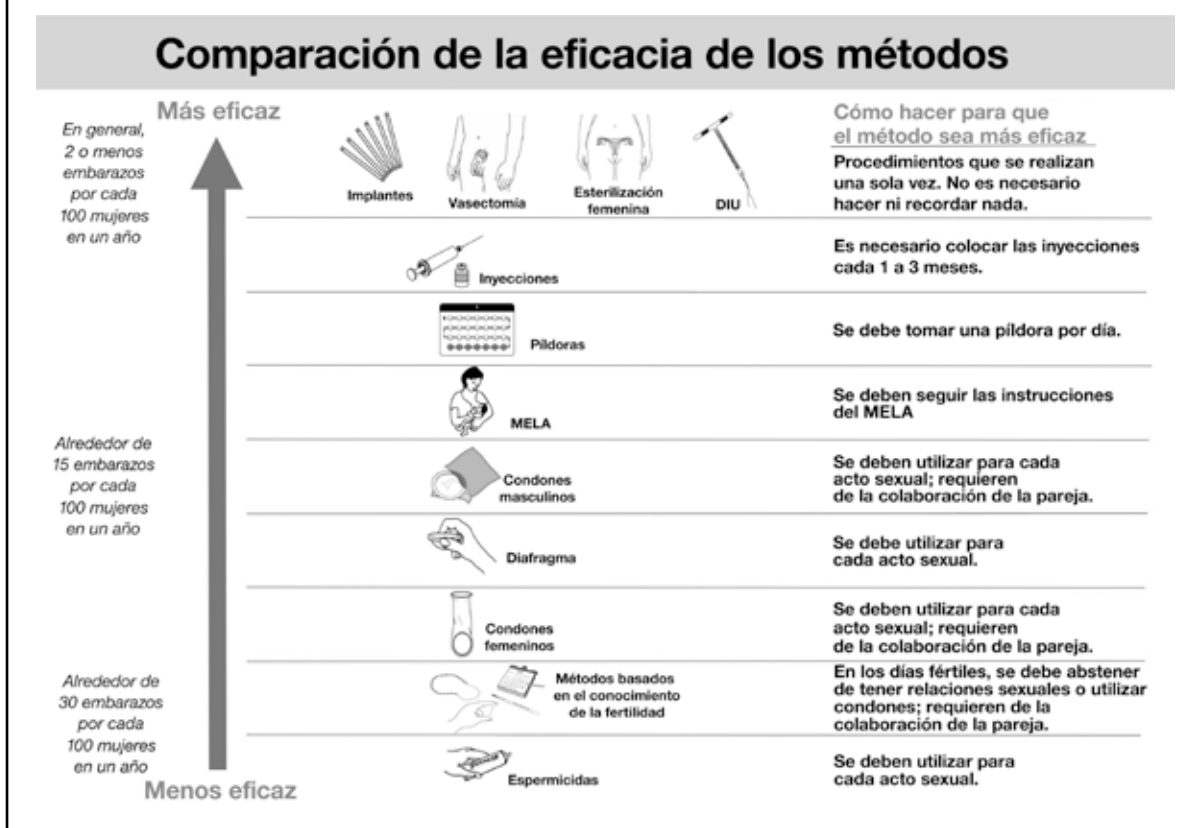
seleccionen otro método de planificación familiar cuando estén por cumplirse los seis meses de posparto o cuando se modifique alguno de los criterios antes mencionados.

Las mujeres pueden empezar a utilizar de manera segura los siguientes métodos de planificación familiar:

- **Métodos de barrera:** se pueden utilizar condones inmediatamente después del posparto.
- **Colocación del DIU:** se puede colocar dentro de las 48 horas posteriores a un parto vaginal o por cesárea realizada por un prestador con capacitación especial, o a las cuatro semanas de posparto. La colocación de un DIU entre las 48 horas y las cuatro semanas después del parto no es recomendable. Las tasas de expulsión son más bajas cuando se lo coloca cuatro semanas o más después del parto o en otro momento que no esté relacionado con el embarazo.
- **Esterilización:** se puede realizar durante los siete primeros días o a las seis semanas de posparto.
- **Métodos de progestágeno solo (píldoras, inyecciones, implantes):** se pueden iniciar a las seis semanas de posparto para mujeres que amamantan e inmediatamente después del parto para mujeres que no amamantan.
- **Métodos combinados (píldoras e inyecciones):** se pueden iniciar a los seis meses de posparto para mujeres que amamantan y a las seis semanas de posparto para mujeres que no amamantan.
- **Métodos naturales (método de los días fijos):** se pueden iniciar cuando se ha restablecido el ciclo menstrual regular de la mujer.

Tabla 16: Eficacia de la anticoncepción

Esta tabla muestra la eficacia de los métodos utilizados de la manera usual. Los cuatro primeros métodos son los más eficaces; una vez que se ha completado el procedimiento, el usuario no debe hacer nada más. La eficacia de los otros métodos depende de la conducta del usuario: sólo son eficaces si se utilizan de manera correcta.



3.11 Planificación familiar para personas con VIH

Fomente el uso del condón para todas las personas infectadas con el VIH a fin de protegerlas de las ITS y de evitar la transmisión del VIH a sus compañeros sexuales. Si una mujer infectada con el VIH desea un método más eficaz de protección contra el embarazo, puede optar por utilizar algún otro método anticonceptivo aparte de los condones.

Las mujeres infectadas con el VIH pueden utilizar la mayoría de los métodos anticonceptivos, con las siguientes consideraciones:

- No se debe colocar un DIU a ninguna mujer con infección por gonorrea o clamidia ni a ninguna mujer con alto nivel de riesgo individual para contraer estas infecciones. Las mujeres infectadas con el VIH que se encuentren en buena condición clínica (se encuentren o no bajo tratamiento con terapia antirretroviral, TAR) pueden utilizar un DIU.
- Si la mujer está tomando rifampicina para la tuberculosis, no debe utilizar píldora anticonceptiva, parche combinado, anillo combinado ni implantes, ya que la eficacia de anticoncepción puede disminuir.
- Los espermicidas, ya sea que se utilicen solos o en combinación con otros métodos de barrera, no deben utilizarse si la mujer está infectada con el VIH o tiene sida.
- Se aconseja a las mujeres en TAR que utilicen métodos hormonales que también utilicen condones, ya que algunas drogas antirretrovirales (ARV) disminuyen la eficacia de los métodos hormonales.

Capítulo 10: Para obtener más información, consulte el Capítulo 10.

3.12 Infertilidad

La infertilidad es la imposibilidad de lograr un embarazo o de dar a luz un niño después de 12 meses o más de tener relaciones sexuales sin protección. Si la mujer nunca estuvo embarazada, se trata de infertilidad primaria. Si la pareja ya tuvo un hijo antes, pero actualmente cumple con los criterios de la definición de infertilidad, se trata de infertilidad secundaria. La infertilidad tiene muchas causas que pueden ser de origen médico o no. Las causas médicas son, por ejemplo, infecciones posparto, infecciones posteriores a un aborto, infertilidad iatrogénica, endometriosis, ITS y otras enfermedades infecciosas que hayan

dañado la trompa de Falopio, el conducto deferente o el epidídimo. En un escenario humanitario, la infertilidad secundaria e incluso la primaria pueden ser el resultado del estrés o de cambios significativos en el estilo de vida.

En todo el mundo, las parejas consideran la infertilidad como una tragedia que trae aparejadas consecuencias sociales, económicas y psicológicas. La infertilidad es una necesidad no satisfecha en la planificación familiar y, en la mayoría de los países en desarrollo, una de cada cuatro mujeres casadas que se encuentran en edad de procreación padece de infertilidad primaria, y en mayor grado, de infertilidad secundaria.

Brindar orientación a las parejas es de vital importancia. Deje en claro que la infertilidad no es un problema de la mujer solamente, ya que entre el 25% y el 50% de la infertilidad se debe al hombre. Examine los órganos reproductivos o genitales del hombre y de la mujer para detectar anomalías estructurales. Cuando sea posible, el análisis del semen es una prueba básica fundamental que debe realizarse a todas las parejas infértiles. La temperatura corporal basal puede ser una herramienta útil para la evaluación inicial de la ovulación. Como mínimo, examine a la pareja y, si es necesario, proporcioneles un tratamiento para causas médicas, en especial, para las ITS, o para problemas psicológicos o emocionales. Considere y trate temas relacionados con problemas de índice de masa corporal (IMC) anormal, alimentación, cese del hábito de fumar, uso de ciertos medicamentos y enfermedades preexistentes como diabetes, enfermedades cardíacas o enfermedades psiquiátricas. Oriente a las parejas para que tomen conciencia sobre temas como fertilidad, regularidad menstrual, técnicas y manejo de los tiempos sexuales, y prevención de las ITS.

Cuando estos servicios se encuentren disponibles, indique a la pareja que se realice estudios médicos más profundos (por ejemplo, ecografía transvaginal, examen del moco cervical, examen poscoital, histerosalpingografía, pruebas hormonales) y otros procedimientos pertinentes como inseminación intrauterina (IIU), intervenciones quirúrgicas y reproducción asistida.

3.13 Participación masculina en los programas de planificación familiar

Dé participación a los hombres en los programas de planificación familiar para aumentar la aceptación del programa en la comunidad

e incrementar el reconocimiento de otros problemas de salud reproductiva, por ejemplo, la prevención y el tratamiento de las ITS y el VIH. Tener en cuenta las perspectivas y la motivación masculina es parte de las actividades del programa. El uso de anticonceptivos por parte de los hombres les da la posibilidad de compartir con sus parejas la responsabilidad de la planificación familiar. Puede ser necesario adaptar los servicios de planificación familiar para que satisfagan las necesidades de los usuarios masculinos. Las actividades para fomentar la participación de los hombres incluyen la orientación a las parejas, la promoción de uso del condón, reuniones especiales para hombres en el centro sanitario, sesiones grupales entre pares e información sobre salud reproductiva dirigida a los grupos sociales masculinos.

3.14 Promoción

Los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de programa deben promover la planificación familiar cada vez que sea posible. Los conocimientos básicos sobre el uso de anticonceptivos por parte de la población local y de la población desplazada constituyen información de referencia muy útil.

Las reuniones con funcionarios del ministerio de salud local, con donantes privados y con otras instituciones para presentar datos sobre necesidades no satisfechas y sobre ahorros potenciales en los costos, así como sobre los beneficios de brindar servicios de planificación familiar constituyen una herramienta eficaz de promoción.

4 Derechos humanos y consideraciones legales

4.1 Normas sobre derechos humanos

De acuerdo con el derecho internacional, el acceso universal a la planificación familiar es un derecho humano: todas las personas y las parejas tienen el “derecho de decidir cuántos hijos tendrán, cuándo los tendrán y con qué intervalos”. * En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), los gobiernos acordaron brindar a todas

las personas el acceso a la atención de la salud reproductiva que incluye una gran variedad de servicios de planificación familiar. *El derecho al más alto estándar posible de salud incluye el “derecho a estar informado y a tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables”.* **

El derecho a la planificación familiar está íntimamente relacionado con otros derechos humanos, de la siguiente manera:

- El acceso a métodos anticonceptivos disminuirá los embarazos no deseados y contribuirá a garantizar el derecho de la mujer a la salud y a la vida.
- Todas las personas tienen derecho a la privacidad, a la igualdad y a no ser discriminadas. A veces estos derechos se niegan en el contexto de la planificación familiar, por ejemplo, cuando a una persona se le niega el acceso a métodos anticonceptivos por no estar casada.
- Todas las personas tienen derecho a brindar y recibir información sobre planificación familiar. Este derecho incluye la salud reproductiva y la educación sexual para adolescentes. Los adolescentes tienen derecho a acceder a los servicios de planificación familiar y a recibir información sobre el tema. Privar a los adolescentes de información sobre planificación familiar o sobre métodos anticonceptivos por razones de edad, estado civil o consentimiento de los padres o tutores puede constituir una negación de sus derechos a la salud y a no ser discriminados. (Véase el Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes).
- Todas las personas tienen derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones. Esto significa que toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la tecnología de anticonceptivos, por ejemplo, de la anticoncepción de emergencia.

* Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEFD). art. 16(1).

** Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comentario general N.º 14, párrafo 12.

- Obligar a una persona a utilizar un método anticonceptivo no es planificación familiar sino una violación de la ley internacional de derechos humanos. Por ejemplo, la esterilización obligada que se practica sin consentimiento de la persona viola el derecho al consentimiento informado, el derecho a la salud, el derecho a la seguridad y a la libertad de la persona y el derecho que tiene todo individuo de decidir libremente cuántos hijos tendrá y con qué intervalos.

4.2 Desafíos y oportunidades

En algunos casos, los prestadores de servicios pueden enfrentarse con decisiones difíciles o dilemas. Es posible que se encuentren con que su capacidad para brindar información y servicios de planificación familiar está restringida por la legislación nacional, por normas sociales o culturales, o por errores generalizados sobre medicina. Por ejemplo, pueden encontrarse ante las siguientes situaciones:

- No se pueden proporcionar servicios de planificación familiar a la mujer sin el consentimiento de su esposo.
- No se permite que la mujer opte por su esterilización sin la autorización de su esposo o sin el previo cumplimiento de otros requisitos, como tener un determinado número de hijos o tener una determinada edad.
- Se niega a la mujer el acceso a la anticoncepción si no cuenta con la autorización de su esposo.
- Se niega a la mujer el acceso a la anticoncepción si no está casada.
- Se niega a las adolescentes el uso del DIU, salvo que la paciente pueda demostrar que tuvo un hijo o que está embarazada, aduciendo, debido a una razón médica errónea, que el DIU les provocará infertilidad.
- Se niega a la mujer el acceso a la anticoncepción de emergencia porque se cree, erróneamente, que esto constituye una forma de aborto, que va en contra de las normas religiosas y sociales locales.

Dichas normas, leyes y costumbres pueden estar en desacuerdo con los principios de derechos humanos aceptados internacionalmente. Es probable que los gerentes o prestadores de servicios de salud reproductiva tengan que enfrentar este tipo de dilemas. Usted debe conocer la posición del organismo u organización a la que pertenece con respecto a estas cuestiones de salud

reproductiva, e incluirla en el análisis que haga de la situación y en los posibles pasos a seguir. Cuando se encuentre ante una situación difícil, debe priorizar ante todo la seguridad y la salud del paciente así como su propia seguridad y la de sus colegas. Por lo tanto, puede actuar de las siguientes maneras:

- Póngase en contacto con su superior.
- Analice las opciones posibles con su paciente:
 - ▶ Por ejemplo, si a una mujer no se le puede proporcionar determinados métodos anticonceptivos modernos, puede orientarla sobre métodos naturales de planificación familiar, como los que están basados en el conocimiento de la fertilidad y el método de amenorrea de la lactancia (MELA).
- Averigüe si el organismo al que usted pertenece tiene participación en la defensa o promoción del tema y de qué manera puede contribuir.
- Investigue si hay vínculos con organizaciones locales y si existe la posibilidad de derivar a su paciente a alguna de ellas para que reciba mayor asistencia.
- Sin dejar de respetar la confidencialidad de su paciente, determine con colegas y otros prestadores de servicios de salud reproductiva cómo se pueden evitar o resolver situaciones similares en el futuro.
- Exponga estos temas en reuniones de coordinación sanitaria.

5 Supervisión

Lleve un registro de actividades diarias y formularios individuales para cada paciente a fin de registrar información y proporcionar un seguimiento eficaz. Cuando se trata de poblaciones móviles, es posible que los pacientes deseen conservar una copia de sus registros. Los formularios de los pacientes deben incluir la siguiente información:

- Fecha.
- Nombre del paciente o, si es necesario por cuestiones de confidencialidad, un código numérico.
- Datos del paciente (edad, domicilio, cantidad de partos).
- Tipo de paciente (nuevo, habitual, etc.).
- Método seleccionado (y marca).
- Efectos secundarios experimentados.
- Fecha de la próxima consulta (para seguimiento).
- Fecha y motivo de discontinuación.

Los formularios de datos deben ser simples y adecuados para registrar los datos recogidos y para el nivel de educación del personal. Utilice formatos nacionales o locales que el personal local y la población involucrada conozcan. Los formularios se pueden traducir para el personal expatriado si son ellos quienes inicialmente prestan el servicio. Capacite a todo el personal sobre el modo apropiado de efectuar los registros y sobre cómo utilizar la información recolectada en el programa de planificación familiar.

Indicadores que se deben recolectar.

Para obtener una guía sobre los indicadores, consulte el capítulo sobre Evaluación, Supervisión y Revisión.

- Los indicadores que se deben recolectar en los centros sanitarios son los siguientes:
 - ▶ Proporción de pacientes a quienes se ofreció orientación en planificación familiar además del método anticonceptivo.
 - ▶ Prevalencia anticonceptiva.
La prevalencia anticonceptiva indica el porcentaje de mujeres que utilizan (o cuyas parejas utilizan) un método anticonceptivo en un momento dado.
- Los indicadores que se deben recolectar a nivel del programa son los siguientes:
 - ▶ La cantidad de puntos de distribución de servicios de planificación familiar que mantienen un mínimo de material para 3 meses de píldoras anticonceptivas, anticonceptivos inyectables, DIU o implantes.
 - ▶ La cantidad y proporción de prestadores que brindan de manera adecuada los servicios de planificación familiar.

6 Lecturas complementarias

Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs). OMS. 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.06_eng.pdf

INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. *Family Planning A Global Handbook for Providers.* USAID, OMS, 2007. <http://www.infoforhealth.org/globalhandbook/index.shtml#contents>

The Logistics Handbook: A Practical Guide for Supply Chain Managers in Family Planning and Health Programs. John Snow Inc./ Proyecto DELIVER, para la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Arlington, Virginia, 2004. http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/LogiHand.pdf

The INFO Project, *USAID's Maximizing Access and Quality Initiative IUD Toolkit.* <http://www.maqweb.org/iudtoolkit/index.shtml>.

Training and Reference Guides for Family Planning Screening Checklists. Family Health International, 2008. <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/servdelivery/checklists/Guides.htm>



1 INTRODUCCIÓN	123
2 OBJETIVOS	125
3 PROGRAMACIÓN	125
3.1 Evaluación de necesidades	126
3.2 Reducción de obstáculos para la utilización de servicios de salud materna y neonatal (SMN)	128
3.3 Atención prenatal	130
3.4 Asistencia en el parto	132
3.5 Atención de posparto, materna y neonatal	134
3.6 Cuestiones especiales	135
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	136
4.1 Desafíos y oportunidades	136
5 SUPERVISIÓN	137
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	137

1 Introducción

En todo el mundo, una de cada siete mujeres experimentará complicaciones durante el embarazo o el parto. Existen más de 500.000 muertes maternas por año, de las cuales, el 99% ocurren en los países en desarrollo. De los 130 millones de bebés que nacen por año, se estima que 4 millones mueren en las primeras cuatro semanas de vida (período neonatal). Una cantidad similar de bebés nacen muertos, fallecidos en el útero durante los tres últimos meses de embarazo.*

Se utilizan estas estadísticas mundiales de mortalidad materna y neonatal debido a la relativa falta de datos de escenarios humanitarios. Sin embargo, está establecido que los países que se encuentran en conflicto o que atraviesan por otros tipos de inestabilidad tienen los índices más altos de mortalidad materna y neonatal. Por ejemplo, Sierra Leona tiene el índice de mortalidad materna (IMM) más alto de todo el mundo con 2.100 muertes maternas cada 100.000 nacimientos vivos. Afganistán, que ha soportado más de 20 años de conflicto, tiene un IMM de 1.800. El riesgo de muerte materna en ambos países es de 1 cada 8, mientras que en el Reino Unido es de 1 cada 8.200 y en Canadá es de 1 cada 11.000.**

La mayoría de las muertes maternas y neonatales ocurren durante el trabajo de parto, el parto o el período inmediato de posparto. Las principales causas de muerte materna y neonatal se muestran en las figuras 5 y 6.

Muchas de estas causas se pueden prevenir o tratar si a nivel del centro sanitario se cuenta con prestadores de servicios de salud capacitados y recursos adecuados.

* Lawn, Joy E, et. al. "4 million neonatal deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*. Marzo 2005. www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper1.pdf.

** *Countdown to 2015 Tracking Progress in Maternal, Newborn, and Child Survival. El PSIM: The 2008 Report*. www.countdown2015mnch.org/reports-publications/2008report.

6

CAPÍTULO SEIS

Salud Materna y Neonatal

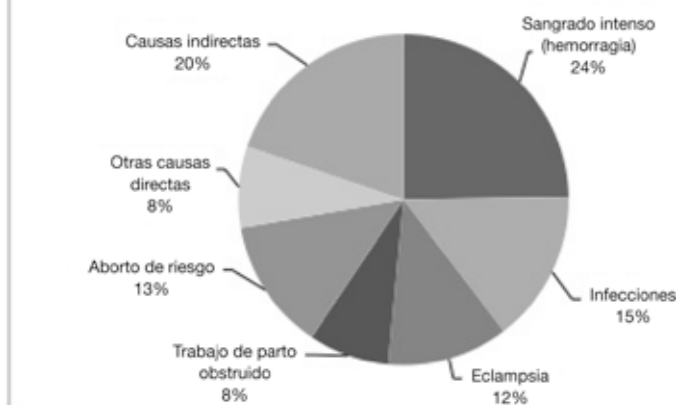
Salud Materna y Neonatal

Atención obstétrica de emergencia (EmOC) y atención obstétrica de emergencia y atención neonatal (EmONC)

En este manual utilizamos la sigla EmOC (atención obstétrica de emergencia). Esto se debe a que la lista de “funciones señal” que se utiliza para la supervisión de la atención obstétrica de emergencia (intervenciones de emergencia para salvar una vida realizadas por prestadores de servicios de salud capacitados para atender la mayoría de las complicaciones maternas en el embarazo, el parto y el período de posparto) incluye sólo una función señal relacionada con la atención neonatal: la reanimación neonatal básica con máscara y bolsa en casos de asfisia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la organización para la Prevención de la Muerte y Discapacidad Materna (AMDD) se refieren al paquete como EmOC.

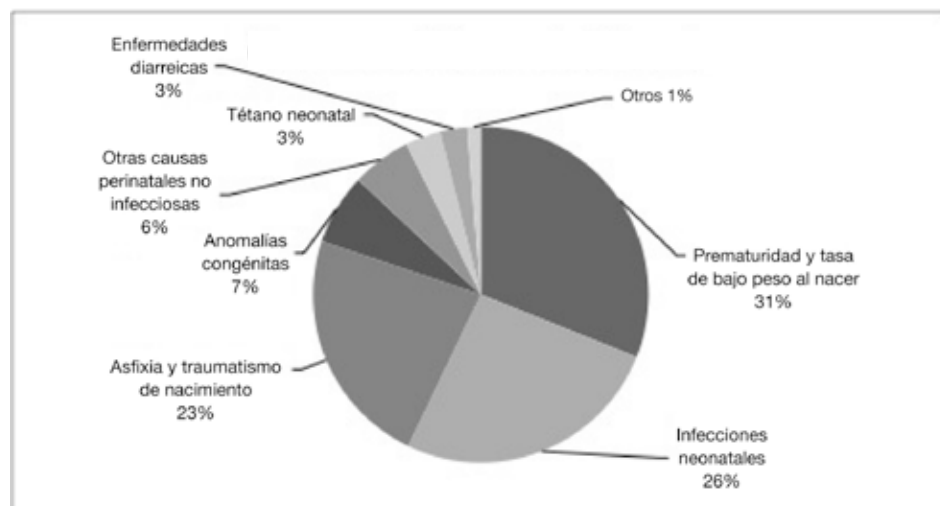
Sin embargo, es importante garantizar que los parteros estén capacitados para desempeñar no sólo “funciones obstétricas de emergencia” sino también una variedad de intervenciones esenciales de atención neonatal como reanimación, protección térmica, promoción de la lactancia materna temprana y exclusiva, tratamiento de la septicemia neonatal y atención de bebés prematuros y bebés nacidos con bajo peso. En consecuencia, algunos organismos utilizan la sigla EmONC (atención obstétrica de emergencia neonatal) cuando promueven la importancia de vincular las intervenciones en la salud materna con las intervenciones en la salud neonatal como parte de la implementación de la atención materna e infantil integral y continua en escenarios humanitarios.

Figura 5: Causas de muerte materna*



* World Health Report 2005. OMS. p. 62. <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.

Figura 6: Causas de muerte neonatal*



2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es asistir a los funcionarios, gerentes y prestadores de servicios de salud reproductiva en los siguientes casos:

- Planificación e implementación de servicios integrales de salud materna y neonatal (SMN) en escenarios humanitarios.
 - Conocimiento de los principales obstáculos que inciden en las muertes maternas y neonatales.
 - Consideración de intervenciones basadas en evidencias durante toda la atención de la salud materna y neonatal.
- ▶ Enfermeros y parteros de los centros sanitarios con todo el material médico necesario a su disposición para atender partos normales y complicaciones obstétricas y neonatales básicas (BEmOC).
 - ▶ Personal médico capacitado y material médico disponibles en los hospitales de derivación para tratar complicaciones obstétricas y neonatales (CemOC).

3 Programación para la salud materna y neonatal integral

Debido a que la mayoría de las muertes maternas y neonatales ocurren durante el trabajo de parto, el parto o el período inmediato de posparto, los componentes del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) relacionados con la salud materna y neonatal (véase el Capítulo 2) tienen por objeto reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con estas complicaciones garantizando lo siguiente:

- Servicios de atención obstétrica de emergencia y atención neonatal disponibles, incluidas las siguientes condiciones:
- Conocimiento y eliminación de los obstáculos para los servicios de SMN.
 - Incremento de la disponibilidad de servicios de SMN basados en evidencias.
 - Mejora de la utilización y demanda de servicios de SMN.

Este capítulo describe los enfoques para que los funcionarios, gerentes y prestadores de servicios de salud reproductiva programen servicios integrales de SMN tan pronto como la situación lo permita, sobre la base de las intervenciones del PSIM. La programación de estos servicios tiene **tres prioridades estratégicas**:

* http://www.who.int/child_adolescent_health/media/causes_death_u5_neonates_2004.pdf.

La mayoría de las muertes maternas y neonatales se debe a la imposibilidad de recibir asistencia calificada a tiempo para tratar las complicaciones del embarazo y del parto. Aunque se reciba el mejor servicio de atención prenatal y durante el parto, todo parto puede presentar complicaciones y necesitar intervenciones de emergencia. Por lo tanto, la atención que proporciona el personal capacitado durante el parto y el acceso a atención de emergencia para las complicaciones maternas y neonatales (tanto la atención obstétrica básica de emergencia, BEmOC, como la atención neonatal y la atención obstétrica integral de emergencia, CEmOC) son de vital importancia para salvar las vidas de la mujer y del recién nacido, así como para evitar posibles discapacidades.

A pesar de que este capítulo proporciona una guía sobre los enfoques programáticos y los componentes de la salud materna y neonatal, no tiene como objetivo proporcionar pautas integrales y detalladas sobre diagnóstico y tratamientos clínicos. La sección Lecturas complementarias ofrece más información.

Los programas integrales de salud materna y neonatal tienen tres componentes de servicio:

1. Atención prenatal o del embarazo.
2. Atención del parto (atención del trabajo de parto, del parto y del posparto inmediato).
3. Atención de posparto, materna y neonatal.

La **calidad de la atención** respalda todos los componentes de los servicios integrales de la salud materna y neonatal. (Véase el Capítulo 1: Principios Fundamentales). Los elementos de la calidad de los servicios de SMN incluyen lo siguiente:

- **Disponibilidad de centros para la atención neonatal y la EmOC:** debe haber, por lo menos, 5 centros para la atención neonatal y la EmOC (incluido un centro de CEmOC como mínimo) por cada 500.000 habitantes. Deben estar abiertos 24 horas al día durante los 7 días de la semana (24/7), ya que los partos y las complicaciones pueden presentarse en cualquier momento.
- **Accesibilidad geográfica:** posibilidad de acceso a los servicios a través de caminos o vías navegables y con medios de transporte asequibles.
- **Prestación de intervenciones basadas en evidencias** para mejorar la salud materna y

neonatal, la supervivencia en el embarazo, la atención durante el parto y el posparto. (Para obtener información detallada consulte el Anexo 1).

- **Aceptabilidad:** los servicios deben tener las siguientes características:
 - ▶ **Asequibilidad:** se debe hacer lo posible por ofrecer servicios a bajo costo o sin cargo.
 - ▶ **Adecuación desde el punto de vista cultural:** se debe tener en cuenta el idioma y la cultura de la población a la que están dirigidos, por ejemplo, la preferencia de contar con una mujer que preste los servicios; no obstante, si no se dispone de una mujer que preste los servicios, esto no debe constituir un obstáculo para proporcionarlos.
 - ▶ **Respeto** por todas las mujeres y consideración por sus inquietudes.

3.1 Evaluación de necesidades

Una vez que el PSIM se encuentre en funcionamiento, integre las consideraciones de la salud materna y neonatal con la evaluación de necesidades en una planificación de salud reproductiva para diseñar un programa de SMN integral y apropiado. Mediante el uso de una combinación de herramientas, los funcionarios de salud reproductiva deben recolectar o estimar la siguiente información, en coordinación con otros participantes del sector o grupo sanitario:

Características de la población

- Cantidad de habitantes afectados y su distribución geográfica.
- Indicadores demográficos sobre el estado de la salud materna y neonatal de la población afectada antes de la crisis, por ejemplo, índice de mortalidad materna, tasa bruta de natalidad, tasa de fertilidad general o tasa de fertilidad total, prevalencia anticonceptiva, porcentaje de partos con atención de asistentes capacitados para atender partos, etc.
- Cantidad de mujeres en edad de procreación, mujeres embarazadas y recién nacidos.
- Cantidad de partos por mes.
- Creencias, conocimientos, actitudes y costumbres de la población en relación con el embarazo y el parto.
- Conocimiento de la disponibilidad del servicio de SMN por parte de la comunidad y su grado de satisfacción con el servicio.

Características de los servicios sanitarios y del personal que los provee

Elabore un mapa de los puntos de prestación de servicios sanitarios existentes e identifíquelos por ubicación geográfica, por tipo y por organismo que los respalda o administra. Se debe evaluar cada punto según su capacidad para prestar servicios de salud materna y neonatal de calidad, incluida la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal, la disponibilidad de prestadores de servicios de salud capacitados y de material sanitario, o la posibilidad de derivación de pacientes a centros de mayor complejidad. Se detallan a continuación algunos ejemplos de la información que se debe recolectar:

Cuadro 26: Asistentes capacitados para atender partos en comparación con asistentes tradicionales para el parto

El “**asistente capacitado (para atender partos)**” se define de la siguiente manera: “profesional de la salud con licencia (partero, médico o enfermero), formado y capacitado para la atención competente de embarazos, partos y período de posparto inmediato normales (sin complicaciones), y para detectar, atender y derivar casos de complicaciones maternas y neonatales”.*

Aunque los **asistentes tradicionales para el parto**, instruidos o no, no se pueden considerar prestadores capacitados, a menudo ocupan un lugar especial en la comunidad. Aunque ya no se recomienda capacitar a los asistentes tradicionales para el parto para que sean asistentes capacitados, es importante integrarlos a otros aspectos de la prestación de servicios de la salud materna y neonatal. Por ejemplo, pueden tener un rol en la promoción de la salud reproductiva mediante acciones como ocuparse de los obstáculos que impiden prestar la atención de la salud, facilitar las derivaciones a otros centros sanitarios y brindar apoyo a las madres durante el trabajo de parto. Esto puede optimizar la aceptación de los servicios de salud materna y neonatal por parte de la comunidad y contribuir a crear vínculos entre las familias, las comunidades, las autoridades locales y los servicios de salud reproductiva.

* Fuente: *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO*. OMS 2004.

- Cantidad, ubicación y tipo de centros sanitarios y hospitales.
- Identificación de aquéllos que prestan servicios de salud materna y neonatal, incluidos la atención obstétrica básica de emergencia (BemOC) y la atención obstétrica integral de emergencia (CemOC).
- Disponibilidad de equipos, material sanitario y medicamentos para la prestación de servicios de salud materna y neonatal.
- Provisión de elementos para tomar precauciones básicas establecidas, incluidos los medios para desechar placentas y residuos médicos.
- Cantidad, tipo y nivel de capacitación del personal sanitario (consulte también el Cuadro 26: Asistentes capacitados para atender partos en comparación con asistentes tradicionales para el parto).
- Disponibilidad de protocolos y guías de salud materna y neonatal.
- En lo que respecta a mecanismos de derivación, la información que se debe recolectar es la siguiente:
 - ▶ Distancias entre la comunidad y los centros para la atención obstétrica básica de emergencia.
 - ▶ Distancias entre los centros de atención obstétrica básica de emergencia y de atención obstétrica integral de emergencia.
 - ▶ Opciones posibles para el transporte.
 - ▶ Medios de comunicación.
 - ▶ Protocolos para la atención y derivación de complicaciones.
- Disponibilidad de agua potable, electricidad, refrigeración e instalaciones higiénicas en los puntos de prestación de servicios.
- Disponibilidad de alimentación adecuada para mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- Información, educación y comunicación sobre la disponibilidad de los servicios.

Leyes y normas nacionales

Los funcionarios, gerentes y prestadores de servicios de salud reproductiva también deben estar familiarizados con la legislación y las normas nacionales sobre salud materna y neonatal. Por ejemplo, deben saber si existen leyes, reglamentaciones o normas respecto de las siguientes cuestiones:

- Reducción de la mortalidad materna.
- Prestación de servicios de salud materna y neonatal y acceso a estos servicios. Preste especial atención a las disposiciones sobre lo siguiente:
 - ▶ Realización de auditorías y revisiones de rutina sobre muertes maternas, perinatales y neonatales.

- ▶ Otorgamiento de licencias para asistentes capacitados para atender partos.
- ▶ Asistentes tradicionales para el parto.
- ▶ Uso, distribución y suministro de medicamentos esenciales para la salud materna y neonatal.
- Registro obligatorio de nacimientos.
- Exámenes de mujeres embarazadas para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y prevenir la transmisión de madre a hijo.
- Tratamiento, atención y apoyo para mujeres embarazadas infectadas con el VIH.
- Autorización de terceros (es decir, del esposo) para solicitar servicios de salud materna.
- Mutilación genital femenina y otras costumbres perjudiciales para la salud materna.
- Eliminación del matrimonio a temprana edad, del matrimonio por obligación, de la edad mínima para el matrimonio y/o el consentimiento libre y total para el matrimonio.

3.2 Disminución de obstáculos para la utilización de servicios de salud materna y neonatal

Con el fin de garantizar que los servicios que se prestan sean adecuados, de la más alta calidad y se utilicen plenamente, los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de programas de salud reproductiva deben garantizar lo siguiente:

- Disminución de los obstáculos para la utilización de los servicios.
- Provisión de los componentes del servicio de salud materna y neonatal por medio de personal capacitado que cuente con material sanitario suficiente, con actualización permanente de sus conocimientos y que actúe bajo estricta supervisión.
- Comprensión y debate por parte de los prestadores de servicios sobre las creencias, costumbres y conductas sanitarias relacionadas con el embarazo y el parto, por ejemplo, alimentación, posiciones para el parto, presencia de familiares para brindar apoyo y costumbres tradicionales, ya sean positivas (lactancia materna) o perjudiciales (mutilación genital femenina).
- Conocimiento por parte de las mujeres y sus familias del lugar en el que se brinda asistencia para la atención prenatal y del parto, y de cómo reconocer los signos de complicaciones.

Debido a que la mayoría de las muertes maternas y perinatales se deben a la imposibilidad de obtener asistencia calificada para la atención de complicaciones en el

parto a tiempo (véase el Cuadro 28), resulta de vital importancia contar con un sistema bien coordinado para detectar complicaciones obstétricas y garantizar la atención inmediata y/o la derivación a un hospital que cuente con servicio de cirugía. Como norma general, el personal sanitario debe saber que mientras más lejos se encuentre el centro de derivación, más rápido se debe decidir la derivación de una mujer con complicaciones de parto.

Los funcionarios y los gerentes de programas de salud reproductiva pueden utilizar el Modelo de las tres demoras para planificar intervenciones que permitan disminuir los obstáculos para la utilización del servicio en sus escenarios (véase la figura 7). Esto puede incluir, por ejemplo, que se garantice un sistema adecuado de derivaciones y que se implemente un sistema de comunicaciones con elementos como radios y teléfonos móviles. Un sistema de derivaciones requiere de protocolos que especifiquen cuándo y a dónde se debe derivar a un paciente y de un registro adecuado de los casos derivados. A su vez, esto implica que entre los miembros de la comunidad, los prestadores de servicios, los centros sanitarios y el hospital existan coordinación y comunicación eficaces además de confianza y entendimiento mutuos.

Cuadro 27: Mejora de la accesibilidad a la asistencia: casas de espera materna

Las casas de espera materna son instalaciones residenciales ubicadas cerca de un centro médico especializado donde las mujeres que se consideran “de alto riesgo” pueden esperar hasta poco antes del parto, o menos si surgieran complicaciones, para que las trasladen a alguna instalación médica cercana. En general, se considera que estas casas de espera materna constituyen un elemento clave de la estrategia para “salvar las distancias geográficas” que existen para la atención obstétrica entre zonas rurales con acceso limitado a instalaciones bien equipadas y áreas urbanas donde se pueda acceder a este tipo de instalaciones. Como parte de un paquete integral de servicios obstétricos, las casas de espera materna pueden constituir una forma económica de acercar a las mujeres a los servicios de atención obstétrica que necesitan.

Fuente: *Maternity waiting homes: a review of experiences*, OMS, 1996. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_21/en/index.html

Cuadro 28: Modelo de las tres esperas. Identificación de los obstáculos para la utilización del servicio.

Aunque la disponibilidad de los servicios de atención obstétrica de emergencia es necesaria para disminuir la mortalidad materna, esto sólo no es suficiente. Cada escenario tiene características que pueden presentar obstáculos para que la comunidad haga uso del centro sanitario. Aunque los servicios funcionen correctamente, las mujeres con complicaciones obstétricas se enfrentan con distintos obstáculos que les impiden acceder a ellos. Algunos de estos obstáculos son económicos, como la falta de dinero para pagar el transporte o los servicios; otros son culturales, como el escaso valor que se atribuye a la vida de la mujer, y otros son geográficos, como las largas distancias y los caminos precarios. Cualquier cosa que demore el acceso al tratamiento puede costarle la vida a una mujer.

Aunque existen muchos factores que pueden provocar demoras, se pueden agrupar mediante un modelo sencillo denominado Modelo de las tres demoras. El modelo detalla los tres tipos de demoras que intervienen en la probabilidad de una muerte materna:

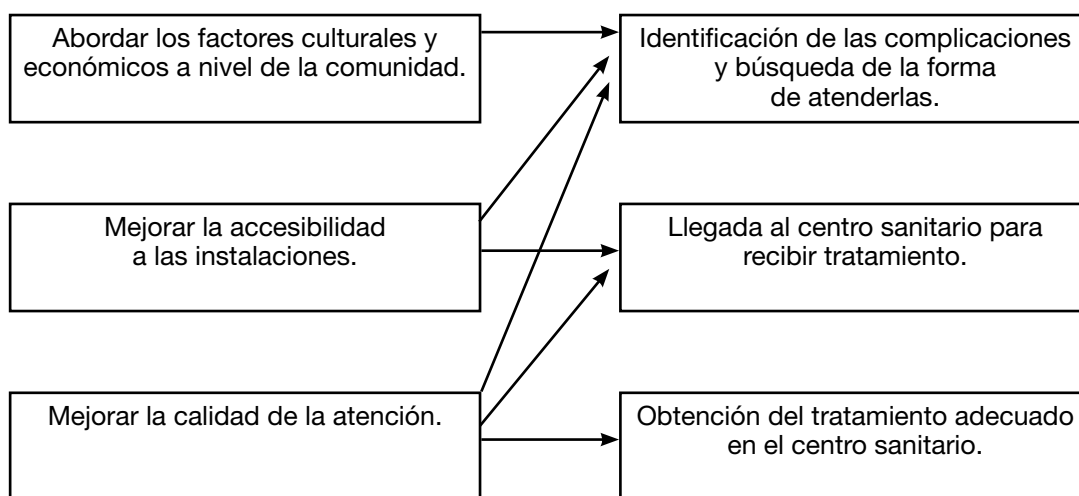
1. **Demora a nivel de la comunidad**, para detectar complicaciones y decidir la búsqueda de asistencia.
2. **Demora para llegar a las instalaciones para recibir tratamiento** (imposibilidad de conseguir transporte, condiciones precarias de los caminos, inseguridad, puestos de control, toques de queda, etc.).
3. **Demora en recibir el tratamiento adecuado en las instalaciones** (ausencia de personal, falta de medicamentos u otros materiales, costo elevado del tratamiento, necesidad de hacer un pago inicial antes de recibir el tratamiento, etc.).

Adaptación de: *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Centro para la Salud de la Población y la Familia, Escuela de Salud Pública, Universidad de Columbia. 1997.

Figura 7: Cómo abordar las tres demoras

¿Qué pueden hacer los funcionarios de salud reproductiva?

Fases de la demora



Adaptación de: *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Centro para la Salud de la Población y la Familia, Escuela de Salud Pública, Universidad de Columbia. 1997.

3.3 Atención prenatal

El servicio ideal de atención prenatal para embarazos sin complicaciones consiste en cuatro consultas prenatales distribuidas de la siguiente manera: la primera, al principio del embarazo; la segunda, entre las 24 y las 28 semanas; la tercera, a las 32 semanas y la cuarta, alrededor de la semana 36. La cantidad de consultas recomendadas puede variar según las normas nacionales.

Los principales objetivos de la atención prenatal son los siguientes:

- Prevenir enfermedades y promover la salud.
- Detectar y tratar problemas de salud preexistentes y las complicaciones que pudieran surgir durante el embarazo.
- Atender a mujeres que necesiten atención especial durante el parto, como aquéllas que hayan tenido una cesárea o hayan sufrido mutilación genital femenina (consulte la sección 3.6: Cuestiones especiales).

Para obtener un panorama general de los tratamientos de atención prenatal, consulte la tabla del Anexo 1.

Prevención y tratamiento del paludismo

El paludismo es la causa del 2% al 15% de la anemia en mujeres embarazadas en África, lo que trae como consecuencia un incremento del riesgo de mortalidad y morbilidad materna. El paludismo también incrementa el riesgo de que se presenten abortos espontáneos, fetos nacidos muertos, nacimientos prematuros y nacimientos con bajo peso. Un promedio del 3% al 8% de las muertes de niños menores de 1 año se puede atribuir a antecedentes de paludismo en la madre.* Para prevenir el paludismo en el embarazo se recomienda lo siguiente:

- Alentar a las embarazadas para que duerman protegidas por mosquiteros tratados con insecticida desde el principio del embarazo y que lo sigan usando, también para el bebé, durante todo el período de posparto. El mosquitero debe cubrir toda la cama y se debe utilizar durante toda la noche.
- Proporcionar tratamiento preventivo intermitente en zonas de paludismo falciparum endémico. Proporcionar a las

* *Malaria prevention and treatment, Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC). Standards for Maternal and Neonatal Care 1.7. OMS 2006. www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/Standards1.7N.pdf.*

embarazadas dos dosis de sulfadoxina-pirimetamina lo antes posible después del primer movimiento fetal. Proporcionar las dosis con un intervalo mínimo de un mes.

- Aconsejar a las mujeres que cubran puertas y ventanas para evitar que los mosquitos ingresen a su vivienda, que eviten salir después de que oscurece o antes del amanecer y que utilicen espirales para matar o ahuyentar a los mosquitos.

Evalúe a las embarazadas que presenten anemia o fiebre y que hayan estado expuestas al paludismo y, en esos casos, realice el tratamiento contra el paludismo según las normas de cada país.

Exámenes para detectar sífilis

En la primera consulta que realice cada mujer embarazada, se le debe realizar un examen de detección de sífilis. La sífilis contribuye a la morbilidad materna y a un mal desenlace del embarazo. Cada año, la sífilis materna es el factor causante de medio millón de fetos nacidos muertos y de abortos naturales, así como de, por lo menos, medio millón de nacimientos de bebés con sífilis congénita. Anteriormente, las pruebas estándar para la detección de sífilis eran difíciles de realizar y no eran adecuadas para los escenarios de atención primaria. Ahora se pueden realizar pruebas sencillas y eficaces de detección de sífilis y obtener resultados inmediatos. De esta manera, si los resultados son positivos, se puede tratar de inmediato a la mujer en el punto de atención.

Cuadro 29: Pruebas para la detección de sífilis

En la mayoría de los países, se usa la prueba de reagin plasmática rápida (RPR) para detectar sífilis. Sin embargo, es difícil utilizar esta prueba en escenarios humanitarios, porque requiere refrigeración, electricidad y personal de laboratorio capacitado. Las pruebas rápidas para el diagnóstico de la sífilis comenzaron a estar disponible en los comercios en los últimos años. En vistas de la importancia del tratamiento temprano para la prevención de la sífilis neonatal, estas pruebas rápidas son un excelente instrumento para incluir en los exámenes de rutina, a fin de detectar la sífilis durante la atención prenatal en escenarios humanitarios que no cuenten con la prueba de RPR. Para obtener más información sobre las pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis, consulte el Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual.

Exámenes de detección del VIH y prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH)*

En el año 2008 se registraron alrededor de 430.000 nuevas infecciones con el VIH en niños, de las cuales más del 90% ocurrieron por transmisión de madre a hijo. Si no reciben tratamiento, aproximadamente la mitad de estos niños infectados morirán antes de cumplir dos años. Sin intervención, el riesgo de transmisión de madre a hijo se ubica entre el 20% y el 45%. Con intervenciones específicas, el riesgo se puede reducir a menos del 2% en mujeres que no amamantan a sus hijos y al 5% o menos en madres que los amamantan.

Recomendaciones y principios fundamentales de la PTMH:

1. Ofrecer asesoramiento y pruebas voluntarias sobre el VIH a todas las embarazadas.
2. Iniciar terapia antirretroviral (TAR), la que se deberá mantener de por vida, para todas las embarazadas infectadas con el VIH que tengan alguna enfermedad clínica grave o en estado avanzado, o un recuento de linfocitos CD4 de 350 células/mm³ o menos, independientemente de los síntomas.
 - ▶ Las mujeres embarazadas que necesitan la TAR para su propia salud deben recibirla.
 - ▶ La prueba de recuento de linfocitos CD4 es de vital importancia para determinar la elegibilidad para recibir TAR y debería estar al alcance de la mayor cantidad posible de personas.
3. Proporcionar a las mujeres que no son elegibles para la TAR, profilaxis antirretroviral (ARV) combinada (ya sea profilaxis con azidotimidina, AZT, o profilaxis ARV con tres drogas) a partir del segundo trimestre y asociarla con la profilaxis del postparto.
4. Proporcionar profilaxis a la madre o al bebé durante el período de lactancia materna en escenarios donde la lactancia materna es la opción de preferencia para alimentar al bebé.

Para obtener más información sobre la PTMH, consulte el Capítulo 10: VIH.

Prevención de enfermedades y promoción de la salud

Además de lo mencionado anteriormente, las medidas preventivas también incluyen la

vacunación contra el tétano y el tratamiento por presunción de uncinariasis.

La educación para la salud y la promoción de la salud tienen los siguientes objetivos:

- Incrementar los cuidados personales saludables como alimentarse adecuadamente, evitar sustancias potencialmente perjudiciales, higiene para prevenir infecciones, descanso y actividades adecuadas y prevención de las ITS y de infección por el VIH, paludismo y anemia.
- Promover la lactancia materna y la preparación para la lactancia.
- Apoyar las conductas de búsqueda de servicios de atención y capacitar a las personas para que reconozcan los signos de peligro y sepan dónde obtener ayuda.
- Promover la planificación familiar posparto o el espaciamiento entre nuevos nacimientos, y la atención neonatal (incluida nutrición, cuidado del cordón umbilical y vacunación).

Necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y en período de lactancia

Durante el embarazo y la lactancia, la nutrición de la mujer requiere cantidades significativamente mayores de calorías, proteínas y micronutrientes. Las mujeres embarazadas necesitan 285 kcal adicionales por día y las mujeres en período de lactancia necesitan 500 kcal adicionales por día. La ingesta adecuada de hierro, folato, vitamina A y yodo es particularmente importante para la salud de la mujer y su bebé. Por lo general, la mayor necesidad de micronutrientes de las mujeres embarazadas y en período de lactancia no se satisface con una ración básica de alimentos. Por lo tanto, deben recibir un suplemento alimentario fortificado adecuado que proporcione de 500 a 700 kcal para la alimentación en el centro sanitario y de 1.000 a 1.200 kcal por ración que se les suministre para llevar al hogar. Las embarazadas deben recibir suplementos diarios de hierro (60 mg por día) y ácido fólico (400 µg por día). Las mujeres en período de lactancia deben recibir suplementos de vitamina A (400.000 UI en 2 dosis de 200.000 UI separadas cada 24 horas por lo menos, dentro de los seis meses posteriores al parto). Fomente la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años de vida o más (consulte la sección 3.4).

* Fuente: *PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*. OMS 2010. www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf.

Preparación para el parto

La atención prenatal ofrece la oportunidad a la mujer y a su prestador de servicios de salud de establecer un plan para el parto y para emergencias basado en las necesidades, los recursos y las circunstancias personales de la mujer. El plan para el parto y para emergencias incluye los deseos de la mujer sobre dónde y de quién recibir atención para el parto y las medidas que se deberán tomar para evitar complicaciones (con relación a transporte, lugar de derivación, fondos de emergencia). Debido a que la mayoría de las complicaciones del trabajo de parto y del parto son impredecibles, se recomienda fomentar la búsqueda de atención por parte de asistentes capacitados para atender partos, en un centro sanitario bien equipado que pueda atender complicaciones potenciales.

Registro de datos clínicos

Todos los hallazgos y tratamientos clínicos provistos durante la asistencia prenatal se deben registrar en una ficha que, en lo posible, pueda conservar la mujer. Un buen sistema de registros es esencial para facilitar la toma de decisiones y las intervenciones adecuadas.

3.4 Asistencia en el parto

Los primeros minutos después del parto son de vital importancia, tanto para la madre como para el recién nacido.

El parto abarca el trabajo de parto, el parto y el período inmediato de posparto. El parto debe tener lugar en un centro sanitario que garantice privacidad y seguridad, y que esté equipado con el material, los medicamentos y el personal necesario. Asimismo, debe tener acceso a medios de transporte para llegar a los centros de derivación y medios de comunicarse con ellos para los casos de atención obstétrica y neonatal de emergencia. Los funcionarios de salud reproductiva deben garantizar que todos los centros de atención sanitaria tengan protocolos clínicos para medidas de precaución estándar que incluyan medios para el manejo de desechos clínicos como el líquido amniótico, sangre y placentas. Se deben respetar las precauciones estándar como el lavado de manos y demás cuidados.

Partograma

En todos los partos se debe utilizar un partograma para el estricto control del avance del trabajo de parto y las condiciones maternas y fetales. El partograma también es una herramienta para tomar decisiones sobre derivaciones y nuevas intervenciones (véase el Anexo 2).

Prevención de hemorragias posparto

Una de las causas principales de mortalidad materna es la hemorragia posparto. El manejo activo del tercer período del trabajo de parto disminuye el riesgo de retención placentaria y hemorragia posparto. Los asistentes capacitados para atender partos deben efectuar dicho manejo activo en todos los casos. El manejo activo del tercer período del trabajo de parto consiste en lo siguiente:

1. Administración de una droga uterotónica, preferentemente la oxitocina, dentro del minuto posterior al nacimiento del bebé.
2. Tracción controlada del cordón umbilical.
3. Masaje externo del útero después de la expulsión de la placenta.

La oxitocina es el uterotónico recomendado para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto atónica. Sin embargo, es posible que en algunos escenarios no se pueda brindar el paquete completo de intervenciones para un manejo activo del tercer período de posparto debido a la falta de personal capacitado, a dificultades para garantizar prácticas seguras para aplicar inyectables o a falta de refrigeración, factores que imposibilitan el uso de oxitocina. En estos escenarios se recomienda el uso de misoprostol. Los trabajadores de la salud que administran misoprostol deben estar capacitados para evitar que se administre antes del parto, para utilizar correctamente el misoprostol (administración oral de 600 miligramos inmediatamente después del nacimiento) y para detectar y tratar los efectos secundarios. En esos casos, no se debe realizar intervención activa para la expulsión de la placenta.*

Atención obstétrica y neonatal de emergencia

Además de la atención esencial que se brinda durante la atención del parto normal a nivel del centro sanitario, se debe brindar atención obstétrica y neonatal básica de emergencia para

* WHO Statement regarding the use of misoprostol for postpartum haemorrhage prevention and treatment. OMS. 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/misoprostol/en/.

Tabla 17: Funciones señal para atención obstétrica y neonatal de emergencia

Atención obstétrica y neonatal básica de emergencia	Atención obstétrica y neonatal integral de emergencia
1. Administrar antibióticos por vía parenteral.	Realizar las funciones señal 1 a 7 más las siguientes:
2. Administrar drogas uterotónicas (oxitocina por vía parenteral).	8. Practicar intervenciones quirúrgicas (por ejemplo, cesáreas).
3. Administrar anticonvulsivos por vía parenteral para la preeclampsia y la eclampsia (sulfato de magnesio).	9. Realizar transfusiones de sangre.
4. Extraer la placenta manualmente.	
5. Extraer los elementos retenidos (por ejemplo, extracción manual o por succión, dilatación y curetaje).	
6. Asistir el parto vaginal (por ejemplo, extracción del feto por succión, parto con fórceps).	
7. Realizar reanimación neonatal básica (por ejemplo, con máscara y bolsa).	
Los centros para atención obstétrica y neonatal básica de emergencia son aquéllos donde se realizan todas estas funciones, de la 1 a la 7.	
Los centros para la atención obstétrica y neonatal integral de emergencia son aquéllos donde se realizan todas las funciones, de la 1 a la 9.	

Fuente: *Monitoring emergency obstetric care, a handbook*. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la organización para la Prevención de la Muerte y Discapacidad Materna (AMDD). OMS. 2009.

tratar las complicaciones principales del parto, incluidos los problemas del recién nacido y la estabilización de la madre antes de derivarla a un hospital. Garantice que los prestadores de servicios de salud estén capacitados en los procedimientos de atención de emergencias obstétricas y neonatales. Exhiba los protocolos de manera visible para todos y tenga los medicamentos, el equipamiento y los materiales pertinentes disponibles en todos los centros sanitarios. Como sucede con las emergencias maternas, las emergencias neonatales no siempre se pueden pronosticar. Por ejemplo, es posible que el bebé no respire y, por lo tanto, en todos los partos, el personal debe estar preparado para la reanimación neonatal. Además, las complicaciones maternas pueden comprometer de manera significativa la salud del bebé, por lo que el personal debe estar también preparado para esta situación.

Las “funciones señal” son intervenciones médicas fundamentales que se utilizan para tratar las complicaciones obstétricas directas que provocan la gran mayoría de las muertes maternas en todo el mundo. La Tabla 17 describe las funciones señal relacionadas con los servicios

de atención obstétrica y neonatal básica de emergencia y los de atención obstétrica y neonatal integral de emergencia. Algunos servicios esenciales no se mencionan, pero están incluidos dentro de estas funciones señal. Por ejemplo, practicar una cesárea implica el uso de anestesia.

Asistencia neonatal inicial

Las muertes neonatales son hasta siete veces más frecuentes que las muertes maternas. Las tres causas principales de mortalidad neonatal son la asfixia perinatal, las infecciones y complicaciones por prematuridad y bajo peso al nacer. Estas afecciones se pueden prevenir y tratar si la mujer tiene acceso a la atención obstétrica y neonatal de emergencia. Se debe capacitar al personal para detectar las emergencias neonatales y derivarlas a centros de atención de mayor complejidad, si es necesario.

La asistencia inicial de bebés normales incluye lo siguiente:

- Mantener al bebé seco y templado, y garantizar el contacto de piel a piel con la madre.

- Fomentar la lactancia materna dentro de la hora posterior al nacimiento si el bebé y la madre están en condiciones de hacerlo.
- Controlar atentamente al bebé para detectar sangrado umbilical, dificultades respiratorias, palidez y cianosis.
- Brindar atención oftalmológica al bebé para prevenir la oftalmía del recién nacido.
- Vacunar al bebé (con vacuna contra la hepatitis B o con vacuna BCG o con ambas, según el protocolo nacional).

La prevención y el manejo de las principales causas de mortalidad neonatal incluyen lo siguiente:

- **Asfixia del recién nacido:** del 5% al 10 % de los recién nacidos necesitan algún tipo de reanimación al nacer. La reanimación neonatal consta de diversas intervenciones, desde la reanimación simple, como mantener al bebé seco y templado, estimularlo, posicionar y despejar las vías aéreas (succión), hasta la reanimación más compleja, como la ventilación (reanimación con máscara y bolsa). Luego de la reanimación, se debe controlar atentamente al recién nacido.
- **Infecciones:** principalmente septicemia, neumonía, tétano y diarrea. Las medidas preventivas incluyen la implementación de prácticas de prevención de infecciones durante el parto, vacunación con toxoide tetánico contra el tétano durante el embarazo, cuidado adecuado del cordón, cuidado de la temperatura del bebé, que debe mantenerse templado, y lactancia materna temprana y exclusiva.
- **Bajo peso al nacer y prematuridad:** las complicaciones asociadas con el bajo peso al nacer y la prematuridad son las siguientes: hipoglucemia, hipotermia, dificultades para alimentarse, ictericia e incremento del riesgo de infección. La asistencia del recién nacido prematuro o con bajo peso al nacer incluye el método de cuidado madre canguro o de piel a piel, mantener a los bebés templados, lactancia materna inmediata y exclusiva, asistencia para la alimentación, así como prevención de infecciones, y detección temprana y tratamiento adecuado de infecciones y otras complicaciones.

3.5 Atención de posparto, materna y neonatal

El período de posparto es un momento en el que la madre y el bebé experimentan rápidos cambios fisiológicos. Las primeras 24 a 48 horas

son las más críticas. El 60% de las muertes maternas y el 40% de las muertes neonatales ocurren en las primeras 24 horas posteriores al parto. Cuando se trata de un parto a término, sin complicaciones, y de un bebé sano, se recomienda mantener en observación a la madre y al bebé en el centro sanitario. Si se da el alta a la madre y al bebé luego de las 48 horas posteriores al parto, un prestador capacitado debe examinarlos dentro de las 24 a 48 horas posteriores al alta. Garantice que los trabajadores sanitarios estén capacitados para reconocer las complicaciones de posparto y derivar a las madres y a los recién nacidos que necesiten la continuación de la observación o el tratamiento. Informe a las familias sobre los signos de peligro que pueden mostrar los recién nacidos y las madres durante el posparto para que, si fuera necesario, busquen atención médica temprana.

Las consultas de posparto brindan la posibilidad de evaluar y discutir temas de higiene, lactancia materna y métodos de planificación familiar así como del intervalo entre embarazos (véase el Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes). Garantice que los prestadores de servicios de salud apoyen la lactancia materna temprana y exclusiva, y que hablen con la madre sobre una nutrición adecuada. Se debe continuar con la administración de comprimidos de hierro y folato e indicar vitamina A y aceite o sal yodados cuando sea necesario. La consulta de posparto también es una oportunidad para pesar al recién nacido y hablar sobre su cuidado con la madre. Se debe derivar a los recién nacidos a clínicas para niños menores de cinco años para que se los vacune y se controle su crecimiento, entre otros servicios para niños sanos.

La **lactancia materna** es particularmente importante en los escenarios humanitarios. Los riesgos asociados con la alimentación por biberón y con los sustitutos de la leche materna se incrementan drásticamente cuando hay falta de higiene, cantidad excesiva de personas en el lugar, y acceso limitado al agua y al combustible. En estas situaciones, la leche materna puede ser la única fuente segura y sustentable para los bebés. La calidez y los cuidados que se brindan durante la lactancia materna son fundamentales para la madre y el niño. Debido a que el amamantamiento es también una actividad tradicional de la mujer, puede ayudar a las mujeres que sufren el desarraigo a preservar su sentido de la autoestima. Por lo tanto, es importante iniciar la lactancia materna dentro de la hora posterior al nacimiento, promover la lactancia materna exclusiva, fomentar la alimentación frecuente

cuando el bebé lo reclama (incluso durante la noche) sin restricciones para la duración ni para la frecuencia del amamantamiento. La lactancia a pedido del bebé durante los seis primeros meses también brinda a la madre protección anticonceptiva, siempre que no se haya reestablecido el período menstrual y no se proporcione otro tipo de alimentación al bebé (véase el Capítulo 5: Planificación Familiar).

Apoye a las mujeres que estén infectadas con el VIH para que tomen una decisión informada sobre la alimentación del bebé. Tome medidas para estar seguro de que las mujeres cuyas pruebas arrojen resultados positivos tengan acceso a la atención del SIDA o a la profilaxis antirretroviral (ARV) para la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) y de que el bebé reciba tratamiento luego del nacimiento (véase la sección 3.4). En los escenarios donde la alimentación de reemplazo (con sustitutos para la leche materna) acarrea riesgos significativos de enfermedad, desnutrición y muerte, será mejor para la salud del bebé que la madre infectada con el VIH lo amamante.

La madre infectada con el VIH (cuyo bebé no esté infectado con el VIH o si se desconoce el estado del bebé en relación con el virus) deberá amamantarlo con leche materna exclusivamente durante los primeros seis meses de vida y, a partir de entonces, agregar alimentos complementarios y continuar amamantándolo durante los primeros doce meses de vida. Se debe suspender la lactancia materna sólo cuando es posible proporcionar al bebé una alimentación segura, con los nutrientes adecuados y suficientes sin necesidad de leche materna* (para obtener más información sobre el VIH, consulte el Capítulo 10: VIH).

3.6 Cuestiones especiales

Aborto sin riesgos y asistencia posterior al aborto

Para obtener más información sobre el aborto sin riesgos y la asistencia posterior al aborto, consulte el Capítulo 7: Asistencia Integral en Casos de Aborto.

Fístula obstétrica

Se estima que más de 2 millones de mujeres tienen una fístula obstétrica no tratada y que se presentan, por lo menos, entre 50.000 y 100.000 casos nuevos cada año.^{***} La causa de la gran mayoría de los casos es el trabajo de parto prolongado o complicado por obstrucción (una de las principales causas directas de mortalidad y morbilidad materna).

Los funcionarios de salud reproductiva deben garantizar que los programas nacionales relacionados con la lucha contra la fístula lleguen a las comunidades de refugiados y de personas internamente desplazadas. Las estrategias para la erradicación de la fístula incluyen la prevención primaria, la prevención secundaria, el tratamiento y la reintegración. La prevención primaria y la secundaria incluyen evitar el matrimonio y el parto a temprana edad, mejorar la alimentación de las niñas y adolescentes, educar para eliminar las prácticas tradicionales perjudiciales, brindar más educación a las mujeres y niñas, y mejorar su posibilidad de acceder a la atención obstétrica de emergencia, especialmente en casos de cesárea. Todos estos componentes se deben incorporar a las campañas y programas de lucha contra la fístula.

Mutilación genital femenina

Las complicaciones del embarazo asociadas con la mutilación genital femenina se detectan al elaborar la historia clínica y realizar el examen ginecológico durante la asistencia prenatal. En los lugares donde la mutilación genital femenina de tipo III^{***} es común, se debe hacer un examen de rutina de la zona vulvar en la primera consulta de asistencia prenatal. La apertura de la infibulación se realiza después del segundo trimestre, luego de orientar cuidadosamente a la mujer y a su pareja. Una vez realizado este procedimiento, deberá hacerse una episiotomía sólo si es necesaria durante el trabajo de parto.

Cuando una mujer con mutilación genital femenina de tipo III sin abrir da a luz, la formación de un tejido rígido alrededor de la abertura vaginal puede causar demoras en la segunda etapa del trabajo de parto y poner en riesgo a la mujer y al bebé. Es posible que sea necesario realizar una episiotomía

* *Infant feeding in the context of HIV. Key Messages.* OMS. 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatic/advice/en/.

** *Obstetric Fistula: Guiding principles for clinical management and programme development.* OMS, 2005. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241593679/en/.

*** MGF de tipo III: escisión parcial o total de los genitales externos y sutura o estrechamiento de la abertura vaginal (infibulación). Aproximadamente, el 15% de las mujeres y niñas sujetas a la mutilación genital femenina son sometidas a este tipo.

anterior y cortar las infibulaciones cicatrizadas, posiblemente extendidas hacia episiotomías laterales, para evitar riesgos durante el parto. Otra opción para el nacimiento del bebé puede ser la realización de una cesárea. Los prestadores de servicios de salud deben estar capacitados para no suturar nuevamente los labios, sino suturar los bordes de manera separada en cada lado para no rehacer la infibulación. La orientación a la pareja debe realizarse con tacto para que comprenda y acepte los cambios posteriores a la desinfibulación. Para obtener más información sobre la mutilación genital femenina, consulte el Capítulo 8: Violencia de Género.

4 Derechos humanos y consideraciones legales

El derecho al embarazo sin riesgos y a sobrevivir después del embarazo forman parte de los derechos internacionales *a la vida, a la salud y a no ser discriminados*, cuya importancia se reconoce en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El goce de otros derechos humanos, como el derecho a una alimentación adecuada, a la vivienda, al agua limpia, a la privacidad, a la información y la educación, también es esencial para garantizar la supervivencia y la salud de la madre y del niño.

La protección y el goce de los derechos humanos relacionados con la salud materna requieren de las siguientes acciones:

- Tomar todas las medidas necesarias para disminuir la mortalidad materna de todas las madres, incluidas las adolescentes.
- Garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y del posparto, así como los servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia para todas las mujeres, incluidas las adolescentes, las mujeres de escasos recursos y las que viven en zonas rurales.
- Disminuir la transmisión de madre a hijo del VIH por medio de la prestación de servicios adecuados de atención prenatal y perinatal, incluido el acceso a medicamentos antiretrovirales (ARV).
- Registrar a los recién nacidos inmediatamente después del nacimiento.
- Eliminar prácticas tradicionales que son perjudiciales para la mujer y el recién nacido, como la mutilación genital femenina, las restricciones alimenticias para la mujer

embarazada, la alimentación y los cuidados preferenciales para los niños de sexo masculino, y el matrimonio y embarazos forzados y a corta edad. El matrimonio a temprana edad puede afectar de manera negativa la mortalidad y morbilidad materna e incluso causar un mayor riesgo de que se produzca una fistula obstétrica. La prevención del matrimonio a temprana edad incluye garantizar la educación primaria de las niñas y garantizar que las niñas casadas o embarazadas no sean obligadas a abandonar la escuela.

- Eliminar las prácticas discriminatorias para el empleo que estén relacionadas con el embarazo. Por ejemplo, solicitar una prueba de embarazo para obtener un empleo es una violación del derecho a la privacidad. Se debería acordar la protección especial del empleo para madres durante un período razonable antes y después del parto, y para las madres que trabajan, se debería acordar una licencia con goce de sueldo y/o beneficios de seguro social adecuados.

4.1 Desafíos y oportunidades

A veces, los prestadores de servicios pueden enfrentar decisiones o dilemas difíciles cuando prestan servicios o brindan información de salud materna y neonatal. La prestación adecuada de atención puede estar restringida por la legislación nacional, por normas sociales o culturales o por errores generalizados sobre medicina. Por ejemplo:

- Las normas sociales pueden impedir a las mujeres dejar sus hogares para dirigirse a centros sanitarios y obtener servicios de salud materna y neonatal, incluido el parto sin riesgos.
- Las leyes que regulan la edad para contraer matrimonio pueden ser diferentes para los varones que para las mujeres, y las mujeres, por lo tanto, pueden no estar protegidas adecuadamente del matrimonio a edad temprana o forzado.
- Es posible que ciertos grupos de escenarios humanitarios (por ejemplo, los de refugiados y personas internamente desplazadas) no tengan acceso a atención obstétrica y neonatal de emergencia que brindan los programas gubernamentales.

Dichas normas, leyes y costumbres pueden estar en desacuerdo con los principios de derechos humanos aceptados internacionalmente. Es posible que como gerente o prestador de servicios de salud reproductiva usted tenga que

enfrentar estos dilemas. Por eso, debe conocer la posición del organismo u organización a la que pertenece con respecto a estas cuestiones de salud reproductiva, e incluirla en el análisis que haga de la situación y en los posibles pasos a seguir. Cuando se encuentre ante una situación difícil, debe priorizar ante todo la seguridad y la salud del paciente así como su propia seguridad y la de sus colegas. Por lo tanto, puede actuar de las siguientes maneras:

- Póngase en contacto con su superior.
- Analice las opciones posibles con su paciente.
- Averigüe si el organismo al que usted pertenece tiene participación en la defensa o promoción del tema y de qué manera puede contribuir.
- Investigue si hay vínculos con organizaciones locales y si existe la posibilidad de derivar a su paciente a alguna de ellas para que reciba mayor asistencia.
- Sin dejar de respetar la confidencialidad de su paciente, determine con colegas y otros prestadores de servicios de salud reproductiva cómo se pueden evitar o resolver situaciones similares en el futuro.
- Exponga estos temas en reuniones de coordinación sanitaria.

5 Supervisión

Investigue cada muerte materna y perinatal.

Las revisiones de los fallecimientos y de situaciones casi fatales son componentes críticos del programa de salud materna sobre los que se debe reflexionar y aprender para promover y supervisar el cambio de las prácticas y promocionar medidas preventivas contra complicaciones adversas y muertes. Existen varios métodos recomendados para la realización de revisiones de muertes y de casos casi fatales, como investigaciones verbales de las causas de muertes y estudios de la morbilidad grave. Una evaluación, en la que no se registren nombres ni se asignen culpas, de los factores que se pueden prevenir que estén asociados con muertes maternas, fetos nacidos muertos y muertes neonatales en los centros sanitarios proporcionará información para mejorar los programas. (Para ver un ejemplo de un formulario de revisión de muertes maternas, consulte el Anexo 4 en el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración).

Para supervisar los programas de salud materna y neonatal, se pueden utilizar los siguientes indicadores:

1. Porcentaje de mujeres embarazadas que asistieron a cuatro consultas prenatales como mínimo durante el embarazo.
2. Disponibilidad de asistencia obstétrica de emergencia: centros de servicios de atención básica e integral.
3. Proporción de nacimientos en centros de asistencia obstétrica de emergencia.
4. Satisfacción de necesidades de asistencia obstétrica de emergencia: proporción de mujeres con complicaciones obstétricas directas importantes que reciben tratamiento en estos centros.
5. Proporción de cesáreas en relación con el total de nacimientos.
6. Tasa de fallecimientos de casos obstétricos directos.

Para obtener más información sobre supervisión, consulte el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración.

6 Lecturas complementarias

- *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Pregnancy, Childbirth, Post partum and Newborn Care: A guide for essential practice.* OMS. 2006. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html.
- *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors.* OMS. 2005. www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html.
- *Integrated Management of Pregnancy and Childbirth (IMPAC): Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives.* OMS. 2003 www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241546220/en/index.html.
- *Monitoring emergency obstetric care, a handbook.* Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la organización para la Prevención de la Muerte y Discapacidad Materna (AMDD). OMS. 2009. www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/en/index.html.

- *Revisiones Cochrane.* www.cochrane.org/reviews.

Anexos

Anexo 1: Intervenciones recomendadas por la OMS para mejorar la salud materna y neonatal

Anexo 2: Partograma

Anexo 1: Intervenciones recomendadas por la OMS para mejorar la salud materna y neonatal

Tabla 18: Atención del embarazo, parto y posparto para la madre y el recién nacido			
	Atención clínica Asistencia de rutina (para todas las mujeres y los bebés)	Asistencia adicional (para mujeres y bebés con enfermedades y complicaciones moderadamente graves)	Asistencia obstétrica y neonatal especializada (para mujeres y bebés con enfermedades y complicaciones graves)
<p>Atención del embarazo, 4 consultas</p> <p><i>Esencial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmación del embarazo. • Supervisión de la evolución del embarazo y evaluación del estado general materno y fetal. • Detección de complicaciones del embarazo (por ejemplo, anemia, hipertensión, sangrado, presentación fetal anormal, embarazo múltiple). • Respuesta a otras dolencias informadas. • Vacunación contra el tétano, prevención y control de la anemia (con suplementos de hierro y ácido fólico). • Información y orientación sobre cuidados personales en el hogar, alimentación, relaciones sexuales seguras, lactancia, planificación familiar, estilo de vida saludable. • Planificación para el parto y para emergencias, consejos sobre signos de peligro y preparación para emergencias. • Registro y elaboración de informes. • Pruebas para la detección de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de complicaciones del embarazo leves a moderadas. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anemia leve a moderada. ▶ Infección del tracto urinario. ▶ Infección vaginal. • Atención posterior al aborto y para la planificación familiar. • Tratamiento de complicaciones graves antes de la derivación. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Preeclampsia y eclampsia. ▶ Sangrado. ▶ Infecciones. ▶ Aborto con complicaciones. • Apoyo a mujeres con necesidades especiales (por ejemplo, adolescentes, mujeres maltratadas). • Tratamiento de la sífilis (para la mujer y su pareja). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de complicaciones graves del embarazo. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anaemia. ▶ Preeclampsia y eclampsia. ▶ Sangrado. ▶ Infecciones. ▶ Otras complicaciones clínicas. • Tratamiento de complicaciones del aborto.
<p><i>Situacional</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas para la detección del VIH y orientación correspondiente. • Tratamiento preventivo intermitente contra el paludismo y promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida. • Tratamiento antiparasitario. • Evaluación de la mutilación genital femenina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) del VIH. <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tratamiento antirretroviral (TAR). ▶ Orientación sobre la alimentación del bebé. ▶ Información sobre los tipos de parto. • Tratamiento de infecciones oportunistas leves a moderadas. • Tratamiento del paludismo sin complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infección grave con el VIH. • Tratamiento del paludismo con complicaciones.

Tabla 18: Atención del embarazo, parto y posparto para la madre y el recién nacido

<p>Atención del parto (trabajo de parto, parto y posparto inmediato).</p> <p><i>Esencial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia durante el trabajo de parto y el parto. ▶ Diagnóstico del trabajo de parto. ▶ Supervisión de la evolución del trabajo de parto y del estado general materno y fetal por medio de un partograma. ▶ Prestación de asistencia de apoyo y alivio del dolor. ▶ Detección de problemas y complicaciones (por ejemplo, presentación fetal anormal, trabajo de parto prolongado, complicado por obstrucción o ambos, hipertensión, sangrado e infección). ▶ Parto y atención inmediata del recién nacido, inicio de la lactancia materna. ▶ Reanimación neonatal. ▶ Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto. • Atención de posparto inmediato a la madre. ▶ Supervisión y evaluación del estado general materno, prevención y detección de complicaciones (por ejemplo, hipertensión, infecciones, sangrado, anemia). ▶ Tratamiento de la anemia poshemorrágica moderada. ▶ Información y orientación sobre cuidado personal en el hogar, alimentación, relaciones sexuales seguras, cuidado de las mamas y planificación familiar. ▶ Consejos sobre signos de peligro, preparación para emergencias y seguimiento. • Registro y elaboración de informes. 	<p>Tratamiento de anomalías y complicaciones (por ejemplo, trabajo de parto prolongado, extracción por succión, presentación de nalgas, episiotomía, reparación de desgarro genital, extracción manual de la placenta).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de complicaciones graves antes de la derivación (por ejemplo, trabajo de parto con obstrucción, sufrimiento fetal, trabajo de parto prematuro, hemorragia grave en el periparto y el posparto). • Tratamiento de emergencias de las complicaciones si el parto es inminente. • Apoyo a la familia en caso de muerte materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de complicaciones severas en el parto y en el posparto inmediato, incluidas las prácticas de cesárea, transfusiones de sangre e histerectomía: ▶ Trabajo de parto complicado por obstrucción. ▶ Presentación fetal anormal. ▶ Eclampsia. ▶ Infecciones graves. ▶ Sangrado. • Inducción y aceleración del trabajo de parto.
<p><i>Situacional</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administración de vitamina A. 	<ul style="list-style-type: none"> • PTMH por tipo de parto, orientación y apoyo para la opción elegida de alimentación del bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de complicaciones relacionadas con la mutilación genital femenina.
<p>Asistencia materna de posparto (hasta 6 semanas).</p> <p><i>Esencial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del estado general materno. • Prevención y detección de complicaciones (por ejemplo, infecciones, sangrado, anemia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de algunos trastornos como anemia leve a moderada, depresión posparto leve. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de todas las complicaciones. ▶ Anemia grave. ▶ Sangrado posparto grave.

Tabla 18: Atención del embarazo, parto y posparto para la madre y el recién nacido

	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y control de la anemia (con suplementos de hierro y ácido fólico). • Información y orientación sobre alimentación, relaciones sexuales seguras, planificación familiar y provisión de algunos métodos anticonceptivos. • Consejos sobre signos de peligro, preparación para emergencias y seguimiento. • Suministro de métodos anticonceptivos. • Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de determinados problemas antes de la derivación, como sangrado posparto grave, septicemia puerperal). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Infecciones posparto graves. ▶ Depresión posparto grave. • Esterilización femenina.
<i>Situacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del paludismo sin complicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del paludismo con complicaciones.
<p>Asistencia neonatal (durante el nacimiento e inmediatamente después del nacimiento).</p> <p><i>Esencial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. • Supervisión y evaluación del estado general del bebé, detección de complicaciones (respiración, infecciones, prematuridad, bajo peso al nacer, heridas, malformaciones). • Prevención y control de infecciones, alojamiento compartido. • Atención oftalmológica. • Información y orientación sobre cuidado en el hogar, lactancia materna e higiene. • Consejos sobre signos de peligro, preparación para emergencias y seguimiento. • Vacunación según las normas nacionales (BCG, HepB, OPV-0). 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia en caso de prematuridad moderada, bajo peso al nacer o nacimiento de mellizos: apoyo para la lactancia materna, temperatura del bebé, evaluación frecuente del estado general y detección de complicaciones, por ejemplo, dificultad para alimentarse, ictericia u otros problemas perinatales. • Seguimiento del método madre canguro. • Tratamiento de las siguientes complicaciones de grado leve a moderado: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Infecciones locales (cordón, piel, ojos, muguet). ▶ Heridas del nacimiento. • Atención de bebés con problemas graves antes de la derivación: <ul style="list-style-type: none"> ▶ bebés muy prematuros o con muy bajo peso al nacer. ▶ Complicaciones graves. ▶ Malformaciones. • Apoyo a la madre en caso de muerte perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de problemas neonatales graves, asistencia general del recién nacido enfermo y tratamiento de problemas específicos: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Parto prematuro. ▶ Dificultad respiratoria. ▶ Septicemia. ▶ Trauma y asfixia graves en el nacimiento. ▶ Ictericia grave. ▶ Método madre canguro. • Atención de malformaciones que pueden corregirse.

Tabla 18: Atención del embarazo, parto y posparto para la madre y el recién nacido

<i>Situacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del uso de mosquiteros tratados con insecticida para dormir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento por presunción de sífilis congénita. • Prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH por medio de la TAR. • Apoyo a la elección de la madre con respecto a la alimentación del bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Sífilis congénita. ▶ Tétano neonatal.
<p>Asistencia postnatal del recién nacido (consultas en el centro sanitario o visitas a domicilio).</p> <p><i>Esencial</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la lactancia materna y del estado general del bebé. • Detección de complicaciones y respuesta a dudas maternas. • Información y orientación sobre el cuidado en el hogar. • Visitas de seguimiento adicionales para bebés de alto riesgo como los prematuros o los que requieren de seguimiento de problemas graves o reemplazo de alimentación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los siguientes trastornos: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Problemas menores a moderados. ▶ Dificultades respiratorias. • Tratamiento de problemas graves antes de la derivación: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Convulsiones. ▶ Incapacidad de alimentarse. • Apoyo a la familia en caso de muerte perinatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de problemas neonatales graves: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Septicemia. ▶ Otras infecciones. ▶ Ictericia. ▶ Retraso del desarrollo.

Anexo 2: Partograma

Modelo de formulario que se puede adaptar. Modificado el 13 de junio de 2003.

PARTOGRAMA	
UTILICE ESTE FORMULARIO PARA SUPERVISAR EL TRABAJO DE PARTO ACTIVO.	
DILATACION CERVICAL	
HALLAZGOS	HORA
Horas de trabajo de parto activo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Horas desde la ruptura de las membranas	
Evaluación rápida 03-07	
Sangrado vaginal (0 + ++)	
Líquido amniótico (con mancha meconial)	
Contracciones en 10 minutos	
Frecuencia cardíaca del feto (latidos por minuto)	
Evacuación de orina	
Temperatura (axilar)	
Pulso (latido por minuto)	
Presión sanguínea (sistólica y diastólica)	
Dilatación cervical (en cm)	
Expulsión de la placenta (hora)	
Oxitocina (horario de administración)	
Aparición del problema. Describir en el espacio inferior	

7

CAPÍTULO SIETE

Asistencia Integral en Casos de Aborto

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	145
2 OBJETIVOS	146
3 EVALUACIÓN DE NECESIDADES	147
3.1 Evaluación de necesidades	147
3.2 Orientación y consentimiento informado voluntario	149
3.3 Evaluación clínica	149
3.4 Prevención de infecciones	149
3.5 Tratamiento del dolor	150
3.6 Evacuación uterina	150
3.7 Prevención del tétano	151
3.8 Atención de complicaciones	151
3.9 Orientación y seguimiento después del procedimiento	151
3.10 Integración de servicios	153
4 DERECHOS Y CUESTIONES LEGALES	153
4.1 Desafíos y oportunidades	154
5 SUPERVISIÓN	154
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	154

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que se interrumpen 42 millones de embarazos por año debido a abortos inducidos, de los cuales se estima que 20 millones son abortos de riesgo, realizados por personas que no están debidamente capacitadas o en un entorno que no cuenta con las normas clínicas estándar. Las muertes y las heridas provocadas por abortos de riesgo continúan siendo un problema grave de salud pública que afecta a familias y comunidades enteras. En el mundo, el 13% de las muertes maternas se produce por abortos de riesgo, de los cuales el 99% se realizan en los países en desarrollo. Lograr embarazos más seguros implica realizar abortos seguros o derivar a las pacientes para que se realicen abortos seguros en la medida que la ley vigente lo permita, así como tratar de manera oportuna y apropiada a todas las mujeres que presenten abortos espontáneos o de riesgo.

Las mujeres y niñas que se encuentran en escenarios humanitarios pueden tener mayor riesgo de embarazos no deseados y abortos de riesgo, por lo que requieren acceso a servicios de aborto seguro y legal.

- Es posible que las mujeres y adolescentes no sigan utilizando sus métodos anticonceptivos por haberlos perdido durante el desplazamiento.
- Es posible que algunas familias deseen no tener hijos hasta que su seguridad y sus vidas dejen de correr peligro, pero no puedan hacerlo por falta de acceso a métodos anticonceptivos debido a la interrupción de los servicios sanitarios.
- En los escenarios de conflicto, se registra un incremento de violaciones y otras formas de violencia sexual.

Asistencia Integral en Casos de Aborto

Para ayudar a los gobiernos, planificadores y prestadores de servicios en la implementación de sus compromisos con la salud y los derechos de la mujer, en el año 2003, la OMS emitió una guía técnica a fin de fortalecer la capacidad de los sistemas sanitarios para brindar atención para abortos seguros y atención posterior al aborto.

La atención posterior al aborto es la estrategia que se utiliza en todo el mundo para disminuir muertes y complicaciones causadas por abortos de riesgo y abortos espontáneos. Esta atención está constituida por cinco elementos:

- **Tratamiento** de abortos incompletos y de riesgo así como de complicaciones que representan un riesgo potencial de muerte.
- **Orientación** para identificar y satisfacer las necesidades propias de la salud emocional y física de la mujer así como otras inquietudes que planteen.
- **Servicios anticonceptivos y de planificación familiar** para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados o para que puedan lograr los intervalos que deseen entre embarazos.
- **Servicios de salud reproductiva y otros servicios sanitarios** que se prestan preferentemente in situ o por medio de derivaciones a otros centros accesibles dentro de las redes de prestadores.
- **Cooperación entre la comunidad y el prestador de servicios** para prevenir embarazos no deseados y abortos de riesgo, movilizar recursos a fin de ayudar a las mujeres a obtener atención adecuada y oportuna en caso de complicaciones de abortos, y garantizar que los servicios sanitarios reflejen y satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad.

La asistencia integral del aborto incluye todos los elementos de la atención posterior al aborto y del aborto inducido seguro en todos los casos que la ley establece y permite. Todos estos elementos contribuyen a la disminución de la muerte materna.

Existe una variedad de opciones técnicas para ayudar a las mujeres a prevenir o sobrellevar el embarazo no deseado, entre las que se encuentran la anticoncepción de emergencia, el aborto por succión y el aborto quirúrgico. Asimismo, una cantidad creciente de países reformó sus leyes sobre el aborto para ampliar el alcance de las indicaciones legales para el aborto, incluidas las indicaciones por violación e incesto.

Motivos por los que se permite el aborto. Porcentaje de países (n=195)



n=195: en el estudio se incluyeron 195 países.

Fuente: *World Abortion Policies*. Nueva York, División de Adquisiciones de las Naciones Unidas (UNPD). 2007. www.un.org/esa/population/publications/2007_Abortion_Policies_Chart/2007_WallChart.pdf

2 Objetivos

Este capítulo tiene como objetivo proporcionar a los funcionarios, gerentes de programas y prestadores de servicios de salud reproductiva lo siguiente:

- Información sobre programación de servicios de aborto seguro y legal, y derivación a dichos servicios en la medida en que la ley lo permita.
- Información médica básica para guiar la prestación del servicio.
- El marco para obtener información precisa y comprender los límites administrativos y reglamentarios relacionados con el país donde trabajan.
- Comprensión de las normas sociales, culturales y religiosas que afectan los servicios de aborto seguro.
- Las herramientas para educar a las comunidades sobre sus derechos.

3 Programación

Las siguientes secciones brindan un esquema de las pautas básicas para garantizar la prestación de servicios integrales y de alta calidad para el aborto.

El resultado de la suma de los servicios de aborto inducido seguro de acuerdo con todas las indicaciones legales y los elementos del modelo de atención posterior al aborto constituye un enfoque integral que apoya a las mujeres para que ejerzan sus derechos sexuales y de reproducción. Lo ideal es que estos servicios se presten en un paquete integral y completo.

Los servicios integrales de atención para el aborto no dependen necesariamente de la disponibilidad de obstetras, ginecólogos o cirujanos. Con la capacitación y el apoyo adecuados, los parteros y otros trabajadores sanitarios de nivel medio pueden prestar servicios de primera línea para el aborto seguro y la atención posterior al aborto, incluso en escenarios ambulatorios. (Véase la Tabla 19).

3.1 Evaluación de necesidades

Cuando planifique los servicios para el aborto, solicite información sobre las necesidades y percepciones de la comunidad, incluidas las preferencias de las mujeres en cuanto al género del prestador y la ubicación de los servicios, y tenga en cuenta la información obtenida.

A menudo, la mayor incidencia de abortos de riesgo es el resultado de leyes que restringen el acceso al aborto. Sin embargo, aun en los lugares donde el aborto es legal, es frecuente que las mujeres carezcan de acceso a servicios de aborto seguro y legal. Las condiciones

permitidas por la ley para el aborto varían de país a país. En algunos países, el acceso está muy restringido, en tanto que en otros, un embarazo se puede terminar a pedido de la paciente o por una amplia variedad de razones clínicas y sociales. Prácticamente todos los países del mundo permiten el aborto seguro y legal en determinadas circunstancias.

Los funcionarios, gerentes de programas y prestadores de servicios de salud reproductiva deben conocer las leyes y normas nacionales sobre el aborto seguro de los países donde trabajan.

- ¿Existe una ley, reglamentación o norma sobre la interrupción del embarazo, la disponibilidad de servicios de aborto seguro y la accesibilidad a esos servicios? Preste particular atención a las siguientes cuestiones:
 - ▶ Motivos por los que se permite el aborto (por ejemplo, motivos terapéuticos, defectos del feto, violación, incesto, salud mental, cuestiones personales).
 - ▶ Límites de tiempo de embarazo para la realización de un aborto y si existen situaciones en se puede omitir la aplicación de esos límites.
 - ▶ Disponibilidad de distintos métodos de aborto (por ejemplo, métodos quirúrgicos como la succión eléctrica o manual, farmacológicos como la administración de mifepristona y misoprostol), y la distribución y suministro de medicamentos para la atención del aborto y el período posterior.
 - ▶ Requisitos para la orientación.
 - ▶ Escenarios donde se puede realizar un aborto y/o el nivel de capacitación del prestador que lo puede practicar o que puede suministrar métodos anticonceptivos.
 - ▶ Disposiciones sobre el costo de un aborto.
 - ▶ Reglamentaciones y expectativas que exigen el permiso de otras personas (esposos, padres, tutores) para realizar el procedimiento (autorización de terceros).
 - ▶ Exigencia de informes obligatorios.
 - ▶ Requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud que se oponen a la realización de abortos (objeción de conciencia) para la derivación a otros colegas que sí prestarán el servicio.
- ¿Existe alguna ley que prohíba o declare ilegal el aborto?

Tabla 19: Asistencia integral en casos de aborto			
	Nivel de la comunidad	Nivel de la atención primaria	Nivel del hospital
Educación e información sobre prevención y consecuencias.	✓	✓	✓
Reconocimiento de complicaciones del aborto.	✓	✓	✓
Medios de transporte para obtener servicios de aborto seguro y tratamiento de complicaciones de abortos de riesgo.	✓	✓	✓
Derivaciones para atención de embarazo, aborto legal seguro o atención posterior al aborto.	✓	✓	✓
Derivación de víctimas de violación o incesto a centros de servicios sanitarios o sociales.	✓	✓	✓
Tratamiento de succión o administración de fármacos en caso de aborto incompleto o aborto seguro dentro de las 12 semanas de embarazo.		✓	✓
Métodos anticonceptivos como la anticoncepción de emergencia y la anticoncepción después de un aborto.		✓	✓
Disponibilidad durante las 24 horas del día para tratamientos de emergencia como rehidratación endovenosa, administración de oxitócicos, pruebas de hematocrito y hemoglobina, y administración de antibióticos.		✓	✓
Derivación y traslado de mujeres con complicaciones muy graves del aborto (septicemia, peritonitis, insuficiencia renal).		✓	✓
Aborto en el segundo trimestre, laparotomía, transfusión de sangre segura, esterilización voluntaria, pruebas para detectar hepatitis, sífilis y VIH.			✓
Atención de complicaciones graves del aborto.			✓

- ▶ ¿Existe alguna ley o reglamentación sobre la atención posterior al aborto, incluida la atención de emergencia luego de un aborto de riesgo? Preste especial atención a los requisitos para las derivaciones y la presentación de informes.
- ¿Existe alguna ley, reglamentación o norma que establezca que, como mínimo, se debe proporcionar información sobre servicios prestados para realizar abortos seguros o para la atención posterior al aborto?

Además del contexto social y jurídico, tenga en cuenta las siguientes cuestiones:

- Contexto epidemiológico.
- Capacitación, calificación y capacidad del personal.
- Materiales y equipamiento.
- Condiciones del centro sanitario.
- Sistema de transporte de emergencia.
- Capacidad del centro de derivación.

3.2 Orientación y consentimiento informado voluntario

Los prestadores de servicios deben tener en cuenta que es posible que las mujeres que buscan atención para un aborto se encuentren en un estado de fuerte estrés emocional o molestia física. Deben garantizar privacidad, confidencialidad y consentimiento previo para el tratamiento. Una excelente orientación brinda apoyo emocional a la mujer y contribuye a la eficacia del procedimiento. La orientación eficaz se construye en su totalidad alrededor de las necesidades e inquietudes de la mujer, y tiene lugar antes, durante y después del procedimiento.

El consentimiento informado voluntario, verbal o escrito, garantiza que la mujer comprende y está de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto, incluidos sus beneficios, riesgos y opciones. El consentimiento informado significa que la mujer toma sus decisiones libremente, sin presión ni coerción de ninguna clase. Los prestadores de servicios pueden documentarlo mediante la firma de la mujer en un formulario de consentimiento. En algunos escenarios, es posible que resulte más adecuado confirmar el consentimiento de manera verbal.

3.3 Evaluación clínica

Los prestadores de servicios deben realizar una evaluación clínica completa que conste de los siguientes puntos:

- Una historia clínica completa sobre la salud reproductiva (incluida la historia sobre violencia sexual).
- Un cuidadoso examen físico y ginecológico (la ecografía y la prueba de embarazo no constituyen condición previa o requisito mínimo para ofrecer servicios de interrupción del embarazo. Es posible detectar un embarazo durante un examen ginecológico bimanual en las primeras 6 a 8 semanas).
- Una evaluación psicosocial.

Las mujeres que concurren a solicitar el tratamiento de un aborto incompleto o de complicaciones del aborto (atención posterior al aborto) deben ser examinadas con especial cuidado, ya que pueden presentar complicaciones con riesgo de muerte. A menudo, la evacuación uterina es un componente importante del manejo de casos y, una vez que la paciente está estabilizada, el procedimiento debe realizarse de manera inmediata.

Es posible que sea necesario trasladar con urgencia a la mujer a un hospital si requiere un tratamiento de complejidad superior a la capacidad del centro sanitario donde la atienden. Se la debe estabilizar antes del traslado.

Embarazo ectópico

Es importante tener en cuenta otras afecciones que pueden conllevar peligro de muerte que provocan un shock, incluido el embarazo ectópico o tubárico. Un embarazo ectópico puede ser potencialmente mortal para la mujer: proporciónale tratamiento de inmediato o dévela lo antes posible a un hospital donde se pueda confirmar el diagnóstico y brindar el tratamiento adecuado.

3.4 Prevención de infecciones

Como sucede con cualquier procedimiento invasivo, los pacientes, prestadores de servicios y personal asistente corren el riesgo de contraer

infecciones por el contacto con agentes contaminantes. Para minimizar el riesgo, siempre se deben seguir las precauciones estándar. Éstas incluyen el uso de protección adecuada (por ejemplo, guantes y barbijos), el manejo cuidadoso de residuos y las precauciones para prevenir heridas (véase el Capítulo 2: PSIM, párrafo 3.3.2, página 37). La infección iatrogénica se previene mediante el cumplimiento de las precauciones estándar, el uso de técnicas asépticas y la seguridad de la inexistencia de infección cervical o su tratamiento antes de realizar procedimientos transcervicales.

Todas las mujeres a quienes se les realiza una evacuación uterina por succión deben recibir una dosis preventiva de antibióticos para reducir el riesgo de infección. Sin embargo, la falta de antibióticos preventivos no es un factor excluyente para la realización de un aborto por succión. Los antibióticos de rutina no son necesarios ni se recomiendan para las mujeres a quienes se les practica la evacuación uterina con métodos farmacológicos. En este caso, se deben reservar los antibióticos para casos de mujeres que muestran signos y síntomas de infección.

3.5 Tratamiento del dolor

Siempre se deben ofrecer medicamentos para el tratamiento del dolor. El objetivo de este tratamiento es contribuir a que la mujer permanezca lo más cómoda posible. El aborto por succión debe practicarse con anestesia local o analgesia por vía oral, como la administración de ibuprofeno. La anestesia general es necesaria en raras ocasiones y expone a la mujer a mayor riesgo.

3.6 Evacuación uterina

Aborto inducido

Durante el primer trimestre, los métodos preferidos para la evacuación uterina por aborto inducido son los siguientes:

- Aborto por succión eléctrica o aborto por succión manual dentro de las 12 semanas completas de embarazo (12 semanas desde el último período menstrual de la mujer).
 - ▶ Después del procedimiento, examine el producto de la concepción para descartar la posibilidad de embarazo ectópico, o de embarazo molar o de aborto incompleto.

- Métodos farmacológicos dentro de las 9 semanas completas de embarazo.
 - ▶ Es preferible una combinación de mifepristona seguida de una prostaglandina como el misoprostol. Cuando no hay mifepristona disponible, la experiencia respalda el uso de misoprostol solo, aunque es menos eficaz que si se lo usa en combinación con la mifepristona y menos eficaz que el aborto por succión. No hay datos suficientes para recomendar que se utilicen estos métodos de aborto una vez transcurridas las nueve semanas completas.

Se debe derivar a las mujeres que se encuentran en el medio o al final del segundo trimestre de embarazo a un hospital con servicio de cirugía para su tratamiento.

Asistencia posterior al aborto

Tanto la succión como la administración de misoprostol son métodos seguros, eficaces y aceptables para la evacuación del útero en la atención posterior al aborto.

Métodos farmacológicos para el aborto inducido dentro de las 9 semanas desde el último período menstrual

Mifepristona y misoprostol

200 mg de mifepristona por vía oral, seguida de 800 µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual 36 a 48 horas después.

Misoprostol solo

El misoprostol solo puede inducir el aborto al principio del embarazo, pero se debe administrar más de una dosis, por ejemplo, 800 µg de misoprostol por vía vaginal o sublingual cada 12 horas y hasta tres dosis. Sin embargo, el misoprostol solo tiene menor eficacia que si se lo combina con mifepristona y generalmente provoca efectos secundarios.

El misoprostol reduce el costo de los servicios de atención posterior al aborto, ya que no requiere de disponibilidad inmediata de elementos esterilizados, quirófanos ni personal capacitado. El uso de misoprostol para el

tratamiento de abortos incompletos es una opción importante en escenarios humanitarios donde es difícil contar con equipos y personal capacitado para practicar abortos por succión manual y donde las derivaciones para evacuación uterina quirúrgica pueden verse demoradas.

El uso de misoprostol para indicaciones obstétricas está evolucionando rápidamente. Los gerentes de programas y prestadores de servicios de salud reproductiva deben mantenerse actualizados sobre la bibliografía

Dilatación y curetaje (D y C)

También conocido como legrado con cureta afilada, este procedimiento ya no se recomienda, salvo cuando no se puede practicar el aborto por succión o no hay métodos farmacológicos disponibles. En los lugares donde la D y C se practica habitualmente, deberá hacerse todo lo posible por reemplazarla por la práctica del aborto por succión o con métodos farmacológicos para mejorar la seguridad y calidad de la atención.

técnica y clínica, en constante evolución. (Véase Lecturas Complementarias).

El uso de mifepristona y/o misoprostol para un aborto seguro y para la atención posterior al aborto requiere que exista un servicio de respaldo para succión en el mismo sitio o mediante una derivación en caso de que no se pueda llevar a cabo la evacuación o si ésta no llega a completarse.

Misoprostol para aborto incompleto hasta 12 semanas desde el último período menstrual

Una dosis de 600 microgramos de misoprostol por vía oral es eficaz y segura.

No hay estudios publicados sobre la investigación del uso de misoprostol para tratar a mujeres con aborto séptico.

3.7 Prevención del tétano

Las mujeres que han tenido un aborto de riesgo realizado con instrumentos sin esterilizar están expuestas al riesgo de contraer tétano. Suministre a la paciente tratamiento de prevención del tétano o dévela si tiene la certeza o la sospecha de que lo padece, particularmente en comunidades donde se han informado casos de tétano posteriores a un aborto. Las mujeres que hayan sido vacunadas con anterioridad deberán recibir una vacuna de refuerzo de toxoide tetánico (TT). Las mujeres que no hayan sido vacunadas con anterioridad o a quienes se les haya administrado la última dosis más de cinco años atrás, deberán recibir inmunoglobulina tetánica (IGT) y toxoide tetánico. Si existe incertidumbre sobre el historial de vacunación de la paciente, se le deberá administrar la IGT y el TT. Si se administra la vacuna y la inmunoglobulina al mismo tiempo, utilice agujas y jeringas separadas, y colóquelas en lugares diferentes. Se debe aconsejar a las pacientes que completen el calendario de vacunación (segunda dosis de TT a los cuatro meses, tercera dosis de TT a los seis meses a un año).

3.8 Atención de complicaciones

Aunque raramente sucede, los procedimientos de evacuación uterina pueden producir complicaciones que deben ser atendidas de inmediato por prestadores capacitados. Las complicaciones graves son raras, pero es importante hacer el seguimiento de todas las pacientes, ya que existe un pequeño riesgo de infección o hemorragia. Garantice que las mujeres tengan acceso permanente a la atención de emergencia durante el tratamiento. Si la mujer requiere un tratamiento que supere la capacidad del centro donde recibe asistencia, establezca su estado antes de derivarla a un centro de mayor complejidad.

3.9 Orientación y seguimiento después del procedimiento

Luego de un aborto, se deben proporcionar instrucciones a las mujeres sobre cómo cuidarse. Los prestadores de servicios deben explicar cuáles son los signos de recuperación normal y cuáles son los signos o síntomas de posibles complicaciones que requieren atención inmediata. También se debe proporcionar información detallada para aplicar después del aborto sobre anticoncepción y protección contra infecciones de transmisión sexual.

Tabla 20: Tiempo de gestación y opciones de evacuación uterina

	Semanas completas desde el último período menstrual																		
	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Métodos de preferencia para el aborto inducido																			
Succión	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Derive a las embarazadas que se encuentren en la mitad o al final del segundo trimestre a un hospital que cuente con equipamiento quirúrgico de emergencia completo para su tratamiento.										
Mifepristona y misoprostol	✓	✓	✓	✓	✓	En proceso de investigación													
Misoprostol solo	✓	✓	✓	✓	✓	En proceso de investigación													
Métodos de preferencia para la atención posterior al aborto																			
Succión	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Derive a las mujeres con abortos incompletos realizados a la mitad o al final del segundo trimestre de embarazo a un hospital que cuente con equipamiento quirúrgico de emergencia completo para su tratamiento.										
Misoprostol solo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓											
Adaptación de: <i>Safe abortion: technical and policy guidance for health systems</i> , OMS, Ginebra, 2003.																			

Se debe programar una consulta que tenga lugar de 10 a 14 días después del procedimiento.

Anticoncepción después del aborto

La falta de acceso a servicios de planificación familiar es uno de los factores principales que contribuye al problema del aborto de riesgo. Inversamente, el embarazo no deseado y, en muchos casos, el aborto de riesgo son los principales indicadores de necesidades no satisfechas de servicios seguros y eficaces de planificación familiar. La aceptación de la anticoncepción y las tasas de continuación son más altas cuando se ofrecen en el lugar del tratamiento inicial. Garantice que todo el personal que brinda atención posterior al aborto sepa cómo dar orientación sobre métodos de planificación familiar y cómo proveer los servicios correspondientes.

Todas las mujeres que reciban atención para abortos deben entender, como mínimo, los siguientes conceptos:

- Es posible la ovulación a sólo 10 días después del aborto, lo que puede dar como resultado un embarazo, incluso antes del regreso de la menstruación.
- Los métodos anticonceptivos, incluidos el dispositivo intrauterino (DIU) o los métodos hormonales, deben iniciarse inmediatamente después de la evacuación uterina.
- No se deben mantener relaciones sexuales por unos días después de la finalización del sangrado para evitar el riesgo de infección.

Para obtener más información sobre servicios de planificación familiar, consulte el Capítulo 5: Planificación Familiar.

3.10 Integración de servicios

Los prestadores de servicios deben identificar otras posibles necesidades de salud reproductiva de cada mujer y derivarla a los servicios pertinentes u ofrecerle la información correspondiente, como la referida al tratamiento de infecciones del tracto reproductivo (véase el Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual) o a la atención posterior a una violación (véase el Capítulo 2: PSIM y el Capítulo 8: Violencia de Género).

4 Derechos humanos y asuntos legales

La falta sistemática de acceso a la atención integral del aborto para las personas afectadas por una crisis constituye una negación de la igualdad de derechos y protección que les otorga la ley internacional de derechos humanos. La siguiente declaración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) respalda las directivas que se ofrecen en este capítulo:

“Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo... (E)n los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de los abortos”.

Programa de Acción del CIPD, párrafo 8.25, El Cairo, 1994.

El respeto, la protección y el goce de los derechos humanos relacionados con el aborto incluyen lo siguiente:

- Dar pasos positivos para disminuir la mortalidad materna, que puede ser causada por abortos de riesgo.
- Garantizar que los estados brinden información para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados.
- Hacer que los servicios de aborto seguro estén disponibles en circunstancias en que el aborto sea legal.
- Eliminar disposiciones punitivas para las mujeres a quienes se les practica un aborto, ya que la declaración de la ilegalidad del aborto puede llevar a las mujeres a buscar procedimientos que conlleven riesgos para su vida y su salud.

Las siguientes son circunstancias en las que se violan los derechos humanos:

- Obligar a una mujer a mantener un embarazo no deseado o que no llegará a término se considera degradante y provoca trastornos mentales (especialmente en casos de violación o incesto).
- Negar tratamiento médico a mujeres que sufren complicaciones por un aborto de riesgo si no proveen información sobre la persona que lo realizó constituye un trato cruel y degradante.
- Las leyes que obligan a los prestadores de servicios a denunciar a mujeres que tuvieron un aborto o necesitan tratamiento por haber tenido un aborto de riesgo viola el derecho de la mujer a la privacidad.
- La falta de confidencialidad en el sistema de salud o los requisitos de consentimiento de terceros para efectuar el procedimiento pueden hacer que las mujeres o niñas desistan de buscar servicios de atención de su salud.
- Obligar a las mujeres discapacitadas o miembros de minorías étnicas a sufrir abortos es una práctica discriminatoria.
- El embarazo forzado es una violación de los derechos humanos y, en algunos casos, un crimen de guerra.

4.1 Desafíos y oportunidades

Los prestadores de servicios pueden enfrentarse con decisiones difíciles o dilemas relacionados con el aborto. Es posible que se encuentren con que su capacidad para brindar atención integral para el aborto está restringida por la legislación nacional, por normas sociales o culturales, o por errores generalizados sobre medicina.

Por ejemplo, aun donde el aborto está legalmente permitido, es posible que el aborto seguro no sea fácilmente accesible, ya que puede haber requisitos adicionales en relación con el consentimiento y para recibir orientación, y a menudo los países imponen un límite al tiempo de embarazo en el que el aborto se puede realizar. Otros desafíos pueden incluir actitudes sentenciosas o desalentadoras por parte de prestadores de servicios de salud, capacidad insuficiente para prestar el servicio de acuerdo con la demanda, servicios de mala calidad o servicios distribuidos de manera desigual. Además, es posible que las mismas mujeres no conozcan que los servicios para el aborto están disponibles para ellas o que desconozcan su derecho a acceder a esos servicios dentro de un marco legal.

Es posible que como gerente de programa o prestador de servicios de salud reproductiva, usted tenga que enfrentar estos desafíos. Es importante que conozca la posición del organismo o de la organización a la que pertenece con respecto a estas cuestiones y que la incluya en el análisis que haga de la situación y en los posibles pasos que se deberían seguir.

Capacite y proporcione equipamiento a todos los prestadores de servicios de salud reproductiva para que brinden información y servicios de atención integral para el aborto a las mujeres o las deriven a servicios de aborto seguro y legal, dentro del marco de la ley. Es esencial que los funcionarios, gerentes de programa y prestadores de servicios de salud reproductiva comprendan claramente lo que está permitido según la ley del país donde trabajan. Los responsables de la elaboración de normas deben trabajar para hacer frente a los obstáculos administrativos y reglamentarios para el acceso al aborto seguro y la atención posterior al aborto.

Ante una situación difícil, su prioridad debe ser el mejor interés del paciente con relación a la salud y la seguridad. También debe tener en cuenta su propia seguridad y la de sus colegas. Por lo tanto, puede actuar de las siguientes maneras:

- Hable con su paciente sobre opciones (por ejemplo, si no le puede suministrar ciertos métodos de aborto, la puede orientar sobre dónde obtenerlos).
- Investigue si hay vínculos con organizaciones locales y si existe la posibilidad de derivar a su paciente a alguna de ellas para que reciba mayor asistencia.
- Sin dejar de respetar la confidencialidad de su paciente, determine con colegas y otros prestadores de servicios de salud reproductiva cómo se pueden evitar o resolver situaciones similares en el futuro.
- Exponga estos temas en reuniones de coordinación sanitaria.
- Póngase en contacto con su supervisor.

5 Supervisión

Supervise y evalúe de manera continua los servicios de aborto seguro y de atención posterior al aborto. Evalúe el nivel de uso de estos servicios y revise los registros de los pacientes, la disponibilidad y el uso adecuado del equipamiento y del material sanitario, y los indicadores específicos de la calidad de la atención. Identifique los cambios y problemas que se presentan, manifieste sus opiniones al personal e intervenga para corregir los problemas detectados.

Para obtener más información sobre supervisión, consulte el Capítulo 3: Evaluación, Supervisión y Valoración.

6 Lecturas complementarias

Lectura fundamental

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. OMS, Ginebra, 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/safe-abortion/safe-abortion.pdf>

Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. OMS, Ginebra, 2003. <http://www.who.int/reproductive-health/impac/index.html>

Lecturas complementarias

Herrick J et al. *Woman-centered postabortion care (trainer's and reference manuals).* Ipas, Chapel Hill, NC, 2004. http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered_postabortion_care_Trainers_manual.aspx

Tabla 21: Indicadores para supervisar la disponibilidad y eficacia de los servicios de aborto seguro y de atención posterior al aborto

Nombre	Definición	Fórmula	Tipo	Fuente de los datos	Observaciones
		Numerador y denominador	Proceso, resultado o efecto		
Servicios* de aborto realizados con la tecnología adecuada.	Proporción de servicios de aborto* realizados con la tecnología adecuada (succión o métodos farmacológicos).	Cantidad de abortos* realizados con la tecnología adecuada / total de abortos x 100	Resultado	Registros de las instalaciones	Los “servicios de aborto”* incluyen el tratamiento de complicaciones del aborto (ya sea en abortos espontáneos, inducidos o de riesgo) y la realización de procedimientos de aborto inducido.
Mujeres que tienen acceso a servicios de aborto* y reciben métodos anticonceptivos antes de ser dadas de alta del centro sanitario.	Proporción de mujeres que reciben servicios de aborto* a las que se proporcionan métodos anticonceptivos antes de ser dadas de alta del centro sanitario.	Cantidad de mujeres que reciben servicios de anticoncepción antes de ser dadas de alta del centro sanitario / cantidad de mujeres atendidas por aborto x 100	Resultado	Registros de las instalaciones	Recomendación: por lo menos un 60% de todas las mujeres que reciben servicios de aborto* deben recibir un anticonceptivo de su elección antes de ser dadas de alta del centro sanitario.
Medida en la que se practican abortos inducidos.	Proporción de mujeres que reciben servicios de aborto* con procedimientos de aborto inducido.	Cantidad de mujeres a quienes se practica aborto inducido en el centro sanitario en un período dado / cantidad total de mujeres que reciben servicios de aborto* en el centro sanitario durante el mismo período x 100	Resultado	Registros de servicios sanitarios y problemas potenciales de registros incompletos, como omisión de casos que no fueron admitidos en el centro sanitario y errores de clasificación.	Con el tiempo, se incrementará la proporción de mujeres a quienes se practica aborto inducido como parte de los servicios de aborto* que se prestan en el centro sanitario. Recomendación: acercarse al 100%.

Hyman A et al. *Woman-centered abortion care (trainer's manual)*. Ipas. Chapel Hill, NC, 2005. <http://www.ipas.org/Publications/Woman-centered-abortion-care-Trainers-manual.aspx>

Misoprostol in Obstetrics and Gynecology. www.misoprostol.org

Frequently asked clinical questions about medical abortion. Organización Mundial de la Salud, 2006. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/en/>



1 INTRODUCCIÓN	157
2 OBJETIVOS	159
3 PROGRAMACIÓN	159
3.1 Coordinación	159
3.2 Evaluación de necesidades	160
3.3 Asistencia de salud reproductiva para víctimas de violencia de género (VDG)	163
3.4 Apoyo psicosocial	165
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	166
4.1 Desafíos y oportunidades	167
5 SUPERVISIÓN	167
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	168

1 Introducción

La violencia de género (VDG) es un término amplio que abarca todo acto perjudicial que sea perpetrado contra la voluntad de una persona y se basa en diferencias sociales (género) entre los hombres y las mujeres.

Los actos de VDG violan diversos derechos humanos universales protegidos por instrumentos y convenciones internacionales. Muchas formas de VDG son actos ilegales y criminales según las leyes y normas nacionales. En el mundo, la VDG afecta más a las mujeres y niñas que a los hombres y niños.

Con frecuencia, los términos “violencia de género”, “violencia contra la mujer” y “violencia sexual y de género” se usan de manera indistinta. El término “violencia de género” resalta la dimensión del género en estos actos; en otras palabras, la relación existente entre la condición de subordinación de la mujer en la sociedad y su creciente vulnerabilidad ante la violencia. Sin embargo, es importante destacar que los hombres y los niños también pueden ser víctimas de la violencia de género, incluida la violencia sexual, particularmente cuando sufren torturas o los detienen.

Esto incluye lo siguiente:

- Violencia sexual, incluida la violación, el abuso sexual, la explotación sexual y la prostitución forzada.
- Violencia doméstica.
- Matrimonio obligado y a temprana edad.
- Costumbres tradicionales perjudiciales como la mutilación genital femenina, los crímenes de honor o el sistema de viudas heredadas.
- Tráfico.

8

CAPÍTULO OCHO

Violencia de Género

Violencia de Género

Cuadro 30: La violencia de género en escenarios humanitarios*

- Aproximadamente de 50.000 a 64.000 mujeres desplazadas internamente en Sierra Leona informaron haber sido víctimas de violencia sexual por parte de los combatientes armados. Y la mitad de las mujeres desplazadas internamente que tuvieron contacto cara a cara con los combatientes informaron haber sufrido violencia sexual.
- El 25% de las mujeres azerbaijanas entrevistadas en el año 2000 por los centros de control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos reconocieron haber sido obligadas a tener relaciones sexuales. Las poblaciones azerbaijanas desplazadas internamente eran las que corrían los mayores riesgos.
- De acuerdo con una encuesta del gobierno realizada en el año 1999, el 37% de las prostitutas de Sierra Leona eran menores de 15 años, de las cuales un 80% estaban solas o eran niñas desplazadas por la guerra.
- La mayoría de las mujeres Tutsi en el genocidio de Ruanda de 1994 sufrieron algún tipo de violencia de género, y se estima que entre 250.000 y 500.000 de ellas fueron víctimas de violación.
- Se estima que entre 20.000 y 50.000 mujeres fueron víctimas de violación durante la guerra de Bosnia y Herzegovina a principios de los años noventa.
- Tras desastres naturales, los informes de campo sobre los efectos sociales incluyen distintos tipos de violencia, como en este relato de una inundación en Australia: “Las relaciones humanas quedaron expuestas, y las fortalezas y debilidades se pusieron de repente en evidencia. En consecuencia, las mujeres socialmente aisladas quedaron más aisladas, la violencia doméstica aumentó y la esencia de las relaciones familiares, conyugales y de amistad quedó desprotegida”. También se notó una mayor violencia contra la mujer en los informes de las Filipinas después de la erupción del volcán del Monte Pinatubo, de América Central y del Norte, después del huracán Mitch, y de varios países, después del tsunami del año 2004.

* *Fuente: Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia. Comité Permanente entre Organismos, 2005.*

La naturaleza y magnitud de los tipos específicos de VDG varía según las culturas, los países y las regiones. Aunque no hay suficientes informes sobre la violencia de género en escenarios humanitarios, se ha documentado durante crisis humanitarias (véase el Cuadro 30).

Las consecuencias de la violencia de género pueden ser el resultado directo e inmediato de actos de violencia o tener resultados prolongados, según se muestra a continuación:

- Las **consecuencias físicas** van de lesiones relativamente menores a lesiones graves que causan la muerte o discapacidades permanentes; embarazos no deseados, abortos de riesgo y con complicaciones; desenlaces adversos de embarazos, incluidos el aborto natural, el bajo peso al nacer y la muerte fetal; infecciones de transmisión sexual como la infección por el VIH, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, síndromes de dolor crónico o infecciones del tracto urinario.

- Las **consecuencias psicológicas** incluyen: trastornos de ansiedad, incluido el trastorno por estrés postraumático (TEP); depresión; sentimientos de inferioridad; incapacidad para confiar; miedo; mayor consumo y consumo excesivo de sustancias; alteraciones del sueño; trastornos alimentarios, disfunciones sexuales y suicidio.
- La VDG también tiene un gran impacto en la **salud social** de una persona y de la comunidad en tanto significa un estigma, el aislamiento y el rechazo (incluso los que provienen del esposo y de las familias), la disminución de la posibilidad de ingresos de las mujeres, la interrupción de la educación de los adolescentes y hasta el homicidio (por ejemplo, el asesinato de honor y el infanticidio femenino).

2 Objetivos

Este capítulo trata sobre la responsabilidad que tienen los funcionarios, personal de programas y prestadores de servicios de salud reproductiva en la prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia de género en la salud. Los objetivos de este capítulo están destinados a ayudar a dichos responsables a lograr lo siguiente:

- Conocer los diferentes tipos de VDG.
- Comprender el enfoque multisectorial en la prevención y el tratamiento de la VDG.
- Apoyar la integración de los elementos de prevención y tratamiento de la VDG en el sector o grupo sanitario.

3 Programación

La prevención de la violencia sexual y la prestación de servicios de atención médica confidencial para las víctimas de violaciones es parte del Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) de salud reproductiva en situaciones de crisis (véase el Capítulo 2: PSIM). Una vez implementado el PSIM, los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva, en colaboración con otros sectores o grupos pertinentes, deben trabajar para expandir la atención médica y psicológica, y el apoyo social para las víctimas de violaciones y de otras formas de VDG, así como las iniciativas de apoyo para prevenirla.

3.1 Coordinación

Hasta el momento, el **modelo de programación multisectorial** constituye la “mejor práctica” para la prevención y el tratamiento de la violencia de género en escenarios humanitarios. Las características clave de este modelo multisectorial incluyen el total compromiso de la comunidad afectada, la cooperación y colaboración interdisciplinaria e interorganizacional, y la coordinación entre los servicios sanitarios, psicológicos, legales y de seguridad al momento de dar tratamiento a las necesidades de las víctimas de la VDG.

El principio sobre el que se fundamenta este modelo reconoce los derechos y necesidades de las víctimas de la violencia de género como factor esencial del acceso a servicios que brinden respeto, apoyo, garantías de confidencialidad y seguridad, y que tengan la capacidad de determinar el conjunto de medidas necesarias para el tratamiento del incidente de VDG.

Debido a la importancia de la colaboración multisectorial en los programas contra la VDG, los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva deben participar activamente en un proceso destinado a determinar claramente los roles y las responsabilidades, así como la colaboración dentro de los sectores y entre ellos para la prevención y el tratamiento de la VDG. Los resultados de este proceso por lo general se conocen como Procedimientos operativos estándar (POE) para el tratamiento de la VDG. La creación de los POE se debe realizar mediante acuerdos, es decir, es un **proceso colaborativo que se lleva a cabo por medio de una serie de consultas** con los participantes y actores clave del escenario (consulte las Lecturas complementarias).

Debido a que todos los sectores y grupos tienen un rol que cumplir en la prevención y tratamiento de la violencia de género, este proceso debe incluir, como mínimo, a representantes de los sectores de la salud, psicosociales, de la seguridad, legales, de justicia y de protección (organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, organismos de la comunidad y autoridades gubernamentales pertinentes, según corresponda).

Los representantes de otros sectores o grupos (entre ellos, los de educación, alimentación y nutrición, administración de campamentos, planificación de sitios y refugios, y provisión de agua e instalaciones sanitarias) también deben participar en la creación de los POE.

Dentro del modelo multisectorial, las responsabilidades del sector o grupo sanitario incluyen las siguientes: proporcionar atención a las necesidades de salud física y psicológica de las víctimas de violaciones, mutilación genital femenina u otras formas de VDG; recolectar información forense cuando corresponda; derivar a las víctimas para que reciban mayor atención médica o apoyo psicológico; dar testimonio en los casos en que una víctima decida iniciar acciones legales y crear conciencia de la VDG.

3.2 Evaluación de necesidades

Integre las consideraciones sobre la violencia de género con la evaluación de necesidades para una planificación integral de los servicios de salud reproductiva. Dentro del marco multisectorial, los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva son parte del sector o grupo de salud y deben colaborar con los actores de otros sectores o grupos que participan en la programación contra la VDG para recolectar la siguiente información:

A nivel de la comunidad:

- Nivel de concientización sobre las consecuencias de la VDG en la salud y sobre cuándo y cómo acceder a los servicios sanitarios pertinentes.

A nivel del programa:

- Actores internacionales y locales que trabajan sobre la VDG.
- Existencia de procedimientos operativos nacionales, multisectoriales y entre organismos, y protocolos, prácticas y formularios para elaborar informes.
- Ubicación y tipos de servicios que prestan asistencia a las víctimas de la VDG (servicios de salud, de apoyo a la comunidad, sociales, psicológicos, legales).
- Grado de cumplimiento de las normas éticas y de seguridad para los servicios sanitarios (seguridad, privacidad, confidencialidad, respeto).
- Necesidades de capacitación del personal de programas de salud reproductiva y de los prestadores de servicios de atención sanitaria.
- Tipos y cantidad de casos de VDG informados en los centros de servicios sanitarios.

Es generalmente aceptado que la VDG y, en particular, la violencia sexual no sea denunciada en casi ninguna parte del mundo. Las víctimas temen consecuencias sociales, físicas, psicológicas o legales potencialmente perjudiciales si divulgan la situación. En escenarios caracterizados por la inestabilidad, la inseguridad, la pérdida de autonomía, el incumplimiento de la ley y la alteración extendida de los sistemas de soporte de la comunidad y la familia, la divulgación es incluso menos probable. Toda información disponible, en cualquier escenario, sobre los informes de VDG de fuentes policiales, legales o de la salud u otra índole representarán solamente una pequeña proporción de la cantidad real de incidentes de VDG.

Toda investigación sobre violencia sexual y otras formas de VDG se debe diseñar y llevar a cabo con un conocimiento de la situación y teniendo en cuenta cómo se utilizará la información, quién la verá, cómo se la informará, a quién y con qué propósito, y quién será beneficiado. Tenga en cuenta las cuestiones éticas y de seguridad en todo momento al recolectar, analizar y dar a conocer información sobre la VDG (véase el Cuadro 31).

A nivel de la nación tenga en cuenta lo siguiente:

- Los protocolos nacionales relacionados con la atención y derivación médica de casos de VDG.
- Las leyes nacionales relacionadas con la VDG: tipos de VDG mencionados (por ejemplo, mutilación/ablación genital femenina, matrimonio forzado, delitos contra el honor, agresión sexual, abuso sexual de menores, prostitución forzada).
- La definición legal de violación. La edad legal de consentimiento sexual. ¿Difiere de los niños a las niñas?
- Las leyes nacionales sobre la interrupción de embarazos como resultado de una agresión sexual.
- Las leyes sobre la obligación de denunciar los casos de abuso y agresión sexual.
- Los funcionarios de prestadores de servicios de salud autorizados a recolectar evidencia forense y el tipo de evidencia forense permitida en los tribunales de justicia.
- Los planes y las normas nacionales para eliminar la VDG. ¿A qué tipos de VDG apunta el plan?

Cuadro 31: Recomendaciones éticas, metodológicas y de seguridad para documentar y compartir información sobre los casos de VDG informados a los servicios de salud reproductiva

Cuando documenta información, debe tener en cuenta lo siguiente:

- La atención y el apoyo básicos para las víctimas deben estar disponibles antes de comenzar con cualquier actividad que pueda implicar la divulgación de información por parte de individuos sobre sus experiencias de VDG.
- La protección y seguridad de los prestadores de servicios que participan en la recolección de información sobre VDG es de suma importancia y, en los escenarios humanitarios en particular, se deben supervisar de manera continua.
- En todo momento, se debe proteger la confidencialidad de las personas que proporcionan información sobre VDG y deben prestar su consentimiento informado antes de que se documente su información.
- Los prestadores de servicios de salud reproductiva que brindan atención a las víctimas de VDG deben ser seleccionados cuidadosamente y recibir la suficiente capacitación especializada y relevante, además de recibir apoyo continuo.
- Se deben incluir medidas de seguridad adicionales si hay niños involucrados (es decir, menores de 18 años).

Cuando comparte información, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Recuerde la audiencia y el uso posible de la información y brinde asesoramiento sobre la interpretación de la información.
- Proporcione el contexto de todos los datos informados. Si la conoce, y es seguro hacerlo, proporcione información sobre los campamentos, las clínicas o los distritos donde se informaron los casos. Sea específico, por ejemplo, “casos informados de una cantidad x de centros sanitarios”.
- Solamente comparta una descripción integral de un incidente que no pueda ser relacionada con la víctima (la fecha y ubicación precisas, la información de la víctima, origen étnico, edad, sexo y hallazgos médicos se incluirán únicamente cuando sea seguro hacerlo).
- Proporcione información adicional que pueda haber contribuido a cambios en la cantidad de casos informados del período anterior informado. Por ejemplo, más servicios disponibles, campañas públicas de información, aumento repentino de ataques violentos. Siempre que sea posible, se debe recolectar información sobre el lugar donde sucedieron los incidentes e informar junto con la cantidad total.
- Clasifique todas las tablas y los informes de manera correcta para evitar que la información sea tomada fuera de contexto.

Adaptación de: Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Alto a la violación. UN Action against Sexual Violence in Conflict. Reporting and Interpreting Data on Sexual Violence from Conflict-Affected Countries, “Do’s and Don’t’s”.

Cuadro 32: Violencia de género: algunas definiciones

Violencia sexual

Todo acto sexual, intento de consumir un acto sexual, comentarios o avances sexuales no deseados, o acciones para traficar sexualmente a una persona, mediante el uso de coerción, intimidación o fuerza física, de cualquier persona independientemente de la relación con la víctima, en cualquier situación, incluidos, entre otros, el hogar y el trabajo.

La violencia sexual incluye lo siguiente:

Violación/intento de violación

La violación es un acto de relación sexual no consensuada. Puede incluir la invasión en cualquier parte del cuerpo con un órgano sexual o la invasión de los genitales u orificio anal con cualquier objeto o parte del cuerpo. La violación y el intento de violación implican el uso de fuerza, intimidación o coerción. Los esfuerzos por violar a alguien que no tiene como consecuencia la penetración se consideran intentos de violación.

Abuso sexual

Es la intrusión física real o amenazada, de tipo sexual, ya sea por la fuerza o bajo condiciones coercitivas o de desigualdad. (Véase también “explotación sexual”).

Explotación sexual

Es cualquier abuso real o intento de abuso de una posición de vulnerabilidad, desigualdad en las relaciones de poder o confianza, y para propósitos sexuales, lo cual incluye, entre otros, beneficiarse económica, social o políticamente de la explotación sexual de otro individuo. (Véase también “abuso sexual”).

Violencia doméstica (también conocida como “violencia por parte de la pareja”)

La violencia doméstica ocurre entre personas que tiene una relación íntima (cónyuges, novios o novias) como así también entre miembros de la familia (por ejemplo, suegras y nueras). La violencia doméstica puede incluir abuso sexual, físico y psicológico. Otros términos usados para hacer referencia a la violencia doméstica infligida por la pareja incluyen “abuso conyugal” y “maltrato a la mujer”.

Mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos que conllevan la ablación parcial o total del aparato genital externo femenino u otro tipo de lesión en los órganos genitales femeninos por razones no médicas. Estas prácticas también se denominan, a veces, “circuncisión femenina” o “ablación genital femenina”.

Matrimonio forzado a edad temprana

Esto ocurre cuando los padres u otros programan y obligan a un menor a contraer matrimonio con alguien. El matrimonio forzado puede ocurrir cuando se ejerce presión o se obliga a un menor a contraer matrimonio, y puede ser por razones relacionadas con la dote o de otra índole. El matrimonio forzado es una forma de VDG porque el menor no puede tomar una decisión informada, o no tiene la edad suficiente para hacerlo.

Fuente: Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia, Comité Permanente entre Organismos, 2005 y GBV Tools Manual for Assessment and Programme Design, Monitoring and Evaluation in conflict-affected settings, Consorcio para la Salud Reproductiva de los Refugiados (Consorcio RHRC), 2004.

3.3 Atención de la salud reproductiva para las víctimas de VDG

Los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva deben garantizar que los prestadores de servicios estén capacitados para proporcionar atención clínica competente, confidencial y humanitaria a las víctimas de VDG y que cuenten con el material sanitario para hacerlo.

Para obtener definiciones sobre los diferentes tipos de VDG, consulte el Cuadro 32.

Violación

Por lo general, las violaciones no son denunciadas, incluso en los escenarios humanitarios. No obstante, los prestadores de servicios de salud reproductiva, en todos los escenarios, deben estar preparados para proporcionar asistencia a las víctimas de violación desde el comienzo de la respuesta humanitaria. La prevención de la violencia sexual y la respuesta a este problema es un componente del PSIM. Para obtener más información sobre el tratamiento clínico de las víctimas de violación, consulte el Capítulo 2: PSIM, párrafo 3.2.3, pág. 25.

Violencia doméstica o por parte de la pareja

En un estudio de la OMS sobre la violencia doméstica y la salud de la mujer, se observó que entre el 15% y el 71% de las mujeres denunciaron violencia sexual o física por parte de su marido o pareja; entre el 4% y el 12% de las mujeres denunciaron haber sido abusadas físicamente durante el embarazo; el tráfico de mujeres y niñas para su explotación sexual o para realizar trabajo forzado es cada vez más común y, a menudo, afecta a las personas más vulnerables; y una de cada cinco mujeres y uno de cada diez hombres denunciaron haber sufrido abuso sexual cuando eran niños.⁷

Los prestadores de servicios de salud reproductiva pueden desempeñar un papel importante en la detección, derivación y atención de mujeres que viven en situaciones de violencia. A menudo, las mujeres víctimas de abuso buscan atención médica, incluso cuando no divulgan la situación de violencia. Por lo tanto, las intervenciones de los prestadores de servicios de salud reproductiva pueden reducir potencialmente los efectos a corto y largo plazo

de la VDG en la salud de las mujeres y sus familias. En colaboración con los coordinadores de servicios de salud debe garantizar que suceda lo siguiente:

- Todo el personal clínico y de recepción deben conocer los problemas de VDG.
- Todo el personal debe comprender y aplicar los cuatro principios fundamentales de **seguridad, respeto, confidencialidad y no discriminación**.
- Se deben exhibir carteles y folletos que condenen la violencia y proporcionen información sobre los grupos de apoyo.

Capacite a todos los prestadores de servicios de salud reproductiva para que reconozcan los signos de violencia doméstica y sepan cómo responder ante sospechas de abusos o denuncias, entre las que se incluyen las siguientes opciones:

- Si se sospecha de un abuso (si el prestador observa moretones sin explicación alguna u otras lesiones), los prestadores deben indagar de manera privada, cuidadosamente y sin críticas para obtener más información, por ejemplo: “¿Alguna vez su pareja u otra persona importante para usted le lastimó o dañó físicamente (como por ejemplo golpeó, pateó o quemó)?” o “¿le tiene miedo a su pareja?”.
- Mantenga la confidencialidad dado que la víctima u otros parientes podrían ser víctimas de daños adicionales. Asegúrese de que la persona cuenta con un lugar seguro para ir. Si la mujer tiene que regresar con el abusador, pueden existir represalias, especialmente si el abusador sabe que se denunció el caso. Ayúdela a evaluar su situación actual: “¿Usted o sus hijos se encuentran en peligro inmediato?”, “¿se siente segura para ir a su hogar?”, “¿le gustaría recibir ayuda con respecto a esta situación en el hogar?”.
- Ofrezca información y derivación para acceder a asesoría legal, social u otros servicios. Ayúdela a identificar las fuentes de apoyo como la familia y los amigos, los grupos locales de mujeres, refugios y servicios legales. Aclárele a la víctima que no está sola.
- Derívela a los servicios posteriores a la violación u otros tratamientos médicos en caso de ser necesario.

⁷ Hoja informativa n.º 239, Violencia contra la mujer. OMS, noviembre de 2008. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/print.html.

Mutilación o ablación genital femenina

Se calcula que de 100 a 140 millones de mujeres y niñas han sufrido alguna forma de mutilación genital femenina (MGF) y, cada año, 2 millones de niñas se encuentran en riesgo de estar sometidas a esta práctica. La mayoría de estas mujeres y niñas vive en África subsahariana, aunque algunas viven en Medio Oriente, Asia y otras regiones. Los funcionarios y gerentes de programas de salud reproductiva deben tener en cuenta que la MGF y las consecuencias en la salud relacionadas con esta práctica pueden ser comunes entre la población de los escenarios en los que trabajan.

La mutilación genital femenina se clasifica de la siguiente manera:

Tipo I: escisión del prepucio del clítoris con o sin la escisión total o parcial del clítoris.

Tipo II: escisión del clítoris con la escisión parcial o total de los labios menores.

Tipo III: escisión parcial o total de los genitales externos y sutura o estrechamiento de la abertura vaginal (infibulación). Aproximadamente, el 15% de las mujeres y niñas sujetas a la MGF son sometidas a este tipo.

Tipo IV: sin clasificar. Este tipo incluye la punción, perforación o incisión del clítoris o los labios, la cauterización del clítoris, el raspado del orificio vaginal o la ablación de la vagina, y cualquier otro procedimiento realizado en el aparato genital femenino por razones no médicas.

Consecuencias en la salud

Es probable que las mujeres y niñas sometidas a las formas más graves de MGF sufran particularmente complicaciones graves y a largo plazo. Algunos efectos son inmediatos, otros aparecen algunos años más tarde. Se encuentran disponibles documentación y estudios sobre la naturaleza de las complicaciones físicas, pero hay pocos estudios sobre los efectos sexuales o psicológicos de la MGF o sobre la frecuencia en la que se producen complicaciones. Se desconoce la tasa de mortalidad de las niñas y mujeres sometidas a la MGF.

Algunas complicaciones inmediatas incluyen: hemorragias (una de las complicaciones más comunes), crisis, infecciones, incluidas tétano y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), retención urinaria, lesiones en los órganos próximos, próximos (como la uretra, la vagina o el recto), fístulas.

Las complicaciones a largo plazo incluyen: sangrado después de la desinfibulación (apertura de la vagina para permitir las relaciones sexuales o el parto), dificultades en la menstruación, dificultad al orinar, infecciones recurrentes en el tracto urinario, incontinencia, infecciones pélvicas crónicas que causan aborto o infertilidad, abscesos y quistes dermoides, mayor riesgo de transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), sensibilidad sexual reducida y relaciones sexuales dolorosas. Los problemas durante el embarazo y el parto son comunes en las mujeres que fueron sometidas a la MGF tipo II, debido a la rigidez y obstrucción del tejido cicatricial. Es posible que existan partos prolongados y obstruidos, asfixia neonatal, laceraciones maternas, hemorragias, fístulas e infecciones.

El trauma psicológico del procedimiento puede dejar una cicatriz emocional de por vida y reducir la confianza en los prestadores de cuidado. El impacto físico y psicológico de la mutilación genital femenina puede también contribuir al desarrollo de problemas en las relaciones sexuales.

Es importante recordar que no todas las mujeres que fueron sometidas a la MGF experimentarán algún problema de salud relacionado en particular. Por otra parte, es posible que las mujeres desconozcan que los problemas de salud que padecen son consecuencia de la MGF.

Atención clínica

Los prestadores de servicios de salud reproductiva deben estar capacitados para entrevistar y llevar a cabo un examen físico de las mujeres que fueron sometidas a la MGF, reconocer y proporcionar información adecuada, asesoramiento, apoyo, tratamiento o derivación para que reciban un tratamiento adicional de las complicaciones relacionadas con esta práctica de manera confidencial, privada y sin críticas.

En los escenarios donde la MGF tipo III es común, los gerentes de programas de salud reproductiva deben garantizar que los prestadores de servicios de salud reproductiva

Convertir a la MGF en una práctica médica, es decir, que profesionales de la salud dañen de manera intencional órganos sanos por razones no terapéuticas, es un paso erróneo y no ético que no aborda la injusticia fundamental de la mutilación genital femenina.

estén capacitados para practicar la infibulación cuando sea necesario o conozcan cuándo y dónde consultar por este procedimiento.

La **planificación familiar** es adecuada tanto para las mujeres y niñas con MGF como para otro tipo de pacientes (véase el Capítulo 5: Planificación Familiar). Las mujeres que fueron sometidas a la infibulación pueden tener dificultades para usar un método que deba ser insertado en la vagina, por ejemplo, un dispositivo intrauterino (DIU), condones femeninos y anillos vaginales. Dado que las mujeres con MGF de cualquier tipo, a menudo, son más propensas a infecciones en el tracto vaginal, se puede insertar un DIU únicamente después de haberlo considerado cuidadosamente.

Garantice que los prestadores de servicios de salud reproductiva que tienen responsabilidades de parteros estén capacitados para evaluar y tratar a las mujeres con complicaciones como consecuencia de la MGF durante **el embarazo, el trabajo de parto y el parto, y el período posparto**. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 6: Salud Maternal y Neonatal).

Prevención

En los lugares donde se practica ampliamente la mutilación genital femenina, ésta recibe el apoyo tanto de hombres como de mujeres y se puede entender como una costumbre social, regida por recompensas y castigos. Esta práctica, por lo general, se mantiene por creencias religiosas, la madurez de la mujer y la moralidad sexual, y se considera necesaria para poder contraer matrimonio. Por lo tanto, los gerentes de programas de salud reproductiva deben trabajar en colaboración con las partes interesadas locales, particularmente las ONG, como así también con organizaciones profesionales, a fin de que la comunidad tome una decisión conjunta para abandonar esta práctica. Organice debates y comparta información en la comunidad para fortalecer y respetar a las mujeres y niñas, resolver problemas, proporcionar información sobre el funcionamiento del cuerpo de la mujer, las consecuencias perjudiciales de esta práctica y los beneficios de abandonarla. En el programa, se debe incluir la atención a las mujeres con mutilación genital femenina.

Matrimonio forzado a edad temprana

En los lugares donde el matrimonio a edad temprana es común, garantice que los prestadores de servicios de salud reproductiva

conozcan los riesgos de salud reproductiva para los adolescentes, incluidas las complicaciones relacionadas con el embarazo, tales como parto obstruido e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Los prestadores de servicios de salud reproductiva deben estar capacitados para asesorar adecuadamente a los adolescentes y comprender cómo el matrimonio a edad temprana puede alterar la movilidad de una niña y su participación en la escuela. La información proporcionada en el primer contacto con las niñas casadas es de vital importancia porque es posible que no puedan acceder a los servicios de salud reproductiva con frecuencia. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes.

3.4 Apoyo psicosocial

Nota: Esta sección está adaptada de las *“Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias”*, Hoja de acción 8.3. Comité Permanente entre Organismos, 2005.

Las víctimas de violencia de género pueden experimentar varias consecuencias psicológicas, como tristeza y depresión, autorreproches, angustia somática, problemas sexuales, cambios de humor, enojo y problemas de ansiedad (insomnio, miedo, estrés y miedo a “enloquecer”). Para la mayoría de las víctimas, estas experiencias son respuestas emocionales normales a un trauma. Gracias al apoyo social y emocional, muchas víctimas aprenden a superarlo y con el tiempo, la angustia disminuye.

También hay consecuencias sociales. La mayoría de las sociedades tienden a culpar a las víctimas de violencia sexual. El estigma social, el aislamiento y el rechazo, incluso de parte de los maridos y familiares, son consecuencias graves que, a menudo, dificultan la recuperación emocional debido al abandono de las actividades diarias y del apoyo social.

Garantice una coordinación estrecha entre los servicios de apoyo clínicos y psicosociales. El apoyo psicosocial debe comenzar desde el primer encuentro con la víctima. Los prestadores en todos los servicios de salud y de la comunidad deben estar capacitados para escuchar y brindar contención emocional siempre que una víctima dé a conocer o insinúe que padeció VDG, y para dar información y derivar según sea necesario y según lo acordado con la víctima.

En la mayoría de los escenarios culturales, el apoyo de la familia y los amigos probablemente sea un factor clave para superar el trauma de la violencia. Los prestadores deben facilitar la participación y la integración de las víctimas en la comunidad. Éstas son algunas de las actividades comunitarias adecuadas:

- Identificar y capacitar a los recursos existentes adecuados en la comunidad, como asistentes tradicionales para el parto, parteros, grupos de mujeres, líderes religiosos y programas de servicios comunitarios para saber cómo apoyar a las víctimas.
- Desarrollar grupos de apoyo para mujeres. (En algunos contextos, puede ser apropiado tener grupos de apoyo específicamente diseñados para víctimas de violencia sexual y sus familias; no obstante, se debe tener especial cuidado de no aumentar el estigma social mediante la separación de un grupo de personas).
- Crear centros sociales especiales para las víctimas donde puedan recibir atención confidencial y humanitaria.
- Proporcionar ayuda material, según sea necesario, a través de servicios de salud u otros servicios comunitarios.
- Fomentar el uso de los recursos tradicionales apropiados. Si es factible, colaborar con curanderos o miembros del clero quienes, respectivamente, pueden llevar a cabo ceremonias de purificación o rezos que son significativos para las víctimas de la violencia sexual. Muchas de estas prácticas pueden ser extremadamente beneficiosas; no obstante, se debe garantizar que no continúen culpando a la víctima o, de lo contrario, contribuirán a dañarla aún más.

Estas actividades deben ser culturalmente apropiadas y deben desarrollarse después de la consulta (y, si es posible, en colaboración) con los miembros de la comunidad. Necesitarán apoyo logístico y financiero constante y, cuando sea necesario, capacitación y supervisión.

El apoyo psicosocial también es necesario para las víctimas de la mutilación genital femenina y las mujeres obligadas a contraer matrimonio a edad temprana. La organización y clasificación de dicho apoyo debe ser adaptada dado que la MGF y el matrimonio a edad temprana son sancionados socialmente y es posible que la gente no se considere una víctima.

4 Derechos humanos y consideraciones legales

La violencia de género se opone a muchos derechos humanos fundamentales y puede ser un impedimento grave para la obtención de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Muchos principios sobre derechos humanos incluidos en distintos instrumentos internacionales sobre derechos humanos sirven como principios básicos para la protección ante la violencia de género. Se incluyen los siguientes derechos:

- **El derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona:** este derecho está amenazado cuando una persona es violada o sometida a la mutilación genital femenina.
- **El derecho a los más altos estándares posibles de salud física y mental:** se puede restringir este derecho si se le niega a una persona el acceso a atención médica apropiada después de una violación.
- **El derecho a vivir sin torturas o tratamientos crueles, inhumanos o denigrantes o castigos:** la mutilación genital femenina, la violación, las formas graves de violencia doméstica, la esterilización forzada y aborto forzado, como así también la negación de acceder a un servicio de aborto seguro a las mujeres que quedaron embarazadas como consecuencia de una violación o tráfico de personas, pueden constituir una tortura o un tratamiento cruel, inhumano, denigrante o un castigo.
- **El derecho a vivir sin ninguna forma de discriminación:** este derecho puede estar restringido cuando las leyes no protegen a las mujeres y niñas de la violencia de género y cuando deben estar acompañadas por el marido o padre para obtener tratamiento médico después de una violación. Todas las formas de violencia contra la mujer son una manifestación de discriminación en su contra.
- **El derecho a contraer matrimonio con su consentimiento libre y total, y el otorgamiento de igualdad de derechos para contraer matrimonio, durante el matrimonio y en su disolución:** el matrimonio forzado es una negación a este derecho.
- **El derecho a la libertad de movimiento, opinión, expresión y asociación:** estos derechos están restringidos cuando alguien es víctima del tráfico de personas, está sujeto a la privación forzada de la libertad o tiene prohibido, por su marido o por sus padres, acceder a servicios de salud o de otra índole.

Las niñas se encuentran en riesgo de violencia de género particularmente por su sexo como así también por su edad. La Convención sobre los Derechos del Niño establece que **los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de violencia física o mental, incluido el abuso sexual**, independientemente de si el abuso tiene lugar en la familia o en instituciones, como así también el abuso sexual “organizado”. Los niños también tienen derecho a ser protegidos de las prácticas perjudiciales, como la mutilación genital femenina.

Las víctimas de la violencia de género tienen derecho a **recibir tratamiento médico** sin tener que cumplir con requisitos de procedimientos complicados. Por lo tanto, prohibirle a la víctima acceder a tratamiento médico y obtenerlo, solicitándole la presentación de certificado de matrimonio, la autorización del marido o una denuncia policial es una negación a este derecho. Cuando están implicados adolescentes, los Estados deben garantizar disposiciones legales que brinden la posibilidad de tratamiento médico sin el consentimiento de los padres de los adolescentes.

Todos los organismos deben promover la promulgación o el cumplimiento de las leyes nacionales contra la violencia de género conforme a las obligaciones legales internacionales, incluida la acusación de los agresores y la implementación de medidas legales para proteger y apoyar a la víctima.

4.1 Desafíos y oportunidades

A veces, los gerentes de programas y los prestadores de servicios de salud reproductiva pueden enfrentar decisiones difíciles cuando asisten a las víctimas de la violencia de género. Pueden encontrar que su capacidad para proporcionar servicios está restringida por la legislación nacional o las normas sociales o culturales. Por ejemplo:

- En algunas sociedades, es común que la familia o las autoridades obliguen a las mujeres o niñas a contraer matrimonio con el perpetrador en los casos de violencia sexual.
- En las comunidades en las que se considera importante la virginidad de la mujer al momento de contraer matrimonio, la familia de una víctima puede solicitarles a los prestadores de servicios que lleven a cabo una “prueba de virginidad”.

- Si la confidencialidad del paciente está comprometida, los servicios proporcionados a la víctima pueden ponerla en riesgo de represalias y violencia continua.
- Un prestador de servicios puede sospechar o saber que el perpetrador del hecho de violencia es alguien cercano a la víctima o que tiene relación con la misma, y puede sentir que la seguridad de la persona no está garantizada.

Principios fundamentales

Los gerentes o prestadores de servicios de salud reproductiva que enfrentan un dilema similar deben priorizar la seguridad del paciente, como así también su seguridad y la de sus colegas. Otros principios para garantizar son respetar los deseos del cliente, garantizar la no discriminación y la confidencialidad. Estos principios fundamentales también se deben tener en cuenta al asistir a menores.

De esta manera, pueden hacer lo siguiente:

- Hablar con su supervisor.
- Debatir las opciones con sus pacientes.
- Analizar las opciones y estrategias de defensa dentro de sus organizaciones o estructuras clínicas.
- Explorar conexiones y derivaciones a organizaciones locales que puedan ayudar al paciente.
- Siempre respetando la confidencialidad de sus pacientes, pueden debatir con los colegas sobre cómo evitar dichas situaciones o tratarlas en el futuro.
- Plantear estas preocupaciones o desafíos en las reuniones de coordinación de salud.

5 Supervisión

Se debe llegar a un acuerdo sobre la supervisión e información de casos de violencia de género, la divulgación de información, la documentación de los incidentes o el análisis de datos como parte de los procedimientos operativos estándar. La recolección y el análisis de información sobre la VDG puede proporcionar información valiosa si se lleva a cabo y divulga de manera correcta (véase también el Cuadro 31, pág. 161).

Los indicadores que se deben recolectar en los centros sanitarios son los siguientes:

- Cantidad de casos informados de violencia sexual denunciados a los servicios sanitarios (por mes).
- Celeridad en la prestación de la anticoncepción de emergencia (porcentaje de víctimas de violación elegibles que se presentan en los servicios sanitarios dentro de las 120 horas y reciben píldoras de anticoncepción de emergencia).
- Celeridad en la prestación de profilaxis postexposición (PPE) (porcentaje de víctimas de violación elegibles que se presentan a los servicios sanitarios dentro de las 72 horas y reciben PPE).

Los indicadores que se deben medir anualmente son los siguientes:

- Cantidad de trabajadores de la salud capacitados en el tratamiento clínico de las víctimas de violación.

6 Lecturas complementarias

Esencial

Directrices Aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias: Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia. Comité Permanente entre Organismos, 2005. http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/subsidi/tf_gender/default.asp?bodyID=1&publish=0

GBV Resource Tool: Establishing GBV Standard Operating Procedures (SOP Guide). Subgrupo de Trabajo sobre Género y Acción Humanitaria del Comité Permanente entre Organismos, mayo de 2008. http://clinicalcare.rhrc.org/docs/gbv_sop_guide_final_may_2008.pdf

Management of Rape Survivors, Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Edición revisada. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)/OMS, 2004. http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_survivors_of_rape/

Female genital mutilation: integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery, a teacher's guide. Génova, Organización Mundial de la Salud, 2001. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación/OMS/01.16. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/en/index.html

Adicional

Ethical and safety recommendations for researching, documenting and monitoring sexual violence in emergencies. http://www.who.int/gender/documents/OMS_Ethics&Safety10Aug07.pdf

Guía sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Comité Permanente entre Organismos, 2007. http://www.who.int/hac/network/interagency/news/mental_health_guidelines_checklist/en/index.html

Gender-based Violence Tools Manual for Assessment & Programme Design, Monitoring & Evaluation in conflict-affected settings. Consorcio RHRC. 2004. http://www.rhrc.org/resources/gbv/gbv_tools/manual_toc.html

Multi-country study on domestic violence. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/index.html

Reporting and Interpreting Data on Sexual Violence from Conflict-Affected Countries: Dos and Don'ts (Nota sobre la guía de acción de la ONU). www.stoprapenow.org/pdf/UN%20ACTION_DosandDonts.pdf



9

CAPÍTULO NUEVE

Infecciones de Transmisión Sexual

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	169
2 OBJETIVO	170
3 PROGRAMACIÓN	171
3.1 Paquete de salud pública para las ITS	171
3.2 Evaluación de necesidades	171
3.3 Intervenciones en la comunidad	172
3.4 Tratamiento de casos de ITS/ITR	174
3.5 Integración de servicios	180
4 DERECHOS Y CUESTIONES LEGALES	181
4.1 Desafíos y oportunidades	183
5 SUPERVISIÓN	183
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	184

1 Introducción

Cuadro 33: Terminología: las ITS en comparación con las ITR

No todas las infecciones de transmisión sexual (ITS) son infecciones del tracto reproductivo (ITR); y no todas las infecciones del tracto reproductivo son transmitidas sexualmente:

- Las ITS hacen referencia a la manera de transmisión.

mientras que

- Las ITR hacen referencia al lugar donde se desarrollan las infecciones.

La infección del tracto reproductivo es un término amplio que incluye a las infecciones de transmisión sexual como así también a otras infecciones del tracto reproductivo que no son transmitidas a través de las relaciones sexuales. Dado que, en la mayoría de los casos, las ITS tienen consecuencias en la salud mucho más graves que otras ITR, en este manual, el término ITS/ITR se usa para resaltar la importancia de las ITS dentro de las ITR. Cuando la información proporcionada en el documento es relevante únicamente para las infecciones de transmisión sexual, se usará solamente el término ITS.

Infecciones de Transmisión Sexual

Las ITS causan una gran proporción de los problemas mundiales que amenazan la vida. La OMS calcula que en 1999, ocurrieron más de 340 millones de nuevos casos de cuatro infecciones de transmisión sexual curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis). Si se incluyen las ITS víricas (no curables) como el virus del papiloma humano (VPH), el virus del herpes simple (VHS), la hepatitis B y las infecciones de VIH, la cantidad de casos nuevos puede ser tres veces mayor. Entre las mujeres, las ITR no transmitidas sexualmente, como la infección por *Candida* o la vaginosis bacteriana, son más comunes.

Las ITS y las ITR se presentan en todo el mundo, pero la transmisión y cantidad de casos (su preponderancia) están influenciadas por los factores sociales y económicos como así también por la biología y el comportamiento. Por lo tanto, los problemas de las ITS/ITR varían en gran medida de región en región y de comunidad en comunidad. Por ejemplo:

- Es posible que las ITS, como sífilis, gonorrea y chancroide, se propaguen más rápido en los lugares donde las comunidades están en crisis, el trabajo migrante es común y las redes de sexo comercial están activas.
- Las infecciones iatrogénicas (causadas por procedimientos o exámenes médicos) son más comunes donde hay muchas ITS y donde los prestadores de servicios no tienen la capacitación ni los insumos para llevar a cabo los procedimientos de manera segura. Las infecciones posparto y posteriores a un aborto son más comunes en los lugares donde no hay disponibles servicios y atención de seguimiento seguros.

- Las infecciones endógenas, como la infección por *Candida* y la vaginosis bacteriana, son comunes mundialmente y están influenciadas por factores medioambientales, higiénicos y hormonales, entre otros factores.

La aparición del VIH ha centrado mayor atención en el control de las ITS. Hay una mayor correlación entre las ITS y la transmisión del VIH. Se ha descubierto que la presencia de otras ITS aumenta el riesgo de transmisión sexual del VIH.

En los escenarios humanitarios, es posible que el riesgo de ITS (incluido el VIH) sea más alto debido a la violencia sexual en aumento, la presencia de trabajadores con trabajos de alta movilidad (camioneros, pacifistas), el sexo transaccional, el consumo de alcohol y drogas, la falta de información y acceso a condones, y la alta densidad poblacional en los campamentos.

2 Objetivo

El objetivo de este capítulo es asistir a los funcionarios de salud reproductiva, al personal del programa y a los prestadores de servicios de salud en los escenarios humanitarios a realizar lo siguiente:

- Satisfacer las necesidades de los individuos con ITS/ITR o de los que se encuentran en riesgo de contraer ITS/ITR.
- Apoyar la implementación de proyectos de salud pública eficaces para reducir la transmisión de las ITS.

3 Programación

3.1 Paquete de salud pública para las ITS

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública de suma importancia en casi todo el mundo. La imposibilidad de diagnosticar y tratar las ITS en la etapa inicial puede tener consecuencias graves y potencialmente mortales, incluidas la infertilidad, el aborto natural, el parto prematuro, el parto de feto muerto, el embarazo ectópico, el cáncer ano-genital y la muerte prematura, como así también las infecciones neonatales. Existen muchos desafíos para prestar servicios eficaces para las ITS/ITR a las personas que los necesitan. La Figura 8 muestra estos desafíos: muchas personas son asintomáticas o no saben que tienen una ITS (por ejemplo, las ITS, por lo general, no presentan síntomas en las mujeres) y, por ende, no buscan asistencia. Otras personas que tienen síntomas prefieren tratarse solos o buscar un tratamiento en farmacias o con curanderos tradicionales. En el caso de los que acuden a las clínicas, es posible que no reciban el diagnóstico y tratamiento apropiados. Al final, solamente una pequeña proporción de las personas con una ITS son curadas y evitan volver a infectarse.

El objetivo de la programación de las ITS es reducir la cantidad de casos de ITS mediante la interrupción de su transmisión, la reducción de la duración de la infección y la prevención del desarrollo de complicaciones en las personas infectadas.

El control del contagio de las ITS es un desafío. Los programas de salud pública no sólo deben garantizar el acceso a servicios sanitarios de buena calidad que proporcionen un tratamiento integral de casos de ITS, sino también deben abordar los factores biológicos, sociales y de comportamiento que influyen el contagio de las ITS.

El paquete de salud pública incluye lo siguiente:

A nivel comunitario

- Campañas de promoción de sexo seguro (véase 3.3.1).
- Programación de condones (véase 3.3.2).
- Concientización del público sobre las ITS y el fomento del uso temprano de los servicios clínicos (véase 3.3.3).

A nivel de servicio de salud

- Tratamiento integral de casos de ITS en el primer contacto (véase 3.4).
- Servicios específicos para las poblaciones en riesgo, incluidos los trabajadores sexuales, adolescentes, militares y reclusos (véase 3.4.6).

Integración del tratamiento de las ITS

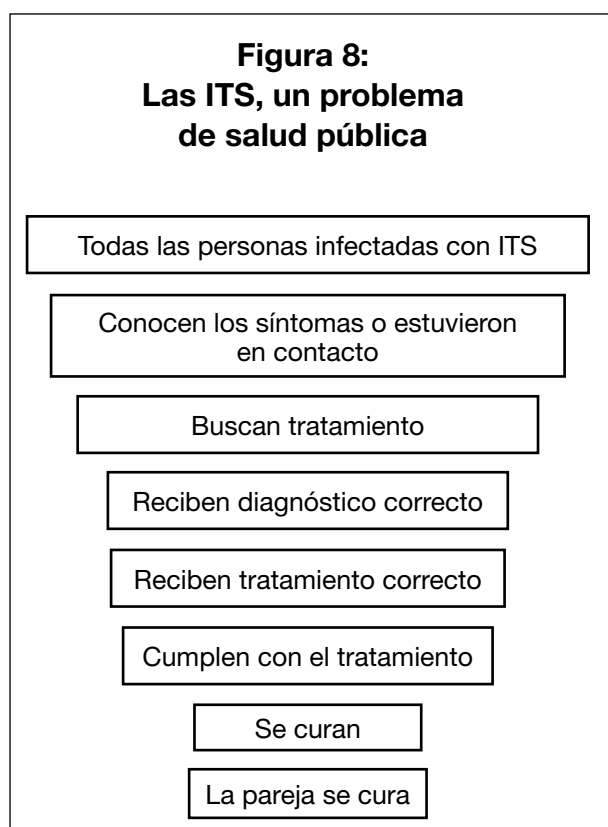
- Integrar la prevención, las pruebas de detección y la atención de las ITS con otros servicios (véase 3.5).

3.2 Evaluación de necesidades

Aunque la programación de las ITS no forma parte del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM), es importante poner el tratamiento a disposición de los pacientes que presentan síntomas de ITS/ITR como parte de los servicios clínicos de rutina al inicio de la respuesta humanitaria.

Una vez establecido el PSIM, se deben integrar las consideraciones de las ITS con la evaluación de necesidades para una planificación integral de servicios de salud reproductiva que diseñe programas adecuados e integrales de prevención, tratamiento y control de las ITS. Los funcionarios de salud reproductiva deben

Figura 8:
Las ITS, un problema de salud pública



recolectar la siguiente información junto con otros sectores o grupos de salud:

- Cantidad de casos y tipos de ITS en el país, la región o el área que los alberga y en los de origen. Esta información puede estar disponible desde los programas nacionales de ITS y la OMS.
- La presencia de grupos de riesgo y la ubicación dentro de la comunidad afectada donde las intervenciones deberían realizarse prioritariamente (por ejemplo, lugares donde hay trabajo sexual, bares). Esta información se puede obtener a través de entrevistas con los actores sociales clave de la comunidad.
- Las creencias culturales y religiosas, las actitudes y prácticas con respecto a la sexualidad, la salud reproductiva y las ITS/ITR. Esta información se puede obtener a través de investigaciones cualitativas utilizando grupos de discusión, entrevistas y, si es posible, encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas.
- Existencia de una cadena de suministro de productos sanitarios confiables y sustentables que puedan apoyar la implementación de los servicios de tratamiento de las ITS/ITR.

Los funcionarios de salud reproductiva deben estar familiarizados con la legislación y las normas nacionales relacionadas con las ITS.

- ¿Existen pautas nacionales o protocolos sobre el tratamiento de las ITS? Si existen, ¿hay discrepancias entre las normas nacionales y las pautas de la OMS?
- ¿Están incluidos todos los medicamentos apropiados para el tratamiento de las ITS en la guía de tratamiento farmacológico nacional? ¿Incluyen las guías nacionales los medicamentos que ya no son eficaces contra ciertas infecciones?
- ¿Hay alguna norma restrictiva que limite la prestación de servicios para las ITS?
- ¿Existen leyes o normas nacionales con respecto a la notificación de la pareja?
- ¿Existen normas nacionales relacionadas con los programas de control de las ITS?

También es necesario hacer lo siguiente:

- Mantener contacto con las autoridades de salud nacionales para identificar o desarrollar un protocolo de tratamiento sindrómico de las ITS.
- Identificar una cadena de suministro de productos sanitarios confiables para garantizar la entrega de medicamentos eficaces para las ITS.

- Identificar personas en las comunidades afectadas que hayan recibido capacitación sobre la prevención y el control de las ITS y las necesidades de capacitación del personal.
- Identificar los sitios apropiados para establecer servicios de tratamiento de las ITS como así también otros servicios de salud reproductiva que deberían integrarse.

3.3 Intervenciones en la comunidad

El enfoque a nivel comunitario para la prevención y el control de las ITS/ITR incluye lo siguiente:

- Campañas de promoción de sexo seguro, incluido el uso correcto del condón, tener menos parejas y retrasar del inicio de las relaciones sexuales.
- Programación de condones.
- Concientización del público sobre las ITS y la promoción del uso temprano de los servicios clínicos.

3.3.1 Promoción de sexo seguro

La mejor manera de prevenir las ITS es evitar la exposición, lo cual se puede lograr de la siguiente manera:

- Usar condones correctamente y sistemáticamente.
- Disminuir la cantidad de parejas con las que se mantienen relaciones sexuales.
- Brindar apoyo a los jóvenes para que retrasen el inicio de la actividad sexual.

Los condones son el método disponible más confiable para que una persona se proteja a sí misma y a su pareja de los riesgos de las ITS. Cuando se lo usa de manera correcta y sistemática durante cada relación sexual, los condones pueden reducir altamente los riesgos de embarazo y de ITS (incluida la infección de VIH). A pesar del uso del condón, las ITS también pueden ocurrir. Las úlceras genitales o verrugas se pueden transmitir a través del contacto con las partes del cuerpo que no están protegidas por el condón. Generalmente, las personas se contagian una ITS porque no usan correctamente el condón o no lo usan sistemáticamente. Cuando lo manipulan o almacenan de manera incorrecta, por ejemplo en una billetera o en un lugar caliente, o si lo usan con lubricantes a base de aceites, los condones masculinos pueden fallar. La ruptura del condón, generalmente, se debe al uso incorrecto, no a defectos del condón.

Los condones masculinos están principalmente hechos de látex y están disponibles en todos lados, no son costosos y tienen alta eficacia. Dado que son fáciles de llevar, la protección puede estar a disposición en todo momento.

Los condones femeninos están hechos de poliuretano o plástico de nitrilo, más resistente que el látex, y cada vez están más disponibles a un costo menor que cuando salieron al mercado por primera vez. Tienen la ventaja de ofrecerle a la mujer el control de su uso.

La limitación de la cantidad de parejas sexuales puede ayudar a reducir la exposición a las ITS. Las personas en relaciones monogámicas mutuas (ambas personas no tienen otra pareja sexual) no corren riesgos de contraer ITS si ambos no tienen infecciones. La abstinencia sexual es otra manera de evitar el riesgo de ITS (aunque otras ITS son posibles).

Muchas personas necesitan estrategias de prevención que no sean la monogamia o la abstinencia. Las relaciones monógamas no brindan protección contra las ITS cuando se cambia rápidamente de pareja (monogamia serial). Las parejas que se separan durante un tiempo también pueden necesitar otras estrategias. Los hombres y las mujeres cuyos trabajos implican viajes (por ejemplo, trabajadores migrantes, vendedores, camioneros, soldados) tienen más probabilidades de tener parejas múltiples y regresar al hogar con una ITS. Independientemente de las circunstancias, tanto las mujeres como los hombres con parejas múltiples (o cuya pareja tiene parejas múltiples) necesitan una protección confiable contra las ITS.

Retraso de la actividad sexual. Las personas jóvenes, en particular los adolescentes, pueden evitar las ITS y los embarazos cuando son particularmente vulnerables, retrasando la actividad sexual hasta que sean mayores. Los jóvenes deben saber que pueden obtener apoyo e información confidencial sobre los métodos, incluido el uso del condón, para evitar los embarazos y las ITS cuando deciden comenzar una vida sexualmente activa.

El apoyo para retrasar la actividad sexual es más importante en las niñas ya que ellas pueden enfrentar consecuencias sociales y de salud graves si quedan embarazadas o se contagian una ITS. Las adolescentes son particularmente vulnerables a infecciones cervicales que derivan en enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), infertilidad, embarazo ectópico y, a largo plazo, cáncer de cuello uterino.

3.3.2 Programación de condones

Los condones de buena calidad son esenciales para la protección del consumidor y la credibilidad del programa de salud reproductiva. Existen muchas marcas de condones en el mercado. Muchos organismos facilitan la compra de cantidades a granel de condones de buena calidad y a un bajo costo.

Para garantizar el acceso a los condones, se debe llevar a cabo un sistema para su obtención y distribución. Los condones y las instrucciones de uso deben estar disponibles a pedido en los centros sanitarios, centros de distribución (como áreas de distribución de alimentos y suministros), centros comunitarios, tiendas, bares, grupos de jóvenes y mujeres, etc. Analice con las autoridades y centros colaboradores si debe continuar ofreciendo los condones sin cargo después de la respuesta humanitaria inicial (véase el Capítulo 2: PSIM). La introducción de alguna forma de recuperación parcial de los costos (comercialización social) se puede tener en cuenta en situaciones factibles y apropiadas. Las estrategias de comercialización social se pueden analizar con los centros colaboradores correspondientes (como Population Services International, PSI).

Los trabajadores de salud comunitaria y los educadores necesitan recibir capacitación sobre la promoción, la distribución y el uso de condones. Las campañas promocionales se pueden lanzar en eventos públicos como partidos de fútbol, manifestaciones masivas, bailes, teatros y grupos de debate. Mantenga contacto con los grupos que participan en la prevención del VIH y las actividades de planificación familiar en el área.

3.3.3 Concientización del público sobre las ITS

Los trabajadores de salud comunitaria y los educadores necesitan recibir capacitación sobre la promoción, la distribución y el uso de condones. Las campañas promocionales se pueden lanzar en eventos públicos como partidos de fútbol, manifestaciones masivas, bailes, teatros y grupos de debate. Mantenga contacto con los grupos que participan en la prevención del VIH y las actividades de planificación familiar en el área.

3.4 Tratamiento de casos de ITS/ITR

El tratamiento rápido y eficaz de las ITS es uno de los pilares del control de las ITS, ya que previene el desarrollo de complicaciones para el individuo, disminuye el contagio de las ITS en la comunidad y ofrece una oportunidad única para la educación orientada hacia la prevención de las ITS. Cuanto más rápido se cure una ITS, existirán menos probabilidades de transmitirla a otras personas. El tratamiento apropiado de las ITS en el primer contacto entre los pacientes y los prestadores de atención de la salud es una medida de salud pública importante. En el caso de los jóvenes (véase el Capítulo 4: Salud Reproductiva para Adolescentes), hay una gran posibilidad de influenciar la conducta sexual futura y las prácticas de búsqueda de los tratamientos adecuados.

El tratamiento de las ITS implica más que el diagnóstico y su tratamiento. Aún cuando las ITS son tratadas correctamente, puede haber una falla en el tratamiento o una nueva infección. Algunos pacientes dejan de tomar sus medicamentos cuando comienzan a sentirse mejor, no acuerdan que sus parejas sexuales reciban tratamiento, no usan condones o tienen relaciones sexuales durante el tratamiento. La resistencia a tomar el medicamento también puede ser una razón por la que el tratamiento falla. Por lo tanto, se debe llevar a cabo un tratamiento integral de casos en el primer contacto que incluya lo siguiente:

- Diagnóstico.
- Tratamiento rápido y eficaz conforme a los protocolos.
- Educación y asesoramiento del paciente, incluida la provisión de condones.
- Notificación y tratamiento de la pareja.
- Seguimiento apropiado.
- Calidad de la atención.

3.4.1 Diagnóstico

El diagnóstico de las ITS es difícil, ya que no existe una herramienta simple que proporcione el diagnóstico correcto, en poco tiempo y sin el uso de costosos análisis de laboratorio. El diagnóstico de las ITS se puede realizar de tres maneras:

Diagnóstico clínico

El prestador de servicios determina la causa subyacente de la infección basándose en el examen clínico y la experiencia personal. Este enfoque no es confiable, ya que ni siquiera los prestadores con más experiencia pueden realizar un diagnóstico específico basándose únicamente en la evaluación clínica. Además, no se pueden detectar las infecciones mixtas.

Diagnóstico de laboratorio

Este enfoque usa análisis de laboratorio para determinar la causa de las ITS/ITR. No obstante, este enfoque es un problema en muchas situaciones, dado que no existen análisis económicos, simples y confiables. La mayoría de los análisis disponibles no dan resultados inmediatos, lo que ocasiona demoras en el tratamiento o la falta de tratamiento si los pacientes no regresan para recibir atención. Además, la sensibilidad y especificidad de los análisis disponibles en el mercado varían y son comunes los resultados negativos falsos. Cuando hay instalaciones de laboratorio disponibles, se debe contar con el personal debidamente calificado. Esto pone limitaciones en el tiempo y los recursos de los servicios sanitarios, aumenta los costos y reduce el acceso al tratamiento.

Las excepciones son los análisis de laboratorio para el VIH (véase el Capítulo 10: VIH) y la sífilis (la prueba de reagin plasmática rápida [RPR] o la prueba de diagnóstico rápido [PDR]). Estas pruebas pueden ser realizadas por el personal de atención de la salud con una capacitación mínima y proporcionan resultados en poco tiempo. Se pueden usar para las pruebas de detección (Véase, la sección 3.5 Integración de servicios).

Enfoque sindrómico

Muchas ITS/ITR se pueden identificar y tratar basándose en los signos y síntomas característicos que se pueden agrupar en síndromes (véase la Tabla 22: Síndromes de ITS).

Tabla 22: Síndromes de ITS

Síndromes	ITS/ITR
Úlcera genital (para hombres y mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis. • Herpes. • Chancroide. • Granuloma inguinal. • Linfogranuloma venéreo.
Secreción uretral (en hombres)	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea. • Clamidia.
Flujo vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginosis bacteriana. • Candidiasis. • Tricomoniasis. • Gonorrea. • Clamidia.
Dolor abdominal inferior (en mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> • Gonorrea. • Clamidia. • Infecciones anaeróbicas.
Bubón inguinal (en hombres y mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> • Chancroide. • Linfogranuloma venéreo. • (Granuloma inguinal o donovanosis donde sea predominante).
<p>Otras ITS/ITR incluyen verrugas ano-genitales e infestaciones, como ladillas y sarna. La inflamación escrotal en los hombres menores de 35 años es una complicación común de las ITS y se puede tratar de la misma manera que la secreción uretral. No obstante, la inflamación escrotal puede ser consecuencia de otras causas y puede tratarse de una emergencia. Si el paciente informa un antecedente reciente de trauma, si el testículo aparece elevado o torcido, o cuando se sospeche de torsión testicular, derive inmediatamente al paciente para una evaluación quirúrgica.</p>	

A menudo, es difícil saber exactamente qué organismo causa el síndrome y el tratamiento debe cubrir varios agentes infecciosos posibles. Por lo tanto, el enfoque sindrómico se basa en lo siguiente:

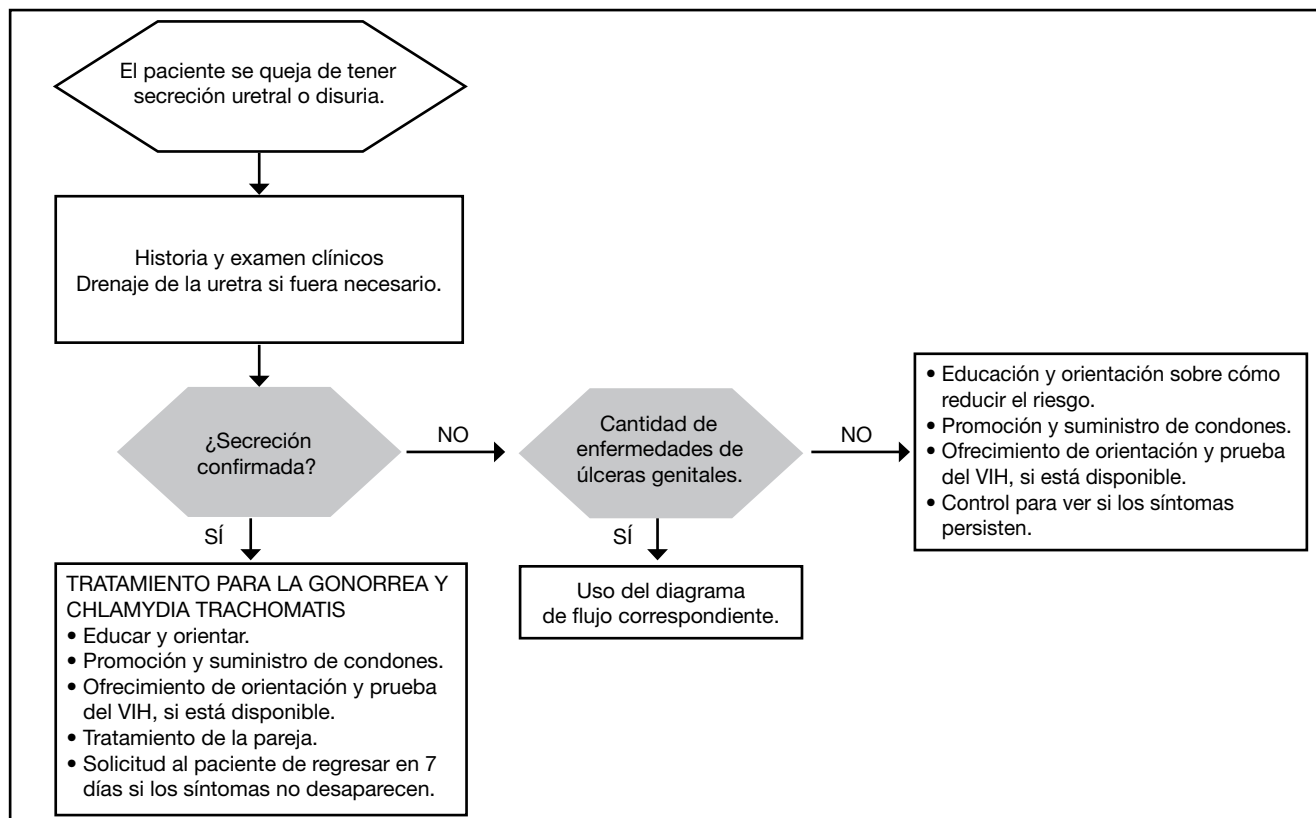
- La identificación de los grupos de síntomas y signos constantes reconocidos con facilidad.
- La provisión de tratamiento que tratará la mayoría de los organismos, o los más graves, responsables de producir un síndrome en particular.

Una herramienta simplificada (diagrama de flujo) guía a los trabajadores de la salud en la implementación del tratamiento sindrómico para las ITS (consulte el ejemplo en la Figura 9).

Ventajas del enfoque sindrómico:

- Los pacientes reciben tratamiento en el primer contacto con el sistema de salud, lo que disminuye las complicaciones y, eventualmente, el contagio de las ITS en la población.
- El enfoque ayuda a reducir costos (no hay pruebas de laboratorio costosas).
- El tratamiento inmediato mejora la satisfacción del paciente.
- Es más fácil supervisar un servicio que usa el enfoque sindrómico debido a la estandarización de la capacitación del personal, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de suministros.

Figura 9: Diagrama de flujo sobre la secreción uretral en hombres



Desventajas del enfoque sindrómico:

- El exceso de diagnóstico y de tratamiento aumenta los costos de tratamiento (pero se compensa con la rentabilidad total del enfoque sindrómico).
- El suministro de múltiples antibióticos puede aumentar el riesgo de efectos secundarios.
- El enfoque sindrómico no se puede usar para las pruebas de detección porque no se pueden detectar las infecciones asintomáticas.
- Si el paciente no recibe una orientación apropiada, el riesgo de violencia doméstica puede aumentar (véase el Cuadro 35: ITR/ ITS y estigma).

3.4.2 Tratamiento

Los síntomas y signos de las ITS/ITR se tratan según los organismos más comunes que provocan cada síndrome. La resistencia a los antibióticos para el tratamiento de diversos patógenos de transmisión sexual es cada vez mayor, lo que hace que algunos tratamientos con antibióticos de bajo costo y de alta disponibilidad sean ineficaces. Por lo tanto, los algoritmos de tratamiento deben adaptarse según los siguientes puntos:

- Epidemiología a nivel local (cantidad de casos de ITS/ITR y el patógeno subyacente de los síndromes en la población).
- Patrones de sensibilidad antibiótica (por ejemplo, qué medicamentos son eficaces contra *Neisseria gonorrhoeae* y el bacilo de Ducrey).
- Prácticas culturales y de conducta.

Cuadro 34: Caso de secreción vaginal

El enfoque sindrómico es eficaz en los casos de secreción uretral e ITS ulcerativas, pero no es tan eficaz en casos de secreción vaginal. La mayoría de los casos de secreción vaginal son producto de una ITR, como la candidiasis y la vaginosis bacteriana. Estos organismos provocan infecciones vaginales y no se transmiten sexualmente. Muy pocas veces, la secreción vaginal puede derivar de la inflamación del cuello uterino (cervicitis) provocada por gonorrea o clamidia. Estos organismos se transmiten por vía sexual. Los algoritmos de la secreción vaginal no están diseñados para detectar las infecciones de cuello uterino más graves y, generalmente, asintomáticas. Actualmente, para detectar correctamente la cervicitis gonocócica y clamidial es necesario realizar análisis de laboratorio costosos (reacción en cadena de la polimerasa [RCP]), que no se realizan en la mayoría de las instalaciones. Otras herramientas de pruebas de detección son el examen con espéculo (con el que se pueden detectar algunas infecciones del cuello uterino, pero no todas) y el cultivo para detectar la gonorrea (método preciso, no es costoso ni técnicamente difícil, pero debe realizarse en laboratorios establecidos).

En escenarios humanitarios, los prestadores de servicios deben tener una actitud de no dejar pasar oportunidades. Esto significa que los prestadores tienen que buscar factores de riesgo en los antecedentes del paciente (por ejemplo, ¿la pareja tiene síntomas?, ¿es el paciente un trabajador sexual?) y buscar signos durante el examen (¿tiene secreciones mucopurulentas?, ¿el cuello uterino sangra fácilmente cuando se lo toca?). Se debe realizar una prueba de detección durante el embarazo o cada vez que se realice un examen con espéculo por otros motivos. Los prestadores de servicios deben ofrecer pruebas de detección periódicas a las personas que están expuestas a las ITS, tales como los trabajadores sexuales (véase la Tabla 23).

Tabla 23: Algunos ejemplos de estrategias de detección y tratamiento de las ITS/ITR

Método	Ejemplo: sin oportunidades perdidas
Recolección de antecedentes	Pregunte acerca de los síntomas de las ITS/ITR o preocupaciones en todas las consultas de salud reproductiva.
Pruebas de detección clínicas	Examen bimanual y con espéculo para detectar signos de ITS/ITR que la paciente no haya advertido.
Pruebas de laboratorio	Prueba serológica de detección de sífilis. Prueba de Papanicolaou para la detección temprana del cáncer de cuello uterino. Orientación y pruebas voluntarias de VIH.
Tratamiento por presunción según los criterios de riesgo	Tratamiento de parejas de pacientes con ITS, trabajadores sexuales que hayan estado expuestos sin protección, etc. Víctimas de violencia sexual. Tratamiento para mujeres que hayan tenido una cirugía transcervical.
Estrategias combinadas	Tratamiento por presunción a trabajadores sexuales en la primera consulta y, en las consultas regulares, examen bimanual y con espéculo, y tinción de Gram del cuello uterino.

Al principio de la respuesta humanitaria, puede ser necesario usar las directivas de tratamiento estándar de la OMS con antibióticos conocidos por su eficacia a nivel mundial (véase el punto 6: Lecturas complementarias). Algunos de los antibióticos que se recomiendan en esas directivas se incluyen en el Equipo 5 de salud reproductiva interinstitucional (véase el Capítulo 2: PSIM). En muchos países, el Ministerio de Salud desarrolló protocolos nacionales estándar sobre las ITS. Es importante fomentar el uso correcto del protocolo en su entorno laboral lo antes posible. Las directivas de tratamiento estándar facilitarán la capacitación del personal y el abastecimiento de suministros para los programas de ITS, lo que ayudará a que todos los pacientes reciban un tratamiento adecuado.

Por lo tanto, los funcionarios de salud reproductiva deben implementar los protocolos de ITS, si estos existen. En caso de que no existan, fomente el análisis entre el Ministerio de Salud y la OMS para desarrollar un protocolo nacional o regional adaptado.

3.4.3 Educación y orientación del paciente

La educación y la orientación humanitaria y confidencial del paciente son componentes indispensables en el tratamiento de las ITS/ITR e incluye lo siguiente:

- Explicación del origen de la infección, posibles complicaciones (como infertilidad), los medicamentos que se suministrarán y la importancia de respetar el tratamiento.
- La promoción de conductas sexuales más seguras. Después del tratamiento de una ITS, las personas suelen adoptar conductas sexuales más seguras. Por lo tanto, cada consulta médica es una oportunidad para promocionar la prevención.
- Promoción, demostración y suministro de condones y, además, negociación del uso del condón con la pareja.
- Análisis del riesgo de infección por el VIH y ofrecimiento de pruebas voluntarias de VIH.
- Información y comunicación a las parejas sexuales, opciones para el seguimiento de la pareja y el riesgo de violencia o estigma (véase el Cuadro 35).

3.4.4 Tratamiento de la pareja

Principios

Al tratar a las parejas sexuales, los prestadores de servicios deben ser comprensivos y respetuosos, garantizar la confidencialidad y ofrecer un enfoque voluntario y no coercitivo. Un paciente que recibe un tratamiento eficaz para una ITS experimentará el alivio de los síntomas, pero es posible que si la pareja no recibe el tratamiento la infección vuelva. La pareja sexual puede o no tener síntomas y, si no los trata, puede seguir propagando la infección a otras personas de la comunidad. Para controlar las ITS, es indispensable ayudar a los pacientes a informar a sus parejas sexuales e incluirlas en el tratamiento. Tenga en cuenta que cuando se habla de “parejas” no se refiere sólo a parejas actuales sino todas las parejas de los últimos dos a tres meses. En el tratamiento de la pareja, se incluye la notificación, la derivación y el tratamiento.

Cuadro 35: ITS/ITR y estigma

Tenga en cuenta que no todas las ITR se transmiten por vía sexual. Por tal motivo, los prestadores de servicios deben tener cuidado de no denominar incorrectamente ni estigmatizar a una persona que tenga una ITS si el diagnóstico es una ITR o no está claro. Por ejemplo, la secreción vaginal se asocia, generalmente, con una infección vaginal endógena y no con una ITS. No es necesario intentar informar ni tratar a la pareja sexual en este caso porque las parejas no necesitan tratamiento, e informarles esta infección sería contraproducente para la relación. Violencia, desconfianza y divorcio son algunas de las posibles consecuencias de realizar una notificación incorrectamente.

Notificación y derivación

Muchas parejas sexuales no están dispuestas a esperar o pagar por los servicios, especialmente si no presentan síntomas y se sienten bien. Organice los servicios para que las parejas sexuales puedan acceder fácilmente al tratamiento (evite tiempos prolongados de espera, elimine los costos clínicos normales, etc.).

Hay diferentes métodos de notificación a la pareja:

1) Derivación del paciente:

se alienta al paciente a que se comunique con sus parejas sexuales. Se le puede proporcionar cupones de derivación para las parejas. En estos cupones de derivación, se explica cómo concertar una consulta clínica y estos deben incluir un código para indicar el síndrome que se le diagnosticó al paciente inicial (el paciente que originalmente tuvo los síntomas). Si se puede garantizar la confidencialidad, es útil incluir el número de registro del paciente inicial en el cupón de derivación para ayudar a supervisar la tasa de derivación de parejas (véase la Figura 10).

Figura 10: Ejemplo de cupón de derivación de pacientes

Presentarse en:
 Townville Clinic, New Town
 Tel.: 456 834
 Horarios de atención
 Lunes de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
 Martes de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
 Miércoles de 9:00 a. m. a 3:00 p. m.
 Viernes de 9:00 a. m. a 1:30 p. m.

Fecha: dd/mm/aaaa Código: ABCD

2) Derivación del prestador. Los prestadores de servicios capacitados en técnicas de contacto-seguimiento pueden notificar a la pareja y programar el tratamiento correspondiente.

3) Se puede usar una combinación de los pasos 1) y 2); primero, se le solicita al paciente que hable con su pareja (derivación del paciente). Si esto no da resultado, después de una a dos semanas, los prestadores de servicios capacitados intentarán establecer el contacto para darle el tratamiento (derivación del prestador).

Debido al gasto que implica la derivación del prestador y la supuesta amenaza de la confidencialidad del paciente, la opción más práctica y viable es la 1 (derivación del paciente).

Tratamiento de parejas sexuales

El objetivo principal es que el prestador de servicios vea a las parejas para realizar el control, el tratamiento y la educación. Sin embargo, a veces, no es posible en escenarios humanitarios, y existen tres estrategias posibles que se pueden aplicar para garantizar el tratamiento de las parejas:

1. Tratamiento inmediato cuando la pareja recurre al prestador de servicios (según el diagnóstico del paciente inicial, independientemente de que la pareja presente o no síntomas o signos de infección).

2. Tratamiento inmediato y toma de muestras para pruebas de laboratorio.

La OMS recomienda proporcionar tratamiento inmediato con la misma dosis que recibió el paciente inicial.

3.4.5 Seguimiento del tratamiento

En escenarios humanitarios, las consultas de seguimiento de rutina pueden ser una molestia tanto para el paciente como para el personal de la clínica. Por lo general, el enfoque sindrómico brinda tratamientos eficaces para las ITS/ITR más comunes y la mayoría de los pacientes se recuperan rápidamente. Una buena costumbre es recomendar a los pacientes que regresen si los síntomas empeoran o si no se ve una mejoría después de una semana de tratamiento (dos a tres días en el caso de una enfermedad pélvica inflamatoria). Los pacientes con úlceras genitales deben regresar a los siete días si no mejoran. En caso de que no se haya formado una nueva capa de piel sobre la úlcera, el tratamiento deberá prolongarse durante más de siete días.

Si el paciente no mejora, las siguientes preguntas ayudarán a los prestadores de servicios a determinar si esto se debe al fracaso del tratamiento o a una nueva infección:

Fracaso del tratamiento: ¿tomó el paciente los medicamentos como se le indicó?, ¿el paciente dejó de tomar los medicamentos después de sentir una mejoría?, ¿se basó el tratamiento en las directivas de tratamiento nacionales? (de no ser así, considere la posibilidad de la resistencia a fármacos).

Nueva infección: notificación y tratamiento de la pareja. ¿Recibieron tratamiento las parejas?, ¿el paciente usó condones o se abstuvo de tener relaciones sexuales durante el tratamiento?

En el caso de las **infecciones** vaginales endógenas es común una recidiva, especialmente cuando no se trataron las causas subyacentes en la educación del paciente (por ejemplo, lavados vaginales o agentes absorbentes). Derive a los pacientes a un nivel superior cuando la complejidad del caso exceda la capacidad de su centro sanitario.

3.4.6 Calidad de la atención

A fin de garantizar la calidad de los programas de las ITS, debe haber servicios disponibles, accesibles, asequibles y apropiados. Los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de programas pueden lograr esto si reducen las barreras del servicio (por ejemplo, horarios de atención apropiados, asistencia privada, confidencial, respetuosa y de buena calidad técnicamente, etc.) y mediante el contacto con personas que, generalmente, no usan los servicios para las ITS: los trabajadores sexuales y sus clientes, militares, reclusos y adolescentes que corren riesgo de contraer ITS. Fomente la participación de los hombres en la prevención de las ITS/ITR.

La calidad de los servicios y las aptitudes técnicas, así como la motivación del personal mejorarán si los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de programas realizan lo siguiente:

- Publicar protocolos nacionales estándar sobre el tratamiento de las ITS en las salas de diagnóstico.
- Implementar un sistema de seguimiento confidencial y voluntario para la pareja.
- Organizar capacitaciones para los prestadores de servicios de salud a fin de que sean más competentes en lo que respecta a las aptitudes técnicas y de orientación.
- Colaborar con los coordinadores de salud para incorporar un suministro constante de fármacos eficaces para el tratamiento de las ITS en la línea de productos sanitarios.

- Realizar visitas de supervisión y capacitación interna regulares.

3.5 Integración de servicios

Los funcionarios de salud reproductiva deben luchar por la integración de los servicios para el tratamiento de ITS/ITR en los programas de atención primaria de la salud y otros programas de salud reproductiva, incluidos los siguientes:

- Evaluación de las ITS en los servicios de planificación familiar que garanticen que los prestadores de servicios logren lo siguiente:
 - ▶ Análisis de las ITS/ITR con todos los pacientes en todas las consultas (incluso preguntar sobre los síntomas de la pareja).
 - ▶ Realización de pruebas para detectar la ITS si es necesario.
 - ▶ Fomentar la protección doble (contra embarazo e ITS).
- Tratamiento por presunción de las ITS, tratamiento en servicios de atención posterior a la violación (véase el Capítulo 2: PSIM).
- Programas de ITS/ITR en los servicios de salud para adolescentes.
- Evaluación y tratamiento de las ITS/ITR en la asistencia prenatal, el parto y el posparto (véase el Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal). Por ejemplo:
 - ▶ Evaluación del riesgo de las ITS/ITR de todas las pacientes en la asistencia prenatal, que incluye prueba de detección de sífilis, y orientación y pruebas voluntarias de VIH (véase el Cuadro 36: Prueba rápida de diagnóstico para la detección de sífilis).
 - ▶ Las vesículas o úlceras que sugieran herpes genital y que aparezcan cerca de la fecha de parto pueden ser un indicio para recomendar un parto por cesárea, ya que con el parto vaginal se corre el riesgo de contagiar el herpes vaginal al recién nacido y hay un alto riesgo de que el recién nacido muera.
 - ▶ Todos los recién nacidos reciben profilaxis de la oftalmia neonatal.
- Actividades para la prevención del cáncer de cuello uterino en los servicios integrales de salud reproductiva (véase el Cuadro 37).

4 Derechos humanos y asuntos legales

El derecho a recibir prevención, atención y tratamiento seguro, confidencial y apropiado para las ITS está protegido como un derecho humano en “el derecho a los más altos estándares posibles de salud física y mental”. *Incluye el derecho a la prevención, al tratamiento y al control de las enfermedades.*

El respeto por los derechos humanos implica informar todos los aspectos de la planificación del programa de tratamiento de las ITS durante una respuesta humanitaria, donde la violencia sexual, la alteración de normas y prácticas sexuales, y el acceso a tratamientos y medicamentos agravan los obstáculos existentes.

El derecho a los servicios relacionados con las ITS es inherente a muchos derechos humanos.

- El acceso al diagnóstico, al tratamiento y a la atención de las ITS es parte del respeto del derecho a la salud y a la vida de las personas.
- ▶ El derecho a la salud incluye la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, laborales, entre otras, y “exige la implementación de programas de prevención y educación para temas de salud relacionados con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual”.

Cuadro 36: Prueba rápida de diagnóstico para la detección de sífilis

En la mayoría de los países, se usa la prueba de RPR para detectar la sífilis. La RPR es una prueba de anticuerpos no treponémicos, es decir, un resultado positivo puede indicar la presencia de una infección activa. La prueba es negativa cuando la enfermedad se trata a tiempo y se cura. La RPR es difícil de implementar en muchos escenarios humanitarios porque necesita refrigeración y personal de laboratorio idóneo.

En los últimos años, se encuentran disponibles en el mercado diversas pruebas de diagnóstico rápido para la detección de sífilis. Estas pruebas permiten lograr una detección precisa y cualitativa de anticuerpos contra el *Treponema pallidum*. Las infecciones se pueden detectar rápidamente poco después de la exposición y también en las etapas finales.

Las ventajas de las pruebas de diagnóstico rápido son que no necesitan refrigeración y la vida útil es mayor, por lo que son una buena opción en escenarios humanitarios. El resultado se obtiene entre los 10 y 30 minutos, y no es necesario un laboratorio ni otros instrumentos. Los prestadores de servicios de salud pueden interpretar los resultados fácilmente de forma visual. Como esta prueba necesita de muy poca cantidad de sangre, sólo basta la punción del dedo para obtener la muestra de sangre, en lugar de realizar una extracción por vena.

En vista de la importancia del tratamiento temprano en la prevención de sífilis en los recién nacidos, estas pruebas son una excelente oportunidad para implementar pruebas de rutina de detección de sífilis en los servicios de asistencia prenatal en escenarios humanitarios donde no hay o no se puede realizar la prueba de RPR. La desventaja de las pruebas de diagnóstico rápido es que, debido a que son pruebas de anticuerpos treponémicos, no se puede hacer una distinción entre enfermedades activas y curadas. Sin embargo, en la atención prenatal, todos los pacientes con resultado positivo, incluidas las pacientes que tuvieron una prueba positiva en un embarazo anterior, deben tratarse (nuevamente). Aún cuando hayan recibido tratamiento en el embarazo anterior, si no reciben tratamiento, existe la posibilidad de una nueva infección con consecuencias graves para la madre y el niño. Los beneficios del tratamiento por presunción compensa los riesgos asociados con la falta de tratamiento (véase el Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal).

Estas pruebas no se recomiendan para pruebas de sangre para transfusiones, ya que puede haber demasiados falsos positivos. En un futuro cercano, habrá disponibles pruebas rápidas de anticuerpos no treponémicos (similares a la RPR) para detectar la sífilis. Para obtener actualizaciones, visite la página www.iawg.net.

Cuadro 37: VPH y cáncer cervical

El virus del papiloma humano (VPH) es una infección muy común y se estima que más de tres cuartos de la población de mujeres sexualmente activas lo contraen en algún momento de sus vidas. El riesgo de contraer el VPH es más alto poco después de comenzar la actividad sexual. La mayoría de estas infecciones son autolimitantes e inocuas, pero una infección persistente puede provocar cáncer cervical en las mujeres. El VPH también puede provocar otros tipos de cáncer anogenital (por ejemplo, cáncer vaginal, de vulva y de pene), cáncer de cabeza y cuello y verrugas genitales, tanto en hombres como en mujeres.

DetECCIÓN DEL CÁNCER CERVICAL

La detección y el tratamiento del cáncer cervical en las primeras etapas (displasia o precáncer cervical) son eficaces para reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer cervical. Las indicaciones para la detección dependen de los recursos locales. Cuando la citología está disponible y bien establecida, todas las mujeres mayores de 35 años deben realizarse un examen cada cinco a diez años. Cuando la citología está limitada, como en los escenarios humanitarios, los prestadores de servicios deben garantizar que todas las mujeres se hagan un examen alrededor de los 40 años. Actualmente, la citología más recomendada es la prueba de Papanicolaou. Sin embargo, es una práctica que requiere de muchos recursos, ya que es necesario contar con personal que sepa realizar un examen con espéculo y que esté capacitado en técnicas de recolección de muestras citológicas. También es necesario contar con servicios de citología para la lectura de la citología vaginal. Recientemente se ha demostrado que técnicas más nuevas, tales como la inspección visual con ácido acético (IVAA) o la inspección visual con yodo de Lugol (IVYL), son rentables en los escenarios con pocos recursos. Cuando se realiza después de una crioterapia para el tratamiento de la displasia, ya sea por derivación o por tratamiento inmediato (denominado “enfoco de visita única”), se ha demostrado que la inspección visual es segura, aceptable, factible y eficaz para reducir la cantidad de casos y la mortalidad por cáncer cervical.

VACUNA CONTRA EL VPH

El impacto más grande de las vacunas actuales contra el VPH lo tendrán las niñas que se vacunen antes de estar expuestas al VPH, es decir, antes de ser sexualmente activas. La vacunación completa consta de tres dosis y produce una respuesta muy alta que tiene una duración de al menos cinco años. El impacto general de las vacunas contra el VPH dependerá de la entrega que se realice en las poblaciones que más las necesiten. Las mujeres de los países con recursos limitados son las que más necesitan la prevención primaria a través de vacunas contra el VPH, ya que en estos países los programas de detección de cáncer cervical son escasos o no existen, y el porcentaje de casos y de mortalidad es la más alto. Aún así, el costo elevado de las vacunas contra el VPH es una barrera importante para el acceso masivo y, en el presupuesto general de salud, se deben tener en cuenta los costos y beneficios esperados.

- ▶ El tratamiento de las ITS en la atención prenatal es esencial para proteger los derechos de la madre y del niño.
- Estos derechos se aplican de igual manera a niños y adolescentes. Los prestadores de servicios que nieguen el acceso a los servicios para el tratamiento de las ITS por razones de edad, estado civil o consentimiento de los padres o tutores, sin tener en cuenta la etapa de desarrollo del niño no respetan los derechos humanos del niño.
- El derecho a la privacidad exige que los trabajadores de la salud actúen de manera tal que los pacientes se sientan seguros y protegidos cuando reciben el diagnóstico, el tratamiento o la orientación para las ITS.
- Brindar acceso a los servicios para el tratamiento de las ITS a toda la población, incluidos adolescentes, trabajadores sexuales y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, independientemente del estado legal de prostitución u homosexualidad en un país, implica proteger los derechos de igualdad y de antidiscriminación.

- Todo el mundo tiene derecho a impartir y recibir información acerca de las ITS. Este derecho también implica incluir a los adolescentes en todas las actividades comunitarias de promoción, educación, concientización sobre las ITS.
 - El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones puede verse limitado cuando se les niega a los pacientes el acceso a las nuevas tecnologías de prevención y tratamiento de las ITS (tales como la IVAA, la crioterapia y las vacunas contra el VPH).
- ▶ Por ejemplo, si el paciente se pone nervioso e incómodo cuando le preguntan acerca de las ITS o se niega a hablar sobre este tema, evalúe la privacidad con la que cuenta en sus instalaciones y sugiera cambios físicos que ayuden a que el paciente se sienta protegido e incentive la plática.

- Explorar conexiones y derivaciones a organizaciones locales que puedan ayudar al paciente.
- Averiguar si su organismo participa en la defensa de estos temas y cómo contribuye.
- Con la colaboración de sus colegas, identifique cómo evitar o manejar estas situaciones en el futuro respetando la confidencialidad del paciente.
- Exponga estos temas en reuniones de coordinación sanitaria.

4.1 Desafíos y oportunidades

A veces, proporcionar el acceso adecuado a la atención y al tratamiento de las ITS puede poner a los prestadores de servicios en una situación incómoda. El estigma, las políticas nacionales restrictivas y las normas sociales y culturales pueden interferir en la prestación del servicio y el derecho de los pacientes a acceder a la atención. Por ejemplo:

- Centros sanitarios que no ofrecen servicios a trabajadores sexuales en países que tienen leyes contra la prostitución o prácticas discriminatorias contra personas que participan en trabajos sexuales.
- Prestadores de servicios de salud que no quieren evaluar a pacientes adolescentes porque tienen la creencia de que las personas que no están casadas no pueden tener relaciones sexuales.
- Pacientes que no quieren buscar atención debido a las políticas que exigen informar ciertas ITS y al seguimiento no confidencial de la pareja.

Es importante recordar que muchos obstáculos del acceso al cuidado y tratamiento de las ITS están en contra de los principios de los derechos humanos aceptados internacionalmente. Conozca cuál es la posición de su organismo frente a estos temas e inclúyalo como parte del análisis de la situación y en los posibles pasos a seguir.

Los gerentes de programas de la salud reproductiva o los prestadores de servicios que enfrenten un dilema similar deben priorizar la seguridad y salud del paciente, la de ellos y la de sus colegas. De esta manera, pueden hacer lo siguiente:

- Hablar con su supervisor.
- Debatir las opciones con el paciente.
- Analizar las opciones y estrategias de los programas existentes dentro de sus organizaciones o estructuras médicas.

5 Supervisión

Los indicadores para supervisar los programas de tratamiento de las ITS incluyen lo siguiente:

- La parte de los prestadores de servicios de salud que recibieron capacitación sobre el tratamiento de casos de ITS/ITR de acuerdo con el protocolo actual.
- La parte de los pacientes con ITS/ITR a los que se evaluó, trató y orientó de acuerdo con el protocolo (separados por edad y sexo).

Para obtener más información sobre supervisión y evaluación, consulte el Capítulo 3.

6 Lecturas complementarias

Lectura fundamental

Integración de la atención de las ITS/ITR en salud reproductiva. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo, una guía para la práctica básica. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005. [whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf](http://www.who.int/publications/2005/9241592656.pdf)

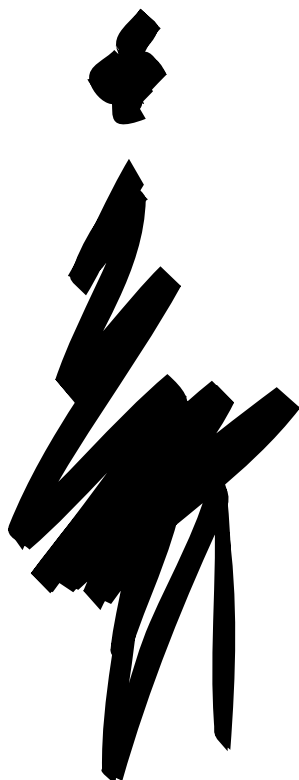
Guidelines for the management of sexually transmitted infections. OMS, 2003. http://www.who.int/reproductive-health/publications/mngt_stis/index.html

Módulos de capacitación para el manejo sintromico de las infecciones de transmisión sexual (2.ª edición). OMS, 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241593407/en/index.html>

Lecturas complementarias

Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. OMS, 2006
http://www.who.int/reproductive-health/publications/cervical_cancer_gcp/index.htm

Para obtener más información sobre la prevención de sífilis congénita: www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/syphilis/en/



10

CAPÍTULO DIEZ

VIH

Contenido

1 INTRODUCCIÓN	185
2 OBJETIVOS	186
3 PROGRAMACIÓN	186
3.1 Evaluación de necesidades	186
3.2 Concientización sobre el VIH	187
3.3 Prevención del VIH	189
3.4 Orientación y pruebas voluntarias de VIH	191
3.5 Intervenciones de ARV y TAR	192
3.6 Atención integral para las PVVIH	196
3.7 Atención para niños con VIH	198
4 DERECHOS HUMANOS Y CONSIDERACIONES LEGALES	198
4.1 Desafíos y oportunidades	199
5 SUPERVISIÓN	199
6 LECTURAS COMPLEMENTARIAS	199

1 Introducción

Desde los años 80, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es la causa de una de las pandemias más alarmantes y devastadoras de la historia. Además de ser un importante problema de salud, amenaza las estructuras sociales y económicas de muchas comunidades.

En el pasado, los programas humanitarios le daban relativamente poca importancia a la prevención, al tratamiento y a la atención del VIH porque no se lo consideraba una amenaza inmediata para la vida y, por lo tanto, no era un problema que requiriera atención humanitaria inmediata. Sin embargo, las características que definen una emergencia compleja, tales como conflicto, inestabilidad social, pobreza, destrucción ambiental e impotencia, pueden aumentar la vulnerabilidad y el riesgo de contagio de VIH de las poblaciones afectadas a través de lo siguiente:

- La limitación del acceso a los servicios de prevención del VIH; el colapso de la infraestructura de salud.
- La interrupción de las redes de apoyo social que aumentan la exposición a la violencia sexual (violación) y al abuso sexual (demandar sexo a cambio de comida o refugio).
- Migración de la población a áreas con más cantidad de casos de VIH.*

Los estudios han demostrado que los factores que afectan la transmisión del VIH en escenarios humanitarios son complejos y dependen de muchos factores dinámicos y relacionados, incluidos la cantidad de casos de VIH en la región de origen y de la población local, el nivel de interacción entre las poblaciones desplazadas y circundantes, la duración del desplazamiento, y el lugar y nivel de aislamiento de la población desplazada (por ejemplo, refugiados urbanos frente a refugiados en campos).

* ONUSIDA y ACNUR. *Strategies to support the HIV related needs of refugees and host populations*. Ginebra, 2005. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub06/jc1157-refugees_en.pdf.

VIH

Al planificar los programas de VIH en escenarios humanitarios, los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de programas deben considerar los siguientes elementos:

- El impacto combinado de las emergencias humanitarias y el VIH, incluidos los factores que pueden incrementar la vulnerabilidad al VIH.
- Las normas y prácticas existentes para brindar repuesta humanitaria, cuyo objetivo es prevenir la propagación del VIH y mitigar su impacto.
- La disponibilidad y accesibilidad de servicios de prevención, atención y tratamiento para personas con VIH (PVVIH), incluida la interrupción, el reinicio o la continuación del tratamiento antirretroviral.
- El estigma y la discriminación de personas infectadas y afectadas por el VIH.

2 Objetivo

El objetivo de este capítulo es ayudar a los funcionarios de salud reproductiva, a los gerentes de programas y a los prestadores de servicios de salud a planificar e implementar servicios integrales de prevención, atención y tratamiento del VIH como parte de la respuesta humanitaria.

3 Programación

Las intervenciones de VIH prioritarias en una respuesta humanitaria abordan la prevención de la transmisión del VIH y se incluyen en el PSIM (véase el Capítulo 2: PSIM). Éstas incluyen las siguientes:

- Facilitar y reforzar el respeto de las precauciones estándar.
- Facilitar la profilaxis postexposición (PPE) disponible (como parte de la atención clínica de las víctimas de violación y exposición laboral).
- Garantizar prácticas seguras de transfusiones de sangre.
- Distribuir condones de forma gratuita.

Además, se debe garantizar que haya drogas antirretrovirales (ARV) disponibles para continuar el tratamiento de aquellas personas que ya estaban con ARV antes de la crisis, incluida la prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH) (véase la página 192, TAR).

Al planificar los servicios integrales de prevención, atención y tratamiento del VIH, deberá abordar los siguientes componentes del programa:

- Evaluación de necesidades.
- Concientización sobre el VIH.
- Prevención del VIH.
- Orientación y pruebas de VIH.
- Prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH).
- Uso de antirretrovirales (ARV) con fines de prevención y tratamiento.
- Atención para personas que viven con el VIH (PVVIH).
- Atención para niños que viven con VIH.
- Tratamiento de las infecciones oportunistas, ITS y tuberculosis.

3.1 Evaluación de necesidades

Los funcionarios de salud reproductiva y los prestadores de servicios deben recolectar o deducir la siguiente información para el entorno en el que trabajan, en colaboración con actores de otros sectores o grupos:

Características de la población

- Cantidad de casos de VIH (tanto para poblaciones locales como desplazadas). Esta información se puede encontrar en el sitio web de ONUSIDA, con el Equipo Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA local y el Programa Nacional de Control del SIDA.
- Cantidad de PVVIH de las poblaciones afectadas que sufrieron la interrupción de los servicios de tratamiento del VIH (por ejemplo, programas de PTMH y de TAR) y aquellas personas que necesiten continuar con los tratamientos con ARV.

- Factores ambientales y de comportamiento que puedan hacer que los subgrupos vulnerables corran más riesgos de transmisión del VIH.

Características de los servicios de salud

- Personal de las instalaciones sanitarias con experiencia en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y necesidades de capacitación del personal.
- Protocolos nacionales de tratamientos con ARV para la prevención (PPE, PTMH) y el tratamiento (TAR) y disponibilidad de ARV.
- Disponibilidad de servicios de laboratorio.
- Existencia de una cadena de suministro confiable que pueda brindar acceso sostenible a los productos para el VIH.

Leyes y normas nacionales

Los gerentes de programas de salud reproductiva y los prestadores de servicios también deben estar familiarizados con las leyes y normas nacionales relacionadas con el VIH, evaluar cómo se incluye a los refugiados y las personas desplazadas internamente, y si existen restricciones según el género, la edad u otro estado. Algunos ejemplos son los siguientes:

- Leyes o normas sobre pruebas de VIH, incluida orientación antes y después de la prueba. ¿Existen leyes sobre pruebas obligatorias?
- Leyes o normas relacionadas con la distribución de condones, usuarios de drogas inyectables (UDI) y reducción del daño en el contexto de uso de drogas inyectables.
- Leyes o normas sobre la transmisión del VIH.
- Leyes o normas sobre la divulgación del estado del VIH por parte del prestador de salud.
- Leyes o normas que rigen la provisión y el acceso a las TAR.

Características de la epidemia de VIH

Para incidir en la cantidad de casos de VIH, las medidas del programa deben orientarse correctamente. Como una guía útil de programas, la OMS y ONUSIDA han clasificado, a grandes rasgos, la epidemia del VIH en diferentes países como se indica a continuación: bajo nivel, epidemias concentradas y generalizadas (véase la Tabla 24).

3.2 Concientización sobre el VIH

Incluya medidas de prevención del VIH en escenarios humanitarios en las campañas de comunicación relevantes para la población y la situación específicas. Las medidas de comunicación de la respuesta humanitaria temprana se enfocan en informar a las personas dónde obtener los servicios básicos. Se deben tener en cuenta las características de la población para poder adaptar la información con respecto al VIH. Por ejemplo:

- ¿Qué nivel de conocimiento sobre el VIH y qué conceptos erróneos sobre el VIH tiene la gente?
- ¿Cuáles son las prácticas comunes por las que las personas corren riesgo de contraer el VIH?
- ¿Qué elementos de la situación nueva generan riesgo de transmisión del VIH?
- ¿Cuáles son las actitudes y creencias comunes sobre las personas infectadas con el VIH?

Adapte las campañas de comunicación para crear conciencia generalizada sobre el VIH y el SIDA. Además, diseñe campañas de comunicación específicas con los siguientes fines:

- Orientar a las personas que puedan ser vulnerables a las prácticas que aumenten el riesgo de transmisión del VIH. Las personas desplazadas enfrentan riesgos porque se interrumpen los sistemas comunitarios de protección, se modifican las redes sexuales y la actividad sexual de los jóvenes empieza antes.
- Reducir comportamientos discriminatorios y asegurar la atención y el apoyo de las PVVIH.

Los grupos comunitarios, tales como gimnasios en escuelas, grupos posteriores a las pruebas (se incluye toda persona a quien se le haya hecho una prueba de VIH, independientemente del seroestado) y asociaciones de lucha contra el SIDA de las fuerzas policiales y militares, pueden ser eficaces a la hora de motivar a sus integrantes para que tengan conductas sexuales más seguras. Las asociaciones de PVVIH pueden ser catalizadores muy eficaces para modificar las actitudes a nivel individual y comunitario.

Tabla 24: Escenarios de la epidemia del VIH		
	Contexto de la epidemia	Conozca su epidemia
Bajo nivel	(Cantidad de casos de VIH < 1%: la cantidad de casos de VIH no ha alcanzado niveles significativos en ninguna subpoblación. Esto sugiere que las redes de riesgos están dispersas o que el virus se introdujo recientemente).	Conocer las conductas de riesgo, las redes y otros factores que indiquen el potencial de propagación del VIH, tales como índices de otras enfermedades de transmisión sexual, es indispensable a la hora de planificar la prevención.
Concentradas	La cantidad de casos de VIH es lo suficientemente alta (5% o más) en una o más subpoblaciones, por ejemplo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables o trabajadores sexuales y sus clientes. Esto indica que la epidemia se mantiene en esa subpoblación. Sin embargo, el virus no circula en la población en general, en donde la cantidad de casos sigue siendo menor al 1%.	Los siguientes factores determinarán el rumbo futuro de este tipo de epidemia: <ul style="list-style-type: none"> • El tamaño de las subpoblaciones vulnerables. • La frecuencia y naturaleza de las interacciones con esas subpoblaciones y la población en general.
Generalizadas	La cantidad de casos de VIH se encuentra entre el 1% y el 15% en mujeres embarazadas que concurren a clínicas prenatales, lo que indica que la cantidad de casos del VIH en la población en general ha alcanzado un nivel en el que la red sexual puede propagar la epidemia. En una población con una cantidad de casos de más del 5%, cada persona sexualmente activa corre un riesgo de infección alto y las subpoblaciones se consideran de "bajo riesgo".	Las normas sociales que llevan a tener relaciones con múltiples parejas sexuales o las normas y políticas que impiden la protección de las personas (por ejemplo, normas que limitan el acceso de las niñas a la educación e información) están directamente involucradas en la dinámica de la epidemia y es necesario abordarlas.
<p>La situación en África austral es excepcional. Es una región en la que una gran cantidad de personas, más de la mitad son mujeres y niñas, viven con VIH. En este contexto de hiperendemia, la cantidad de casos de VIH es superior al 15% en la población adulta. Estas situaciones exigen la implementación de medidas y recursos excepcionales para movilizar a comunidades enteras con el objetivo de modificar conductas sexuales.</p>		

El mensaje principal incluye lo siguiente:

- El VIH, virus que provoca el SIDA, puede propagarse de las siguientes maneras: relaciones sexuales sin protección (relaciones sin condón) con una persona infectada con VIH; transfusiones con sangre infectada con el VIH; reutilización de agujas

- y jeringas contaminadas con VIH; y, en el caso de mujeres con VIH, de madre a hijo durante el embarazo, en el parto o en el período de lactancia.
- Todos deben tener información acerca del VIH y SIDA, y sobre cómo prevenirlo, ya que el SIDA no se cura, solamente se puede prevenir.

- Existe un tratamiento eficaz para el VIH y el SIDA que, a pesar de que no es una cura, puede prolongar la vida de la persona si se realiza de por vida.
- Tener una infección de transmisión sexual (ITS) (como gonorrea o sífilis) hace que la persona corra más riesgos de transmitir o contraer el VIH.
- Los siguientes métodos pueden disminuir el riesgo de contagiarse en las relaciones sexuales: usar condones en forma correcta y sistemática en cada acto sexual; tener relaciones de pareja monogámicas con una pareja que no esté infectada; o abstenerse de tener relaciones sexuales.
- Toda persona que haya estado expuesta al VIH debe consultar a un trabajador de la salud calificado para obtener información, orientación y pruebas voluntarias a fin de proteger su salud.
- Las mujeres embarazadas deben tener acceso a la orientación y pruebas voluntarias de VIH. Si están infectadas, se les ofrecerán los medicamentos apropiados para reducir el riesgo de transmitir la infección al niño en el parto o durante el período de lactancia.
- El estigma, la discriminación, la información incorrecta y las actitudes negativas hacia las PVVIH aumentan el sufrimiento y la propagación de la epidemia del VIH. Discriminar a las personas que viven con el VIH es una violación de los derechos humanos.
- Involucrar, desde un principio, a los grupos vulnerables en el diseño, la implementación y la supervisión de los programas.
- Realizar las actividades del programa en lugares que frecuenten los grupos de interés (clubes, vecindarios, etc.).
- Crear espacios virtuales (líneas telefónicas de asistencia directa) o físicos (centros sociales) seguros adaptados a cada grupo donde la gente pueda buscar fácilmente información y derivación para atención y apoyo.
- Promover el uso correcto y sistemático de condones masculinos y femeninos, y garantizar su disponibilidad, asequibilidad y suministro confiable.
- Capacitar a los trabajadores sociales y de la salud para brindar servicios de alta calidad relacionados con el VIH que se adapten a las necesidades de las PVVIH y sus compañeros y familiares, como tratamiento de las ITS, asesoramiento y pruebas voluntarias, PTMH, planificación familiar y tratamiento para la tuberculosis (TB) y el SIDA.
- Abordar obstáculos estructurales, incluidas normas, leyes y prácticas corrientes, que discriminen al grupo y eviten el acceso a los servicios apropiados de prevención, tratamiento y atención del VIH.

Para obtener más información sobre campañas de comunicación, consulte el Capítulo 1: Principios Fundamentales.

3.3 Prevención del VIH

Es indispensable que los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de programas comprendan las características del entorno en el que trabajan y cuáles son los conocimientos y las actitudes de la población para adaptar los programas de VIH a esos factores.

En escenarios humanitarios, las personas pueden tener conductas que aumenten el riesgo de exposición al VIH, incluso si no consideran que pertenezcan a un grupo de riesgo.

En esta sección, se analizan tres grupos vulnerables específicos: usuarios de drogas inyectables (UDI), hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y trabajadores sexuales. Cada grupo tiene características únicas y se analizan por separado, a pesar de que los siguientes elementos se incluyen en todos los programas orientados a los grupos vulnerables.

Usuarios de drogas inyectables

El compartir jeringas y otros elementos para inyectarse drogas es una conocida vía de transmisión del VIH; no obstante, los usuarios de drogas inyectables (UDI) también contribuyen a propagar la epidemia más allá del círculo de quienes se inyectan. Las parejas sexuales de un UDI corren riesgo de contraer el virus por vía sexual. Los niños de madres que contrajeron el VIH por compartir agujas o tener relaciones sexuales con un UDI también pueden infectarse.

El VIH se puede propagar rápidamente cuando los UDI comparten agujas contaminadas (la cantidad de casos puede aumentar del 5% al 50% en un año). Los UDI tienen riesgos adicionales de contraer el VIH, por ejemplo, trabajo sexual y estar en prisión. La criminalización del uso de drogas inyectables puede provocar la marginalización social y la restricción del acceso a los servicios. Todo esto puede desencadenar la epidemia.

Las medidas de reducción de daños, tales como acceso a elementos inyectables estériles, tratamientos para la drogadicción, son algunas de las medidas más eficaces para prevenir la propagación del VIH. Los programas que tienen como objetivo reducir la transmisión del VIH por el uso de drogas inyectables

deben brindar cobertura adecuada de los elementos inyectables estériles (incluso en las prisiones), tratamientos para la drogadicción de buena calidad y no coercitivos, servicios de salud reproductiva y PTMH fáciles de usar para mujeres que usan drogas inyectables y las parejas sexuales de los UDI, así como capacitación de los prestadores de servicios de salud sobre los servicios relacionados con el VIH para los usuarios de drogas inyectables.

Los programas de prevención de salud pública liderados por pares han sido eficaces. Los mensajes clave incluyen lo siguiente:

- Si se inyecta drogas, corre un alto riesgo de contraer el VIH. Considere la opción de conseguir ayuda de profesionales capacitados para reducir el riesgo. Los primeros pasos para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH son la orientación y un programa de tratamiento para la drogadicción.
- Si está tomando medicamentos para el VIH y se droga, tendrá más posibilidades de olvidarse de tomar los medicamentos. Busque un amigo que lo ayude a recordar que tiene que tomar los medicamentos para el VIH según lo indicado.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

HSH se refiere a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de la orientación sexual (homosexuales, bisexuales o heterosexuales). Las prácticas de los HSH son diferentes en todo el mundo. A fin de diseñar programas adecuados para los HSH en las poblaciones desplazadas, es necesario comprender las redes sociales locales y las prácticas comunes. Se estima que menos de uno de cada 20 HSH en todo el mundo tiene acceso a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH. La estigmatización, criminalización y discriminación, junto con la falta de comprensión de conductas y actitudes, son obstáculos significativos a la hora de implementar programas eficaces.

En los casos en que las actitudes sociales, culturales y religiosas estigmaticen a los HSH, los programas para satisfacer sus necesidades pueden recibir las críticas de los líderes y miembros de la comunidad. Sin embargo, con la financiación y el apoyo, los funcionarios de salud reproductiva y los gerentes de los programas pueden diseñar programas para revertir la propagación del VIH entre los HSH. Por ejemplo:

- Determinar el tamaño y las características de la comunidad de los HSH en la comunidad afectada e involucrarlos en el diseño y la implementación de actividades específicas.
- Ofrecer información específica sobre las estrategias de prevención y reducción de riesgos en las campañas de comunicación, tales como el uso sistemático y correcto de condones y garantizar el acceso confiable a condones y lubricantes a base de agua.
- Ofrecer acceso a atención médica y legal para hombres y niños sujetos a coerción o violencia sexual. La atención médica para hombres y mujeres víctimas de violación es parte del PSIM (véase el Capítulo 2: PSIM).
- Promover la integración de comunidades sexuales alternativas en las campañas de concientización pública para erradicar la homofobia.

Trabajadores sexuales

El intercambio de sexo por dinero o alimentos se realiza en todas las comunidades, incluidas las comunidades desplazadas. En estas comunidades se incluye a niños y mujeres que no se consideran trabajadores sexuales, pero que luchan por sobrevivir. Por lo tanto, es de vital importancia garantizar la seguridad, la protección y el acceso a alimentos y apoyo de las personas vulnerables, tales como huérfanos y mujeres que son el único sostén familiar.

Proteger a los trabajadores sexuales contra la infección del VIH es un beneficio para ellos y para la población en general. Los programas exitosos realizan las actividades en lugares donde se pueda entrar en contacto con los trabajadores sexuales. Las consideraciones del programa son las siguientes:

- Garantizar la disponibilidad constante de condones femeninos y masculinos. Con el fin de observar una reducción eficaz de la transmisión del VIH entre los trabajadores sexuales, se debe cumplir en más del 90% con el uso correcto de los condones entre los trabajadores sexuales y sus parejas sexuales no regulares.
- Integrar estrategias para la reducción de la violencia en los entornos de trabajo sexual. En los programas se debe trabajar junto con las autoridades del orden público para garantizar que los trabajadores sexuales tengan la capacidad de protegerse a ellos mismos y que las prácticas sexuales por parte de sus clientes sean más seguras.

- Involucrar a las comunidades y los trabajadores sexuales en el cumplimiento de los reglamentos y las normas para la protección del niño.
- Vincular a los trabajadores sexuales y sus familias con los mecanismos de apoyo, como la prestación de asistencia e incentivos para las mujeres con el fin de que abandonen el trabajo sexual a través de una variedad de servicios sociales, económicos y legales.
- Abordar el lado de la “demanda” del trabajo sexual, para cambiar la conducta de los clientes de los trabajadores sexuales. El personal administrativo en los entornos humanitarios, los mediadores de un conflicto, la policía civil y los miembros de la población en general son clientes de los trabajadores sexuales en los entornos humanitarios.

3.4 Orientación y pruebas voluntarias

El asesoramiento y las pruebas voluntarias de VIH no son una intervención de prioridad al comienzo de la respuesta humanitaria debido a que no representan una intervención crucial de socorro inmediata. Sin embargo, tan pronto como se estabilice la situación, es importante ofrecer este servicio a las personas que desean conocer si son seropositivos. Los servicios de asesoramiento y las pruebas voluntarias son una práctica estándar para mejorar la salud y el bienestar de las personas, y una posibilidad de destinar servicios para la atención y el tratamiento adecuados. Proporcione asesoramiento para preparar a los pacientes en relación con el resultado de la prueba y motivar un cambio en la conducta, independientemente del resultado de la prueba.

Orientación y prueba del VIH iniciados por el prestador

En las epidemias generalizadas donde existe un entorno de apoyo y están disponibles los recursos adecuados (como los criterios

recomendados para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH), los prestadores de atención de la salud deben ofrecer el asesoramiento y la prueba de VIH como parte del cuidado clínico estándar. Si existen impedimentos en relación con la capacidad y los recursos, se necesitará de una implementación por fases del asesoramiento y la prueba iniciados por el prestador. A continuación, se encuentra una lista de prioridades para la implementación por fases:

1. Clínicas de TB.
2. Servicios para las ITS.
3. Servicios de salud prenatales, durante el parto y después de éste.
4. Instalaciones médicas para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

En epidemias concentradas y de bajo nivel, los prestadores de atención de la salud no deben iniciar el asesoramiento y las pruebas voluntarias con cada paciente que asiste a una instalación de salud, debido a que la mayoría de las personas representarán un bajo riesgo. Estas instalaciones deben estar disponibles en los entornos humanitarios estabilizados, ya sea a través de los servicios establecidos o las clínicas ambulantes.

Algunos comportamientos que exponen a las personas a un riesgo mayor de contraer el VIH, como el trabajo sexual o el uso de drogas inyectables, también hacen que las personas sean más susceptibles a la coerción, la discriminación, la violencia, el abandono, la encarcelación u otras consecuencias negativas ante el descubrimiento de una prueba positiva de VIH. Los prestadores de atención de la salud necesitan supervisión y capacitación especial para mantener los estándares de confidencialidad y consentimiento informado para los miembros de estas poblaciones. El asesoramiento y las pruebas voluntarias de VIH para estos grupos deben estar acompañados por la implementación de un marco legal, político y social de apoyo.

Servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias de calidad

Ya sea que se haya iniciado por el prestador o el cliente, los siguientes elementos del programa garantizan la calidad de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias:

- El consentimiento, la privacidad y la confidencialidad son esenciales. La prueba de VIH solamente se debe hacer de forma voluntaria. Siempre obtenga el

NUNCA se debe respaldar la prueba de VIH obligatoria.

Esto implica una violación de los derechos de una persona.

consentimiento informado antes de que alguien se someta a la prueba. El asesoramiento y las pruebas voluntarias nunca se deben imponer a alguien bajo ninguna circunstancia.

- Los servicios deben estar disponibles de forma gratuita.
- Garantizar el asesoramiento antes y después de la prueba forma parte de todos los servicios del asesoramiento y pruebas voluntarias.
- Los servicios de asistencia deben estar disponibles después de la prueba, incluidas las redes de derivación y el acceso a pruebas adicionales (como el recuento de CD4) con el fin de evaluar si se reúnen los requisitos para ingresar a los programas de tratamiento y atención.
- El asesoramiento y las pruebas voluntarias solamente se deben llevar a cabo cuando las normas de las pruebas correspondientes se encuentran disponibles. Se debe seguir una serie de reglas legales de las pruebas a nivel nacional para la prueba de VIH, mientras se le presta la debida consideración a las cuestiones de los derechos humanos que puedan surgir para la población afectada.
- Use las tecnologías para la prueba que son adecuadas para el entorno, como pruebas rápidas que usan muestras de sangre completa a través de una punción en el dedo. Obtener el resultado con las pruebas de VIH rápidas toma menos de 30 minutos y se las relaciona con los índices más altos de asesoramiento posteriores a la prueba y seguimiento. Esto respalda la descentralización del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Tenga en cuenta las condiciones de almacenamiento locales y solicite pruebas rápidas que no necesiten de refrigeración cuando sea pertinente.

3.5 Intervenciones de ARV y TAR

Es importante planificar la provisión de los programas esenciales de las drogas ARV y la TAR. Prestar servicios relacionados con el VIH a las poblaciones en entornos humanitarios es una tarea fundamental, aunque difícil, que surge con firmeza de las leyes internacionales de derechos humanos. Así como con todos los programas y las normas en relación con el VIH y SIDA, la TAR debe estar interrelacionada con los programas de atención, cuidado y prevención. No se la debe implementar como una

intervención paralela sino, más bien, como un programa integrado asociado con otros servicios (por ejemplo, salud, nutrición, educación, servicios sociales, y agua e higiene).

Donde la TAR se encuentre disponible, es importante que el asesoramiento abarque los riesgos y beneficios de la TAR y la importancia de cumplir con el cronograma de tratamiento.

Las intervenciones esenciales que utilizan las terapias con ARV son las siguientes:

- Profilaxis postexposición (PPE).
- Prevención de la transmisión de madre a hijo (PTMH).
- TAR.

PPE

Los gerentes de programas de salud reproductiva deben garantizar que la inmediata administración de la PPE (en un plazo de 72 horas) con el fin de reducir la posibilidad de transmisión de VIH se incluya en los protocolos para las dos situaciones siguientes:

- Servicios para las víctimas de violación: para prevenir y tratar las posibles consecuencias de la violación en relación con la salud, las víctimas deben tener acceso a la atención clínica, lo que incluye orientación de apoyo. Esta atención incluye la provisión de PPE.
- Exposición ocupacional: a pesar de las precauciones estándar puestas en práctica y acatadas en los entornos de atención de la salud, es posible que ocurra exposición ocupacional a la sangre y los líquidos corporales potencialmente infectados con VIH, por ejemplo, a través de una lesión por el pinchazo de una aguja. Garantice que la PPE se encuentre disponible en estos entornos como parte de un paquete de precauciones estándar integrales que reduzca la posibilidad de transmisión del VIH después de dicha exposición.

La dosis recomendada de PPE es una terapia de combinación de 28 días con dos inhibidores análogos de los nucleósidos de transcriptasa reversa (INTR), con frecuencia la zidovudina y lamivudina. Para obtener información detallada acerca de la PPE, consulte el Capítulo 2: PSIM, p. 32.

La OMS promueve un enfoque estratégico integral para la prevención de la infección del VIH en bebés y niños pequeños, el cual consiste en lo siguiente:

- Prevención primaria de la infección del VIH (véase Capítulo 9: Infecciones de Transmisión Sexual, sección 3.3: Prevención de ITS).
- Prevención de los embarazos no planeados entre las mujeres que tienen VIH (véase el Capítulo 5: Planificación Familiar, sección 3.11: Planificación familiar para personas que tienen VIH).
- Prevención de la transmisión de madres que tienen VIH a sus hijos.
- Atención, tratamiento y apoyo para las madres que tienen VIH, sus hijos y sus familias.

En los programas de salud reproductiva integrales, se deben implementar los cuatro componentes para poder alcanzar el objetivo general de mejorar la salud materna e infantil en el contexto del VIH.

PTMH

Este punto se lo debe leer junto con el Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal.

En ausencia de la profilaxis, la probabilidad de que un bebé que nació de una madre infectada con el VIH se infecte varía entre un 20% y 45% entre las mujeres que amamantan. La administración de una única dosis de la droga antirretroviral reduce esta cifra a, aproximadamente, dos tercios, mientras que el uso de las dosis complejas de triple terapia ARV o cesárea electiva y evitar amamantar reduce la probabilidad a menos del 2%.

En el momento en que una mujer que tiene VIH se presenta para obtener atención prenatal, durante el parto y después de éste, aproveche la oportunidad para prevenir la transmisión del VIH a su bebé. Para llevar a cabo la implementación del programa de transmisión de madre a hijo, se debe establecer lo siguiente:

- Servicios de atención prenatal.
- Atención de la salud materna y del niño, incluida la atención segura en el parto.
- Asesoramiento sobre el VIH y prueba de VIH iniciados por el prestador por medio del enfoque de exclusión voluntaria, es decir, las personas deben rechazar específicamente la prueba de VIH después de recibir la información de las pruebas preliminares en caso de no querer que se realice la prueba.
- Asesoramiento sobre la alimentación del bebé.
- Disponibilidad de los protocolos de la PTMH y las ARV (véase la Tabla 25).

Alimentación del bebé*

El riesgo de que los bebés contraigan VIH a través de la lactancia se debe sopesar contra el riesgo mayor de muerte por otras causas, como la desnutrición, la diarrea y la neumonía entre los bebés que no son amamantados. Las pruebas sobre la transmisión del VIH han demostrado que la lactancia exclusiva hasta los seis meses está asociada con una disminución del riesgo de transmisión del VIH entre tres y cuatro veces comparado con aquellos a los que no se los amamanta de modo exclusivo.

Los funcionarios de salud reproductiva deben analizar dentro del grupo o sector de la salud y con las autoridades de la salud nacional cómo fomentar una única práctica de alimentación del bebé en las comunidades como la norma de cuidado. A las mujeres que están infectadas con VIH se las debe asesorar y respaldar en lo siguiente:

- Amamantar y recibir intervenciones con terapia ARV.
- O bien**
- Cuando el reemplazo de la alimentación sea aceptable, factible, asequible, sustentable y seguro, evite amamantar, debido a que esto posibilitará en gran medida que el bebé no contraiga VIH.

Se recomienda firmemente la provisión de ARV a las mujeres con VIH que amamantan y están embarazadas, y a sus bebés, y el grupo o sector de la salud debería esforzarse por introducirlos (véase profilaxis antirretroviral por vía oral a continuación). Sin embargo, la ausencia de ARV no cambia las recomendaciones en relación con

* Esta sección se basa en: *Infant feeding in the context of HIV. Key Messages*, OMS 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/.

el amamantamiento.

- Se recomienda el amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida para las madres infectadas con VIH (cuyos bebés no están infectados con VIH o tienen un estado desconocido en relación con éste) a menos que el reemplazo de la alimentación sea aceptable, factible, asequible, sustentable y seguro. A los seis meses, introduzca los alimentos complementarios correspondientes y continúe con el amamantamiento durante los primeros 12 meses de vida. El amamantamiento se debe detener únicamente cuando se pueda proporcionar una dieta segura y adecuada desde el punto de vista de la nutrición sin la leche materna.
- Si ya se sabe que los bebés y niños pequeños están infectados con VIH, se recomienda a las madres a que amamenten a sus hijos de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continúen con la lactancia materna de acuerdo con las recomendaciones para la población en general, es decir, hasta los dos años o más.
- Independientemente de cuál sea la elección en relación con la alimentación, los servicios de salud deben hacer un seguimiento de todos los bebés infectados con VIH y continuar ofreciendo apoyo y asesoramiento con respecto a la alimentación infantil, en especial, en los momentos clave cuando es posible que se reconsidere la elección en relación con la alimentación, como al momento del diagnóstico temprano del bebé y a los seis meses de edad.

Para obtener más información sobre el amamantamiento, consulte el Capítulo 6: Salud Materna y Neonatal.

Profilaxis antirretroviral por vía oral

Las madres que tienen VIH deben recibir profilaxis ARV o TAR de por vida durante el embarazo y la lactancia.

Las dosis de ARV profilácticas deben comenzar a partir de las 14 semanas de gestación o tan pronto como sea posible cuando las mujeres se enteran tarde de que están embarazadas, y administrarse durante el trabajo de parto o el parto.

- Como mínimo, la madre debe recibir una dosis única de neviraprina (NVP-du) de 200 mg al comienzo del trabajo de parto y

el bebé debe recibir una NVP-du de 2 mg por kilogramo de peso corporal por vía oral tan pronto como sea posible, pero no después de las 72 horas del nacimiento. A pesar de que no se la considera la mejor dosis de prevención, la simplicidad de este método es conveniente para los entornos humanitarios. Algunos programas utilizan NVP-du como medida momentánea a corto plazo. En estos casos, se deben tomar medidas para permitir que las dosis más eficaces se proporcionen tan pronto como sea posible.

- Si una mujer está en cuidado prenatal y no es necesaria la TAR para su salud o si las drogas de triple ARV no se encuentran disponibles, la profilaxis ARV se debe iniciar a las 14 semanas de gestación o tan pronto como sea posible. Debe continuar el tratamiento durante el parto y el período de lactancia y después del parto para el bebé.

La Tabla 25 proporciona las opciones de ARV profilácticas recomendadas para las mujeres con VIH que no necesitan tratamiento para su salud.

Realice un seguimiento de los niños que nacieron de mujeres con VIH: inicialmente para la profilaxis posparto y más tarde para evaluar su estado respecto del VIH y ofrecer la terapia antirretroviral en caso de ser necesario.

Involucre a las parejas en los programas para la PTMH. Esto es clave para garantizar el apoyo dentro de las familias.

Cuando sea factible, garantice que las madres con VIH tengan acceso a la TAR (véase a continuación). Cuando una mujer cumple con los criterios,¹ inicie la TAR tan pronto como sea posible. Si la terapia antirretroviral no se puede iniciar cuando la madre ha desarrollado SIDA, la NVP-du NO se debe proporcionar a la madre para la PTMH con el fin de prevenir el desarrollo de la resistencia viral a la NVP.

Si el suministro de drogas ARV no es suficiente para comenzar una terapia antirretroviral para las madres, se debería ofrecer profilaxis para los bebés.

¹ Iniciar TAR de por vida para todas las mujeres embarazadas que tienen VIH con la enfermedad clínica avanzada o grave (estadio clínico 3 ó 4 según la OMS), o con un recuento de CD4 de 350 células/mm³ o inferior, independientemente de la edad gestacional.

Tabla 25: Opciones de ARV profilácticas recomendadas para las mujeres embarazadas que no necesitan tratamiento para su salud*	
Opción A: AZT para las madres	Opción B: ARV profiláctica triple para las madres
La madre	La madre
<ul style="list-style-type: none"> • Administración diaria de AZT antes del parto (>14 semanas de gestación). • NVP-du al inicio del trabajo de parto.* • AZT + 3TC durante el trabajo de parto y en el parto.* • AZT + 3TC durante 7 días después del parto.* <p>* La administración de NVP-du y AZT+3TC durante y después del parto se puede omitir si la madre recibe más de 4 semanas de AZT durante el embarazo.</p>	<p>Drogas ARV triples desde >14 semanas de gestación hasta una semana después de haber terminado por completo el período de lactancia. Los regímenes recomendados incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AZT + 3TC + LPV/r • AZT + 3TC + ABC • AZT + 3TC + EFV • TDF + (3TC o FTC) + EFV
El bebé	El bebé
<p>El bebé en período de lactancia Administración diaria de NVP desde el nacimiento hasta una semana después de que la exposición a la leche materna haya terminado.</p> <p>El bebé que no se encuentra en período de lactancia Administración diaria de AZT o NVP desde el nacimiento hasta las 6 semanas.</p>	<p>El bebé en período de lactancia Administración diaria de AZT o NVP desde el nacimiento hasta las 6 semanas.</p> <p>El bebé que no se encuentra en período de lactancia Administración diaria de AZT o NVP desde el nacimiento hasta las 6 semanas.</p>
<p>AZT: Azidotimidina, zidovudina; 3T: lamivudina; NVP-du: dosis única de nevirapina; LPV/r: lopinavir/ritonavir; ABC: abacavir, EFV: efavirenz.</p> <p>Todas las dosis se administran por vía oral. Existen fórmulas pediátricas de AZT, 3TC y NVP.</p> <p>* Fuente: Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. OMS. 2009. www.who.int/hiv/pub/mtct/advice/en/index.html.</p>	

TAR

Desde el comienzo de la respuesta humanitaria, garantice la continuación de las drogas ARV para las personas que ya estaban inscritas en un programa de TAR antes del inicio de una crisis. Para los pacientes que se encuentran o estuvieron en una TAR pero que no tienen más acceso a la medicación, la continuidad de los ARV es una prioridad para garantizar la eficacia del tratamiento y evitar el desarrollo de resistencia viral. Se recomienda lo siguiente:

- Una prueba de VIH, o un documento, que confirme el estado de VIH y una tarjeta de paciente que muestre el régimen de TAR que está siguiendo o se siguió.
- Si la persona se encuentra actualmente en una TAR, continúe el tratamiento sin interrupción. Si se interrumpió el tratamiento, evalúe las razones de la interrupción y comience nuevamente con las dosis lo más pronto posible.

- Si las mismas drogas ARV que se usaron en la dosis de primera línea no están disponibles y si no hay antecedentes de falla de tratamiento o reacción adversa grave del ARV alternativo propuesto, reemplace la primera dosis inmediatamente según los protocolos nacionales.
- A los pacientes que anteriormente estaban tomando inhibidores de la proteasa y ahora no están disponibles en el nuevo entorno, se les puede recetar la dosis de primera línea hasta que se encuentre disponible la de segunda línea. No obstante, las personas que estaban tomando inhibidores de la proteasa debido a una reacción adversa a la dosis de primera línea deben ser supervisados de cerca en caso de que vuelvan a comenzar con la dosis de primera línea. Si vuelve a producir toxicidad y no está disponible la dosis de segunda línea, se debe interrumpir la TAR. Continúe la prevención de infecciones oportunistas (véase 3.6).
- Dadas las nuevas circunstancias, proporcione orientación de adhesión y apoyo.

Cuando los refugiados que se encuentran en una terapia ARV son repatriados a sus regiones o países de origen, garantice que continúen con el tratamiento sin interrupción. Contáctese con las autoridades sanitarias en el país o la región de origen para coordinarlo.

Planifique una prueba de VIH integral y programas de TAR y de orientación lo más pronto posible. Antes de iniciar los servicios de TAR, es importante tener en cuenta las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el mínimo de suministro de ARV que se puede poner a disposición?
- ¿Durante cuánto tiempo está disponible la financiación? Se debe garantizar un mínimo de un año de financiación.
- ¿Se puede inscribir a la población afectada en programas nacionales de TAR?
- ¿Cuáles son las potenciales limitaciones en el abastecimiento y la administración de fármacos?
- ¿Cuál es la movilidad de la población?
¿Cuáles son las situaciones de seguridad y las futuras probabilidades de desplazamiento que podrían llevar a la interrupción del tratamiento?
- ¿Cuál es la capacidad de laboratorio (en el centro sanitario y a nivel de derivación)?

La iniciación de un paquete mínimo de servicios de TAR requiere preparación. Garantice que se cumplan los siguientes requisitos:

- Normas, procedimientos operativos estándar y protocolos de tratamiento estándar. Se deben seguir los protocolos nacionales siempre que estén disponibles. Ante la ausencia de un protocolo nacional, se deben seguir las directivas de la OMS.
- Trabajadores comunitarios y clínicos capacitados con experiencia en los protocolos de tratamiento, orientación de pacientes y movilización de comunidades.
- Un suministro de inicio de medicamentos para seis meses que incluya ARV, cotrimoxazol, tratamiento de la TB y tratamiento para otras infecciones oportunistas y coinfecciones (véase 3.6), y un sistema de abastecimiento para garantizar un suministro ininterrumpido de los medicamentos necesarios.
- Suministro de diagnóstico y capacidad de laboratorio, incluidos, al menos, el diagnóstico de VIH, la determinación de hemoglobina o hematocitos, conteo de células CD4, diagnóstico de la TB, análisis de paludismo y sífilis.
- Un sistema de supervisión del paciente (incluidas tarjetas de tratamiento del paciente para darles a los pacientes en TAR y permitirles una atención continua y de seguimiento en otro centro sanitario) y redes de comunicación y derivación.
- Paquetes de información para orientación del paciente, educación y movilización de la comunidad.

3.6 Atención integral para las PVVIH

La atención integral para las personas que viven con el VIH (PVVIH) es un componente de la atención primaria de la salud que debe estar disponible en los escenarios humanitarios. Esto es especialmente importante en los escenarios con una epidemia generalizada. Los elementos de una atención integral incluyen lo siguiente:

- Apoyo a las PVVIH.
- Información y educación para el paciente.
- Tratamiento de la tuberculosis y profilaxis para las infecciones oportunistas.
- Planificación familiar.
- Atención basada en la comunidad o en el hogar.
- Cuidado paliativo.

Apoyo a las PVVIH

Desarrolle programas confidenciales para brindar apoyo psicosocial para las PVVIH. Esto puede incluir orientación y apoyo individual, grupos de apoyo o amigos de las PVVIH y familiares de las personas a las que los pacientes de VIH le divulgaron su estado.

Garantice que las PVVIH tengan acceso sin discriminación a los suplementos alimentarios necesarios y a la orientación en nutrición a través de programas de asistencia alimentaria. Incluir a todas las personas elegibles en la lista de alimentación suplementaria sin divulgar las razones de su inclusión ayuda a evitar la discriminación.

En los escenarios humanitarios, las PVVIH necesitan que se les garantice un suministro adecuado de agua potable ya que son más susceptibles a infecciones y tienen menos posibilidades de recuperarse de los períodos de enfermedades transmitidas por el agua. Por razones similares, se debe proveer a las PVVIH con un mosquitero tratado con insecticida de larga duración para reducir el riesgo de contraer paludismo en las áreas endémicas.

Información y educación para el paciente

Se pueden preparar folletos con información estándar para el paciente, pero es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Circunstancias específicas, que incluyen información apropiada para la edad, el idioma, el nivel de alfabetización y el nivel de educación.
- Información sobre vivir con el VIH, como así también medidas de prevención.

Tratamiento de la tuberculosis y profilaxis para las infecciones oportunistas.

En muchas partes del mundo, la tuberculosis es la principal causa de morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH. Colabore con los programas de control de la TB para garantizar el acceso de las PVVIH al tratamiento de esta enfermedad. La isoniacida es un antibiótico eficaz, económico y muy bien tolerado para el tratamiento preventivo de la tuberculosis, y se debe suministrar a todas las personas con VIH una vez que la enfermedad activa de la TB haya sido excluida.

Para prevenir otras infecciones oportunistas en las PVVIH, el cotrimoxazol es un antibiótico eficaz y muy bien tolerado que se usa para prevenir la neumonía por *Pneumocystis* y la toxoplasmosis en adultos y niños con VIH. También es eficaz contra otras infecciones y enfermedades parasíticas, y presenta beneficios significativos en las regiones afectadas por el paludismo. Además, todos los niños expuestos al VIH cuyas madres viven con VIH deben recibir profilaxis con cotrimoxazol, comenzando desde las cuatro hasta las seis semanas de edad y hasta que se haya excluido la infección de VIH. En todos los casos, se deben seguir las pautas nacionales.

Desde el comienzo de la respuesta humanitaria, garantice la continuación de la profilaxis y derive a los pacientes rápidamente a los servicios que la ofrezcan.

Planificación familiar

Las PVVIH deben tener acceso a los métodos de planificación familiar y orientación. Brinde orientación de calidad sobre temas como métodos anticonceptivos cuando se vive con VIH, protección doble con condones y otro método, anticoncepción de emergencia, interrupción de embarazos y disponibilidad de apoyo en el embarazo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5: Planificación Familiar.

Atención basada en la comunidad o en el hogar

Es importante establecer un sistema de atención basada en la comunidad o en el hogar al que se pueda derivar a las personas con infección avanzada de VIH cuando son dadas de alta del hospital. Es mejor iniciarlo ni bien se estabiliza la situación humanitaria. El apoyo clínico y social para las PVVIH debe ir mano a mano.

Cuidado paliativo

El cuidado paliativo debe cubrir el tratamiento de los síntomas graves y crónicos y la atención terminal. Entre los elementos importantes, se incluyen el control del dolor, tratamiento de otros síntomas, atención terminal, respaldo para toda la atención basada en la comunidad y en el hogar, información y educación.

3.7 Atención para niños con VIH

Se recomiendan las siguientes acciones para la atención de niños con VIH:

- Para la iniciación del tratamiento para niños, tome como base las pautas nacionales.
- Use las directivas de la OMS para el diagnóstico clínico del VIH cuando no estén disponibles las instalaciones de supervisión y diagnóstico.
- Cuando solicite formulaciones de jarabe, esté preparado para tener suficiente espacio de almacenamiento refrigerado y una cadena de frío en funcionamiento ya que vienen en grandes volúmenes.
- En escenarios en los que los diagnósticos de VIH de niños cuyas madres tienen VIH positivo están retrasados debido a la falta de capacidad para análisis de laboratorio, comience con cotrimoxazol, aproximadamente, desde las cuatro hasta las seis semanas de edad o en el primer contacto con los servicios de salud.
- Cuando no está disponible la supervisión de la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) y, en los niños menores de 18 meses que están diagnosticados clínicamente, oriente a los padres a buscar pruebas confirmatorias después de los 18 meses de edad con pruebas de anticuerpos convencionales.
- Los menores no acompañados y los niños huérfanos necesitan atención especial y entablar un proceso legal especial o llegar a un acuerdo con el tutor o cuidador.
- Todas las decisiones deben estar tomadas teniendo en cuenta el bien del niño.

4 Derechos humanos y consideraciones legales

Garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos es importante tanto para reducir la exposición al VIH como para mitigar los efectos adversos en los individuos y las comunidades. El derecho internacional sobre derechos humanos contiene varios puntos de relevancia para las personas que viven o están afectadas por el VIH. La disposición de los derechos que promueven las intervenciones de VIH es esencial en los programas de emergencia donde la violencia sexual y el acceso reducido a la prevención del VIH y a los servicios de atención y tratamiento aumentan el riesgo de transmisión del VIH. Los derechos clave son los siguientes:

- **Derecho a acceder a atención de la salud para el VIH y SIDA:** el derecho al más alto estándar posible de salud mental y física incluye el derecho a centros sanitarios, bienes y servicios accesibles, aceptables y de calidad. El acceso a los programas de VIH debe ser equivalente, al menos, a los disponibles en otras comunidades anfitrionas que lo rodean. Además, el derecho a la salud solamente se puede llevar a cabo junto con el derecho al alimento, al agua, a una vivienda y a una vida sin discriminación y violencia, entre otros derechos.
- **Derecho a acceder a información y educación sobre el VIH:** el derecho a la salud incluye el derecho a recibir educación e información esencial sobre el VIH, como así también a la salud sexual y reproductiva.
- **Derecho a una vida sin discriminación:** todas las personas deben disfrutar el derecho a vivir sin discriminación por cuestiones de sexo, sexualidad y estado de VIH, y se debe garantizar el acceso a la prevención, al tratamiento y a los servicios de atención del VIH.
- **Derecho a intervenciones de salud voluntarias:** todas las personas deben tener derecho a proporcionar un consentimiento informado y a ser libres de decidir sobre la realización de los análisis de VIH. El derecho a la integridad física garantiza que todas las personas tengan los medios para tomar decisiones informadas voluntarias sobre su atención de la salud, incluida la posibilidad de saber o no su estado de VIH como así también el derecho a proporcionar su consentimiento informado y tener libertad para decidir sobre los análisis de VIH obligatorios.
- **El derecho a la privacidad y confidencialidad en la asistencia relacionada con el VIH:** es esencial que se garantice la privacidad y confidencialidad de la información de salud para asegurar que todas las personas, incluidas las mujeres, independientemente de su estado civil, puedan acceder a servicios de salud sin miedo a que se divulgue su estado de VIH.

Los Estados han reconocido la importancia de la igualdad de género, el aumento de la autoridad y la participación de las mujeres y niñas en todos los aspectos de la prevención y respuesta al VIH.* En particular, la protección específica al género debe ser tratada de manera adecuada y se debe prestar especial atención a las necesidades de salud de las mujeres y niñas, incluido cómo garantizar el acceso a la atención y los servicios de salud reproductiva y al

tratamiento y la orientación adecuada en todos los casos de violencia sexual y de género.

Los niños tienen derecho a una protección especial conforme a la ley como lo destaca el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. En particular, la Convención sobre los Derechos del Niño debe guiar las respuestas en todos los casos que se involucre a niños, incluidos: la no discriminación, la dedicación al interés superior del niño, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, y la participación del niño.

4.1 Desafíos y oportunidades

Los funcionarios, gerentes de programas y prestadores de servicios de salud reproductiva deben estar familiarizados con la legislación y las normas nacionales, y las directivas referentes a la prevención, al tratamiento y a la atención del VIH en el país. En algunas instancias, los derechos humanos pueden verse comprometidos por las leyes o normas nacionales, o incluso por los falsos conceptos sociales y culturales. Es importante analizar los posibles dilemas con los equipos y supervisores, y decidir el tipo de compromiso de su organización. Algunas de las medidas inmediatas que pueden tomar los prestadores de servicios son garantizar que informan a los pacientes de manera directa sobre las consecuencias negativas de las leyes. Además, es importante explorar las posibilidades de derivación de los pacientes a otros organismos u organizaciones que podrían brindar apoyo y asistencia legal. Las organizaciones pueden decidir abogar por el problema y contribuir en los esfuerzos conjuntos de promoción de los organismos.

5 Supervisión

Los siguientes indicadores se pueden usar para supervisar los programas de VIH integrales:

- Calidad de las pruebas de donación de sangre: la proporción de unidades de sangre donadas que fueron examinadas para VIH garantizando el control de la calidad.
- Índice de uso del condón: la proporción de personas sexualmente activas que informaron uso del condón en la última relación sexual.
- Orientación y resultado de las pruebas posteriores al asesoramiento y pruebas voluntarias: la proporción de pacientes que accedieron al asesoramiento y las pruebas voluntarias que se hicieron el análisis por VIH, que recibieron los resultados y orientación posterior a las pruebas.
- Cobertura de la PTMH: la proporción de pacientes en consultas de asistencia prenatal que fueron asesorados antes de la prueba.
- Cobertura de los ARV en los programas de PTMH: el índice de madres-recién nacidos que tomaron ARV a tiempo.

Para obtener más información sobre supervisión y evaluación, consulte el Capítulo 3.

6 Lecturas complementarias

Lectura fundamental

Intervenciones prioritarias: prevención, tratamiento y atención del VIH/SIDA en el sector de la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, 2008. http://www.who.int/pmnch/topics/hiv_aids/priorityinterventions/en/

Rapid advice documents: Antiretroviral therapy for adults and adolescents; use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants, Infant feeding in the context of HIV. Key Messages. OMS, 2009. www.who.int/hiv/pub/paediatric/advice/en/

Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach. OMS, Ginebra, 2006. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtctguidelines3.pdf>

* Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (Resolución de la Asamblea General A/RES/S-26/2 del 2 de agosto de 2001). Párrafos 14, 37, 58-62.

Engender Health. HIV Prevention in Maternal Health Services; Programming Guide. Fondo de las Naciones Unidas para la Población, 2004.
<http://www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/hiv-prevention-in-maternal-health.php>

Clinical Guidelines for antiretroviral therapy management for displaced populations. Southern Africa. Southern African HIV Clinicians Society/ACNUR, 2007.
<http://www.unhcr.org/4683b0522.html>

UNHCR and Infant Feeding in Emergencies. Guidance on infant feeding and HIV in emergencies for refugees and displaced populations. ACNUR, Ginebra, 2008.
<http://www.enonline.net/ife>

Guidelines for addressing HIV in Humanitarian Settings, Interagency Standing Committee. 2009. http://www.aidsandemergencies.org/cms/documents/IASC_HIV_Guidelines_2009_En.pdf

a1

Anexo 1

Glosario

Adolescente	Persona de 10 a 19 años.
Amenorrea	Ausencia de sangrado en momentos que se espera un sangrado.
Asistente tradicional para el parto	Un prestador basado en la comunidad encargado de la atención durante el embarazo y el nacimiento. Los asistentes tradicionales para el parto no están capacitados en las destrezas necesarias para manejar o tratar complicaciones obstétricas.
Atención posterior al aborto	La atención posterior al aborto es la estrategia mundial para reducir la muerte y el sufrimiento debido a las complicaciones de un aborto no seguro y espontáneo.
Ciclo menstrual	Una serie repetida de cambios en los ovarios y el endometrio que incluye la ovulación y el sangrado mensual. La mayoría de las mujeres tiene ciclos que duran de 24 a 35 días.
Consentimiento informado	Una condición legal en la que una persona dice que dio su consentimiento informado basándose en una apreciación y un entendimiento claros de los hechos, las implicaciones y las consecuencias futuras de una acción. Para proporcionar un consentimiento informado, la persona en cuestión debe estar en pleno uso de sus facultades mentales y tener a su disposición todos los datos relevantes en el momento de dar el consentimiento. La imposibilidad de razonar y juzgar, que haría imposible que una persona prestara su consentimiento informado, incluye factores como retardo mental grave, enfermedad mental grave, intoxicación, privación grave del sueño, enfermedad de Alzheimer o estado de coma.
Crisis humanitaria	Un evento o una serie de eventos que representa una amenaza importante para la salud, la seguridad y el bienestar de una comunidad o un grupo grande de personas, por lo general, en un área extensa. Los conflictos armados, las epidemias, las hambrunas, los desastres naturales y otras emergencias pueden implicar o conducir a una crisis humanitaria.
Distribución basada en la comunidad	Prestación de métodos anticonceptivos por miembros capacitados. Los trabajadores laicos llevan los servicios de planificación familiar a las mujeres y familias, alcanzando así a aquéllos que no pueden acceder a centros sanitarios.

Escenario humanitario	Toda situación en la que los mecanismos de afrontamiento no están funcionando para hacer frente a la tensión exterior.
Etapas graves	Etapas durante una situación de emergencia en la que los índices de muerte son elevados y las prioridades de la respuesta humanitaria se relacionan con la supervivencia.
Fondo central de respuesta a emergencias	Una herramienta de financiación multilateral creada por las Naciones Unidas para destinar fondos previos para una acción humanitaria. El Fondo central de respuesta a emergencias tiene hasta \$500 millones de dólares estadounidenses, incluido un componente de donaciones de hasta \$450 millones de dólares estadounidenses y un componente de préstamo de \$50 millones de dólares estadounidenses. El componente de donaciones del Fondo central de respuesta a emergencias tiene dos destinos: uno para las respuestas rápidas y otro para las emergencias con financiación insuficiente. El Fondo central de respuesta a emergencias está financiado por contribuciones voluntarias de todo el mundo de los estados miembros de las Naciones Unidas, empresas privadas, fundaciones y personas, y está a cargo del Coordinador de Respuesta a Emergencias, Jefe de la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios.
Gerente de programas	Un empleado de un organismo de trabajo a cargo de la programación de salud reproductiva de su organismo.
Grupo de salud	El <i>Global Health Cluster</i> (Grupo global de salud), bajo el mando de la Organización Mundial de la Salud, está formado por más de 30 organizaciones internacionales de salud humanitaria. El grupo se pone en marcha durante una emergencia, se designa un coordinador y funcionario de salud reproductiva por el organismo líder del Grupo de Salud en el país, generalmente la OMS.
Infección de transmisión sexual (ITS)	Cualquier grupo de infecciones bacterianas y virales, y parásitos que son transmitidos durante un acto sexual.
Infección del tracto reproductivo (ITR)	La infección del tracto reproductivo es un término amplio que incluye las infecciones de transmisión sexual como así también otras infecciones del tracto reproductivo que no son transmitidas a través de las relaciones sexuales.
Infertilidad	La incapacidad de una pareja para tener hijos de forma natural.
Joven	Persona de 10 a 24 años.
Líderes de opinión	Los informantes clave como líderes comunitarios, jefes de tribus, etc.
Manchado	Todo flujo vaginal con sangre fuera del momento de sangrado esperado.
Métodos anticonceptivos	Incluye métodos clínicos y de suministro (modernos) y métodos sin suministro (tradicionales). Los métodos clínicos y de suministro incluyen la esterilización femenina y masculina, los DIU, los métodos hormonales (píldoras orales, inyectables, implantes de hormonas, parches en la piel y anillos vaginales), los métodos con condones y barreras vaginales (diafragma, capuchón cervical y espumas, jaleas, cremas y esponjas espermicidas). Los métodos tradicionales incluyen el método de la temperatura basal, el coito interrumpido, la abstinencia y el método de amenorrea de la lactancia. La esterilización quirúrgica, generalmente, se considera un método de anticoncepción solamente si la operación está realizada, en parte, para evitar tener más hijos (la esterilización también se lleva a cabo por razones de salud).
Mutilación genital femenina	Procedimientos que conllevan la ablación parcial o total del aparato genital externo femenino u otro tipo de lesión en los órganos genitales femeninos por razones no médicas.
Organismo líder de salud reproductiva	El organismo identificado por el grupo o sector de salud como la organización que tiene la mayor capacidad para proporcionar apoyo técnico y operativo a los centros colaboradores de salud para garantizar la priorización de la salud reproductiva.

Orientación sobre planificación familiar	Discusiones con pacientes que asistieron a un centro sanitario por alguna razón, los beneficios de espaciar o limitar los embarazos, los métodos anticonceptivos disponibles para hacerlo y brindar ayuda para elegir el método anticonceptivo correcto y adecuado.
Personal de salud comunitaria	Una persona laica o voluntaria que trabaja en el área de la salud pero que no es médica.
Personal del programa	Toda persona en un organismo que participa en la programación, la administración, el tratamiento, la financiación, la supervisión y la evaluación clínica o no clínica.
Personas desplazadas internamente	Las personas o los grupos de personas que fueron obligados o forzados a huir o abandonar sus hogares o lugar habitual de residencia, particularmente como consecuencia o para evitar los efectos de un conflicto armado, situaciones de violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos o desastres naturales o provocados por el hombre, y que no cruzaron una frontera del Estado reconocida internacionalmente. Fuente: Deng, Francis. <i>"Principios rectores para el desplazamiento interno"</i> . E/CN.4/1998/53/Add.I, 11 de febrero de 1998. Nueva York, NY: Naciones Unidas.
Plan Común de Acción Humanitaria	Un plan estratégico de respuesta humanitaria en un país o una región determinada. Proporciona lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Un análisis común del contexto en el que se lleva a cabo la respuesta humanitaria. • Un análisis de las necesidades. • Mejores y peores escenarios, y los más probables. • Identificación de roles y responsabilidades, es decir, quién realiza una acción y dónde. • Una declaración clara de los objetivos y las metas a largo plazo. • Un marco de trabajo para la supervisión de la estrategia y la revisión, en caso de ser necesario. El Plan Común de Acción Humanitaria es la base para el desarrollo de un llamamiento consolidado, y como tal, forma parte del Proceso de llamamiento coordinado.
Población afectada	Población de importancia que incluye, entre otros, a las poblaciones anfitrionas, las personas desplazadas internamente y los refugiados.
Posparto	Las primeras seis semanas después del nacimiento de un niño.
Prestador de nivel medio	Clínicos que no son médicos, por ejemplo, parteros, enfermeros, funcionarios clínicos, asistentes de médicos y otros, cuya capacitación y responsabilidades difieren entre los países pero que están capacitados para realizar servicios clínicos básicos relacionados con la salud reproductiva. Estos procedimientos incluyen un examen ginecológico bimanual para verificar la existencia de embarazo y la posición del útero, la detección de sonidos uterinos, procedimientos transcervicales, y la realización de un aborto en los embarazos a edad temprana. (Definición acordada por los participantes de la Consulta Técnica de la OMS en septiembre de 2000).
Prestador de servicios	Todo organismo o toda persona que preste servicios, como atención y orientación clínica.
Prevalencia anticonceptiva	La proporción de mujeres en edad reproductiva que usa (o cuya pareja usa) un método anticonceptivo en un momento dado.
Proceso de llamamiento consolidado	Una herramienta usada por las organizaciones de ayuda para planificar, coordinar, financiar, implementar y supervisar sus actividades. Como un mecanismo de coordinación, el proceso de llamamiento consolidado establece una cooperación estrecha entre los gobiernos anfitriones, donantes, organismos de ayuda y, en particular, entre las ONG, el movimiento de la Cruz Roja, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y los organismos de las Naciones Unidas. Al trabajar conjuntamente en las regiones en crisis del mundo, producen un Plan Común de Acción Humanitaria.

Progestágeno	Cualquier fármaco de un amplio grupo de fármacos sintéticos que tienen efectos similares a los de la progesterona. Algunos se usan en los anticonceptivos hormonales.
Protección doble	Protección contra el embarazo no deseado y las ITS, entre ellas el VIH.
Punto focal	La persona responsable de la salud reproductiva.
Refugiado	Una persona que huye a un país extranjero o escapa del peligro o la persecución debido a un temor bien fundado de persecución por razones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social particular u opinión política, está fuera de su país de nacionalidad, y no puede, o por tal temor no quiere, valerse de la protección de su país. Convención Relativa al Estatuto de los Refugiados de 1951.
Salud reproductiva	La salud reproductiva es un estado de pleno bienestar físico, mental y social (no la mera ausencia de enfermedad o debilidad) en todo lo relativo al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos.
Sangrado vaginal	Todo flujo vaginal con sangre (rosado, rojo o marrón) que requiera el uso de protección sanitaria (toallas o tampones). Los diferentes patrones de sangrado vaginal incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado intermenstrual: todo sangrado fuera del momento de sangrado esperado (es decir, fuera del ciclo de sangrado mensual regular) que requiere el uso de protección sanitaria. • Sangrado abundante (menorragia): sangrado que es el doble de abundante a un sangrado habitual de una mujer. • Sangrado poco frecuente: menos de dos episodios de sangrado en tres meses. • Sangrado irregular: manchado o sangrado intermenstrual que ocurre fuera del momento de sangrado esperado (es decir, fuera del sangrado mensual regular). • Sangrado menstrual: sangrado mensual que sucede, en general, durante tres a siete días cada 28 días. • Sangrado prolongado: sangrado que dura más de ocho días.
Sector de salud	Una parte de la economía que trata los asuntos relacionados con la salud en la sociedad.
Servicios de paramédicos	Profesiones de atención de la salud clínica a diferencia de la medicina, la odontología y la enfermería.
Sexo, relación sexual	La actividad sexual en la que el pene es insertado dentro de una cavidad del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Relación sexual anal que implica la inserción en el ano. • Relación sexual oral que implica la inserción en la boca. • Relación sexual vaginal que implica la inserción en la vagina.
Violación/intento de violación	La violación es un acto de relación sexual no consensuada. Puede incluir la invasión en cualquier parte del cuerpo con un órgano sexual o la invasión de los genitales u orificio anal con cualquier objeto o parte del cuerpo. La violación y el intento de violación implican el uso de fuerza, intimidación o coerción. Los esfuerzos por violar a alguien que no tienen como consecuencia la penetración se consideran intentos de violación.
Violencia de género	La violencia de género (VDG) es un término amplio que abarca todo acto perjudicial que sea perpetrado contra la voluntad de una persona y se basa en diferencias sociales (género) entre los hombres y las mujeres.

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ADN	ácido desoxirribonucleico
AES	abuso y explotación sexual
AIC	anticonceptivo inyectable combinado
AMPD	acetato de medroxiprogesterona de depósito
AOC	anticonceptivo oral combinado
AP	asistencia prenatal
APS	atención primaria de la salud
APV	asesoramiento y pruebas voluntarias
APV VIH	asesoramiento y pruebas voluntarias sobre el VIH
ARV	antirretroviral(es)
ASM	aborto por succión manual
ATP	asistente tradicional para el parto
BEmOC	atención obstétrica básica de emergencia
CDN	Convención sobre los derechos del niño
CEFDM	Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CEmOC	atención obstétrica integral de emergencia
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
D y C	dilatación y curetaje
DBC	distribución basada en la comunidad
DIU	dispositivo intrauterino
DIU-LNG	dispositivo intrauterino con levonorgestrel
EmOC	atención obstétrica de emergencia
EN-NET	enantato de noretisterona
EPI	enfermedad pélvica inflamatoria
FCRE	Fondo central de respuesta a emergencias
GTI	Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis
HEADSSS	hogar, educación/empleo, actividades, drogas, sexualidad, suicidio y depresión, seguridad
HRB	agencia de respuesta humanitaria
HSH	hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IASC	Comité Permanente entre Organismos
IEHK	kit interinstitucional sanitario de emergencia
IGT	inmunoglobulina tetánica
IIU	inseminación intrauterina
IMC	índice de masa corporal
INTR	inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa
ITR	infección del tracto reproductivo
ITS	infecciones de transmisión sexual
ITT	infecciones de transmisión por transfusión

ANEXO 2

Siglas y Abreviaturas

IVAA	inspección visual con ácido acético (vinagre)
IVYL	inspección visual con yodo de Lugol
MELA	método de amenorrea de la lactancia
MS	Ministerio de Salud
MTI	Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios
NU	Naciones Unidas
NVP-du	dosis única de neviraprina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PAE	píldora anticonceptiva de emergencia
PAP	Papanicolaou
POE	procedimientos operativos estándar
PPE	profilaxis postexposición
PSB	agencia de servicios de adquisición
PSI	Population Services International
PSIM	Paquete de servicios iniciales mínimos
PTMH	prevención de la transmisión de madre a hijo
PVVIH	personas que viven con el VIH/SIDA
RCP	reacción en cadena de la polimerasa
RhD	Rhesus D
RPR	reagina plasmática rápida
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMN	salud materna y neonatal
SR	salud reproductiva
TAR	terapia antirretroviral
TB	tuberculosis
TT	toxoides tetánico
UDI	usuarios de drogas inyectables
UI	unidades internacionales
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VDG	violencia de género
VHS	virus del herpes simple
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano

Muestra del Código de Conducta

Conforme a la misión y práctica de [ORGANIZACIÓN] y los principios del derecho internacional y los códigos de conducta internacionales, todo el personal de [ORGANIZACIÓN], incluido el personal regular nacional e internacional, de jornada completa o media, pasantes, contratistas, voluntarios, es responsable de promover el respeto por los derechos humanos fundamentales, la justicia social, la dignidad humana y el respeto por la igualdad de derechos entre los hombres, las mujeres y los niños. Mientras se respeta la dignidad y el valor de cada individuo, el trabajador de [ORGANIZACIÓN] deberá tratar a todas las personas de la misma manera sin distinción de raza, sexo, religión, color, nacionalidad u origen étnico, idioma, estado civil, orientación sexual, edad, situación socioeconómica, discapacidad, convicción política o cualquier otro rasgo distintivo.

Los trabajadores de [ORGANIZACIÓN] reconocen que se deben mantener ciertos estándares internacionales de conducta y que estos prevalecen por encima de las prácticas culturales locales y nacionales. Mientras se respeta y adhiere a este marco más amplio de conducta, [ORGANIZACIÓN] exige especialmente que todos los trabajadores de [ORGANIZACIÓN] se adhieran al siguiente Código de Conducta.

Compromiso con el Código de Conducta de [ORGANIZACIÓN]

- (1) Un trabajador de [ORGANIZACIÓN] siempre tratará a todas las personas con respeto y cortesía conforme a todas las normas de conducta nacionales e internacionales aplicables.
- (2) Un trabajador de [ORGANIZACIÓN] no cometerá ningún acto que ocasione un daño físico, sexual o psicológico a los beneficiarios que servimos.
- (3) Un trabajador de [ORGANIZACIÓN] no consentirá ni participará en actividades corruptas o ilegales.
- (4) Los trabajadores de [ORGANIZACIÓN] y [ORGANIZACIÓN] reconocen la dinámica inherente del poder desigual y el potencial de explotación en el trabajo de ayuda humanitaria, y que dicha explotación socava la credibilidad del trabajo humanitario y daña profundamente a las víctimas de estos actos de explotación y sus familias y comunidades. Por esta razón, los trabajadores de [ORGANIZACIÓN] tienen prohibido mantener relaciones sexuales con los beneficiarios.* Las relaciones sexuales con niños (personas menores de 18 años) están estrictamente prohibidas.
- (5) Un trabajador de [ORGANIZACIÓN] nunca debe abusar de su poder o posición en la entrega de asistencia humanitaria, ya sea absteniéndose de ayudar o brindando un tratamiento especial, incluidas la solicitud o demanda de favores o actos sexuales.
- (6) Se espera que todos los trabajadores de [ORGANIZACIÓN] defiendan los máximos estándares éticos de integridad, responsabilidad y transparencia en la entrega de bienes y servicios mientras llevan a cabo las obligaciones de su posición.
- (7) Un trabajador de [ORGANIZACIÓN] tiene la responsabilidad de informar de inmediato a la alta gerencia todo caso conocido o sospechado de supuesta mala conducta contra los beneficiarios (según se detalla en el informe). Se debe mantener estricta confidencialidad para proteger a todos los individuos implicados.



ANEXO 3

Muestra del Código de Conducta

Yo, el abajo firmante, por el presente documento declaro que he leído y comprendido este Código de Conducta. Me comprometo a ejercer mis obligaciones como empleado de un Programa de violencia de género conforme al Código de Conducta. Comprendo que si no cumplo con el Código de Conducta, deberé enfrentar sanciones disciplinarias.

Nombre del empleado, función y firma, fecha

Nombre del gerente y firma, fecha

Adaptación de: *Gender-based Violence Tools Manual for Assessment and Programme Design, Monitoring and Evaluation*. Consorcio RHRC, 2004.

