

**Parte III.M**  
**Salud**  
**Reproductiva en**  
**Situaciones de**  
**Emergencia**

- Número de incidentes de violencia sexual reportados por cada 10,000 habitantes
- Porcentaje de establecimientos de salud que tienen suministros adecuados para las medidas de precaución universal
- Número de condones distribuidos por cada 1,000 habitantes
- Número de *kits* para parto limpio distribuidos

## SALUD REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Históricamente, las agencias humanitarias que responden a emergencias—guerras, conflictos civiles, hambrunas, desastres ambientales—no pensaban en las necesidades de salud reproductiva de las personas que servían y centraban su atención en proporcionar albergue, alimentos, agua y atención de la salud para evitar las muertes por enfermedades contagiosas.

Sin embargo, desde 1993, el reconocimiento de la importancia de los derechos y las necesidades reproductivas de las personas afectadas por conflictos armados ha evolucionado rápidamente, luego que varios acontecimientos pusieron en relieve esa falta de atención: Un editorial del *Lancet* de 1993, argumentaba a favor de la libertad reproductiva de los refugiados; en 1994, una encuesta de la Comisión de la Mujer para las Mujeres y los Niños Refugiados en los ámbitos para los refugiados, expuso la virtual falta de servicios de salud reproductiva; en 1994, las mujeres de Ruanda que estaban refugiadas en Tanzania y Zaire (hoy República Democrática del Congo) exigieron tener, por lo menos, acceso a los servicios que habían utilizado antes de su huida (*The Lancet*, 1993 & Wulf, 1994). La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en noviembre de 1994, fue específica al articular el derecho de los refugiados a contar con servicios de salud reproductiva, dándole un ímpetu importante a esta evolución (Naciones Unidas, 1995).

En muchos aspectos importantes, los refugiados no son diferentes a las personas que viven en los ambientes estables y que han sido durante décadas el centro de atención de los esfuerzos de desarrollo y de los programas de salud reproductiva. En efecto, antes de huir de sus hogares y de sus pueblos, estas personas probablemente eran las mismas que participaban en dichos programas, por lo que los mismos principios firmes del diseño, el monitoreo y la evaluación de los programas que se desarrollan en situaciones estables, todos pueden aplicar también en el contexto de los refugiados.

No obstante, las experiencias del conflicto, la huida y el desplazamiento que estos refugiados han tenido introducen factores que deben ser tomados en cuenta por las personas que planifican los programas cuando establecen los servicios de salud reproductiva. La pobreza, la impotencia, la disolución familiar y la inestabilidad social, las cuales caracterizan la vida de los refugiados, pueden afectar sus deseos de salud reproductiva, su exposición a los riesgos—particularmente, de ITS y de violencia—y su capacidad para actuar (McGinn, 2000). Los programas de salud reproductiva deben tomar en consideración no sólo los propios desplazados sino también la situación en que viven todos los que se ven afectados por el conflicto. Los desplazados pueden permanecer en campamentos segregados para refugiados o pueden vivir entremezclados con la población local—la cual suele estar, materialmente, poquísimos mejor que los refugiados mismos—en aldeas, pueblos o ciudades. En cualquier caso, los refugiados y las organizaciones humanitarias que llegan a darles servicios cambian el entorno social, político, económico y físico del lugar. Al definir qué servicios se van a ofrecer y a quién se los va a ofrecer, los programas deben considerar el factor de la equidad y el potencial de las tensiones entre los distintos grupos.

El reconocer los derechos reproductivos de los refugiados coloca una carga de responsabilidad en los actores humanitarios de proveer los servicios de salud que los refugiados necesitan para ejercer tales derechos.

### Definición de los Términos y de las Fases del Conflicto

El término “refugiado,” en el lenguaje jurídico, se refiere a una persona que ha huido de su hogar, ha cruzado una frontera internacional y que no puede o no quiere volver, debido a persecución por cuestiones de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un grupo social en particular u opinión política. El término incluye informalmente,


también, a las personas que huyen de una guerra, un conflicto civil, una hambruna y de los desastres ambientales. Las “Personas Desplazadas Internamente” (PDI) se han visto forzadas a dejar sus hogares, pero permanecen dentro de las fronteras de sus propios países. Debido a que los países en conflicto suelen no poder, o no querer, dar a las PDI los servicios sociales y de salud que necesitan y a que la comunidad internacional puede estar en contra de transgredir los derechos soberanos de los estados, las PDI reciben poca atención internacional y las víctimas quedan sin ningún tipo de protección ni de asistencia.

Todas las personas que se ven afectadas por un conflicto armado son personas que merecen atención: Esto incluye a los refugiados, a las personas desplazadas internamente y a las poblaciones receptoras que residen en los lugares de asilo. En general, los términos que

aquí se utilizan—“refugiados,” “desplazados” y “víctimas de la guerra”—se refieren a todos estos grupos de personas afectadas, a menos que se indique lo contrario.

### Las Fases del Conflicto

Las complejas emergencias humanitarias suelen dividirse en fases, para orientar la definición de las necesidades de los programas y fijar prioridades. El siguiente diagrama (Busza y Lush, 1999) es una útil descripción de las fases que comúnmente se discuten. Sin embargo, el conflicto casi nunca es un proceso lineal y una región que está en conflicto suele presentar las características de más de una de estas fases a la vez, en la medida que avanza y retrocede a través de las distintas fases.



| Fase del Conflicto        | Descripción  |
|---------------------------|--|
| Éxodo/Emergencia          | Al evento que provoca la huida (tal como un estallido de guerra o una escalada de la violencia) le sigue la pérdida de infraestructura y de los servicios esenciales y la desintegración de la organización política y social. En esta etapa, la mortalidad, la morbilidad y la desnutrición están en su punto más alto, y es probable que las personas no tengan acceso a los insumos para cubrir sus necesidades básicas.                    |
| Post-Emergencia           | La respuesta de la ayuda nacional e internacional ha comenzado a tener impacto y las necesidades más básicas de subsistencia están siendo cubiertas de manera regular. Se ha establecido cierta rutina e infraestructura informal, aunque la estabilidad política y social es aún precaria.  |
| Estabilización            | Se han restablecido más servicios y las personas se ajustan a la vida en desplazamiento. Esta fase puede continuar durante muchos años.  |
| Asentamiento/Repatriación | Aunque el asentamiento permanente en un país receptor, o la repatriación, acarreen experiencias muy distintas para las personas involucradas, los dos indican cierto grado de resolución del conflicto y, frecuentemente, un fin de la dependencia de las agencias de asistencia. Se forjan nuevos estilos de vida, o se restablecen los antiguos, y las necesidades de la comunidad se convierten en necesidades de desarrollo a largo plazo. |

## **Desafíos Metodológicos para Evaluar los Programas de Salud Reproductiva en Contextos de Emergencia**

- **La destrucción de la infraestructura y de los sistemas durante la guerra limita la capacidad de los proveedores de proveer los servicios y de evaluar los programas.**

El conflicto armado es destructivo por su propia naturaleza. De hecho, una estrategia de guerra es destruir la infraestructura, como las carreteras, las comunicaciones, los servicios públicos, los establecimientos de salud. Por lo tanto, las agencias que trabajan en contextos de conflicto deben comenzar desde cero para establecer los sistemas de provisión de servicios y evaluar la efectividad de dichos servicios, quedando claro que la provisión de los servicios es más prioritaria que la evaluación.

- **Las poblaciones de refugiados se desplazan y, por tanto, se dificulta la medición.**

Los refugiados suelen desplazarse más de una vez. En las fases iniciales de un conflicto, los grandes desplazamientos pueden ocurrir en etapas, a medida que las personas individuales y los grupos familiares se dirigen a refugios seguros. Sin embargo, una vez en un lugar “estable,” es común que haya afluencias y salidas, ya que algunos miembros de la familia van en busca de trabajo, regresan a casa para cosechar sus siembras o tratan de establecerse en otros lugares. Este denominador en constante movimiento dificulta las mediciones.

- **Es probable que los refugiados vean la recopilación de datos como una medida coercitiva y que, por lo tanto, la calidad de los datos recopilados se pueda ver comprometida.**

Aunque existe cierto peligro de sesgos de cortesía e intimidación en la recopilación de datos entre cualquier población, la vida misma de los refugiados y de los desplazados depende de las agencias que les piden la información, por lo que es probable que perciban que su participación y sus respuestas definirán el acceso a servicios que son fundamentales para su supervivencia.

- **La recopilación de los datos se limita a las poblaciones accesibles.**

La literatura, publicada y no publicada, es parcial hacia los refugiados que viven en campamentos estables, simplemente porque el acceso a otros grupos—los desplazados, los que viven en lugares dispersos, los que viven en áreas inseguras—es a menudo difícil o imposible. Los factores de seguridad, como las minas terrestres o el riesgo de entrar en contacto con combatientes armados, así como otros aspectos prácticos, como las advertencias para no viajar de noche y la falta de alojamiento, limitan la capacidad del personal para viajar y proveer los servicios o para recopilar los datos. El personal de los programas debe ser cauteloso de no generalizar sus hallazgos para todos los refugiados y los desplazados.

- **Es probable que las agencias no coordinen los esfuerzos de monitoreo entre ellas mismas.**

La oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) es la agencia intergubernamental responsable del bienestar de los refugiados (excepto de las personas desplazadas internamente, que son responsabilidad de sus propios gobiernos). ACNUR y otras agencias coordinadoras, como la OCAH (Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios), trabajan a través de diversas y respetables organizaciones humanitarias y gubernamentales, que tienen su propia misión y sus propios donantes, así como sus propios sistemas financieros, sistemas de recursos humanos, de logística y de mantenimiento de los registros. Puede que estos entes coordinadores, o las propias organizaciones en los contextos específicos, hagan esfuerzos por crear un sistema común de monitoreo, o por coordinar la recopilación de los datos a nivel del campo, pero la tarea es compleja. A nivel internacional, se han desarrollado estándares mínimos interagenciales para responder a los desastres, a través del Proyecto Sphere, con lo que se ha facilitado esta tarea. Los estándares fueron articulados por primera vez en 1998 y las agencias humanitarias los han ido adoptando voluntariamente, y su uso se está difundiendo gradualmente (Proyecto Sphere, 2000).

- **El personal técnicamente competente es escaso.**

Al iniciar una emergencia, la asistencia internacional incluye al personal médico adecuadamente capacitado para proveer algunos servicios. Sin embargo, siempre

se hace necesario contratar personal o voluntarios entre la población refugiada para llevar a cabo muchas tareas; ellos conforman la mayoría de los trabajadores, particularmente a medida que la situación se estabiliza y salen de escena las agencias que intervinieron en la fase de emergencia. Sin embargo, es frecuente que los refugiados que tienen más educación y mejor capacidad técnica *no sean* los que se quedan en los campamentos de refugiados, ya que sus redes sociales les dan alternativas más atractivas y seguras. Este éxodo aplica particularmente a los trabajadores de salud capacitados y a las personas que tienen experiencia en investigación o en el análisis de los datos.

- **Las agencias humanitarias y los donantes planifican a corto plazo.**

Las agencias humanitarias son expertas en dar respuesta inmediata a las emergencias. Esa es su misión y la mayoría no son agencias de desarrollo a largo plazo. Sin embargo, una mayoría importante de refugiados y desplazados del mundo están en la fase de estabilización y es adecuado que los programas tengan objetivos a largo plazo. Las agencias donantes y de socorro inmediato tradicionalmente planifican en ciclos de 6 y 12 meses, por lo que resulta impráctico hacer mediciones de los resultados intermedios y a largo plazo. Irónicamente, un programa suele recibir financiamiento para 3 o más años, pero divididos por períodos individuales que van incrementando su plazo cada 6 meses, en los que únicamente se miden los productos funcionales más elementales.

No obstante, hay varias agencias que ofrecen asistencia inmediata y que también tienen una función programática a más largo plazo. Muchas agencias también han trabajado para garantizar que su respuesta inmediata es consistente con las necesidades programáticas a más largo plazo, para facilitar la transición en los servicios y en la recopilación y el uso de los datos.

- **Tenemos poca experiencia de programa y de investigación con la salud reproductiva en situaciones de migración forzosa que nos pueda orientar.**

Apenas comenzamos a entender los efectos que tiene la migración forzosa en los conocimientos, actitudes y prácticas de salud reproductiva y, por ende, en la condición de la salud reproductiva. Tenemos poca

experiencia en como recopilar la información que se refiere al desplazamiento, a la salud mental, a la disolución familiar y al cambio social. Sin embargo, estos factores pueden ser clave para entender las necesidades, los deseos, los recursos y las preocupaciones de las poblaciones afectadas por las guerras. Muchas personas cuestionan la ética de hacer preguntas a las personas que están traumatizadas, para quienes probablemente no haya servicios disponibles.

Esperamos que a medida que vayamos adquiriendo más experiencia y encontremos más respuestas, esta información pueda servir para mejorar los servicios para las poblaciones, tanto las de refugiados como las estables.

## **Los Indicadores**

Los indicadores que se incluyen en esta sección son los que desarrolló una comunidad de agencias\*—organizaciones multilaterales, agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, universidades—en una guía titulada *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual* (ACNUR, 1999). El manual reconoce el esquema clásico de las etapas de conflicto y recomienda implementar un **Paquete Mínimo de Servicios Iniciales** durante la fase de emergencia—es decir, el período de días o semanas al inicio de una crisis de refugiados.

Los indicadores descritos en detalle en esta sección son únicamente los que se recomiendan para monitorear la implementación de este **Paquete Mínimo de Servicios Iniciales**. El *Inter-Agency Field Manual* también recomienda que se implementen servicios integrales de salud reproductiva lo más pronto posible después de la fase de emergencia e incluye los indicadores para monitorear estos servicios más amplios. Se incluye una lista resumida de estos indicadores, haciendo referencia a los indicadores paralelos que se utilizan en otras partes de este manual.

---

\* El Grupo Interagencial de Trabajo sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados comprende más de 30 grupos humanitarios y de salud reproductiva que se reúnen con regularidad para discutir el progreso y las necesidades en este campo. El grupo fue fundamental para desarrollar y revisar la guía *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*.

## Indicador

### NÚMERO DE INCIDENTES DE VIOLENCIA SEXUAL REPORTADOS POR CADA 10,000 HABITANTES

#### Definición

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de incidentes de violencia sexual reportados durante el período de referencia específico}}{\text{Población total del campamento}} \times 100$$

Durante la fase de emergencia, los incidentes de violencia sexual se definen más comúnmente como violación.

#### Datos Requeridos

La información sobre el número de incidentes de violencia sexual reportados durante un período de tiempo específico (por ejemplo, 6 meses) e información sobre el número total de personas en el campamento de refugiados

#### Fuente(s) de Datos

Los informes de incidentes de violencia sexual denunciados ante cualquier autoridad, como el personal de protección o cualquier otro personal de ACNUR, la policía, las autoridades locales o el personal del establecimiento de salud

#### Propósito y Temas a Considerar

El término “violencia sexual” abarca “todas las formas de amenaza sexual, asalto, violencia doméstica, interferencia y explotación, incluyendo la prostitución involuntaria, la violación de menores y el acoso sexual sin daño físico o penetración” (ACNUR, 1995). En la fase de emergencia, la violación es la forma de violencia sexual que recibe más atención. Sin embargo, es necesario subrayar que los programas de salud reproductiva deben incluir la prevención y la respuesta a otras formas de violencia sexual, así como a la violencia con base en el género, después de la fase de emergencia.

La violencia sexual se asocia en gran medida a las situaciones de movimientos forzados de una población. En este contexto, todos los actores que participan en responder a la emergencia deben estar conscientes de esta situación y deben ponerse en vigor las medidas preventivas correspondientes.

Durante la respuesta a la emergencia, se debe acatar a la ACNUR publicación *Guidelines for Prevention and Response to Sexual Violence Against Refugees* (1995). También, durante la fase inicial de una emergencia, deben establecerse las medidas para ayudar a los refugiados que han experimentado violencia sexual, incluida la violación.

Las mujeres que han experimentado violencia sexual deben ser referidas a los servicios de salud lo más pronto posible después del incidente. El personal de protección también debe involucrarse para proteger y dar apoyo legal a los sobrevivientes de la violencia sexual.

Las siguientes son acciones clave para reducir el riesgo de violencia sexual y responder a los sobrevivientes durante la emergencia:

- Diseñar y ubicar campamentos de refugiados para incrementar la seguridad física, en consulta con los refugiados;
- Garantizar la presencia de personal de protección, de personal de salud y de mujeres intérpretes;
- Incluir los temas de violencia sexual en las reuniones de coordinación de salud;
- Garantizar que los refugiados estén informados de la disponibilidad de servicios para los sobrevivientes de la violencia sexual;
- Brindar asistencia médica a los sobrevivientes de la violencia sexual, incluida, de ser apropiada, la anticoncepción de emergencia; e

- Identificar a los individuos o a los grupos que puedan estar en un riesgo particular de violencia sexual (entre otros, mujeres solas jefas de hogares, menores no acompañados) y tomar en consideración sus necesidades de protección y de asistencia.

En la medida de lo posible, el evaluador debe obtener datos de las tasas de incidencia, especificándolos por edad y por sexo.

### **Implicaciones de Género de este Indicador**

La violencia sexual que se reporta en el contexto de emergencia casi siempre involucra a víctimas femeninas y agresores masculinos. La violencia sexual contra las mujeres ocurre durante todas las fases de una emergencia:

#### *(1) Emergencia*

La violencia sexual ha sido un instrumento para perseguir, humillar, torturar y dominar a las mujeres y a sus familias. La violencia sexual sistemática y políticamente motivada ha conducido a muchas comunidades y personas individuales a buscar asilo en otras áreas o en otros países (ACNUR, 1993).

#### *(2) Éxodo*

Las mujeres son particularmente vulnerables durante el proceso de reubicación, cuando cruzan las líneas militares, las áreas de conflicto civil y las fronteras. Los perpetradores en esta etapa muy probablemente incluyen a bandidos, contrabandistas, guardias de los puntos fronterizos, policía, miembros de las fuerzas armadas y civiles de la población receptora.

#### *(3) Post-Emergencia/Estabilización/Asentamiento*

Las mujeres refugiadas o desplazadas internamente han estado sujetas a muchas formas de violencia sexual: violación, extorsión sexual, acoso y amenazas sexuales y prostitución forzada. Las mujeres en situaciones de emergencia son vulnerables cuando los refugiados masculinos y los guardias de los campamentos las toman como propiedad sexual, cuando son coaccionadas a tener relaciones sexuales a cambio de cubrir sus necesidades básicas y cuando son sujetas a asaltantes mientras recorren largas distancias a los puntos de distribución de las raciones (ACNUR 1999).

Muchos actos de violencia sexual contra las mujeres en los contextos de emergencia se quedan sin reportar, porque las mujeres temen los actos de venganza, se sienten avergonzadas, temen el rechazo de un esposo o de la comunidad, se sienten indefensas, no tienen apoyo o desconfían de los servicios públicos o de los servicios para los refugiados. Una respuesta con sensibilidad de género contra la violencia sexual incluye la presencia del personal médico femenino para atender a las mujeres que han estado expuestas a la violencia sexual, un entorno seguro para reportar la violencia sexual que respete la confidencialidad y atención integral para las mujeres que están expuestas a la violencia sexual (incluidas la atención médica, la atención psicosocial y la protección) [ACNUR, 1999].



## Indicador

### PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD QUE TIENEN SUMINISTROS ADECUADOS PARA LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN UNIVERSAL

#### Definición

El número de establecimientos equipados para las medidas de precaución universal

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de establecimientos de salud con provisiones adecuadas para tomar medidas de precaución universal}}{\text{\# de puntos de entrega de servicios en los campamentos}} \times 100$$

Cada punto de entrega de servicios debe definir los suministros adecuados, con base en el número de exposiciones potenciales.

Las precauciones universales se refieren a las medidas (descritas a continuación) para prevenir la transmisión del VIH.

#### Datos Requeridos

La información del número de establecimientos de salud en los campamentos de refugiados que tienen los suministros/insumos adecuados para las medidas de precaución universal e información del número total de puntos de entrega de servicios en los campamentos

#### Fuente(s) de Dato(s)

Los informes de inventario y de los suministros/insumos de los puntos de entrega de servicio de los campamentos

#### Propósito y Temas a Considerar

Las personas que están a cargo deben enfatizar las medidas de precaución universal contra la propagación del VIH/SIDA en el ámbito de atención de la salud du-

rante la primera reunión de los coordinadores de salud del campo de refugiados. Bajo las presiones de una situación de emergencia, el personal de campo puede sentirse tentado a tomar atajos en los procedimientos y, por lo tanto, poner en peligro la seguridad de los pacientes y del personal. El personal debe respetar las medidas de precaución universal; y este indicador mide la eficacia de los sistemas de distribución de los suministros, con relación a las medidas de precaución universal.

El principio básico detrás de las medidas de precaución universal para prevenir la transmisión del VIH dentro del contexto de atención de la salud, es que se debe asumir que toda la sangre, los productos de la sangre y los fluidos corporales son todos potencialmente infecciosos.

Los requisitos mínimos para las medidas de precaución universal son:

- Instalaciones para el lavado de manos frecuente;
- Disponibilidad de guantes para todos los procedimientos que implican contacto con sangre y otros fluidos corporales;
- Disponibilidad de ropa protectora;
- Manejo seguro de los objetos punzantes;
- Manejo seguro de los materiales de desecho;
- Limpieza, desinfección y esterilización adecuada del instrumental médico;
- Manejo adecuado de cadáveres;
- Manejo adecuado de accidentes laborales (ACNUR, 1999).

## Indicador

### NÚMERO DE CONDOMES DISTRIBUIDOS POR CADA 1,000 HABITANTES

#### Definición

El volumen de condones distribuidos con relación a la población del campamento

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de condones distribuidos en un período de referencia}}{\text{Población total del campamento}} \times 100$$

#### Datos Requeridos

El número total de condones distribuidos en el campamento de refugiados dentro de un período de tiempo específico (es decir, un mes); la población total del campamento de refugiados

#### Fuente(s) de Datos

Las listas de distribución de los condones

#### Propósito y Temas a Considerar

Para que puedan dárseles a cualquier persona que los pida, la disponibilidad de condones debe garantizarse desde el inicio de la emergencia. Se recomienda pedir los insumos suficientes para cubrir la necesidad potencial.

Además de proveer los condones cuando se los soliciten, el personal de campo debe asegurarse de que los refugiados estén conscientes que hay condones disponibles y que sepan dónde los pueden obtener. Los condones deben estar disponibles en los establecimientos de salud, particularmente cuando se trata de casos de ITS. Se recomienda establecer otros puntos de distribución para que las personas que solicitan los condones los puedan obtener con la debida privacidad.

Una limitación de este indicador es que la distribución no necesariamente equivale al uso, particularmente cuando el producto se da sin costo alguno. Una segunda advertencia es que en los casos de poblaciones de refugiados donde hay una proporción grande de niños, el número de condones por cada 1,000 personas se reduce, invalidando las comparaciones entre los distintos ámbitos de refugiados. No obstante, este indicador es útil como una medida cruda o del nivel de protección contra los embarazos no deseados y contra la prevención de enfermedades, sobretodo porque los datos están fácilmente disponibles.

## Indicador

### NÚMERO DE *KITS* PARA PARTO LIMPIO DISTRIBUIDOS

#### Definición

Este indicador se calcula de la siguiente manera:

$$\frac{\text{\# de kits para parto limpio distribuidos}}{\text{\# estimado de mujeres embarazadas en el campamento de refugiados}} \times 100$$

Los *kits* para atender un parto pueden ser los que usan las madres o las personas que atienden los partos, así como los que son para uso de las obstetrices o parteras.

#### Datos Requeridos

La información sobre el número total de *kits* para parto limpio distribuidos dentro del campamento de refugiados e información sobre el número estimado de mujeres embarazadas en el campamento (se estima que son de 75 a 125 en un período de tres meses para una población de 10,000)

#### Fuente(s) de Datos

Las listas de la distribución o del inventario de *kits* para la atención del parto y los del establecimiento de salud sobre el número de mujeres embarazadas en el campamento

#### Propósito y Temas a Considerar

Una población de refugiados incluye a mujeres que están en las etapas finales del embarazo, que darán a luz durante la fase inicial de la emergencia. El personal del campamento debe proporcionar *kits* sencillos para la atención del parto, para que las mujeres que están en la fase final del embarazo los puedan utilizar en sus casas. Tanto las propias mujeres como las parteras u obstetrices tradicionales pueden usar estos equipos tan sencillos. El personal los puede armar en el propio lugar y deben incluir al menos: un lienzo de plástico, dos cordones o hilos para anudar, una cuchilla limpia de afeitar, una barra de jabón y un paño de algodón para prevenir la hipotermia en el recién nacido.

Los evaluadores pueden usar una fórmula con base en la tasa bruta de natalidad para calcular los suministros y los servicios requeridos. Con una tasa bruta de natalidad de 3 a 5 por ciento anual, probablemente habrá unos 75 a 125 nacimientos durante un período de 3 meses en una población de 10,000. Utilizando este número estimado, el personal puede calcular el número de *kits* que debe solicitar.

Durante las fases iniciales de una emergencia, los partos generalmente ocurren fuera del establecimiento de salud y sin la asistencia por personal de salud calificado. Aproximadamente 15 por ciento de los nacimientos presentará alguna complicación, por lo que las personas que atienden los partos deben referir los nacimientos complicados al centro de salud. La unidad suplementaria del Nuevo *Kit* para Emergencias de Salud (NEHK-98, por sus siglas en inglés) tiene todos los materiales necesarios para garantizar partos normales, seguros y limpios. El centro de salud puede manejar muchas de las emergencias obstétricas con el equipo, los insumos y las medicinas que incluye el NEHK-98. Cuando los centros no puedan manejar las complicaciones obstétricas, deben estabilizar a las pacientes antes de transferirlas al hospital de referencia.

## Indicadores de Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados y Compendio de Indicadores de Salud Reproductiva

**Nota:** Muchos de los indicadores para la fase de post-emergencia y para las fases posteriores de las crisis de refugiados corresponden a las áreas de salud reproductiva que señala este *Compendio*. En la primera columna del siguiente cuadro se presenta el listado completo de los indicadores para estas etapas posteriores que incluye el manual de *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Luego se hace una referencia cruzada de los indicadores que están descritos en otras partes del *Compendio*. En algunos casos, estos indicadores son exactamente iguales; en otros, son similares. La columna 3 indica la sección en la que aparece cada uno de los indicadores en este *Compendio*.

| <b>Indicador de SR en <i>Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual</i></b>   | <b>Indicador Paralelo en este <i>Compendio</i></b>   | <b>Sección en este <i>Compendio</i></b> |
|--|--|---|
| <b>Salud del Recién Nacido</b>   |  |   |
| 1. Tasa de mortalidad neonatal   | Tasa de mortalidad neonatal  | III.E                                   |
| 2. Porcentaje de nacimientos con bajo peso al nacer (<2500 g)  | Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer   | III.E                                   |
| 3. Porcentaje de nacimientos con muy bajo peso al nacer (<1500 g)  | Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer   | III.E                                   |
| 4. Razón de mortinatalidad   |  |   |
| <b>Maternidad Segura</b>   |  |   |
| 1. Porcentaje de defunciones maternas reportadas que se han investigado conforme a guías establecidas, cuyos resultados se divulgan al personal de salud | Porcentaje de establecimientos que hacen una revisión de caso/ auditoría de caso a las muertes maternas/o a los casos cerca de la muerte         | III.D                                   |
| 2. Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal al menos una vez  | Porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por razones relacionadas con el embarazo                                    | III.D                                   |
| 3. Porcentaje de mujeres que parirán, tamizadas durante el embarazo para descartar sífilis   | Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal y que se les hace una prueba de tamizaje para descartar sífilis | III.D                                   |
| 4. Porcentaje de mujeres embarazadas tamizadas para descartar sífilis con un resultado positivo  | Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a las clínicas de atención prenatal y se les hace una prueba de tamizaje para descartar sífilis     | III.D                                   |
| 5. Incidencia de abortos no seguros y abortos espontáneo   | Tasa de abortos y tasa total de abortos  | III.I                                   |

| <b>Indicador de SR en <i>Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual</i></b>                        | <b>Indicador Paralelo en este <i>Compendio</i></b>   | <b>Sección en este <i>Compendio</i></b> |
|---|--|---|
| <b>Maternidad Segura (Continuación)</b>   |  |   |
| 6. Porcentaje de mujeres que parirán que han sido adecuadamente vacunadas con toxoide tetánico                                  | Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido al menos dos dosis de toxoide antitetánico                                  | III.E                                   |
| 7. Porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas   |  |   |
| 8. Porcentaje de mujeres con emergencias obstétricas tratadas de manera oportuna y apropiada. Manejo de emergencias obstétricas | Porcentaje de mujeres con complicaciones obstétricas atendidas en el establecimiento de salud dentro de las primeras dos horas | III.D                                   |
| 9. Porcentaje de mujeres que van a dar a luz, atendidas por personal de salud capacitado  | Porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud calificado   | III.D                                   |
| 10. Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que pueden nombrar al menos 2 señales de peligro de complicaciones obstétricas   | Porcentaje de la audiencia que conoce tres señales primarias de advertencia o de peligro de complicaciones obstétricas         | III.D                                   |
| 11. Porcentaje de mujeres que dan luz por una intervención cesárea  | Intervenciones cesáreas como porcentaje de todos los nacidos vivos   | III.D                                   |
| 12. Porcentaje de mujeres con complicaciones por un aborto, atendidas de manera oportuna y apropiada                            |  |   |
| 13. Porcentaje de mujeres que parirán que reciben al menos 1 visita de atención postparto                                       | Porcentaje de mujeres atendidas durante el período postparto por personal de salud calificado                                  | III.D                                   |
| 14. Porcentaje de recién nacidos que han recibido BCG y polio cuando cumplen un mes de haber nacido                             |  |   |
| <b>Violencia Sexual (VS)</b>  |  |   |
| 1. Porcentaje de sobrevivientes de VS que reciben un conjunto básico de servicios psicosociales y médicos                       | Número de consultas en los servicios para la atención de la violencia contra la mujer, brindadas por tipo de servicio          | III.K                                   |
| 2. Porcentaje de sobrevivientes de VS que se presentan para recibir atención dentro de los primeros 3 días después del evento   |  |   |
| 3. Porcentaje de ofensores de VS identificados, procesados a la máxima capacidad de la ley                                      |  |   |

| <b>Indicador de SR en <i>Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual</i></b>   | <b>Indicador Paralelo en este <i>Compendio</i></b>   | <b>Sección en este <i>Compendio</i></b>      |
|--|--|--|
| <b>Violencia Sexual (Continuación)</b>   |  |  |
| 4. Porcentaje de trabajadores de salud nombrados que han recibido capacitación para proveer servicios a sobrevivientes de VS durante los últimos 2 años.         | Número de personas capacitadas, por tipo de personal y tema de la capacitación   | II.D   |
| <b>ITS/VIH/SIDA</b>  |  |  |
| 1. Porcentaje de muestras de sangre para transfusión tamizadas para detectar VIH   | Porcentaje de unidades de sangre para transfusión que fueron tamizadas   | III.C  |
| 2. Incidencia de ITS   |  |  |
| 3. Porcentaje de pacientes con ITS evaluados y tratados conforme al protocolo  | Porcentaje de pacientes con ITS que han tenido un diagnóstico y tratamiento apropiado  | III.C  |
| 4. Porcentaje de proveedores de salud nombrados, capacitados para manejar casos de ITS conforme al protocolo   | Número de personas capacitadas, por tipo de personal y tema de la capacitación   | II.D   |
| 5. Porcentaje de proveedores de salud que demuestran uso de medidas de precaución universal  |  |  |
| 6. Porcentaje de distribuidores de condones potenciales con condones disponibles   | Condomes disponibles para distribución en todo el país   | III.C  |
| 7. Porcentaje de personas de la población objetivo que reconocen un condón, que conocen sus efectos preventivos y que pueden describir cómo usarlo correctamente | Porcentaje de la población que conoce métodos para prevenir el VIH   | III.C  |
| 8. Porcentaje de personas de la población objetivo que reportan haber usado condón durante la última relación sexual con una pareja no regular                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porcentaje que usó condones en la última relación sexual de alto riesgo</li> <li>• Porcentaje de jóvenes que usaron un condón en la última relación sexual de alto riesgo</li> <li>• El porcentaje de los adolescentes que han iniciado su actividad sexual y usaron condón en la primera/la última relación sexual</li> <li>• El porcentaje de los adolescentes sexualmente activos, que no están casados y que practican el uso consistente del condón</li> </ul> | III.C<br><br>III.C<br><br>III.H<br><br>III.H |

| <b>Indicador de SR en <i>Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual</i></b>  | <b>Indicador Paralelo en este <i>Compendio</i></b>  | <b>Sección en este <i>Compendio</i></b> |
|---|---|---|
| <b>Planificación Familiar</b>   |   |   |
| 1. Tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA)   | Tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA)  | III.B                                   |
| 2. Porcentaje de proveedores de salud que dan servicios de planificación familiar, que han recibido capacitación durante los últimos 2 años                                     | Número de personas capacitadas, por tipo de personal y tema de la capacitación  | II.D                                    |
| 3. Porcentaje de refugiados sexualmente activos que pueden mencionar los principales mensajes de planificación familiar   | Porcentaje de la audiencia que recuerda haber visto o escuchado un mensaje específico   | II.F                                    |
| 4. Porcentaje de puntos de entrega de servicios que mantienen mínimos de 3 meses de suministros de anticonceptivos orales combinados, píldoras de solo progestina e inyectables | Porcentaje de establecimientos cuyos niveles de existencias garantizan la disponibilidad de los productos en el corto plazo   | II.E                                    |
| <b>SR de las Personas Jóvenes</b>   |   |   |
| 1. Incidencia de ITS en gente joven   | Porcentaje de los adolescentes a los que se les ha diagnosticado una ITS alguna vez en su vida  | III.H                                   |
| 2. Porcentaje de nacimientos de mujeres jóvenes   |   |   |
| 3. Tasa de prevalencia de anticonceptivos entre gente joven   | Tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA)  | III.B                                   |
| 4. Porcentaje de gente joven sexualmente activa que reporta uso de condón durante la última relación sexual   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El porcentaje de los adolescentes que han iniciado su actividad sexual y usaron condón en la primera/la última relación sexual</li> <li>• El porcentaje de los adolescentes sexualmente activos, que no están casados y que practican el uso consistente del condón</li> </ul> | III.H<br><br>III.H                      |
| 5. Porcentaje de gente joven evaluada, tratada y que recibió consejería conforme al protocolo   |   |   |