

Guía práctica para la implementación del paquete inicial mínimo de servicios **PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** en situaciones de crisis humanitarias -PIMS- Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Guía práctica para la implementación del paquete inicial mínimo de servicios **PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** en situaciones de crisis humanitarias -PIMS- Colombia

Equipo editorial:

Piedad Osorio Arango

Consultora de derechos sexuales y derechos reproductivos en emergencias y desastres.

Grace Montserrat Torrente R.

Asesora en comunicaciones

Corrección de estilo: Gema Granados Hidalgo

Diseño y diagramación: Sebastián Peña, María Amaya Castellanos

Impresión:

ISBN: 978-958-5437-08-1

Bogotá, D.C, marzo de 2019

© UNFPA

© Ministerio de Salud y Protección Social

Nota sobre el estilo: el UNFPA tiene presente que la perspectiva de la igualdad de género es un enfoque fundamental y orientador de todas las intervenciones en SSR y VBG vistas desde los DSDR, sin embargo, para facilitar la lectura del documento y sus anexos, se utilizó un lenguaje neutro, haciendo referencia a lo masculino o femenino en algunos aspectos específicos según la necesidad u oportunidad del texto.





FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)

Aída Verónica Simán
Representante

Martha Lucía Rubio Mendoza
Representante Auxiliar

Piedad Osorio Arango
Consultora de derechos sexuales y derechos reproductivos en emergencias y desastres
y PIMS - Responsable de la elaboración del documento

Grace Montserrat Torrente R.
Asesora en comunicaciones



MESA DE CONSULTA TÉCNICA DEL PIMS



Ministerio de Salud y Protección Social

Ana María Peñuela Poveda

Ricardo Luque

Margarita Bernal

Liliana Oliveros

Diego Quiroga Díaz

Diego Otero

Germán Gallego

Mayerline Vargas

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Alejandra Mendoza

Sandra Rodríguez

Cecile Barbou

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Ann Cecile Robin (Área humanitaria)

Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU Mujeres)

Tania Niño

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (HCHR)

Dana Barón

Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Saskia Loochkartt

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Beatriz Elena Gutiérrez

Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)

Marcela Ascuntar

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Alejandro Cáceres Monroy

Médicos del Mundo Francia

Sandra Martínez

Fundación Halú

Claudia Lily Rodríguez

Lisbeth A. Flores Martínez

Fundación Plan

Maribel Riaño

Patrulla Aérea

Pamela Estrada

Angélica Vélez

AGRADECIMIENTOS

La revisión técnica de la Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia implicó un importante proceso de consultas y de colaboraciones técnicas de varios profesionales de los proyectos que adelanta el UNFPA en el país, además de expertos independientes y de miembros de algunas instituciones. A ellos y ellas, agradecemos sus valiosas contribuciones técnicas, así como su buena disposición. En particular, reconocemos los aportes de las siguientes personas:

- Ana Zulema Jiménez, Coordinadora del componente SSR del proyecto interagencial, “Salud para la Paz”, UNFPA.
- Nazly Viviana Montoya, profesional de Salud Materna y Juventud del UNFPA.
- Ana María Vélez, Experta en Salud Materna y Neonatal del proyecto interagencial “Salud para la Paz”, UNFPA.
- Luz Magdalena González, experta en anticoncepción del proyecto interagencial “Salud para la Paz”, UNFPA.
- Esther Liliana Cuevas, consultora en salud materna del UNFPA.
- Daniel García, profesional del proyecto interagencial “Prevención del VIH”, UNFPA.
- Jairo Enrique Castro Melo, médico coordinador científico del Hospital Universitario Samaritana. Unidad funcional Zipaquirá.
- Diego Quiroga profesional Salud sexual y salud reproductiva adolescentes MSPS - Dirección de promoción y prevención.
- Ricardo Luque, Coordinador Grupo Sexualidad y Derechos Sexuales Reproductivos -Dirección de Promoción y Prevención.
- Viviana González, enfermera de sala de partos del Hospital Universitario Samaritana. Unidad funcional Zipaquirá.
- Luisa Fernanda Álvarez Ramírez, coordinadora operativa de servicios. Fundación Oriéntame.
- Lina Pinilla, enfermera especialista en salud materno-perinatal.
- Viviana Lorena Martínez, enfermera general.

CONTENIDO

Presentación	8
I. Resumen del contexto y generalidades sobre el PIMS.....	11
1 .Importancia de las acciones para proteger los derechos sexuales y los derechos reproductivos y garantizar acciones de salud sexual y reproductiva durante las crisis humanitarias en colombia.	12
2 .Acerca de la guía práctica para la implementación del PIMS	13
II. Acciones para la implementación del PIMS	19
1. Preparación del PIMS ante una posible crisis humanitaria	20
2. Acciones para la implementación del PIMS en respuesta a una crisis humanitaria	27
Objetivo N°1: coordinar la implementación del PIMS	27
Objetivo N°2: prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual -VS -	30
Objetivo N°3: reducción de la transmisión del VIH y otras ITS.....	38
Objetivo N°4: reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal	43
III. Acciones prioritarias adicionales	50
A. Anticoncepción	51
B. Interrupción voluntaria del embarazo - IVE	53
C. Tratamiento sintomático de las ITS	55
D. Disponibilidad de antirretrovirales	56
E. Suministro del kit dignidad a mujeres y adolescentes.....	57
Abreviaturas	59
Bibliografía	60
IV. Anexos.....	62
Anexo 1. Lista de control del PIMS.....	64
Anexo 2. Contexto y generalidades sobre la Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia	69
Anexo 3. Mensajes clave dirigidos a las comunidades sobre temas prioritarios en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva.....	102
Anexo 4. Requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento del CRUE	130
Anexo 5. Descripción y contenidos de los kits.....	132



PRESENTACIÓN

El Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA - forma parte del grupo de agencias de las Naciones Unidas que, al momento de declararse un estado de emergencia, entran en acción, formando una red de respuesta humanitaria cuyo objetivo es trabajar de la mano para llevar asistencia a aquellos que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad ¹. En el marco de este grupo, denominado Comité Permanente Interagencial (IASC), el UNFPA asume responsabilidades en materia de violencia de género, salud sexual y reproductiva -SSR- y la incorporación de la perspectiva de género.

La Estrategia de Respuesta Humanitaria del UNFPA plantea como objetivo general fortalecer la preparación ante desastres en la programación de desarrollo de los países, para estar en mejores condiciones de responder adecuadamente en caso de emergencia. De conformidad con el mandato del UNFPA, la violencia de género y la salud sexual y reproductiva son parte integrante de dicha estrategia ².

Por su parte, la oficina de UNFPA en Colombia reconoce el desafío que tanto el país como la región de América Latina tienen con respecto a la migración de personas provenientes de Venezuela; se estima que a la fecha el país ha recibido alrededor de 4 millones de Venezolanos ³, de los cuales 1.400.000 residen en Colombia, 3.400.000 son migrantes pendulares, y alrededor de 700.000 personas se encuentran en tránsito hacia otros países de la región. Esta situación, sumada al contexto humanitario producto de la presencia

1_ Aprendiendo a responder. Buenas prácticas y lecciones aprendidas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia en América Latina y el Caribe. UNFPA-LACRO, 2013.

2_ Ibid Pag 8.

3_ Migración Colombia. Reporte Migratorio de Venezolanos en Colombia. Seguimiento Estadístico No. 111. 04 de junio de 2019.

de grupos armados ilegales en algunas regiones del país, ha incrementado la violencia y el número de desplazamientos internos y de población afectada, considerándose algunos territorios con doble y triple afectación cuando se suman las situaciones humanitarias por desastres naturales a estas dos anteriores.

Es un hecho que en situaciones de crisis humanitaria las personas más afectadas son las mujeres, particularmente jóvenes y adolescentes, así como niñas y niños, a quienes se les vulneran de manera importante sus derechos humanos, siendo críticos los aspectos relacionados con su salud y derechos sexuales y reproductivos. Ante esta situación, el UNFPA considera importante entregar al país una herramienta que contribuya en la preparación y ejecución de acciones orientadas a proteger los derechos sexuales y reproductivos y mantener los servicios de salud sexual y reproductiva durante las crisis humanitarias.

Para tal fin se tomó como referencia el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis -PIMS-, una herramienta recomendada por el Proyecto Esfera⁴ y por el Comité Permanente interagencial (IASC)⁵, para garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva -incluyendo las VBG- en la respuesta humanitaria.

Con este propósito el UNFPA realizó una adaptación del PIMS con base en los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, el Plan Nacional de Salud para la Gestión Integral del Riesgos de Desastres -PNSGIRD-, la Guía de Estándares

4_ El Proyecto Esfera consiste en el conjunto de normas mínimas universales para ser aplicadas en ámbitos esenciales de las respuestas humanitarias, con el propósito de mejorar la calidad de las respuestas humanitarias en situaciones de desastre o de conflicto y la rendición de cuentas del sistema humanitario. Desde que se establecieron originalmente, a fines del decenio de 1990, por iniciativa de un grupo de organizaciones no gubernamentales humanitarias y del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las normas de Esfera se han aplicado de facto en las respuestas humanitarias del siglo XXI.

5_ El IASC es el mecanismo interagencial único para la coordinación, desarrollo de políticas y toma de decisiones relacionadas con la asistencia humanitaria, conformado por Agencias del Sistema de Naciones Unidas y otros aliados humanitarios.

Mínimos Humanitarios en Salud, y demás normatividad vigente que sustenta su implementación en Colombia.

Este ejercicio se realizó de manera articulada con el Grupo de Trabajo del Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS- responsable de la Dimensión 5, “Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos”, del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, así como en consulta con miembros del grupo de Emergencias y Desastres del mismo ministerio y del Clúster Nacional de Salud y el subgrupo de violencia basada en género.

El resultado final de este proceso se concretó en la presente Guía Práctica para la Implementación del PIMS en Colombia⁶, con la cual el UNFPA pretende contribuir para que los agentes decisores y operadores de salud en los territorios tengan una herramienta sencilla y pertinente para la protección de los DSDR y la prestación de los servicios de SSR durante la preparación y la respuesta ante crisis humanitarias.

La guía consta de dos partes: en la parte uno, “Contexto y Generalidades”, se presentan los argumentos que justifican priorizar la salud sexual y reproductiva y las violencias basadas en género, especialmente de las mujeres, durante las crisis humanitarias, así como la descripción de la estructura y contenidos de la guía. La parte dos, “Acciones para la implementación del PIMS”, describe en detalle las actividades que se deben realizar antes y durante una crisis humanitaria para garantizar la protección de los DSDR y la prestación de los servicios de SSR.

6_ Adaptación realizada por la oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA- de Colombia, con base en el documento “Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: Módulo de educación a distancia” de la Comisión de Mujeres para los Refugiados (Women’s Refugee Commission), en la versión revisada en febrero de 2011



I RESUMEN DEL CONTEXTO Y GENERALIDADES SOBRE EL PIMS

Paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS)

1. IMPORTANCIA DE LAS ACCIONES PARA PROTEGER LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y GARANTIZAR ACCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LAS CRISIS HUMANITARIAS EN COLOMBIA.

En Colombia se han incrementado las emergencias, así como la vulnerabilidad de la población frente a las mismas. Varios factores caracterizan este contexto: el largo y degradado conflicto armado, el rápido crecimiento de la población —se pasó de 4.4 a 34.7 millones de habitantes en últimos 60 años—,⁷ la alta urbanización —se pasó de 45% a 76% en los últimos 55 años—⁸, el deterioro ambiental, los altos índices de pobreza, y la inadecuada gestión territorial, sectorial y privada.⁹

Algunos cálculos realizados por el UNFPA¹⁰ evidenciaron que, de 1.000 municipios colombianos incluidos en dicho análisis, en el 31% había presencia de actores armados, el 60% tuvo algún grado de afectación por desastres naturales y cerca del 7% presentó doble afectación: presencia de actores armados y grandes afectaciones por desastres naturales.

7_ Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD). *Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2025*. Bogotá, Colombia, 2016. Pág 107

8_ Banco Mundial en gfoo.gl/x9Qq. Consultado el 23 de octubre de 2017

9_ Banco Mundial-GFDRR. *Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas*. Bogotá, Colombia, 2012. Pág 4

10_ UNFPA. “Haciendo visible lo invisible. Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia”. Documento de trabajo para el Foro “Haciendo visible lo invisible: garantía de derechos de adolescentes, jóvenes y mujeres”. Bogotá, 2015

Las crisis humanitarias que desencadenan dichas situaciones afectan de manera directa los derechos de las personas, de la siguiente manera:

Se incrementa la vulneración de los derechos humanos sexuales y reproductivos¹¹. Las mujeres, particularmente las jóvenes y adolescentes, las niñas y los niños, las personas con discapacidad y aquellas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas son las personas más afectadas ya que se incrementan las violencias de género, especialmente la violencia sexual. También aumentan las muertes maternas y neonatales, así como los índices de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluidos los casos de infección por VIH.

Se dificulta el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva¹². Estos servicios pueden quedar dañados, destruidos o volverse inaccesibles debido a la crisis, y la escasa prioridad que se confiere a la salud sexual y reproductiva y a las violencias de género en situaciones de emergencia hace que no se hagan esfuerzos inmediatos para su recuperación y funcionamiento.

2. ACERCA DE LA GUÍA PRÁCTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS

La Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia es una herramienta para la preparación y ejecución de acciones orientadas a proteger los DSDR y mantener los servicios prioritarios de SSR durante las crisis humanitarias, con el propósito de reducir la morbimortalidad y la discapacidad, particularmente de mujeres y niñas, en las poblaciones afectadas por crisis humanitarias en contextos de emergencias y/o desastres de origen natural o antrópico, incluidas las emergencias complejas¹³.

11_ <http://lac.unfpa.org/public/> Consultado el 12 de octubre 2017

12_ <http://lac.unfpa.org/temas/preparaci%C3%B3n-y-respuesta-ante-crisis-humanitarias>. Consultado el 12 de octubre 2017

13_ *En la Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud publicada por el MSPS en nov de 2016, se define la Emergencia Compleja como “crisis crónica o aguda con violencia, desplazamiento de población, inseguridad alimentaria y aumento en la tasa de malnutrición y mortalidad, con el agravante de riesgo para la seguridad del personal humanitario” (Pág 15)*

Esta guía asume los objetivos y el propósito del documento global del PIMS, y busca su armonización con el marco normativo y los desarrollos técnicos adelantados por Colombia en materia de salud en situaciones de emergencia y desastres. Por ello, recoge los enfoques y los principios éticos plasmados en el Plan Nacional de Salud para la Gestión Integral del Riesgos de Desastres (PNSGIRD) del Ministerio de Salud y Protección Social¹⁴ que, a su vez, se soporta en dos pilares fundamentales de los procesos territoriales de planeación: el Plan Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres 2015-2025 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021¹⁵ .

En tanto la *Guía práctica para la implementación del PIMS* brinda información detallada sobre las actividades que se deben realizar en cada momento de la preparación y manejo de desastres, constituye una herramienta de apoyo para desarrollar el Estándar Específico Ocho sobre SSR de la *Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud*¹⁶, que debe estar incluido en los Planes Locales de Emergencias y Contingencias.

Las acciones de salud aquí recomendadas se enmarcan en la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo de Atención Integral actualmente vigentes en Colombia, los cuales se basan en la gestión integral del riesgo, la promoción de la salud y la gestión de la salud pública, expresadas en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud. Estas intervenciones estarán sujetas a las actualizaciones que se realicen en el marco de las recomendaciones de la evidencia científica y lo dispuesto en el Plan de Beneficios.

14_ Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. *Plan Sectorial de Gestión del Riesgo de Desastres*. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, diciembre, 2016.

15_ En el marco de la normatividad, en particular del Plan Decenal de Salud Pública en su Dimensión 7 sobre Emergencias y Desastres, el MSPS formuló el Plan Nacional de Salud para la Gestión Integral de Riesgo de Desastres (PNSGIRD), el cual permite llevar a cabo el proceso de planificación de las acciones del sector. Así mismo, elaboró la *Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud*, orientada a fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta sectorial.

16_ Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud. *Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud*. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, diciembre, 2016

La Guía Práctica para la implementación del PIMS en Colombia se estructura para responder a cuatro objetivos:

1. Coordinar la implementación del PIMS
2. Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual
3. Reducir la transmisión del VIH y otras ITS
4. Prevenir el aumento de morbilidad materna y neonatal

Para cada objetivo se presentan acciones detalladas tanto para la **preparación** como para la **respuesta** ante emergencias y desastres. Estas acciones se organizan en cuadros donde se describe lo que es necesario realizar para alcanzar cada uno de los objetivos, cómo hacerlo y con qué insumos, de acuerdo al marco normativo y a los desarrollos técnicos adelantados por Colombia en materia de salud en situaciones de emergencia y desastres.

Los **insumos requeridos** para alcanzar cada objetivo están organizados en kits, identificados por color y número; para cada uno se describen los insumos y las cantidades previstas según la población a ser atendida. Esto busca garantizar la disponibilidad de medicamentos, equipamiento y demás insumos esenciales para la implementación de los servicios prioritarios de SSR durante las emergencias en toda la red de servicios.

En el siguiente cuadro se señalan de manera consolidada los kits. En el Anexo 5 se presenta el contenido detallado de cada uno de ellos.

CUADRO N° 1: Kits para cada objetivo del PIMS^{17,18}

Bloque 1: PARA LA ATENCIÓN POR PARTE DE PRESTADORES PRIMARIOS Y COMPLEMENTARIOS DE COBERTURA LOCAL. Contiene 6 kits destinados a proveedores de servicios que suministran cuidados de SSR en centros de atención primaria, incluyendo las temporales que se ubiquen en albergues y en comunidades. Cada kit está diseñado para cubrir las necesidades de 10.000 personas durante 3 meses.

NÚMERO	COLOR	NOMBRE	O-AP ¹⁹
<i>Kit A²⁰</i>	<i>Naranja</i>	Dignidad (para mujeres)	AP
<i>Kit 1</i>	<i>Rojo</i>	Preservativos masculinos	3
<i>Kit 2</i>	<i>Azul Oscuro</i>	Parto Limpio (Parte A: gestante Parte B: partera)	4
<i>Kit 3</i>	<i>Rosado</i>	Tratamiento de violencia sexual	2
<i>Kit 4</i>	<i>Blanco</i>	Anticonceptivos de larga duración y de emergencia	AP
<i>Kit 5</i>	<i>Azul</i>	Tratamiento sintomático de las ITS	AP

17_ Es importante tener en cuenta que los kits deben tenerse como referencia para garantizar la disponibilidad de los medicamentos, el equipamiento y los insumos esenciales en cada nivel de complejidad. Dado el costo y las probabilidades de vencimiento de medicamentos e insumos perecederos (Ej: Pep-Kits), no es necesario mantenerlos en bodega sino calcular los posibles requerimientos y garantizar la reserva presupuestal.

18_ En la presente Guía se incluyen 9 de los 12 kits propuestos por el PIMS considerando la pertinencia de cada uno de ellos para Colombia. Se excluyeron el kit 10 "Extracción por vacío para partos" porque este procedimiento no se utiliza en nuestro país y los kits 11 "Cirugía obstétrica y reanimación" y 12 "Transfusiones sanguíneas" por ser de un alto nivel de complejidad.

19_ La columna O-AP hace referencia al objetivo o acción prioritaria adicional a la cual va ligado cada kit.

20_ Los elementos incluidos en el Kit Dignidad no se encuentran financiados por el Plan de Beneficios; por lo tanto, su disponibilidad estará sujeta a los recursos asignados por los entes territoriales en el marco de la gestión del riesgo.

Bloque 2: PARA LA ATENCIÓN POR PARTE DE PRESTADORES PRIMARIOS Y COMPLEMENTARIOS DE COBERTURA REGIONAL. Consta de cuatro Kits, para ser utilizados en centros hospitalarios por profesionales de la salud, con conocimientos de atención del parto, así como con habilidades de atención obstétrica y neonatal.

NÚMERO	COLOR	NOMBRE	O-AP
<i>Kit 6</i>	<i>Café</i>	Parto con asistencia médica	4
<i>Kit 7</i>	<i>Negro</i>	DIU	AP
<i>Kit 8</i>	<i>Amarillo</i>	IVE y manejo de complicaciones derivadas del aborto	4
<i>Kit 9</i>	<i>Morado</i>	Sutura desgarros (cervical y vaginal), examen vaginal	2 Y 4

FUENTE: tomado de Paquete de servicios iniciales mínimos (PIMS) para la salud reproductiva en situaciones de crisis. Módulo de educación a distancia. WCR, febrero 2011. Pág 104. Modificado por la consultora

En la parte final de la guía se incluye una serie de **actividades prioritarias adicionales** que se refieren a otras actividades en SSR necesarias para complementar la asistencia básica para el cumplimiento de los objetivos. Mediante estas, se busca garantizar la disposición de anticonceptivos para cubrir la demanda, contar con las condiciones para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), brindar el tratamiento sintomático de las ITS a los pacientes que presenten los síntomas, garantizar que los medicamentos antirretrovirales (ARV) estén disponibles para la continuidad de su administración a las personas en tratamiento y para la prevención de la transmisión materno-infantil, y suministrar a las mujeres, incluidas las adolescentes, artículos culturalmente apropiados para la higiene menstrual.

En el Anexo 2, “Contexto y generalidades sobre el PIMS”, se amplía información sobre el contexto de las crisis humanitarias, la importancia de las acciones para proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva, así como sobre la estructura, las bases técnicas y normativas, las responsabilidades específicas de las instituciones y los modos de participación de las poblaciones afectadas en la implementación del PIMS.



II

ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS

Paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS)

La clave para garantizar la protección de los DSDR y la eficacia de la respuesta en SSR durante una crisis humanitaria es la coordinación intra e intersectorial en los diferentes niveles territoriales. Esto ayuda a identificar vulneraciones a los derechos, vacíos en la prestación de servicios de salud, evitar la superposición de las programaciones y fortalecer las actividades de promoción, prevención y asistencia, de acuerdo con las responsabilidades y competencias de cada actor.

Para lograr una adecuada coordinación durante una situación de crisis humanitaria, la Secretaría Territorial de Salud a través de su equipo de SSR (Dimensión 5 del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021) en articulación con las personas responsables de Emergencias y Desastres en Salud (Dimensión 7), debe designar un funcionario del área de SSR con las capacidades técnicas y las facultades requeridas para coordinar la preparación y la implementación del PIMS; de igual manera, debe destinar personal de apoyo administrativo y logístico. Este coordinador deberá actuar conjuntamente con los equipos territoriales, según la estructura para la respuesta en situaciones de emergencia emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

1. PREPARACIÓN DEL PIMS ANTE UNA POSIBLE CRISIS HUMANITARIA²¹

Antes de una situación de crisis humanitaria, la persona asignada para la coordinación de la implementación del PIMS deberá realizar las acciones encaminadas a garantizar que las diferentes instancias estén preparadas para la respuesta en caso de una situación de emergencia.

21_ Los contenidos incluidos en las acciones de preparación y respuesta para todos los objetivos fueron elaborados por la consultora con base en insumos tomados y adaptados de la bibliografía reseñada al final de la guía. En algunos casos particulares se referencia la fuente dentro del texto mismo, bien sea por su especificidad o porque es copia textual.

Para facilitar la PREPARACIÓN es fundamental identificar en los planes de contingencia territoriales²², en los Planes de gestión del riesgo de desastres y en la Estrategia de Respuesta a Emergencias²³ las amenazas y los escenarios de riesgos probables en su territorio. A partir de ello, se deben planificar las acciones básicas en las siguientes líneas de intervención:

- **Analizar el contexto:** allegar, organizar y analizar información sobre los aspectos clave en SSR y DSDR del territorio, identificando los factores y los actores que determinan la situación, así como las necesidades y las oportunidades para la acción frente a las amenazas y a los escenarios de riesgo²⁴.
- **Programar la respuesta:** con base en el análisis del contexto, preparar los aspectos organizativos, administrativos, logísticos y presupuestales para garantizar una posterior respuesta.
- **Fortalecer las capacidades del talento humano:** con base en las necesidades identificadas.

En el siguiente cuadro, se detallan las acciones de preparación a realizar por línea de intervención para cada uno de los objetivos del PIMS.

22_ La Ley de víctimas 1448 de 2011, el decreto Ley de Víctimas No. 4633 de 2011 y demás decretos reglamentarios delegaron en las alcaldías municipales y distritales la responsabilidad de garantizar la ayuda y atención inmediata de las víctimas de emergencias humanitarias derivadas del conflicto. Para ello exigió a los Comités Territoriales de Justicia Transicional elaborar y poner en marcha planes de contingencia que permitan construir y mejorar la capacidad de respuesta institucional local para brindar esa ayuda y atención inicial a las víctimas que estén en su territorio.

23_ Los artículos 35 y 37 de la Ley 1523 ordenan a las autoridades territoriales y sus respectivos consejos de gestión del riesgo, la formulación de los planes de gestión del riesgo y la estrategia de respuesta, con el propósito de garantizar una respuesta a emergencias de manera oportuna y efectiva.

24_ Ver herramientas e instrumentos para la acción (mapas de riesgo, evaluación de daños y análisis de necesidades en SSR) en el documento *Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias* de la colección *Aprender de la Experiencia del Ministerio de Salud y Protección Social*. Bogotá, 2012 (págs. 112 a 128).

Cuadro N° 2. Acciones de preparación por cada objetivo del PIMS

Acciones y Objetivos	Analizar el Contexto ²⁵	Programar la respuesta	Fortalecer las capacidades del talento humano
<p>Objetivo 1</p> <p>Coordinar la implementación del PIMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar la oferta institucional pública, privada, comunitaria y humanitaria relacionada con la promoción de DSDR, la atención en SSR y la prevención y atención de VBG. Identificar y coordinar con ONGs, agencias de cooperación internacional, organizaciones comunitarias de mujeres, adolescentes, jóvenes, parteras y otras interesadas en la SSR y los DSDR para su participación en el análisis de la situación y procesos de planificación en SSR. Coordinar con las instancias del SGSSS (EPS, IPS, EAPB, ESE y secretarías de salud departamentales) las acciones y los mecanismos para garantizar la Vigilancia en Salud Pública de los eventos relacionados con SSR. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover la conformación y funcionamiento del Grupo o Clúster de Salud procurando la participación balanceada en número y en igualdad de condiciones por género. Coordinar la preparación de materiales educativos dirigidos a la población²⁶. Incidir y gestionar para que se integren acciones y asignen presupuestos para el PIMS en el plan sectorial de gestión del riesgo de desastres en el respectivo nivel territorial.²⁷ 	<p>Implementar procesos de información y formación en los siguientes aspectos, previa identificación de necesidades en el territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Importancia de los DSDR y la atención en SSR durante las crisis humanitarias. Implicaciones prácticas de los principios y enfoques (derechos, género, VBG, acción sin daño, atención diferencial) en la labor humanitaria, así como de la urgencia de actuar para su promoción y protección. Principios elementales de las políticas y normas nacionales relacionados con atención estandarizada (Ej: protocolos para la atención de emergencia de los casos de violencia sexual y para el tratamiento clínico de las víctimas de abuso sexual; mecanismos de referencia y contra referencia para emergencias obstétricas, tratamiento sintomático de las ITS, protocolos de anticoncepción).

25_ Ver batería de indicadores de situación inicial y de afectación sobre los diferentes eventos de SSR, en el documento Plan de monitoreo y batería de indicadores para el seguimiento y evaluación de estrategias de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias. Ministerio de Salud y Protección Social. Colección Aprender de la experiencia. 2012. Pág. 27

26_ Durante las crisis humanitarias, toda la población debe tener acceso -de manera igualitaria- a mensajes clave que les permita tomar medidas de autocuidado, de protección y de búsqueda de ayuda en los casos que requieran para ejercer sus DSDR y cuidar su SSR. En el Anexo 3 encontrará contenidos sugeridos para cada uno de los temas del PIMS.

27_ La Ley 1523 del 2014, en sus Art 53 y 54 ordena la apropiación de presupuestos y la creación de los Fondos Territoriales de Gestión del Riesgo.

Acciones y Objetivos	Analizar el contexto	Programar La respuesta	Fortalecer las capacidades del talento humano
<p>Objetivo 2</p> <p>Prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual (VS)</p>	<p>Identificar y analizar con participación de mujeres, adolescentes y otros grupos de riesgo, la problemática del lugar en relación con las VBG, con énfasis en la VS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de casos por edad, sexo, género, etnia, ruralidad, discapacidad, etc. Utilizar fuentes oficiales de Medicina Legal y complementar con fuentes locales (institucional y comunitario) • Percepciones, normas y prácticas culturales de las comunidades e instituciones que generan estigma, discriminación y limitan el acceso a servicios asociados con la VS. • Disponibilidad y accesibilidad a servicios de salud, atención psicosocial, protección y justicia donde se logre al acceso efectivo y la eliminación de todo tipo de barreras y obstáculos en el acceso a los servicios. • Existencia de redes sociales y/o comunitarias de apoyo para sobrevivientes de violencia basada en género - VBG. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vincularse al Comité Consultivo para la prevención/atención de las violencias²⁸ y participar en la formulación e implementación del plan de acción con base en los lineamientos técnicos para cada sector, incluidas las contingencias para situaciones de crisis humanitarias. • Revisar la ruta de atención para casos de violencias basadas en género, con énfasis en violencia sexual y ajustar su implementación de acuerdo con las realidades territoriales, la oferta institucional, en el marco de las normas, con énfasis en la Ley 1257/08 y la Ley 1719/14. • Verificar la existencia de insumos previstos en cada kit para la atención de los casos de VS: Kit 3 "Tratamiento de violencia sexual" Kit 9 "Sutura de desgarros, examen vaginal" (Ver Anexo 5: contenido de los kits). • Gestionar con las autoridades territoriales la complementariedad de recursos, garantizando disponibilidad presupuestal para la respuesta en SSR y Violencias basadas en género durante crisis humanitarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar, concientizar y comprometer al personal humanitario para asumir los principios humanitarios y éticos relativos a la violencia sexual. • Formación en el protocolo de Atención Integral de la Violencia Sexual en el sector salud al personal responsable de la atención en las IPS públicas y privadas. • Promover que los demás sectores, miembros del Comité Consultivo, realicen la formación de sus agentes con base en protocolos y normas técnicas de acuerdo con sus competencias. • Difundir las normas básicas que protegen el derecho de las mujeres, adolescentes, niños y niñas a vivir libres de violencia.

²⁸ El Comité interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia de género y violencia sexual y atención integral a víctimas fue creado mediante la Ley 1146 de 2007. La ley establece que la presidencia del comité será ejercida por la Autoridad Territorial de Salud y la Secretaría Técnica por el ICBF.

<i>Acciones y Objetivos</i>	<i>Analizar el contexto</i>	<i>Programar La respuesta</i>	<i>Fortalecer las capacidades del talento humano</i>
<p>Objetivo 3</p> <p>Reducción de la transmisión del VIH y otras ITS</p>	<p>Identificar y analizar con participación de mujeres, adolescentes y otros grupos en condición de vulnerabilidad la problemática del lugar en relación con las ITS y el VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de casos de ITS/VIH por edad, sexo, género, etnia, ruralidad, discapacidad, etc. • Cantidad y calidad de la oferta institucional en salud identificando disponibilidad y accesibilidad a servicios para la prevención y atención de casos de ITS, VIH y Sida: <ul style="list-style-type: none"> » Servicios que se prestan. » Privacidad y confidencialidad. » Seguridad y ética en el manejo de la información. » Disponibilidad de medicamentos y equipos adecuados. » Participación de redes de personas viviendo con VIH. • Percepciones, normas y prácticas culturales de las comunidades e instituciones que generan estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH, así como sus implicaciones sobre el acceso a servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener actualizado el registro de personas que viven con VIH en la localidad, garantizando su seguridad y confidencialidad, para facilitar la evaluación de sus necesidades durante la emergencia y garantizar la continuidad de la atención en salud. La información clave es: <ul style="list-style-type: none"> » Institución donde son atendidos » Tipo de medicamentos que toman » Controles y análisis de laboratorio programados para próximos meses » Verificar la existencia de insumos previstos en cada kit por nivel de complejidad: <ul style="list-style-type: none"> » Kit 1 “Condomes masculinos” » Kit 5 “Tratamiento sintomático de las ITS” (Ver Anexo 5: contenido de los kits). • Asegurar provisiones para tres meses de los ARV de las personas que están en tratamiento. • Gestionar con las autoridades territoriales la complementariedad de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar, concientizar y comprometer al personal humanitario para asumir los principios humanitarios y éticos relativos a la atención de personas con VIH o Sida, evitando el estigma y la discriminación. • Formación al personal de salud responsable de la atención en las IPS públicas y privadas sobre: <ul style="list-style-type: none"> » Conocimiento y manejo de las normas universales de bioseguridad » Manejo adecuado y garantía de la calidad de la sangre. • Medidas básicas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita.

Acciones y Objetivos	Analizar el contexto	Programar La respuesta	Fortalecer las capacidades del talento humano
<p>Objetivo 4</p> <p>Prevenir el aumento de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal</p>	<p>Identificar y analizar con participación de mujeres, adolescentes y otros grupos de interés, la problemática del lugar en relación con la salud materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad materna y neonatal, control prenatal, atención institucional del parto. Para zonas rurales tener en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> » Número de partos atendidos por partera/familiar o sin compañía, » Número de mujeres embarazadas y de niños/niñas menores de 1 mes que murieron en la comunidad. En lo posible desagregar por edad, etnia, ruralidad, discapacidad, etc. • Identificación de mujeres gestantes con alguna discapacidad o viviendo con VIH, entre otras situaciones que requieran atención diferencial. • Analizar la cantidad y la calidad de la oferta institucional para la atención materna y neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la presencia de servicios de maternidad en las IPS de primer nivel cercanas a sitios probables de albergue o alojamientos temporales, así como los de mediana y alta complejidad existentes en la región para la remisión de pacientes. • Coordinar con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE para asegurar la disposición de equipos, insumos y talento humano que permita activar el sistema de referencia y contra-referencia para las emergencias obstétricas y neonatales²⁹. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar, concientizar y comprometer al personal de la salud para brindar atención humanizada y de calidad a las mujeres gestantes y sus hijas e hijos recién nacidos. • Actualización del personal asistencial de IPS públicas y privadas con base en las normas técnicas y protocolos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre:³⁰ <ul style="list-style-type: none"> » Atención del parto y del recién nacido. » Detección temprana de las alteraciones del embarazo » Atención de la emergencia obstétrica » Prevención del aborto inseguro -IVE-

29_ Ver Anexo 4: Requisitos y condiciones para la Operación y Funcionamiento del CRUE.

30_ Todas las normas y documentos técnicos pueden encontrarse en la página del MSPS a través del siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx> (consultado el 2 de agosto de 2017)

Acciones y Objetivos	Analizar el contexto	Programar La respuesta	Fortalecer las capacidades del talento humano
<p>Objetivo 4</p> <p>Prevención del incremento de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificar el número y la distribución de parteras, comadronas y demás agentes comunitarios. Identificar prácticas tradicionales para el cuidado del embarazo, la atención del parto, el postparto y del recién nacido. Identificar la existencia de programas que posibiliten la participación de las comunidades tales como Madre Canguro, Servicios Amigables para adolescentes y jóvenes, Estrategia mujer, individuo, familia y comunidad – MIFC- para zonas rurales dispersas, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> Verificar la existencia de insumos previstos en cada kit para la atención en salud por parte de los prestadores primarios y complementarios. <ul style="list-style-type: none"> Kit 2 “Parto limpio” Kit 6 “Parto con asistencia médica” Kit 8 “Manejo del aborto y sus complicaciones” Kit 9 “Sutura desgarros/examen vaginal” (Ver Anexo 5: contenido de los kits). Gestionar con autoridades territoriales de salud la complementariedad de recursos, garantizando disponibilidad presupuestal para la adquisición de los kits en caso de una situación de emergencia 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar educación a los agentes comunitarios -incluidas las parteras - en relación a:³¹ <ul style="list-style-type: none"> Identificación de signos de alarma durante el embarazo y canalización efectiva por urgencias con pertinencia cultural. Canalización y seguimiento comunitario efectivo a servicios de SSR a través de estrategias como Mujeres, individuos, familias y comunidad (MIFC) Acciones afirmativas frente a la mujer y la gestante en el ámbito comunitario Sistema de detección comunitaria de alto riesgo materno - perinatal. Fortalecer a las parteras tradicionales en técnicas de parto limpio y adecuado uso de los kits esterilizados.³² Promover entre las parteras y agentes comunitarios de salud, aquellas prácticas culturales protectoras de la salud materna y neonatal e implementar estrategias de negociación cultural para modificar aquellas que generan riesgo para la salud, para el ejercicio de los DSDR y para la vida de las mujeres gestantes y sus hijas e hijos recién nacidos.

31_ Resolución 3280 del MSPS, Ruta de Atención Integral Materno Perinatal. Presentación power-point. MSPS, diapositiva 4. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx> (consultado el 2 de agosto de 2017)

32_ Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2016. Pág. 58.

2. ACCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS EN RESPUESTA A UNA CRISIS HUMANITARIA

En los siguientes cuadros se describen detalladamente las actividades a realizar para cada uno de los objetivos del PIMS, en la fase de respuesta ante una crisis humanitaria.

Objetivo N°1: Coordinar la implementación del PIMS

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Comunicación permanente y trabajo articulado con los actores clave presentes en el territorio</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar o estimar los datos demográficos básicos y de SSR de la población afectada con la mayor desagregación poblacional posible (sexo, edad, etnia, discapacidad). Los siguientes datos son indispensables: <ul style="list-style-type: none"> » Población total desagregada por sexo, edad y etnia. » Número de mujeres en edad fértil (se estima en un 25% de la población total). » Número de hombres sexualmente activos (se estima en un 20% de la población total). » Tasa bruta de natalidad: se calcula en un 4% de la población total.

Objetivo N°1: Coordinar la implementación del PIMS

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<i>Comunicación permanente y trabajo articulado con los actores clave presentes en el territorio</i>	<ul style="list-style-type: none">• Elaborar con participación intersectorial y de la comunidad, el plan de acción específico para la respuesta con base en el diagnóstico de la situación y las acciones recomendadas para cada objetivo en esta guía.• Organizar reuniones periódicas del área de SSR de las diferentes instituciones implicadas, en los niveles que correspondan (nacional, regional, local) para resolver problemas técnicos y operativos.• Crear vínculos con otros grupos de trabajo (protección, Subcluster VBG, coordinación de albergues, etc.) que contribuyan a resolver problemas relativos a los DSDR y la SSR como en los subcluster de VBG y salud sexual y reproductiva.• Participar en las salas de crisis, en las reuniones interagenciales y en los demás espacios que permitan articular acciones relacionadas con los DSDR y la SSR.
<i>Adquisiciones</i>	Coordinar la planificación, solicitud, acopio y distribución de suministros y materiales para las acciones de SSR, con base en los kits.
<i>Asistencia Técnica</i>	Proporcionar orientación técnica y operativa a los diferentes actores sobre la implementación del PIMS.

Objetivo N°1: Coordinar la implementación del PIMS

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Monitoreo de la implementación del PIMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar la lista de control del PIMS para supervisar servicios, recolectar información sobre la prestación de servicios, analizar resultados y tomar medidas con respecto a las faltas y las superposiciones identificadas. (Ver Anexo 1: Lista de Control del PIMS) • Garantizar la comunicación frecuente entre todos los niveles e informar acerca de las conclusiones y las dificultades que exigen solución (falta de coordinación, duplicación de esfuerzos, normas u otras barreras que restrinjan el acceso de la población a servicios de SSR, entre otras). • Una vez finalizado el período de la emergencia, enviar el Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS a la Secretaría Departamental de Salud³³.

33_ Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD) Estandarización de ayuda humanitaria de Colombia. Colombia menos vulnerable, comunidades más resilientes. Bogotá, 2013. Pág. 244

Objetivo N°2: Prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual (VS)

Históricamente, las violencias basadas en género (VBG), en particular la violencia sexual —que afectan en su mayoría a mujeres, adolescentes y niñas— se ven incrementadas como consecuencia de las situaciones de conflicto, migración forzada e incluso de desastres naturales.

Las personas que han sido víctimas de violencia sexual tienen derecho a recibir atención médica, prioritaria y gratuita tan pronto como sea posible —dentro de las 72 horas después del incidente—, y se les debe brindar una “respuesta integral que vaya más allá de la recuperación física de las heridas o lesiones. Significa crear los medios que garanticen la seguridad física, emocional, sexual, social, legal de las víctimas y apoyen su decisión informada sobre el camino a seguir, así como sus esfuerzos por retomar el control de sus vidas y avanzar en los procesos de curación, justicia y reparación.”³⁴.

Para ello es necesaria la coordinación de todos los sectores responsables de la respuesta integral, tales como salud, los servicios de apoyo psicosocial y las entidades de protección y justicia presentes en el territorio.

Es indispensable que todos los actores en todos los niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tengan presente que:

“La violencia sexual es una URGENCIA y como tal la atención inicial debe ser brindada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago”³⁵

34_ Ministerio de Salud y protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Modelo de Atención Integral de la Violencia Sexual en el sector salud. Capítulo 5. Bogotá, Colombia, 2011. Pág. 171*

35_ *Ibíd.* 49. Pág. 174

Cuadro N°2: Acciones para la prevención y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual (VS) durante una crisis humanitaria

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Implementar medidas para reducir y prevenir el riesgo de violencia sexual en coordinación con otros actores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, con participación de mujeres, adolescentes, niños y niñas, los riesgos específicos de violencia sexual en el entorno y formular medidas de mitigación, prevención y de protección orientadas a evitar o disminuir estos riesgos. • Incidir y acompañar para que el diseño y la ubicación de los albergues, las instituciones que prestan servicios a la población y las instalaciones sanitarias cumplan con las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> » Ubicadas en área segura con adecuada iluminación nocturna. » Sanitarios y duchas para mujeres, niñas y niños pequeños, separados de los de los hombres. » Puertas con mecanismos de cierre internos; sanitarios y duchas totalmente cerrados (sin techos abiertos, por ejemplo). » Prever un espacio fuera de las duchas que garantice intimidad y privacidad para que niñas, adolescentes y mujeres puedan cambiarse de ropa. • Garantizar que todos los idiomas y dialectos de los pueblos étnicos estén representados entre los prestadores de servicios o que haya intérpretes de ambos sexos disponibles. • Ubicar información clave sobre prevención y medidas de acción frente a la violencia sexual en lugares visibles de los albergues, sitios de inscripción, lugares de reunión; distribuirla entre líderes de la comunidad (parteras, jóvenes, etc.) garantizando que esté disponible y sea accesible para toda la población desde el principio de la emergencia. • Implementar mecanismos de información y prevención de la explotación y abuso sexual en niñas, niños y adolescentes. • Verificar que estén creadas las rutas de prevención y atención de la violencia sexual, así como los mecanismos para su activación y divulgación. • Brindar información sobre la oferta de servicios de atención en VBG, en los territorios.


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Implementar medidas para la atención a las víctimas de violencia sexual</i>³⁶</p>	<p>Establecer área de consulta con las medidas básicas de seguridad, confidencialidad y privacidad, que incluya archivo con llave para garantizar la protección de los datos personales de las personas sobrevivientes de VS.</p> <p>Asegurar la participación de mujeres y adolescentes en las decisiones sobre la organización y funcionamiento de los servicios de SSR y VBG.</p> <p>Contar con personal capacitado según lo dispuesto en el protocolo de Atención Integral de la Violencia Sexual en el sector Salud, así como disponer de los equipos y suministros suficientes.</p> <p>Los profesionales encargados de la atención deben tener con un enfoque centrado en la sobreviviente, donde no se pierda de vista contar con el consentimiento informado previa explicación de los procedimientos y actuaciones que se llevarán a cabo. De igual manera no se debe olvidar que la sobreviviente tiene derecho a que se le entregue copia de la historia clínica.</p> <p>Contar con prestadores de servicios de salud, hombres y mujeres, sensibles y con conocimientos sobre las VS, con las habilidades básicas para comunicarse con las víctimas, incluyendo a niños, niñas y adolescentes, teniendo en cuenta la cultura, el enfoque diferencial y los idiomas locales.</p> <p>En caso de embarazo producto de la violencia sexual, asegurar que la objeción de conciencia no se constituya en un obstáculo para garantizar el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo.</p> <p>Coordinar con el CRUE para asegurar que los servicios de urgencias y el mecanismo de derivación a un hospital para complicaciones potencialmente mortales estén disponibles las 24 horas del día y los 7 días de la semana.</p>

³⁶ Protocolo de Atención integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual. Resolución 459 de 2012. MSPS. Colombia, 2012

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Garantizar que la comunidad esté al tanto de los servicios clínicos disponibles</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez establecidos los servicios, informar a la comunidad sobre: <ul style="list-style-type: none"> » La importancia de buscar atención lo antes posible (antes de las 72 horas de ocurrido el hecho.) En casos de violencia sexual: “la salud es muy importante y debería ser prioritaria”. » La ruta de atención y la oferta de servicios disponibles en la zona. » El derecho a la atención gratuita, prioritaria y de carácter urgente. • Usar canales de comunicación adecuados al contexto por ejemplo: parteras, trabajadores comunitarios de la salud, líderes y lideresas comunitarios/as, autoridades tradicionales, mensajes radiales, etc.).
<p><i>Poner a disposición la atención clínica para las víctimas de violencia sexual</i>³⁷</p>	<p>Realizar tratamiento clínico de manera inmediata, de carácter URGENTE, garantizando la gratuidad, celeridad, oportunidad, integralidad y calidad de los servicios y procedimientos que se requieren, como los que siguen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación comprensiva, confidencialidad, que evite la revictimización. • Evaluación para identificar si hay peligro inminente de la vida de la persona. • Evaluar estado emocional/mental actual de la persona. • Explicar los derechos, incluida la IVE, y asegurar el consentimiento informado para la toma de muestras médico-legales y pruebas presuntivas para VIH-Sida. • Anamnesis y examen clínico.

³⁷_Ibid

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Poner a disposición la atención clínica para las víctimas de violencia sexual</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de Pruebas Diagnósticas: Prueba treponémica rápida para sífilis, toma endocervical para Gram y cultivo en Agar Chocolate o Thayer Martin para gonococo; frotis en fresco para Trichomona vaginalis y para descartar vaginosis bacteriana; prueba de embarazo; prueba rápida de tamizaje para VIH; muestra de sangre en busca de antígenos contra Hepatitis B y búsqueda de espermatozoides en diversas muestras tomadas. • Recolección de pruebas médico-legales, realizando el proceso de cadena de custodia, cuando se consulta antes de las 72 horas. • Tratamiento confidencial y centrado en la sobreviviente, que incluya: <ul style="list-style-type: none"> » Anticoncepción de emergencia (siempre antes de 120 horas; es más efectiva antes de las 72 horas). No debe supeditarse a un resultado de la prueba de embarazo. » Tratamiento de las ITS (no requiere diagnóstico previo). » Profilaxis para prevenir la transmisión de VIH, previo consentimiento informado y tamizaje para VIH. El inicio de la profilaxis no está supeditado al resultado de la prueba de VIH. » Atención de heridas y prevención del tétano. » Prevención de la hepatitis B. » Informar, orientar y asesorar sobre el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) desde la primera consulta, de acuerdo con la sentencia de la corte constitucional 355 de 2006 (no se debe supeditar a un resultado positivo en la prueba de embarazo). » Acceso a servicios de IVE en caso de ser requerido por la mujer. » Derivación a otros servicios: atención psicosocial, psicológica, incluidos los primeros auxilios psicológicos, protección, justicia y reparación. » Notificación al SIVIGILA (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública) y seguimiento de los casos de violencia sexual.


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Asegurar la disponibilidad de equipos e insumos necesarios para atender a las víctimas de violencia sexual</i></p>	<p>Ver la descripción y las cantidades de medicinas y/o insumos para los siguientes kits en Anexo 5.</p> <p> <u>KIT 3 – ROSA- “Tratamiento de violencia sexual”³⁸</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinado a la gestión de las consecuencias inmediatas de la violencia sexual. Para su uso, el personal de salud deberá estar en capacidad de: <ul style="list-style-type: none"> » Llevar a cabo pruebas de embarazo. » Dar anticonceptivos de emergencia, si los elige la paciente. » Dar a las pacientes tratamiento de prevención de infecciones de transmisión sexual y profilaxis posterior a la exposición (PEP) para impedir una infección por VIH. » Brindar información y asesoría a las pacientes sobre el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) » Prestar los servicios de IVE en caso de ser solicitado por la mujer. » Brindar asesoría a las pacientes y remitirlas a servicios de protección, de apoyo psicosocial y de justicia.

38_ En adelante, para todos los kits descritos en esta Guía, los datos sobre los cuales se calcula la cantidad de insumos, fueron tomados del Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia. Esto debido a la falta de datos específicos para contextos de crisis humanitarias en Colombia. Algunos que se consideraron poco adecuados para la situación de Colombia, fueron reemplazados por datos de la ENDS 2015, y se reseñan de manera específica en cada caso.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Asegurar la disponibilidad de equipos e insumos necesarios para atender a las víctimas de violencia sexual</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los contenidos deberán preverse para atender a 52 potenciales víctimas de violencia sexual durante 3 meses. Dato calculado sobre una población total de 10.000 personas afectadas por la crisis humanitaria, con base en las siguientes suposiciones: <ul style="list-style-type: none"> » El 25,8%³⁹ son mujeres entre 15 y 49 años (25,8% de 10.000 = 2.580). » El 2% de estas mujeres pueden ser víctimas de violencia sexual = 52 mujeres. » Aproximadamente 10 niños o niñas estarán en riesgo de violencia sexual. » El 50% de las mujeres víctimas de violencia sexual necesitarán un test de embarazo = 26 y todas ellas podrán acceder a IVE. » La profilaxis posterior a la exposición para la prevención de las ITS y VIH debe administrarse dentro de las 72 horas de la agresión. Se supone que 30 adultos y 8 niñas/niños acudirán en ese plazo. • De acuerdo con la normatividad colombiana, los servicios de urgencias o los servicios de salud con talento humano entrenado para administrar profilaxis post-exposición, deben contar con 2 Kits para mayores de 13 años y 2 Kits para menores de 13 años, disponibles las 24 horas y ser monitorizados para garantizar su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes.

³⁹_ Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE -. Censo general 2005. Proyecciones de población 2017 en <https://goo.gl/tJmLRk>. Consultado el 15 de octubre de 2018. Bogotá.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Asegurar la disponibilidad de equipos e insumos necesarios para atender a las víctimas de violencia sexual</i></p>	<p><u>KIT 8 –AMARILLO “Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE - y manejo de complicaciones derivadas del aborto”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinado al manejo de las interrupciones voluntarias del embarazo, a tratar las complicaciones resultantes del aborto espontáneo y del inducido con riesgos, incluyendo sepsis, evacuación incompleta y sangrado. • Debe ser utilizado por médicos/médicas que han recibido formación para practicar IVE, para tratar abortos espontáneos y las complicaciones del aborto provocado, incluida la realización de evacuaciones uterinas. • El contenido del kit debe calcularse para atender un promedio de 49 casos por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados: <ul style="list-style-type: none"> » Población total: 30.000 personas » El índice de natalidad bruto para Colombia es de 15 por mil (ASIS Colombia 2016), por lo que habrá 113 partos en 3 meses ($1,5\%$ de 30.000 = 450 partos al año/4 trimestres = 113 partos). » El 20% de mujeres embarazadas pueden tener un aborto espontáneo o complicaciones resultantes del aborto inducido con riesgo (20% de 113 = 22,6) » 26 mujeres víctimas de violencia sexual pueden requerir una interrupción voluntaria del embarazo -IVE- (ver kit 3)

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Asegurar la disponibilidad de equipos e insumos necesarios para atender a las víctimas de violencia sexual</i></p>	<p> <u>KIT 9 - MORADO “Sutura desgarros (cervical y vaginal), examen vaginal”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinado a suturar desgarros cervicales y vaginales, así como a examinar mujeres que han sido víctima de violencia sexual. • Debe ser utilizado por médicos con formación o experiencia en la atención de partos y de víctimas de violencia sexual. • El contenido del kit está previsto para atender a 45 mujeres durante 3 meses.

Objetivo N°3: Reducción de la transmisión del VIH y otras ITS

Las poblaciones afectadas por crisis humanitarias resultan especialmente vulnerables a las ITS, incluido el VIH, debido a que el acceso a los medios de prevención, al tratamiento y la atención resultan limitados. Entre los principales factores asociados con el incremento en la transmisión de ITS -incluido el VIH- en contextos de crisis humanitarias, se pueden señalar los siguientes:

- Posible falta de insumos de protección para los centros de salud, como agujas, jeringas y guantes nuevos, sumado a que el personal sanitario se encuentra sobre-exigido y no adopta o no conoce la importancia de las normas universales de bioseguridad.
- Acceso limitado o inexistente a los preservativos masculinos o femeninos, a elementos preventivos como los kits de profilaxis post-exposición o a sangre segura.
- Aumento de la vulnerabilidad de las poblaciones debido a la inseguridad alimentaria, al hacinamiento, la falta de acceso a los servicios de salud, la falta de protección contra la violencia y la explotación laboral, económica, sexual, entre otras.

- Presión sobre mujeres, niños, niñas y adolescentes para que presten favores sexuales a cambio de insumos básicos para sobrevivir (albergue, alimentos, medicamentos, entre otros) y el incremento de la violencia por razones de género debido al debilitamiento y fragmentación de las familias, las estructuras sociales y comunitarias.
- Mayor discriminación y violencia sobre personas en situación de explotación sexual, prostitución o trabajo sexual, mujeres transgénero, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, habitantes de calle o personas que se inyectan drogas.

De ello se deriva la importancia de implementar intervenciones básicas destinadas a prevenir y responder al VIH en entornos humanitarios.

Las principales vías de transmisión de las ITS y el VIH son las relaciones sexuales sin protección, el contacto con sangre infectada y la transmisión materno-infantil. En Colombia predomina la forma de transmisión sexual⁴⁰


40_Ministerio de Salud y Protección Social - Observatorio de la Gestión Programática en ITS y VIH/Sida. Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 1983 a 2011. 25 de mayo 2012. Tomado de Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2014 - 2017. Ministerio de Salud y la Protección Social- ONUSIDA, Grupo Temático para Colombia. 2014. Pag 18.

Cuadro N°3: Acciones para la reducción de la transmisión del VIH y otras ITS durante una crisis humanitaria

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Garantizar transfusiones sanguíneas justificadas y seguras</p>	<p>Asegurar el uso racional de la sangre</p> <ul style="list-style-type: none"> » Hacer transfusiones sólo en circunstancias donde esté en peligro la vida del paciente y cuando no haya otra alternativa. » Usar medicinas para prevenir o reducir el sangrado continuo (oxitocina, adrenalina) y sustitutos a la sangre para reemplazar cualquier volumen de sangre perdido. <p>Asegurar la práctica segura de transfusiones</p> <ul style="list-style-type: none"> » Realizarlas en un lugar adecuado para tal fin. » Verificar que el laboratorio tenga una disposición suficiente y segura de bolsas de sangre, agujas, jeringas y elementos de bioseguridad (protección, limpieza, desinfección y esterilización). <p>Elegir donantes seguros</p> <ul style="list-style-type: none"> » En lo posible, captar sangre únicamente de donantes voluntarios altruistas, repetitivos y no remunerados. » Aplicar a todos los donantes la encuesta nacional para selección de donantes. » Contar con las pruebas de tamización para los marcadores de sangre, principalmente pruebas rápidas para VIH, Sífilis y Hepatitis B. <p>Cumplir las normas nacionales sobre calidad de la sangre⁴¹, asegurando el cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1571/1993, la resolución 167 de 1997 y en la Política nacional de sangre de 2007</p>

41_ El Decreto 1571 de 1993 hace referencia al funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, a la creación de la red nacional de bancos de sangre y del consejo nacional de bancos de sangre. En sus artículos 6 y 42 alude de manera específica a las situaciones de emergencias y desastres. La Resolución 167 de 1997 establece los parámetros que aseguran la garantía de la calidad de la sangre.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Asegurar el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad</i></p>	<p><i>Difundir las normas universales de bioseguridad</i> mediante jornadas de información y material de divulgación ubicado en lugares visibles para garantizar que todo el personal, tanto médico como de apoyo (auxiliares, conductores, socorristas, voluntarios, personal de limpieza y de seguridad) las conozcan, comprendan y practiquen.</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lavado de manos con agua y jabón antes y después de cada contacto con los pacientes » Uso de guantes desechables no estériles para todos los procedimientos donde se prevé el contacto con sangre u otros fluidos corporales potencialmente infecciosos. » Uso de batas o delantales impermeables, gafas, máscaras protectoras para cubrirse de salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales. » Manipulación segura de objetos afilados o visiblemente contaminados con sangre. » Manejo seguro de instrumentos siguiendo los pasos de descontaminar + limpiar + esterilizar. » Utilización de frascos monodosis para medicamentos o biológicos inyectables. De no ser posible evitar dejar puesta una aguja en el tapón y una vez abiertos, almacenar los frascos en el refrigerador o en lugar fresco y seguro. » Disposición segura de desechos <p><i>Organizar y distribuir los suministros necesarios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> » Jabones antisépticos y desinfectantes » Contenedores de objetos cortopunzantes a prueba de perforaciones (guardianes) » Bolsas rojas para desechos biológicos » Jeringas y agujas desechables » Guantes para trabajo pesado, guantes desechables y guantes estériles » Máscaras, delantales o vestidos anti-salpicaduras y gafas de protección » Botas de caucho » Autoclaves en instituciones de salud » Incineradores sencillos y elementos para cavar fosas (picas, palas) para la disposición segura de desechos. <p>Articular con las empresas de aseo y limpieza, la ruta para el traslado final de desechos de acuerdo con los escenarios de emergencia.</p> <p>Establecer un comité de infecciones para asegurar el cumplimiento de las medidas universales de bioseguridad</p>

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Manejo adecuado de la exposición ocupacional al VIH ⁴².</p>	<p>A pesar de que se instauren y cumplan precauciones normalizadas, puede haber exposición ocupacional al VIH. Los funcionarios deben promover la definición e implementación de normas en los lugares de trabajo, incluyendo las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la disponibilidad del kit PEP —profilaxis post-exposición— (Ver Anexo 5 con el contenido de los kits). • Mantener confidencialidad de la persona expuesta y de quien produjo la exposición. • Asesorar al personal expuesto sobre las pruebas de VIH y realizarle la prueba si se obtuvo el consentimiento. RECUERDE que NO es necesaria una prueba de VIH para la prescripción de PEP y no debe obligarse a nadie a que se realice la prueba. • Elaborar la historia clínica y prescribir la PEP cuando corresponda. • Educar sobre la reducción de riesgos mediante el análisis de la secuencia de los hechos y aconsejar al trabajador expuesto que use preservativos para prevenir la transmisión secundaria durante los siguientes tres meses. • Brindar asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH entre tres y seis meses después de la exposición, independientemente de que la persona haya recibido PEP o no.
<p>Asegurar la disponibilidad de condones gratuitos de buena calidad ⁴³</p>	<p>Asegurar la provisión de condones de buena calidad y en cantidades suficientes para cubrir la demanda de la población, con base en las recomendaciones del siguiente kit.</p> <p> KIT 1 - ROJO “Condomes Masculinos”⁴⁴</p> <p>Destinado a proporcionar condones masculinos a todas las IPS en los diferentes niveles de atención y a nivel comunitario. Para su uso, el personal humanitario del sector salud y de las áreas sociales, deben estar capacitados para explicar cómo usar los condones adecuadamente.</p>

42_ Las pruebas de tamizaje para VIH incluyen las pruebas rápidas, las cuales se utilizan cuando se requieren resultado con premura (1 hora) y también en condiciones en las que la infraestructura de laboratorio es limitada. Toda prueba rápida de VIH debe estar acompañada de la asesoría pre y post (Anexo Técnico de la Res. 2338 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia)

43_ El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ordena la distribución de condones y la promoción del uso de los mismos dentro de las actividades de demanda inducida, así como en las intervenciones colectivas de salud pública (Decreto 3039 de 2007). Igualmente, la provisión de condones por parte de las EPS a las personas que viven con VIH y a pacientes que consultan por ITS o anticoncepción (Res 769 de 2008)

44_ Es importante considerar la inclusión de los condones femeninos en este kit, una vez estén contemplados en el Plan de Beneficios.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Asegurar la disponibilidad de condones gratuitos de buena calidad</p>	<p>El contenido del kit está previsto para atender la demanda de hombres y mujeres sexualmente activos durante 3 meses, sobre la base de una población total de 10.000 personas y las siguientes suposiciones:</p> <p>Condomes masculinos:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Población masculina sexualmente activa 20% (10.000 x 0,2 = 2.000) » Porcentaje de hombres sexualmente activos que utilizan condones 24% ⁴⁵(2.000 x 0,24 = 480) » # condones usados por mes por hombre: 15 (480 x 15 x 3 meses= 21.600) » (Ver Anexo 5) <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la distribución gratuita de los condones en los centros de salud. • Procurar que se encuentren disponibles en lugares visibles y frecuentados por la población como puntos de registro, de distribución de atención humanitaria, albergues, tiendas, bares, entre otros. • Brindar información sobre su uso correcto y las maneras de distribución, a través de estrategias acordes con la cultura del lugar, con la vinculación de organizaciones de la sociedad civil y redes de personas clave como mujeres, adolescentes, jóvenes, población LGBTI y personas viviendo con VIH.

Objetivo N°4: Reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal

La salud de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y postparto, suele complicarse en situaciones de crisis humanitarias como consecuencia del estrés de la emergencia, sumado a las apremiantes condiciones de vida y las limitaciones de acceso oportuno a servicios obstétricos y neonatales de calidad. Esto generalmente deriva en un incremento de la morbi-mortalidad materna y neonatal por causas, en su mayoría, prevenibles.

45_ Se toma como referencia el porcentaje de todos los hombres de 13 a 49 años que usa actualmente condón, reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015, Tomo II, pág 54.

La experiencia durante emergencias humanitarias ha identificado las siguientes situaciones⁴⁶ :

- Aproximadamente el 4% del total de las mujeres estarán embarazadas en algún momento de la emergencia y de ellas, el 15% experimentarán complicaciones obstétricas.
- Alrededor del 15% de la totalidad de partos requerirá una cesárea.
- Al inicio de una emergencia, los nacimientos tienden a ocurrir fuera de los servicios de salud y sin la asistencia de personal de salud capacitado.
- Aproximadamente dos tercios de las muertes de bebés ocurren dentro de los primeros 28 días de vida.
- Entre 5 y 10% de niños y niñas recién nacidos no respiran espontáneamente y requieren de estimulación. Alrededor de la mitad de niñas y niños recién nacidos que tienen dificultad para comenzar a respirar requieren reanimación.

Las causas comunes de mortalidad materna son: hemorragia (antes y después del parto), septicemia puerperal, preeclampsia o eclampsia, complicaciones derivadas del aborto, embarazo ectópico y trabajo de parto prolongado u obstruido.

Es responsabilidad del sector salud garantizar la continuidad de la atención obstétrica y neonatal oportuna y de calidad en los diferentes niveles de complejidad durante situaciones de crisis humanitaria, asegurando que las mujeres tengan acceso oportuno a estos servicios durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio inmediato.

“Entre más segura sea la atención de la emergencia obstétrica en la baja complejidad, la probabilidad de sobrevivida de la gestante será mayor. Así se mejora la oportunidad de intervención al ser remitidas a las instituciones de mediana o alta complejidad”⁴⁷ .

46_ Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: módulo de educación a distancia”. Women’s Refugee Commission. 2011, págs 50, 53 y 55.

47_ Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. 2014. Pág 78

Cuadro N°4: Acciones para prevenir el incremento de la morbilidad materna y neonatal durante una crisis humanitaria


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de la atención obstétrica de urgencia y la atención neonatal en los diferentes niveles de atención del SGSSS</p>	<p>Asegurar que las IPS de baja complejidad brinden atención obstétrica de urgencia y atención neonatal básicas durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>El equipo de salud básico en este nivel debe estar conformado por: médico general, enfermera profesional, auxiliar de enfermería y bacteriólogo/a.⁴⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este equipo debe estar capacitado y contar con recursos y destrezas para: <ul style="list-style-type: none"> » Administrar antibióticos por vía parenteral. » Administrar uterotónicos por vía parenteral. » Administrar anticonvulsivos por vía parenteral. » Realizar la extracción manual de la placenta. » Efectuar la extracción de productos de la concepción retenidos. » Realizar parto vaginal asistido. » Realizar reanimación neonatal. <p>Asegurar que las IPS de mediana y alta complejidad brinden atención obstétrica de urgencia y atención neonatal integral durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El equipo de salud en estos niveles debe estar conformado por: médicos especialistas en ginecología y obstetricia, anestesiología, pediatría o subespecialista en neonatología, enfermera profesional y/o especialista, auxiliares de enfermería y otras especialidades médicas como: cirugía general, urología, imágenes diagnósticas, bacteriólogo/a.

48_ Ibid, pág 52


ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de la atención obstétrica de urgencia y la atención neonatal en los diferentes niveles de atención del SGSSS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este equipo debe estar capacitado y contar con recursos y destrezas para efectuar todas las intervenciones de la atención obstétrica de urgencia y neonatal básicas, y para las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> » Realizar cesáreas y laparotomías bajo anestesia. » Realizar transfusiones de sangre. • Todo el equipo humano debe contar con competencias para atención neonatal de emergencia, en los siguientes aspectos. <ul style="list-style-type: none"> » 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). » Tratamiento de la septicemia neonatal y atención de bebés prematuros o de bajo peso. » Asesoría para amamantamiento inmediato y exclusivo.
<p><i>Garantizar la referencia y contra-referencia de pacientes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con el CRUE para la puesta en marcha del sistema de referencia y contra-referencia para las emergencias obstétricas y neonatales. • Coordinar con las IPS públicas y privadas que están prestando los servicios obstétricos y neonatales para que se haga uso del sistema de referencia y contra-referencia en el territorio. • Activar mecanismos de comunicación y transporte con las parteras tradicionales, con líderes comunitarios y con IPS locales para el traslado de las gestantes que lo requieran a la institución de referencia.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Garantizar los equipos e insumos necesarios para la atención obstétrica y neonatal institucional</p>	<p>Ver la descripción y las cantidades de medicinas y/o insumos para los siguientes kits en Anexo 5.</p> <p><u>KIT 6 - CAFÉ “Parto con asistencia médica”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinado a ser utilizado por médicos/médicas para atender partos normales, suturar episiotomías y desgarros del perineo con anestesia local, estabilizar a las pacientes con complicaciones obstétricas como eclampsia o hemorragias antes de remitirlas a un nivel de mayor complejidad. • La provisión está calculada para atender un promedio de 108 partos por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados: <ul style="list-style-type: none"> » Población total: 30.000 personas » El índice de natalidad bruto para Colombia es de 15 por mil (ASIS Colombia 2016), por lo que habrá 113 partos en 3 meses (1,5% de 30.000 = 450 partos al año/4 trimestres = 113 partos). » El 96% ⁴⁹de los partos se atiende en instituciones de salud por lo que se necesitará insumos para 108 partos por trimestre. (113 por 96% = 108) <p><u>KIT 8 –AMARILLO “Interrupción Voluntaria del Embarazo – IVE - y manejo de complicaciones derivadas del aborto”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinado al manejo de las interrupciones voluntarias del embarazo, a tratar las complicaciones resultantes del aborto espontáneo y del inducido con riesgos, incluyendo sepsis, evacuación incompleta y sangrado. • Debe ser utilizado por médicos/médicas que han recibido formación para practicar IVE, para tratar abortos espontáneos y las complicaciones del aborto provocado, incluida la realización de evacuaciones uterinas.

⁴⁹ Se toma como referencia el dato del total del país para zonas rurales del indicador “Porcentaje de mujeres de 13 a 49 años que recibió atención de médica/o o enfermera/o durante el parto”, reportado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015. Tomo 1, Pág 47.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Garantizar los equipos e insumos necesarios para la atención obstétrica y neonatal institucional</i>⁵⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El contenido del kit debe calcularse para atender un promedio de 49 casos por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados: <ul style="list-style-type: none"> » Población total: 30.000 personas » El índice de natalidad bruto para Colombia es de 15 por mil (ASIS Colombia 2016), por lo que habrá 113 partos en 3 meses (1,5% de 30.000 = 450 partos al año/4 trimestres = 113 partos). » El 20% de mujeres embarazadas pueden tener un aborto espontáneo o complicaciones resultantes del aborto inducido con riesgo (20% de 113 = 22,6) » 26 mujeres víctimas de violencia sexual pueden requerir una interrupción voluntaria del embarazo -IVE- (ver kit 3) <p> KIT 9 - MORADO “Sutura desgarros (cervical y vaginal), examen vaginal”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Destinado a suturar desgarros cervicales y vaginales, así como a examinar mujeres que han sido víctima de violencia sexual. • Debe ser utilizado por médicos con formación o experiencia en la atención de partos y de víctimas de violencia sexual. • El contenido del kit está previsto para atender a 45 mujeres durante 3 meses.

50_ Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2016, Pág 58.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><i>Disponer de kits para parto aséptico no institucional</i>⁵¹</p>	<p>Ante situaciones que puedan impedir a las mujeres gestantes acudir a una institución prestadora de servicios de salud, es necesario suministrar kits esterilizados para el parto a las mujeres visiblemente embarazadas y a las parteras, para mejorar la higiene de los partos extramurales.</p> <p> <u>KIT 2 -AZUL OSCURO- “Parto Limpio” (PARTE A y PARTE B)”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> » Destinado a partos individuales atendidos por parteras tradicionales en el domicilio o por personal profesional en instituciones de salud insuficientemente equipadas. » La Parte A debe ser entregada a cada mujer con más de 6 meses de gestación y la Parte B a las parteras tradicionales. » Se prevé que para una población de 10.000 personas se necesitarán 100 kits para mujeres gestantes y 100 para parteras. <p>Además de entregar los kits es fundamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Formar a las parteras sobre los contenidos y el uso de los kits y sobre los signos de alarma que indican que el parto se está complicando y requiere ser atendido en institución de salud. » Brindar la información de contacto a la mujer embarazada y a las parteras para gestionar el traslado en caso de complicaciones.

Durante el censo de personas afectadas por la crisis, es necesario identificar a las mujeres gestantes, con especial énfasis a las adolescentes y motivarlas a asistir a las instituciones de salud para el control prenatal y la atención institucional del parto, así como posibilitar su participación en redes comunitarias de apoyo.

51_ Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, 2016, Pág 58.*



III

ACCIONES PRIORITARIAS ADICIONALES

Paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS)

Para facilitar la implementación de las acciones prioritarias adicionales, en este capítulo se presentan los argumentos que fundamentan cada una de ellas y los insumos necesarios (kits) para la implementación de las cinco acciones complementarias para alcanzar los objetivos del PIMS, relacionadas con anticoncepción, IVE, tratamiento sintromico de las ITS, disponibilidad de antiretrovirales y kit dignidad para mujeres y adolescentes.

En el Anexo 3 se encuentra la información clave que se debe brindar a la comunidad para promover el autocuidado, la autoprotección y la búsqueda de servicios frente a las situaciones prioritarias en SSR, sin olvidar que la información clave sobre cada tema debe ser preparada y adaptada al contexto, con anterioridad a la emergencia.

A. ANTICONCEPCIÓN

A.1. Importancia de la disponibilidad de anticonceptivos desde el inicio de una crisis humanitaria.

Las necesidades de salud reproductiva de mujeres, hombres y adolescentes no desaparecen en el momento en que son forzados a huir de sus hogares y comunidades como consecuencia de un conflicto o un desastre. Es posible que el desplazamiento incluso aumente el deseo y la necesidad de usar anticonceptivos y que, simultáneamente, las personas afectadas enfrenten nuevas barreras para acceder a ellos. Por otra parte, quizás las mujeres deseen posponer sus embarazos o dejar de procrear en situaciones de emergencia.

En situaciones de crisis humanitarias, el deterioro de las estructuras familiares de apoyo social representa un mayor desafío para adolescentes y jóvenes quienes, al no contar con acceso a información y servicios adecuados, pueden correr más riesgos de exposición a prácticas sexuales no seguras.

Es de vital importancia que se integre adecuadamente la oferta de anticoncepción a la respuesta humanitaria y a los sistemas de abastecimiento existentes, con el fin de garantizar su disponibilidad en cantidad suficiente para satisfacer la demanda de la población, incluidos los y las adolescentes, desde el inicio de la emergencia.

A.2. Insumos básicos para garantizar la anticoncepción.

A continuación, se describen los insumos básicos para garantizar la anticoncepción durante una crisis humanitaria, los cuales están previstos en los kits 4 y 7. Para revisar la descripción y cantidades de los insumos, ver el Anexo 5 con los contenidos de los kits.



Kit 4 -BLANCO- “Anticonceptivos de larga duración y de emergencia”

- * Describe contenidos y cantidades de insumos y material renovable para atender la demanda de anticonceptivos de larga duración y de emergencia para mujeres.
- * Estos deben ser administrados por personal profesional en medicina o enfermería, debidamente formados, garantizando la consulta de anticoncepción, la consejería y la entrega de los métodos anticonceptivos.
- * La provisión de anticonceptivos debe prever la atención a 516 mujeres por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:
 - Población total: 10.000 personas
 - El 25,8%⁵² son mujeres entre 15 y 49 años (25,8% de 10.000 = 2.580)
 - El 86%⁵³ de ellas utilizan anticonceptivos (86% de 2.580 = 2.219)
 - Se espera que de ellas, el 20% demande anticoncepción de emergencia (516) y otro 20% demande implantes subdérmicos (516)

52_ Ibid 41

53_ Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015 -. Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Bogotá. Capítulo 8, pág 50

● Kit 7-NEGRO- “DIU”

- * Describe los contenidos y cantidades de insumos y suministros para insertar el dispositivo intrauterino (DIU), extraer un DIU y administrar tratamiento antibiótico preventivo.
- * Para ser utilizado por personal profesional en medicina o enfermería debidamente capacitado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y según los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.
- * La provisión de medicinas y suministros está calculada para atender aproximadamente 459 mujeres por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:
 - Población total: 10.000 personas.
 - El 25,8%⁵⁴ son mujeres entre 15 y 49 años (25,8% de 10.000 = 2.580)
 - El 86% de ellas utilizan anticonceptivos: 86% de 2.580 = 2.219 y de ellas, el 20,7% (= 459), optará por un DIU⁵⁵

B. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO - IVE⁵⁶

B.1. Importancia del acceso de las mujeres a la IVE durante las crisis humanitarias.

Una de las principales causas de enfermedad y muerte de mujeres es el aborto inseguro, usualmente como efecto de un embarazo no deseado. Un aborto inseguro es aquel practicado por fuera de las instituciones de salud, por personas sin la capacidad y los insumos necesarios.

54_ *Ibid* 41

55_ *Ibid* 54

56_ Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Bogotá, 2014.*

De cada 3 mujeres que se practican un aborto inseguro,
una presenta complicaciones que pueden conducirla a la muerte.

En Colombia el acceso a la interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es un derecho de las mujeres, reconocido por la Corte constitucional, en tres circunstancias específicas⁵⁷ :

- Cuando el embarazo constituya un peligro para la vida o la salud de la mujer.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida.
- Cuando el embarazo sea resultado de un abuso sexual.

B.2. Insumos para atender la demanda de IVE

Los insumos básicos para garantizar los servicios de salud a las mujeres que soliciten la IVE y que cumplan con alguno de los requisitos reconocidos por la Corte constitucional se encuentran descritos en el kit (ver el Anexo 5):



Kit 8 -AMARILLO- “Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- y manejo de complicaciones derivadas del aborto”.

Descrito en el Objetivo N°2 de esta guía (ver pág. 28)

57_ Sentencia C355 de 2006 emitida por la Corte constitucional colombiana.

C. TRATAMIENTO SINDRÓMICO DE LAS ITS

C.1 Importancia del tratamiento sindrómico de las ITS en los entornos humanitarios.

Las ITS representan un problema habitual de salud con consecuencias potencialmente graves, que pueden abarcar desde la infertilidad y las enfermedades crónicas hasta la muerte. La vulnerabilidad de las personas a las ITS se ve incrementada por las circunstancias que se generan durante las crisis humanitarias, como la agudización de la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a los servicios de salud, la movilidad y la falta de protección contra la violencia sexual.

Las personas que prestan los servicios de salud durante las crisis humanitarias deben estar atentos a garantizar que las personas que acuden a las IPS públicas y privadas con síntomas de ITS reciban tratamiento sindrómico, como también preservativos para prevenir futuras infecciones.

C.2. Insumos para el tratamiento sindrómico de las ITS.

A continuación, se describen las características del kit 5 (para revisar las cantidades ver el Anexo 5)



Kit 5 -AZUL- “Tratamiento sindrómico de las ITS”

- * Para ser utilizado por médicos y médicas debidamente formados para diagnosticar y tratar las ITS conforme a un enfoque sintomático, explicar la importancia de tratar a la/las pareja/s sexual/es y promover la utilización de preservativos.
- * La provisión de medicina deberá calcularse para atender aproximadamente a 425 personas por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:
 - Población total: 10.000 personas.
 - El 85%⁵⁸ de la población son personas mayores de 15 años ($85\% \cdot 10.000 = 8.500$).
 - El 5% de estas personas pueden tener una ITS ($5\% \cdot 8.500 = 425$).

58_ Ibid 41

D. DISPONIBILIDAD DE ANTIRRETROVIRALES

D.1. Importancia de garantizar la continuidad del tratamiento con ARV en los entornos humanitarios.

Tras un desastre, es probable que las instalaciones donde los pacientes recibían los ARV se hayan destruido o no tengan profesionales disponibles. Las personas que recibían tratamiento pueden encontrarse inesperadamente sin acceso a las dosis que recibían. Esto constituye un grave problema debido a que, para tener eficacia, los ARV deben tomarse en dosis adecuadas en los intervalos correctos; por otra parte, la interrupción del tratamiento farmacológico puede generar resistencia a la droga, aumentando así la morbilidad y posiblemente la mortalidad.

El coordinador del PIMS debe promover el trabajo articulado con las entidades que hacen parte del SGSSS, con las ONGs y las agencias internacionales, así como con las organizaciones y redes de personas con VIH para acceder a información pertinente y garantizar la continuidad en la administración de los medicamentos a los pacientes, incluidas las mujeres embarazadas, que recibían tratamiento con ARV antes de la crisis.

D.2. Antirretrovirales que deben estar disponibles durante una crisis humanitaria

No es posible prever un kit universal con provisión de ARV para personas en tratamiento, pues esto depende de la situación particular en cada territorio. Desde antes de una situación de emergencia, con base en el registro actualizado de personas en tratamiento (ver en fase de preparación del Objetivo 3), se debe asegurar provisiones de los ARV para tres meses según las fórmulas de los pacientes, de modo que se les pueda garantizar la continuidad del tratamiento.

E. SUMINISTRO DEL KIT DIGNIDAD A MUJERES Y ADOLESCENTES

E.1. Importancia de suministrar artículos para el autocuidado y la higiene menstrual a las mujeres en los entornos humanitarios.

Como consecuencia de una situación de emergencia, es común que las mujeres y las adolescentes no dispongan de los artículos necesarios para mantener su higiene general y durante el periodo durante el periodo menstrual, lo que afecta su salud y su dignidad.

Durante la emergencia, las mujeres y las niñas tienen derecho a ser escuchadas por los organismos responsables de la atención humanitaria para que estos identifiquen sus necesidades y que así les puedan proveer los artículos habituales que utilizan para el cuidado menstrual.

E.2. Insumos para el autocuidado y la higiene menstrual

En el siguiente cuadro se describe el contenido básico⁵⁹ a partir del cual se puede realizar la adaptación participativa del kit que debe ser entregado a las mujeres, incluidas las adolescentes, con prioridad en gestantes y lactantes, con el fin de facilitar el autocuidado y la higiene durante la menstruación. Este debe ser distribuido como parte de la ayuda humanitaria.

Es importante tener en cuenta las características de la población afectada por la emergencia y una posible adaptación del contenido del kit, que tenga en cuenta el enfoque diferencial y contemple las particularidades y costumbres, por ejemplo, de los pueblos indígenas.

59_ Considerando que este kit se debe incluir como parte de la ayuda humanitaria, el cálculo de las cantidades deberá realizarse al momento mismo de la emergencia, con base en el censo de mujeres afectadas entre 10 y 45 años.



Kit A -NARANJA- “Dignidad”

<i>ITEM</i>	<i>CANTIDAD</i>
Ropa Interior	3
Sostén/Top	1
Bolsa detergente 250 gr	1
Desodorante Roll-on mujer x 50 ml	1
Jabón para el cuerpo	1
Champú 350 ml	1
Crema dental 75 ml	1
Cepillo de dientes	1
Cepillo para el cabello	1
Crema de manos 200ml	1
Toallas higiénicas pq x10	3
Toalla para cuerpo 70x 140 cms	1
Chanclas (tallas 35,36,37,38)	1
Rasuradora femenina	1

ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria en Salud
ARV	Antirretrovirales
CRUE	Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
EPS	Entidades Promotoras de Salud
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS	Institución Prestadora de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LGBTI	Lesbianas, Gay, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales

MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ONG	Organización No Gubernamental
PEP	Profilaxis Post Exposición
PIMS	Paquete Inicial Mínimo de Servicios (en SSR)
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UNGRD	Unidad Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres
VBG	Violencia Basada en Género / Violencia de Género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VS	Violencia Sexual
VSP	Vigilancia en Salud Pública

BIBLIOGRAFÍA

- Comité Permanente Interagencial. Directrices operacionales del IASC sobre la protección de las personas en situaciones de desastres naturales. Publicado por Proyecto de Brookings – Bern sobre desplazamiento interno, 2011.
- Comité Permanente Interagencial. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación. IASC, 2015.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia. 5ª Edición, 2011.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2015. Refugio en la Tormenta. Un programa transformador para las mujeres y las niñas en un mundo proclive a las crisis, 2015.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Aprendiendo a responder. Buenas prácticas y lecciones aprendidas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia en América Latina y el Caribe; 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta de atención integral en salud para la población materno perinatal. Resolución 3280 de 2018.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Desarrollos técnicos, instrumentos y herramientas para la atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias. Colección Aprender de la experiencia # 1. Bogotá, Colombia, 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Sistematización de la experiencia de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental a población damnificada por la ola invernal 2010-2011 en ocho departamentos de Colombia. Colección Aprender de la experiencia # 2. Bogotá, Colombia, 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de monitoreo y batería de indicadores para el seguimiento y evaluación de estrategias de atención en salud sexual y reproductiva y salud mental en contextos de emergencias humanitarias. Colección Aprender de la experiencia # 3. Bogotá, Colombia, 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social, ONUSIDA, PMA, Cruz Roja Colombiana CRUZ ROJA COLOMBIANA, et al. Recomendaciones para la acción en Colombia. Abordaje del VIH en contextos de emergencia. Bogotá, Colombia, 2011.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021. Bogotá, Colombia, 2012.

- Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Plan Sectorial de Gestión del Riesgo de Desastres. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el MSPS y la OPS/OMS. Bogotá, Colombia, 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014 - 2021. Bogotá, Colombia, 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención integral de la violencia sexual en el sector salud. Resolución 459 de 2012. Bogotá, Colombia, 2012.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Bogotá, Colombia, 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social, DANE, et al. Marco normativo, conceptual y operativo del Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (SIVIGE). Bogotá, Colombia, 2016.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá, Colombia, 2011.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud. Bogotá, Colombia, 2014.
- Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2015-. Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Bogotá, Colombia, 2015.
- Unidad Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres. Estandarización de ayuda humanitaria de Colombia. Colombia menos vulnerable, comunidades más resilientes. Bogotá, Colombia, 2013.
- Unidad Nacional para la Gestión de Riesgos de Desastres. Guía metodológica para la elaboración de la estrategia de respuesta municipal. Bogotá, Colombia, 2013.
- Unidad Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres. Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2025. Bogotá, Colombia, 2016.
- WCR. Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis. Módulo de educación a distancia, 2011.



IV

ANEXOS

Paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS)

LISTA DE ANEXOS

A la publicación impresa se agrega un link de descarga donde se encuentran todos los anexos listados a continuación.

- ANEXO 1. Lista de control del PIMS.
- ANEXO 2. Contexto y generalidades sobre la Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia.
- ANEXO 3. Mensajes clave dirigidos a las comunidades sobre temas prioritarios en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva.
- ANEXO 4. Requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento del CRUE.
- ANEXO 5. Descripción y contenidos de los kits.

Link de descarga de los documentos:

<https://colombia.unfpa.org/es/publications/anexos-PIMS>

ANEXO 1

Lista de control del PIMS





LISTA DE CONTROL PARA MONITOREAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS

Tomado de Paquete de servicios mínimos (PIMS) para la salud reproductiva en situaciones de crisis, Módulo de educación a distancia, Supervisión de la implementación del PIMS, Lista de Control del PIMS, WCR, febrero 2011. Pág 89. Modificado por la consultora.

Departamento: _____ Municipio: _____

Sector (Barrio/vereda/corregimiento): _____

Período del informe (DD/MM/AA): _____

Fecha del inicio de la intervención (DD/MM/AA): _____

Informe realizado por (Nombre): _____

Cargo: _____ Fecha: _____



1. ENTIDAD Y/O PERSONA RESPONSABLE DE COORDINAR LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS			
		SÍ	NO
1.1	Hay una entidad responsable de coordinar la implementación del PIMS		
	Nombre de la entidad:		
1.3	Carácter de la entidad: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Comunitaria <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Agencia Internacional <input type="checkbox"/>		
	Se designó a la persona responsable de coordinar el PIMS		
1.4	Nombre de la entidad:		
	Se definieron criterios y mecanismos para las reuniones de coordinación		
	Frecuencia de las reuniones: Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cuál _____		
1.4	Hay participación balanceada (por lo menos 40/60) en el número de mujeres y de hombres en el grupo de trabajo		
2. DATOS DEMOGRÁFICOS			
2.1	Población total afectada		
2.2	Cantidad de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años, se estima en un 25% de la población total)		
2.3	Cantidad de hombres sexualmente activos (se estima en un 20% de la población total)		
2.4	Tasa bruta de natalidad (se calcula en un 4% de la población total)		

ANEXO 1

3. PREVENIR LA VBG Y RESPONDER A LAS NECESIDADES DE LAS VÍCTIMAS de VS			
		SÍ	NO
3.1	Existe y funciona mecanismo intersectorial para la prevención de las violencias		
3.2	Existe y se activa la ruta de atención a las víctimas de las violencias con participación mínima de salud, protección y justicia		
3.3	Cantidad de incidentes de violencia sexual que llegaron a los servicios de salud durante el período (número de casos)		
3.4	Se dispone de espacio que garantice privacidad y confidencialidad para la atención a las víctimas		
3.5	Se dispone de insumos para la anticoncepción de emergencia		
3.6	Se dispone de insumos para la profilaxis posterior a la exposición al VIH (PPE)		
3.7	Se dispone de insumos para prevenir y tratar las ITS		
3.8	Se dispone de insumos para practicar la IVE		
3.9	Se dispone de personal médico preparado para atender los casos de IVE		
3.10	Se dispone de toxoide tetánico/inmunoglobulina tetánica		
3.11	Se dispone de vacuna contra la hepatitis B		
3.12	Se brindó información a la víctima y/o sus acompañantes sobre los cuidados y signos de alarma		
3.13	Se brindó información a la víctima y/o sus acompañantes sobre los derechos en salud, protección y justicia, incluido el derecho a la IVE		
4. REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH			
		SÍ	NO
4.1	Existen protocolos sobre transfusiones sanguíneas seguras y justificadas		
4.2	# de unidades de sangre examinadas/todas las unidades de sangre donadas x 100		
4.3	Existen suficientes materiales informativos y listas de control para garantizar las medidas universales de bioseguridad		
4.4	Se dispone de condones de calidad y acceso gratuito en IPS públicas		
4.5	Se dispone de condones de calidad y acceso gratuito en IPS privadas		
4.6	Se dispone de condones de calidad y acceso gratuito en lugares comunitarios		
4.7	Cantidad aproximada de condones adquiridos en este período		
4.8	Cantidad de condones que se repuso en los sitios de distribución (establecimientos de salud y comunitarios) durante este periodo		
4.8.1	Distribuidor 1 (nombre y ubicación)		
4.8.2	Distribuidor 2 (nombre y ubicación)		
4.8.3	Distribuidor 3 (nombre y ubicación)		
4.8.4	Distribuidor 4 (nombre y ubicación)		

ANEXO 1

5. PREVENIR MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL			
		SÍ	NO
5.1	Existe una Institución Prestadora de Servicios de Salud Obstétrica básica de Urgencia (prestadores primarios y complementarios de cobertura local) permanentemente dotado de:		
5.1.1	Un médico/médica calificado de guardia por cada 50 consultas ambulatorias por día		
5.1.2	Disponibilidad de material sanitario con insumos para la atención neonatal		
5.2	Existe una Institución Prestadora de Servicios de Salud Obstétrica básica de Urgencia (prestadores primarios y complementarios de cobertura regional, macroregional y/o nacional) permanentemente dotado de:		
5.2.1	Un médico/médica obstetra de guardia por cada 20 a 30 camas de pacientes hospitalizadas en salas de obstetricia		
5.2.2	Un equipo de médico/a, enfermera/o, y anestesiólogo de guardia		
5.3	Sistema de referencia y contrareferencia para emergencias obtétricas y neonatales que funciona 24 horas al día, 7 días a la semana con:		
5.3.1	Medios de comunicación (radios, teléfonos móviles)		
5.3.2	Medios de transporte desde la comunidad a la IPS local disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana		
5.3.3	Medios de transporte desde la IPS local a la IPS regional/macroregional y/o nacional disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana		
5.4	Cadena de frío instalada y en funcionamiento (para la oxitocina, pruebas de sangre examinadas, etc)		
5.5	Cantidad de partos por cesárea/cantidad de nacimientos x 100		
5.6	Cantidad de paquetes para partos asépticos distribuidos/cantidad aproximada de mujeres embarazadas x 100		
6. PLANIFICACIÓN PARA LA TRANSICIÓN HACIA LOS SERVICIOS INTEGRALES DE SSR			
		SÍ	NO
6.1	Establecimientos identificados para la futura prestación de servicios integrales de SSR		
6.1.1	Establecimiento 1 (nombre y ubicación)		
6.1.2	Establecimiento 2 (nombre y ubicación)		
6.2	Necesidades de capacitación del personal y herramientas de capacitación identificadas (describir abajo): _____ _____ _____		
6.3	Canales de abastecimiento de medicamentos e insumos renovables para la atención en SSR identificados (describir abajo): _____ _____ _____		

ANEXO 1

7. OTROS ASUNTOS DE INTERÉS A CONSIDERAR			
		SÍ	NO
7.1	Se dispone de métodos anticonceptivos para satisfacer la demanda		
7.2	Se dispone de Antirretrovirales -ARV- para personas en tratamiento y para prevención de transmisión materno-infantil		
7.3	Se dispone de tratamientos de ITS, incluida la prevención de sífilis congénita		
7.4	Se dispone de suficiente información e insumos para garantizar las medidas universales de bioseguridad		
8. ACCIONES DE MEJORAMIENTO (en el caso de las casillas marcadas como "NO", explicar impedimentos y proponer actividades para resolverlos)			
ASUNTO	IMPEDIMENTO	SOLUCIÓN PROPUESTA	

ANEXO 2

Contexto y generalidades sobre la Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia



Guía práctica para la implementación del paquete inicial mínimo de servicios

PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

en situaciones de crisis humanitarias -PIMS- Colombia

ANEXO 2: Contexto y generalidades sobre el PIMS.



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

CONTENIDO

- CONTEXTO Y GENERALIDADES SOBRE EL PIMS
 - ¿Qué es el PIMS? 4
 - ¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LAS ACCIONES PARA PROTEGER LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS Y GARANTIZAR ACCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LAS CRISIS HUMANITARIAS EN COLOMBIA? 5
 - Porque vivimos en un mundo con grandes crisis humanitarias debido al incremento de las emergencias y la vulnerabilidad de la población. 5
 - Porque durante las crisis humanitarias se incrementa la vulneración de los derechos humanos sexuales y reproductivos de la población afectada. 7
 - ACERCA DE LA GUÍA PRÁCTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS. 11
 - Estructura de la Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia 12
 - Bases técnicas y normativas que dan soporte a la Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia 17
 - ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA? 24
 - ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS? 25
 - ¿DE QUÉ MODO PARTICIPAN LAS POBLACIONES Y COMUNIDADES AFECTADAS? 31



CONTEXTO Y GENERALIDADES SOBRE EL PIMS

Paquete inicial mínimo de servicios para la salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis humanitarias (PIMS)

1. ¿QUÉ ES EL PIMS?

El Paquete Inicial Mínimo de Servicios para la Salud Sexual y Reproductiva en situaciones de crisis humanitarias -PIMS- es una herramienta global, promovida por el UNFPA, útil para orientar los procesos de preparación y ejecución de acciones dirigidas a proteger los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR) y mantener los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) durante las crisis humanitarias, mediante directrices específicas para abordar las necesidades de SSR en las poblaciones afectadas desde la emergencia inicial hasta la reconstrucción y el desarrollo.

El PIMS se ha incorporado como una de las normas mínimas de respuesta humanitaria del Proyecto Esfera¹ y se encuentra integrado al grupo de herramientas y orientación de salud del Comité Permanente entre Organismos (IASC).

1_ El Proyecto Esfera recoge la Carta Humanitaria y el Manual Esfera consistente en un conjunto de normas mínimas universales en ámbitos esenciales de las respuestas humanitarias cuyo objetivo es mejorar la calidad de las respuestas humanitarias en situaciones de desastre o de conflicto y mejorar la rendición de cuentas del sistema humanitario ante la población afectada por el desastre. Desde que se establecieron, a fines del decenio de 1990, se han aplicado de facto en las respuestas humanitarias del siglo XXI.

2. ¿POR QUÉ SON IMPORTANTES LAS ACCIONES PARA PROTEGER LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS Y GARANTIZAR ACCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LAS CRISIS HUMANITARIAS EN COLOMBIA?

2.1. Porque vivimos en un mundo con grandes crisis humanitarias debido al incremento de las emergencias y la vulnerabilidad de la población.

Para 2017, Colombia tiene una población proyectada de más de 49 millones de habitantes de los cuales el 50,6% son mujeres, el 26,7% son jóvenes, con edades entre los 14 y los 28 años, el 3,4% pertenece a 87 etnias indígenas, el 10,6% es afrocolombiano, negro, raizal y palenquero y el 0,01% es pueblo ROM o gitano². El 7.4% del total vive en situación de extrema pobreza³.

Más de sesenta años de conflicto armado han dejado un alto número de víctimas que supera los siete millones, como consecuencia del desplazamiento forzado, el confinamiento, las minas antipersonales, la violencia interpersonal y la violencia sexual. En los territorios de mayor afectación por el conflicto, las políticas de desarrollo no han llegado como a las demás áreas del país y la ausencia del Estado y la institucionalidad ha hecho que muchas poblaciones carezcan incluso de los servicios más básicos⁴.

De igual manera, Colombia presenta un alto riesgo de desastres naturales que generalmente afectan a las personas más vulnerables. Estudios realizados por el Banco Mundial, que fueron la base para la construcción del Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, señalan que en los últimos 40 años los eventos desastrosos han venido en aumento, siendo muy alarmante que “en tan sólo 15 meses (entre 2010 y 2011) se alcanzó una cifra equivalente a la cuarta parte de los registros y los muertos

2_ DANE. *Proyecciones de población para 2017*.

3_ DANE. *Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia. 2017*. goo.gl/YJa9qC (consultado el 22 de noviembre de 2018)

4_ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia: haciendo visible, lo invisible*. 2015. Pág 1.

de la década anterior”⁵. Esto se asocia con el rápido crecimiento de la población⁶, la alta urbanización (se pasó de 45 a 76% en últimos 55 años),⁷ el deterioro ambiental y los índices de pobreza.

En cálculos realizados por el UNFPA con base en datos de OCHA del 2013⁸ se encontró que, de 1.000 municipios estudiados, el 31% tuvo presencia de actores armados, el 60% sufrió algún grado de afectación por desastres naturales⁹ y cerca del 7% presentó doble afectación: presencia de actores armados y grandes afectaciones por desastres naturales. Diferentes análisis coinciden en que, además de los riesgos derivados de estas situaciones, hay un incremento en la vulnerabilidad de la población como consecuencia de la inadecuada gestión territorial, sectorial y privada¹⁰.

5_ Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD). Plan Estratégico Institucional. Vigencia 2014-2018. Bogotá, Colombia. Pág 3.

6_ Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD). Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2025. Bogotá, Colombia 2016. Pág 107

7_ Banco Mundial en gfoo.gl/x9Qq. Consultado el 23 de octubre de 2017

8_ Ibid 4.

9_ El indicador utilizado para desastres naturales es: número de habitantes afectados/número total de habitantes X 1000. Se entiende alta afectación cuando este indicador es >5/1000

10_ Ibid 6. Pág 109

2.2. Porque durante las crisis humanitarias se incrementa la vulneración de los derechos humanos sexuales y reproductivos de la población afectada.

Durante situaciones de emergencia derivadas del conflicto armado y desastres naturales, se pone en riesgo la garantía de los derechos humanos de la población afectada porque sus vidas corren peligro, sufren daños y pérdidas materiales, se afecta su integridad física y psico-afectiva, además se resquebrajan o rompen sus redes familiares y sociales.

Durante las crisis humanitarias las personas más afectadas son las mujeres, particularmente jóvenes y adolescentes¹³⁹, niñas y niños, personas con discapacidad y personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas¹⁴⁰ ya que se incrementan las violencias de género, especialmente las violencias sexuales, la trata de personas, el feminicidio, entre otras. También aumentan las muertes maternas y neonatales, así como los índices de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH.

Durante las emergencias se dificulta el acceso a servicios de salud en general y de salud sexual y reproductiva en particular, incluidos aquellos que brindan atención antes y durante el embarazo y el parto, pues los mismos quedan dañados, destruidos o se vuelven inaccesibles¹⁴¹.

391_ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Oficina Regional para América Latina y el Caribe. *Violencia de Género y los Desastres Naturales en América Latina y el Caribe. Tríptico.* <http://lac.unfpa.org/public/> Consultado el 12 de octubre 2017

140_ *En la mayor parte del mundo, las personas con orientaciones sexuales o identidades de género no normativas tales como lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) están expuestas a un riesgo más elevado de sufrir violencia, discriminación y opresión debido a su orientación sexual o a su identidad de género (IASC 2015. Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Pag 269)*

141_ *Preparación y respuesta ante crisis humanitarias. Salvaguardando la vida y la dignidad de las personas en momentos de crisis.* [http://lac.unfpa.org/temas/preparaci%C3%B3n-y-respuesta-ante-crisis-humanitarias.](http://lac.unfpa.org/temas/preparaci%C3%B3n-y-respuesta-ante-crisis-humanitarias) Consultado el 12 de octubre 2017

A lo anterior se suma la falta de integración sistemática de los servicios de salud sexual y reproductiva en la respuesta a las situaciones de emergencia humanitaria debido a la escasa prioridad que se confiere a la salud sexual y reproductiva y a las violencias de género en estos escenarios¹³⁹, a una insuficiente coordinación y a la falta de personal cualificado¹⁴⁰.

Además, durante estas situaciones se suelen exacerbar los prejuicios, se intensifica la discriminación¹⁴¹ y las personas son marginadas por su edad, sexo, género, por su origen étnico o por situaciones particulares como vivir con discapacidad o con VIH, lo que las vuelve aún más vulnerables. A su vez, cuentan con menos redes de apoyo y se disminuye su capacidad de autocuidado y auto-protección.

Las siguientes son algunas cifras que evidencian la brecha en la vulneración de los DSDR entre las mujeres adolescentes y jóvenes de municipios colombianos doblemente afectados por la presencia de grupos armados y por desastres naturales¹⁴², en relación con las de los municipios no afectados:

- ▶ La razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en el 2012 es en promedio 7,6 veces más alta en los municipios con doble afectación que en aquellos no afectados y hasta 3,6 veces mayor que el promedio nacional¹⁴³.

139_ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Aprendiendo a Responder. Buenas prácticas y lecciones aprendidas en materia de salud sexual y reproductiva y violencia de género en situaciones de emergencia en América Latina y el Caribe*. 2013, Pág 42.

140_ *Ibid.* Pág 7.

141_ *Directrices operacionales del IASC sobre la protección de las personas en situaciones de desastres naturales*. IASC. Publicado por Proyecto de Brookings – Bern sobre desplazamiento interno. 2011. Pág 2.

142_ *Se reconocen como municipios doblemente afectados cuando tienen presencia de grupos armados y una tasa de afectación por desastres naturales mayor a 5 x 1000 habitantes*.

143_ Fuente: Construcción UNFPA con datos de Estadísticas Vitales 2012. (DANE) y Base de datos OCHA (Ver Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia: haciendo visible, lo invisible. UNFPA. 2015. Pág 5)

- ▶ El embarazo en niñas de 10 a 14 años es casi el doble en municipios con doble afectación, mientras el número de denuncias por este delito sexual es hasta 2,5 veces menor que el número de nacimientos para este grupo de edad¹³⁹. La denuncia por delito sexual en menor de 14 años es más alta en los municipios no afectados.
- ▶ La tasa de fecundidad para adolescentes de 15 a 19 años es 9 puntos más alta en aquellos municipios con presencia de actores armados y 6 puntos más alta en los municipios con doble afectación que en aquellos no afectados²⁰.
- ▶ La mortalidad en menores de 1 año en los municipios que no presentan afectación por desastres y no reportan presencia de grupos armados está por debajo del promedio nacional y es la mitad de la que se presenta, en promedio, en los municipios que tienen doble afectación²¹.
- ▶ Las tasas más altas de denuncia por violencia intrafamiliar y por presunto delito sexual se presentan en municipios no afectados, mientras las más bajas están en los municipios con doble afectación, lo cual puede explicarse por el miedo a las represalias, el estigma, la vergüenza y por la falta de acceso a una atención adecuada²².

El conflicto armado está presentando nuevas dinámicas en Colombia como consecuencia del proceso de paz con las FARC firmado en 2017. Aun así, las situaciones de crisis humanitarias se siguen presentando y durante ellas, la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos se verán amenazados, de no realizarse acciones para su mitigación.

139_ Fuente: Construcción UNFPA con datos de Estadísticas Vitales 2012, base de datos INML 2013 y base de datos OCHA (Ver Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia: haciendo visible, lo invisible. UNFPA. 2015. Pág 6)

20_ Fuente: Construcción UNFPA con base en Estadísticas Vitales 2012 y proyecciones de población del DANE y Base de datos OCHA (Ver Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia: haciendo visible, lo invisible. UNFPA. 2015. Pág 7)

21_ Fuente: Construcción del UNFPA con datos Estadísticas Vitales 2012 y Base de datos OCHA (Ver Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia: haciendo visible, lo invisible. UNFPA. 2015. Pág 8)

22_ Fuente: Construcción del UNFPA con datos de INML 2013 y Base de datos OCHA (Ver Adolescentes, jóvenes y mujeres en situaciones de emergencia: haciendo visible, lo invisible. UNFPA. 2015. Pág 10)



A nivel global, la provisión de asistencia dirigida a satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas no responde a la demanda. En el último decenio se han efectuado progresos notables en la prestación de servicios humanitarios específicos para las mujeres y las niñas. No obstante, siguen existiendo vacíos importantes tanto en la acción como en la financiación, lo que se explica en la desigualdad por razón de género y la discriminación por sexo, edad u otros factores. Estos vacíos, a su vez, perpetúan las desigualdades.²³

23_ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *Estado de la Población Mundial. Un refugio en la tormenta. Un programa transformador para las mujeres y las niñas en un mundo proclive a las crisis. 2015. Pág 6*

3. ACERCA DE LA GUÍA PRÁCTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS

La Guía práctica para la implementación del PIMS en Colombia es una adaptación del documento global del PIMS²⁴ realizada por el UNFPA con base en los lineamientos técnicos y los desarrollos adelantados por el país en materia de DSDR y de Gestión de Riesgos de Desastres.

Es una herramienta para la preparación y ejecución de acciones orientadas a proteger los DSDR y mantener los servicios prioritarios de SSR con el propósito de reducir la morbilidad y la discapacidad, particularmente de mujeres y niñas, en las poblaciones afectadas por crisis humanitarias en contextos de emergencias y/o desastres de origen natural o antrópico, incluidas las emergencias complejas⁴⁰⁵.

La guía se estructura a partir de los siguientes cuatro objetivos y cinco acciones prioritarias adicionales:

Cuadro N° 1 Lista de objetivos y acciones prioritarias adicionales del PIMS

Objetivos	Acciones prioritarias adicionales
1. Coordinar la implementación del PIMS	1. Provisión de anticonceptivos
2. Prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual	2. Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)
3. Reducir la transmisión del VIH y otras ITS	3. Tratamiento sintomático de las ITS
4. Prevenir exceso de morbilidad materna y neonatal	4. Garantizar disponibilidad de medicamentos antirretrovirales
	5. Proveer Kit dignidad a mujeres

24_ Comisión de Mujeres para los Refugiados (Women's Refugee Commission). Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: Módulo de educación a distancia", versión revisada en febrero de 2011

25_ En la Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud publicada por el MSPS en nov de 2016, se define la emergencia compleja como "crisis crónica o aguda con violencia, desplazamiento de población, inseguridad alimentaria y aumento en la tasa de malnutrición y mortalidad, con el agravante de riesgo para la seguridad del personal humanitario" (Pag 15)

Las acciones prioritarias adicionales en SSR buscan complementar la asistencia básica que se brinda en el marco de los objetivos 2, 3 y 4 del PIMS, para así garantizar la disposición de anticonceptivos para cubrir la demanda, contar con las condiciones para la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-, brindar el tratamiento sintromico de las ITS a los pacientes que presenten los síntomas, asegurar que los medicamentos antirretrovirales (ARV) estén disponibles para la continuidad de su administración a las personas en tratamiento y para la prevención de la transmisión materno-infantil, y suministrar a niñas y mujeres artículos culturalmente apropiados para la higiene menstrual.

3.1. Estructura de la Guía Práctica para la Implementación del PIMS en Colombia

Buscando que este documento se constituya en una herramienta práctica para la planificación e implementación del PIMS, la presente guía se organiza a partir de los cuatro objetivos, para cada uno de los cuales se presentan acciones detalladas para la preparación y la respuesta ante emergencias y desastres. Estas acciones se organizan en cuadros donde se describe lo que es necesario realizar para alcanzar cada uno de los objetivos, cómo hacerlo y con qué insumos, en armonía con el marco normativo y los desarrollos técnicos adelantados por Colombia en materia de salud en situaciones de emergencia y desastres.

A continuación, se presenta de manera gráfica la estructura de la guía.

Gráfica N°1: Estructura de la Guía Práctica para la Implementación del PIMS en Colombia



A lo largo del documento se describen los insumos requeridos, organizados en kits, para alcanzar cada uno de los objetivos, de manera que se garantice la disponibilidad de medicamentos, equipamiento y demás insumos esenciales para la implementación de los servicios prioritarios de SSR en toda la red de servicios, durante las emergencias.

Según el estándar internacional, estos kits se dividen en bloques de acuerdo con el ámbito donde serán utilizados y la cantidad prevista de población a ser atendida; así mismo, están identificados con un número y color específico teniendo en cuenta las acciones de SSR a las cuales están dirigidos.

En el siguiente cuadro se señalan de manera consolidada los kits. En CD anexo se presenta el contenido detallado de cada uno de ellos.

CUADRO N°2²⁶: Resumen de kits según nivel de cobertura y objetivos del PIMS

Bloque 1: PARA LA ATENCIÓN POR PARTE DE PRESTADORES PRIMARIOS Y COMPLEMENTARIOS DE COBERTURA LOCAL. Contiene 5 kits destinados a proveedores de servicios que suministran cuidados de SSR en centros de atención primaria, incluyendo las temporales que se ubiquen en albergues y en comunidades.

NÚMERO	COLOR	NOMBRE	O-AP ²⁷
<i>Kit A²⁸</i>	<i>Naranja</i>	Dignidad (para mujeres)	AP
<i>Kit 1</i>	<i>Rojo</i>	Condomes masculinos	3
<i>Kit 2</i>	<i>Azul Oscuro</i>	Parto Limpio ((gestantes y parteras)	4
<i>Kit 3</i>	<i>Rosado</i>	Tratamiento de violencia sexual	2
<i>Kit 4</i>	<i>Blanco</i>	Anticonceptivos de larga duración y de emergencia	AP
<i>Kit 5</i>	<i>Azul</i>	Tratamiento sindrómico de las ITS	AP

26_ En la Guía se incluyen 9 de los 12 kits propuestos por el PIMS considerando la pertinencia de cada uno de ellos para Colombia. Se excluyeron el kit 10 "Extracción por vacío para partos" porque este procedimiento no se utiliza en nuestro país y los kits 11 "Cirugía obstétrica y reanimación" y 12 "Transfusiones sanguíneas" por ser de un alto nivel de complejidad.

27_ La columna O-AP hace referencia al Objetivo o Acción Prioritaria Adicional a la cual va ligado cada kit.

28_ Los elementos incluidos en el kit dignidad no se encuentran financiados por el Plan de Beneficios, por lo tanto su disponibilidad estará sujeto a los recursos asignados por los entes territoriales en el marco de la gestión del riesgo.

Bloque 2: PARA LA ATENCIÓN POR PARTE DE PRESTADORES PRIMARIOS Y COMPLEMENTARIOS DE COBERTURA REGIONAL. Consta de cuatro Kits, para ser utilizados en centros hospitalarios por profesionales de la salud, con conocimientos de atención del parto, así como con habilidades de atención obstétrica y neonatal. Estos kits se han diseñado para cubrir una población aproximada de 30.000 personas durante 3 meses.

NÚMERO	COLOR	NOMBRE	O-AP
<i>Kit 6</i>	<i>Café</i>	Parto con asistencia médica	4
<i>Kit 7</i>	<i>Negro</i>	DIU	AP
<i>Kit 8</i>	<i>Amarillo</i>	IVE y manejo de complicaciones derivadas del aborto	4
<i>Kit 9</i>	<i>Morado</i>	Sutura, desgarros (cervical y vaginal), examen vaginal	2 Y 4

FUENTE: tomado de Paquete de servicios iniciales mínimos (PIMS) para la salud reproductiva en situaciones de crisis. Módulo de educación a distancia. WCR, febrero 2011. Pág 104. Modificado por la consultora

Estos kits deben tenerse como referencia para garantizar la disponibilidad de los medicamentos, el equipamiento y los insumos esenciales en cada nivel de complejidad para ser utilizados durante una crisis humanitaria.

Es importante tener en cuenta que dado el costo y las probabilidades de vencimiento de algunos medicamentos e insumos perecederos, no es necesario mantenerlos en bodega sino calcular los posibles requerimientos y garantizar la reserva presupuestal.

Los procesos logísticos de planeación, adquisición, almacenamiento y distribución de los kits durante la preparación y la respuesta serán implementados por las instancias del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) competentes en cada nivel territorial, según los procesos y procedimientos definidos en la normatividad vigente.

Finalmente, en el anexo # 3, se entregan una serie de Mensajes clave dirigidos a las comunidades sobre temas prioritarios en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva entendiendo que es fundamental brindar información a las comunidades afectadas en relación con sus derechos y su salud sexual y reproductiva desde el principio de la emergencia.

Toda la población debe tener acceso de manera igualitaria a mensajes clave que les permita tomar medidas de autocuidado, de protección y de búsqueda de ayuda en los casos que requieran para ejercer sus DSDR y cuidar su SSR

Para garantizar el acceso de las comunidades a esta información, las entidades responsables deben estar preparadas para adaptar y elaborar de manera rápida materiales sencillos y pertinentes para el contexto de crisis humanitaria, considerando las afectaciones particulares, las poblaciones afectadas, la ubicación y las condiciones de albergue. Es importante procurar la participación de las mujeres, las niñas, los hombres y los niños (por separado, si es necesario) en la adaptación de los mensajes y en la definición de estrategias para su difusión, con miras a que respondan a la edad, el género y la cultura de los receptores²⁹.

29_ Inter-Agency Standing Committee – IASC-. *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación.* 2015. Pag 171.

3.2. Bases técnicas y normativas que dan soporte a la Guía Práctica para la Implementación del PIMS en Colombia

La Guía Práctica para la Implementación del PIMS en Colombia asume como norte los objetivos y el propósito del documento global del PIMS, buscando su armonización con el marco normativo y los desarrollos técnicos adelantados por Colombia en materia de salud en situaciones de emergencia y desastres.

Por ello recoge los enfoques y los principios éticos plasmados en el Plan Nacional de Salud para la Gestión Integral del Riesgo de Desastres – PNSGIRD- del Ministerio de Salud y Protección Social³⁰ que a su vez se soporta en dos pilares fundamentales de los procesos territoriales de planeación: el Plan Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres 2015-2025 y el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 ³¹.

El componente estratégico del PNSGIRD responde a cuatro objetivos, para cada uno de los cuales se plantean las respectivas estrategias: #1 “Gobernanza”, #2 “Conocimiento”, #3 “Reducción” y #4 “Preparación y Manejo”.

En el objetivo # 4 se plantean las acciones que deben desarrollar los diferentes actores del SGSSS tendientes a la preparación, respuesta y recuperación para garantizar los servicios de salud durante las emergencias y los desastres, entendidas estas como³²:

30_ Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Plan Sectorial de Gestión del Riesgo de Desastres. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Bogotá, diciembre 2016

31_ En el marco de la normatividad, en particular del Plan Decenal de Salud Pública en su Dimensión 7 sobre Emergencias y Desastres, el MSPS formuló el Plan Nacional de Salud para la Gestión Integral de Riesgo de Desastres -PNSGIRD, el cual permite llevar a cabo el proceso de planificación de las acciones del sector. Además elaboró la Guía Estándares Mínimos Humanitarios en Salud, orientada a fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta sectorial.

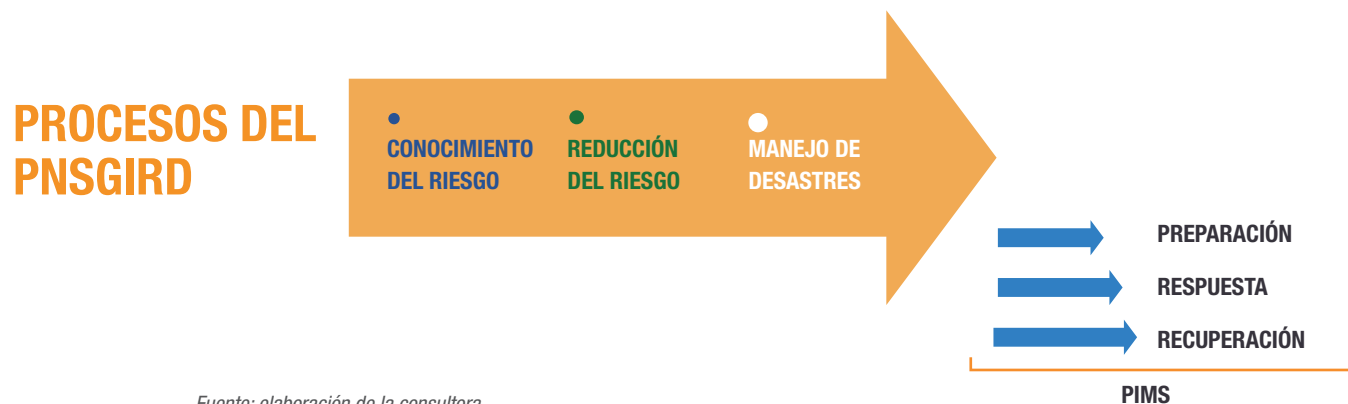
32_ Adaptación realizada por la consultora con base en las definiciones contenidas en los siguientes documentos 1) “Estandarización de ayuda humanitaria de Colombia”. Colombia menos vulnerable, comunidades más resilientes. UNGRD 2013. Pag 11. 2) Guía de funcionamiento Sala de Crisis. UNGRD-Subdirección de Manejo de Desastres. CÓDIGO: G-1703- SMD – 01. Versión 2. Junio 6 de 2014. Págs 18 y 19.

- ▶ **Preparación:** conjunto de acciones de coordinación, capacitación, comunicación, equipamiento, centros de reserva y entrenamiento, con el propósito de optimizar la ejecución de las acciones orientadas a proteger los derechos sexuales y reproductivos y mantener los servicios básicos de salud sexual y reproductiva.
- ▶ **Respuesta:** ejecución de las actividades necesarias para proteger los derechos sexuales y reproductivos y mantener los servicios básicos de salud sexual y reproductiva tales como: evaluación de daños y análisis de necesidades, accesibilidad y transporte, referencia y contra referencia, provisión de información y servicios, medicamentos, pruebas diagnósticas, entre otras.
- ▶ **Recuperación:** acciones para la planificación y/o restablecimiento de los servicios integrales de SSR, expandiendo la oferta de acciones y garantizando la disponibilidad de talento humano, insumos, equipos y medicamentos necesarios.

En tanto la Guía práctica para la implementación del PIMS brinda información detallada sobre las actividades que se deben realizar en cada momento de la preparación y manejo de desastres, se convierte en un aporte específico a la “Creación de la Estrategia Nacional de Respuesta en Salud a Emergencias y Desastres” del PNSGIRD entre cuyas acciones se encuentra la formulación de guías y/o protocolos de coordinación, preparación y manejo en salud ante situaciones de emergencia y desastre³³.

33_ Estrategia 1 del Objetivo D del PNSGIRD. Ver págs 51 y 52.

Gráfica N°3: El PIMS en el marco del plan nacional de salud para la gestión integral del riesgo de desastres -PNSGIRD-



Fuente: elaboración de la consultora

Así mismo, la guía es una herramienta de apoyo para desarrollar el Estándar Específico 8 sobre SSR, de la Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud.

La Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud fue elaborada por el MSPS para “fortalecer los mecanismos de preparación y respuesta sectorial con el fin de proveer respuesta humanitaria en cuanto a atención médica e intervención en salud pública efectiva y oportuna, ante desastres por fenómenos naturales o antrópicos, respetando la cultura y las costumbres de las comunidades afectadas³⁴”.

34_ Ministerio de Salud y Protección Social y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud. Convenio 344 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, diciembre 2016 Pág 9.

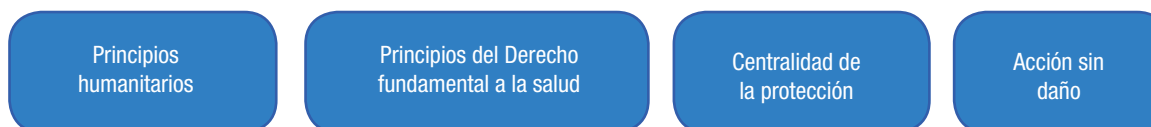
Según se plantea en el documento, estos estándares deben ser “cumplidos por todos los actores que están involucrados en los procesos de acción humanitaria en salud y que además las acciones a realizar se enmarquen en los principios éticos, en la centralidad para la protección, el enfoque diferencial y poblaciones vulnerables y en los diferentes mecanismos de coordinación con que cuenta el Estado”³⁵ En tal sentido, deberán estar incluidos en los Planes Locales de Emergencias y Contingencias.

En la siguiente gráfica se presenta el PIMS en el marco de los Estándares Humanitarios de Salud y de la estructura de la Acción Humanitaria en Salud.

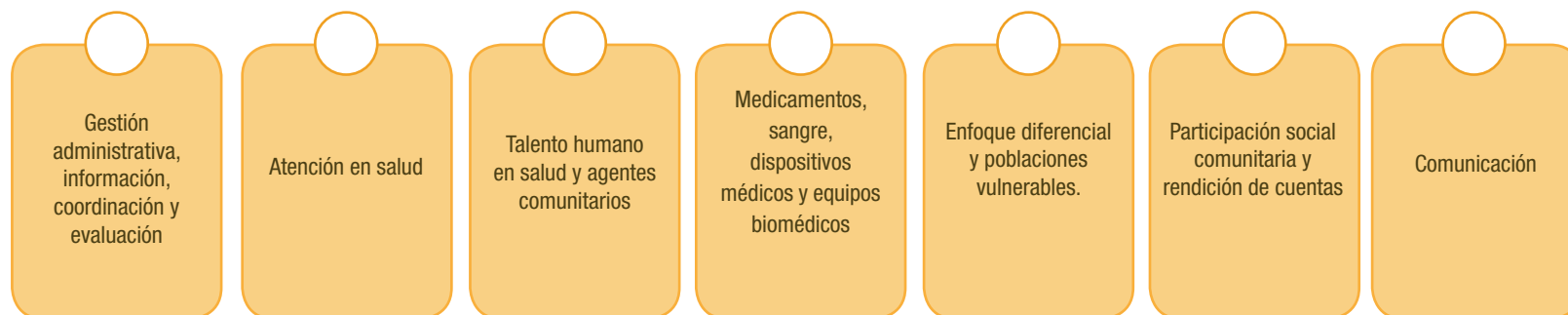
35_ Ibid

Gráfica N°4: El PIMS en el marco de los Estándares Humanitarios de Salud y de la Estructura de la Acción Humanitaria en Salud

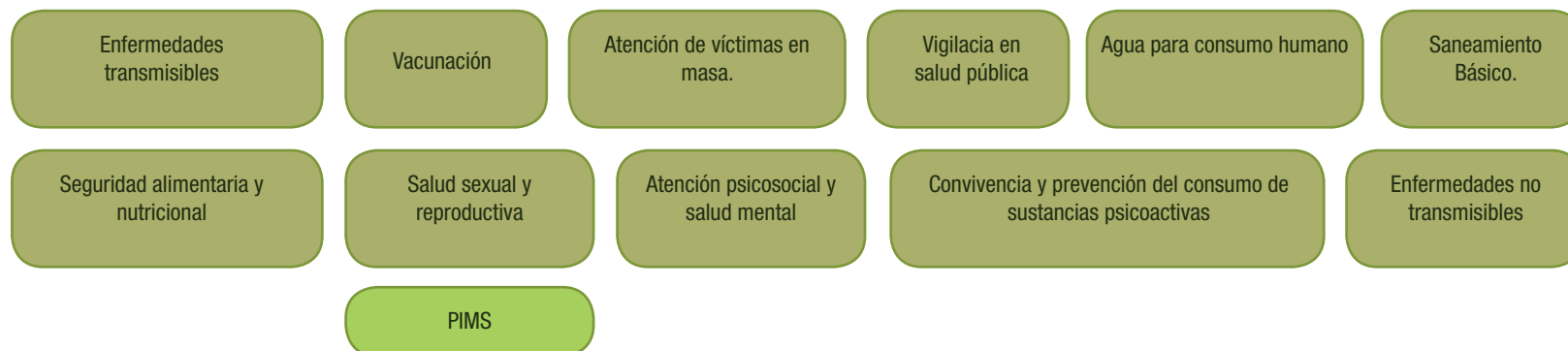
MARCO ÉTICO



ESTÁNDARES TRANSVERSALES



ESTÁNDARES ESPECÍFICOS

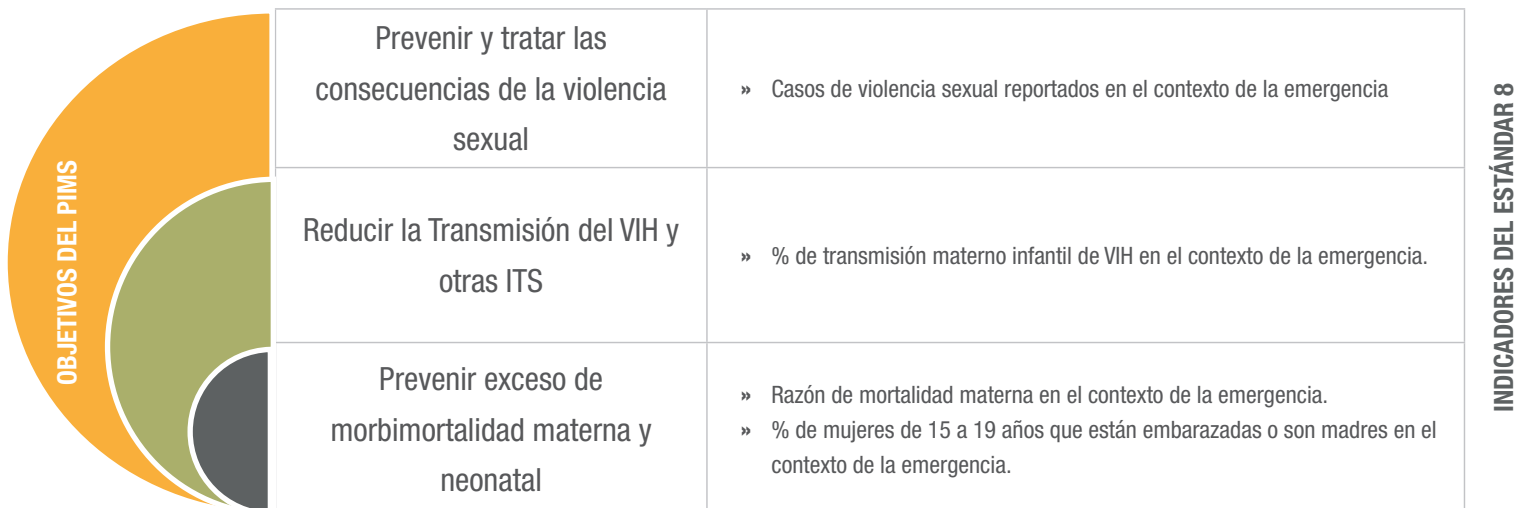


Fuente: elaboración propia a partir de la estructura propuesta para este documento

El Estándar Específico 8 sobre SSR señala que: “Las poblaciones afectadas por fenómenos naturales o antrópicos, tienen acceso a la información y a los servicios en salud sexual y reproductiva de calidad y que responden a sus necesidades, así mismo les permite el ejercicio libre y autónomo de su sexualidad, respetando sus derechos, creencias, valores éticos y son acordes al contexto cultural o cosmovisión”.

Este estándar sugiere una serie de acciones generales a desarrollar y presenta 4 indicadores de proceso, impacto y calidad, relacionados con las temáticas de especial interés de la Política Nacional de Sexualidad y DSDR, los cuales están en concordancia con los objetivos del PIMS, como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfica N°4: El PIMS en el marco de los Estándares Humanitarios de Salud y de la Estructura de la Acción Humanitaria en Salud



Fuente: elaboración de la consultora

LA EFECTIVIDAD DE LA RESPUESTA DEPENDE DE LA CALIDAD DE PREPARACIÓN.

La mejor preparación para garantizar la protección de los DSDR y el acceso a SSR durante una crisis humanitaria es la implementación regular de los programas en cada territorio

Las autoridades territoriales de salud deben garantizar que los diferentes actores del SGSSS implementen los programas y estrategias de SSR, incluidas las acciones de promoción y prevención, articulándose con los demás sectores competentes como educación, justicia y protección. Esto permitirá que los servicios estén disponibles y las comunidades - de manera especial las mujeres, niños, niñas y adolescentes – sean informadas y preparadas para asumir actitudes de autocuidado y protección frente a su sexualidad y reproducción, así como para hacer exigibilidad de sus DSDR.

4. ¿A QUIÉN VA DIRIGIDA ESTA GUÍA?

La intención de esta guía es brindar a profesionales y técnicos del sector salud -de manera particular a los responsables de preparar y realizar acciones de SSR- una herramienta de fácil utilización que los oriente de manera rigurosa y ágil en la etapa de preparación para proteger los derechos sexuales y reproductivos así como para restablecer los servicios prioritarios de SSR una vez se presente una crisis humanitaria, los amplíen hasta lograr una cobertura equitativa durante la crisis y una recuperación prolongada, mientras se restablecen y/o planifican e implementan los servicios integrales lo más pronto posible.

Además, provee información útil para la acción intersectorial teniendo en cuenta el carácter multidimensional de la salud sexual y reproductiva, así como la complejidad de las crisis humanitarias, lo que implica que toda intervención en este campo comprometa a diferentes actores humanitarios, incluyendo a los responsables de la organización y administración de campamentos, de protección, de agua y saneamiento, entre otros.

Esta guía también está dirigida a los tomadores de decisiones en los diferentes niveles territoriales, tales como gobernadores, alcaldes, secretarios de salud y gerentes de las ESE, para que, a través de los procesos de planificación, orienten la identificación de intervenciones prioritarias, las responsabilidades institucionales y garanticen su inclusión en los planes y presupuestos de sus respectivos territorios.

5. ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS?

Teniendo cuenta lo estipulado en la Política Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres y el Sistema Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres -SNGRD- (Ley 1523/abril 24 de 2012), los facilitadores del proceso de formulación del Plan Municipal de Gestión del Riesgo son: la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres –UNGRD- y los Consejos Departamentales y Municipales de Gestión del Riesgo de Desastres. A partir de este proceso se genera la estrategia municipal de respuesta, la cual debe incorporar los “Planes de Emergencia y Contingencia de las empresas públicas y privadas tales como Alcaldía, Hospitales, Empresas de Servicios, Colegios³⁶”.

De igual manera, de acuerdo con la Ley 1448 de 2011³⁷, la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas -UARIV- como coordinadora del Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas, de la mano de los Comités Territoriales de Justicia Transicional -CTJT-, son los responsables de la formulación, financiación, puesta en marcha y actualización anual de los Planes de Contingencia, dentro de los cuales se incluyen acciones para garantizar el derecho a la salud de la población afectada por hechos victimizantes.

De acuerdo con la estructura del sector salud, en el marco del SGSSS, son el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS- y las Secretarías Departamentales y Municipales de salud los responsables de garantizar la salud física y mental de la población afectada por las emergencias y los desastres³⁸, y de las víctimas del conflicto armado³⁹. Para ello, deben propiciar la articulación de los diferentes actores del SGSSS en sus respectivos territorios.

36_ Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD). *Guía metodológica para la elaboración de la estrategia de respuesta municipal*. 2013

37 La Ley 1448 en el Art 3 define quiénes son víctimas del conflicto armado; en los artículos 47, 52 a 59 con sus respectivos parágrafos describe las acciones de salud a que tienen derecho las víctimas y en el Art. 173 define la estructura y funciones de los Comités Territoriales de Justicia Transicional -CTJT-.

418_ Unidad Nacional de Gestión de Riesgos y Desastres (UNGRD). *Estandarización de ayuda humanitaria de Colombia. Colombia menos vulnerable, comunidades más resilientes*. Bogotá, 2013. Pag 245

39_ Ver Ley 1448 de 2011, artículos 47, 52 a 59

De forma similar, en todos los niveles territoriales, las autoridades de salud son responsables de propiciar la articulación con otros sectores orientados a prevenir y tratar las consecuencias de las violencias de género y sexual, tales como: protección, justicia y servicios sociales y económicos.

En el siguiente cuadro se presentan las principales responsabilidades de los diferentes actores del SGSSS frente a las emergencias y los desastres.

CUADRO N°3: NORMATIVIDAD REFERIDA A RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SGSSS EN SITUACIONES DE CRISIS HUMANITARIAS

MARCO NORMATIVO	CONTENIDOS	ENTIDADES RESPONSABLES
Decreto 4107 de 2011. Determina objetivos y estructura del MSPS ...	Formular, adoptar y coordinar las acciones del Gobierno Nacional en materia de salud en situaciones de emergencia o desastres naturales	MSPS
Ley 1448 de 2011 Dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno	Formular, financiar, poner en marcha y actualizar los Planes de Contingencia ⁴⁰ en el marco de los Comités Territoriales de Justicia Transicional, con base en lineamientos técnicos de la UARIV.	Gobernadores y alcaldes
	Participar en el CTJT y coordinar con todos los actores del SGSSS del territorio para garantizar el componente de atención médica y psicológica de emergencia de la población de víctimas que llegue a su territorio.	Secretarías Departamentales y Municipales de Salud

40_ La Ley 1448 de 2011 define los Planes de Contingencia como “una herramienta técnica para construir capacidades de respuesta que permitan garantizar en la fase de inmediatez, la protección adecuada, pertinente, eficaz, oportuna, coordinada y complementaria para cubrir las necesidades primarias de las víctimas de eventos de violencia ocurridos en el marco del conflicto armado interno”.

<u>MARCO NORMATIVO</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>ENTIDADES RESPONSABLES</u>
<p>Ley 1448 de 2011 Dicta medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno</p>	<p>Garantizar la atención médica y psicológica de emergencia de la población de víctimas, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios y sin exigir condición previa para su admisión, cuando estas lo requieran.</p>	<p>IPS, EPS, ESE</p>
<p>Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012-2021 en cumplimiento del Art 6 de la Ley 1438 de 2011 mediante la cual se reforma el SGSSS.</p>	<p>Ejercer la rectoría en la construcción del PDSP, incluida la Dimensión 7: salud pública en emergencias y desastres. Expedir lineamientos para su implementación, brindar acompañamiento, asesoría técnica para los procesos de planeación territorial, realizar seguimiento y evaluación.</p>	<p>MSPS</p>
	<p>Liderar la integración y el compromiso de todos los sectores y actores en su territorio para armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, y el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>Gobernadores y alcaldes</p>
	<p>Armonizar las políticas públicas, realizar la coordinación intersectorial y seguimiento de las acciones para el manejo de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de las políticas públicas en esta materia.</p>	<p>Comisión Intersectorial de Salud Pública</p>
	<p>Adaptar y adoptar, implementar y ejecutar los contenidos de PDSP en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud y coordinar su implementación en su área de influencia, según lineamientos del MSPS. Realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación en su jurisdicción. - incluye las Dimensiones 5: Sexualidad, DSDR y 7: salud pública en emergencias y desastres.</p>	<p>Secretarías Departamentales y Municipales de Salud</p>

<u>MARCO NORMATIVO</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>ENTIDADES RESPONSABLES</u>
<p>Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública -PDSP- 2012-2021 en cumplimiento del Art 6 de la Ley 1438 de 2011 mediante la cual se reforma el SGSSS.</p>	<p>Implementar y ejecutar el Plan Decenal de Salud Pública, en coordinación con las ETS y demás sectores que ejerzan acciones y funciones relacionadas con los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>EAPB, IPS, entidades adscritas al MSPS</p>
<p>Resolución 1345 de nov 2014 de la UNGRD. Crea y conforma la Comisión Técnica Nacional Asesora para el Sector Salud</p>	<p>Orientar al Comité Nacional para el Manejo de Desastres en la formulación de políticas, planes y proyectos Que garanticen la prestación de servicios de salud en emergencias y desastres, asesorarlo en la formulación y ejecución de planes sectoriales de preparación, respuesta y recuperación, proponer protocolos de actuación y alternativas para fortalecimiento de capacidades de respuesta en salud, entre otras.</p>	<p>MSPS, INS, INVIMA, ICBF, UNGRD Superintendencia Nacional de Salud</p>
<p>Circular 40 de julio 2014 de MinSalud y UNGRD. Participación del sector salud en procesos de Gestión del Riesgo de Desastres</p>	<p>Participar formalmente en los Consejos Municipales y Departamentales de Gestión del Riesgo, para direccionar y coordinar la atención pre-hospitalaria y hospitalaria, la atención en salud mental, la vigilancia epidemiológica en desastre, salud ambiental, entre otros asuntos.</p>	<p>Secretarías Territoriales de Salud</p>
<p>Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Art 69</p>	<p>Declarar la emergencia sanitaria y/o evento catastrófico, cuando se presenten situaciones de riesgo de epidemia, epidemia declarada, insuficiencia o desabastecimiento de bienes y servicios de salud o eventos catastróficos que afecten la salud colectiva, u otros que generen la necesidad de ayuda externa.</p>	<p>MSPS</p>

<u>MARCO NORMATIVO</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>ENTIDADES RESPONSABLES</u>
<p>Circular Externa Conjunta 40 de Sep 2015 MinSalud-UNGRD-INS</p> <p>Lineamientos en salud para la gestión de alojamientos temporales</p>	<p>El capítulo 2 sobre Gestión en Salud Pública incluye en el Numeral 2.9 las acciones en SSR, planteando las siguientes líneas de acción con sus respectivos responsables dentro del SGSSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de Promoción y Prevención orientadas a garantizar los DSDR. • Acceso a servicios básicos de SSR: kits profilaxis PEP, prevención ITS/Vih, kit de higiene para mujeres. • Atención a las VBG con énfasis en VS: anticoncepción de emergencia, ARV, IVE, activar comités intersectoriales para prevención y atención. • Atención a las gestantes y sus complicaciones antes, durante y después del parto y atención del recién nacido. 	<p>Gobernadores, Alcaldes, Secretarios Territoriales de salud, Gerentes de IPS públicas y privadas, EAPB y entidades operativas del SNGRD</p>
<p>Plan Nacional de Salud para la Gestión Integral del Riesgo de Desastre – PNSGIRD-</p> <p>MSPS-2016</p>	<p>Da lineamientos para el fortalecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas, la planificación de la Gestión Integral de Riesgos de Desastres, y para su implementación, seguimiento y evaluación.</p> <p>Orienta la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas, proyectos y acciones permanentes para el conocimiento, la reducción del riesgo y manejo de la respuesta en emergencias y desastres, con el fin de contribuir en la seguridad sanitaria, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible en el territorio nacional.</p>	<p>MSPS</p> <p>Autoridades Territoriales de salud</p>

<u>MARCO NORMATIVO</u>	<u>CONTENIDOS</u>	<u>ENTIDADES RESPONSABLES</u>
<p>Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud.</p> <p>MSPS - 2016</p>	<p>El capítulo 2 sobre Gestión en Salud Pública incluye en el Numeral 2.9 las acciones en SSR, planteando las siguientes líneas de acción con sus respectivos responsables dentro del SGSSS:</p> <p>Se plantean acciones generales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7 estándares transversales los cuales deben estar presentes en cualquier situación de emergencia o desastre. • 11 estándares específicos, los cuales serán seleccionados en cada territorio de acuerdo con el diagnóstico de la situación a atender. El estándar específico 8 se refiere a la SSR. 	<p>MSPS</p> <p>Autoridades Territoriales de salud</p> <p>IPS públicas y Privadas</p> <p>Organismos de socorro</p>

Fuente: elaboración de la consultora con base en las normas citadas

En caso de colapso o desbordamiento de las capacidades del sector público de salud, la implementación del PIMS puede ser asumida de manera temporal por algún organismo de cooperación internacional que cuente con la mayor capacidad para desempeñar este rol de acuerdo con los principios establecidos en la Resolución 46/182 de Naciones Unidas sobre la coordinación de la asistencia humanitaria en casos de desastre y con sujeción a lo establecido en el Plan Estratégico de Cooperación Internacional en materia de Gestión de Riesgo de Desastres 2015-2018⁴¹.

41_ <http://www.cancilleria.gov.co/international/politics/cooperation/multilateral> Consultado el 27 de mayo de 2017.

La labor del organismo no público que asuma la responsabilidad de implementar el PIMS debe garantizar la promoción y protección de los DSDR, así como la atención en SSR de la población afectada por la emergencia siempre buscando que su intervención contribuya al fortalecimiento de capacidades de la autoridad territorial de salud para que asuma las funciones que le competen en el menor tiempo posible.

6. ¿DE QUÉ MODO PARTICIPAN LAS POBLACIONES Y COMUNIDADES AFECTADAS?

Aunque puede resultar difícil en los primeros días de una crisis garantizar que mujeres, hombres y adolescentes de ambos sexos de las poblaciones afectadas participen en la planificación e implementación de las acciones orientadas a proteger sus DSDR y el acceso a servicios de SSR, no se deben ahorrar esfuerzos desde el comienzo de la emergencia para motivarlos a participar,⁴² posibilitando que lo hagan en condiciones de igualdad.

Es importante identificar la existencia de grupos de mujeres, de jóvenes, mesas de víctimas, entre otros, previamente organizados en pro de la promoción y defensa de los DSDR para promover - de ser necesario - su reorganización y rápida vinculación a los procesos de preparación e implementación de las acciones. Se debe propiciar la participación de otras personas que sean particularmente vulnerables, como aquellas con orientaciones sexuales diversas y con alguna discapacidad.

⁴² La Ley 1523 en el Cap 1, Art. 3 plantea en sus principios que “es deber de las autoridades y entidades del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, reconocer, facilitar y promover la organización y participación de comunidades étnicas, asociaciones cívicas, comunitarias, vecinales, benéficas, de voluntariado y de utilidad común”. Por su parte, la Circular 40 de julio 2014 de MinSalud y UNGRD, formaliza la participación del sector salud en procesos de Gestión del Riesgo de Desastres.

Una buena práctica durante las acciones de preparación, es promover que las entidades responsables de las acciones de promoción y prevención en salud⁴³ realicen acciones encaminadas a fortalecer a las personas para ejercer y hacer exigibilidad de sus derechos sexuales y reproductivos, así como su salud mental para contribuir a mejorar su capacidad para resolver situaciones difíciles, adaptarse a nuevas condiciones y desarrollar mecanismos para superar las adversidades⁴⁴.

Las personas adolescentes y jóvenes se convierten en buenos aliados durante las crisis con importantes energías que pueden orientarse para sobrellevar sus circunstancias y ayudar a sus comunidades.

43_ Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC- y acciones individuales contempladas en los planes de beneficio.

44_ Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. 2011

ANEXO 3

Mensajes clave dirigidos a las comunidades sobre temas prioritarios en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva



Guía práctica para la implementación del paquete inicial mínimo de servicios **PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** en situaciones de crisis humanitarias -PIMS- Colombia

ANEXO 3: CONTENIDOS PARA LA ELABORACIÓN DE MENSAJES CLAVE DIRIGIDOS A LAS COMUNIDADES SOBRE TEMAS PRIORITARIOS EN DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

CONTENIDO

1. VIOLENCIAS DE GÉNERO, CON ÉNFASIS EN VIOLENCIA SEXUAL.....	4
1.1 Definición y formas de las violencias	4
1.2 Actores que ejercen la violencia sexual	6
1.3 Medidas básicas para la PREVENCIÓN de la violencia sexual en albergues, sitios de acogida o alojamientos temporales	6
1.4 Importancia de buscar atención inmediata en caso de violencia sexual, teniendo en cuenta la RUTA institucional	8
1.5 RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA VÍCTIMAS DE VS	12
2. ITS y VIH.....	13
2.1 Definición	13
2.2 Mecanismos de transmisión	13
2.3 Medidas para prevenir la transmisión del VIH y de otras ITS	14
2.4 Derechos de las personas que viven con VIH o Sida en situaciones de emergencia	14
3. SALUD DE LA MUJER GESTANTE, DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS.....	16
3.1 Importancia de los controles prenatales y preparación para parto seguro	16
3.2 Cuidados básicos de la mujer después del parto.....	18
3.3 Cuidados básicos de niñas y niños recién nacidos	18
3.4 Signos de alarma durante el embarazo y el postparto	18
4. ANTICONCEPCIÓN	21
4.1 Importancia de la utilización de métodos anticonceptivos	21
4.2 La anticoncepción es un derecho de hombres y mujeres, incluidos los y las adolescentes desde los 14 años.....	22
4.3 Métodos anticonceptivos disponibles en el plan de salud	23
5. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO -IVE-.....	25
5.1 Importancia del acceso a la IVE	25
5.2 Responsabilidades de las entidades de salud	26
5.3 Requisitos que deben cumplirse para acceder a la IVE	27





1. VIOLENCIAS DE GÉNERO, CON ÉNFASIS EN VIOLENCIA SEXUAL

1.1 Definición y formas de las violencias¹

La violencia no es natural. Ninguna crisis ni emergencia justifica la violencia contra las mujeres, los y las adolescentes, y los niños y las niñas.

Las violencias de género describen todos los actos o conductas perjudiciales realizados contra la voluntad de una persona, basados en las diferencias de género y en las relaciones desiguales de poder que tienen su origen en la sobrevaloración de lo masculino con relación a lo femenino, que causa a las personas sufrimiento, daño económico, físico, sexual o psicológico e incluso la muerte, como es el caso del feminicidio. Estas violencias se superponen en muchas ocasiones a otras estructuras de discriminación como, por ejemplo, la orientación sexual o identidad de género diversa, la pertenencia étnica, la religión, la clase social, la edad, entre otras.

Las violencias se pueden ejercer de las siguientes maneras:

- * **Física:** se ejerce mediante golpes, puños, cachetadas, empujones, y otras acciones que causan daños físicos externos o internos.
- * **Psicológica o emocional:** a través de insultos, humillaciones, agresiones verbales, rechazo, desprecio, burla, control de la vida social, amenazas y en general, todos los comportamientos que afectan la salud emocional de las víctimas.

³⁹ Las definiciones relacionadas con violencia y VBG fueron tomadas y adaptadas de las siguientes fuentes: 1) Marco Normativo, Conceptual y Operativo del Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género – SIVIGE -. MSPS, DANE y otros. Bogotá, 2016) Protocolo de atención integral de la violencia sexual en el sector salud. Capítulo 5. Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Bogotá, Colombia 2012.

- * **Económica o patrimonial:** cuando se niega o limita el derecho que tiene una persona a los ingresos, a la propiedad, al uso y disfrute de bienes y servicios. Por ejemplo, retener u ocultar documentos personales, instrumentos de trabajo, impedir el acceso a la ayuda humanitaria, el control del dinero, la inasistencia alimentaria, entre otras.

- * **Sexual:** se refiere a todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre una persona en contra de su voluntad, a través del uso de la fuerza, la amenaza, la coacción física, psicológica o económica o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal, aprovechando las situaciones y condiciones de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. Algunos casos comunes son:
 - Cuando un niño, niña o adolescente menor de 18 años es manipulado o forzado por una persona de mayor edad, que puede ser un amigo, un vecino o un familiar, a tocar o dejarse tocar el cuerpo incluidos sus genitales, a ser besado, a ver o participar en pornografía, a participar en prostitución, entre otras.
 - Cuando una mujer es obligada o presionada por su esposo, novio, compañero o desconocido a tener relaciones sexuales sin consentimiento.

Todas estas formas de violencia se pueden presentar en los contextos donde se dan las interacciones humanas como el hogar, la comunidad, la escuela, las instituciones de salud, los albergues, entre otras.

La violencia sexual es una de las violencias de género que afectan de peor manera la vida, la salud, la integridad y la dignidad de las niñas, niños, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas, y personas con orientación sexual e identidad de género diversa.

En Colombia, cualquier comportamiento de tipo sexual con niño o niña menor de 14 años se constituye en delito, independientemente de la existencia de un consentimiento.

1.2. Actores que ejercen la violencia sexual²

En las emergencias, los actores que ejercen la violencia sexual pueden ser personas también afectadas por la crisis humanitaria, personas de grupos armados legales o ilegales, trabajadores humanitarios de las diferentes organizaciones gubernamentales, de la cooperación internacional y/o de ONGs, así como miembros de la comunidad local o de las propias familias.

Por lo general, los actores que ejercen la violencia sexual son hombres, pero en algunos casos también pueden serlo las mujeres.

1.3 Medidas básicas para la PREVENCIÓN de la violencia sexual en albergues, sitios de acogida o alojamientos temporales³.

Una medida básica que deben priorizar y promover todos los actores humanitarios es que las mujeres y las niñas reciban, recuperen o renueven los documentos personales de identificación (registro civil, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, permisos especiales de permanencia, etc.) para que puedan demostrar su identidad, recibir la asistencia humanitaria, evitar la trata de personas, y reclamar sus propiedades, entre otras. Esta medida debe ser debidamente informada a la comunidad.

² Tomado y adaptado del documento: *Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis: Módulo de educación a distancia* de la Comisión de Mujeres para los Refugiados (Women's Refugee Commission), en la versión revisada en febrero de 2011.

³ Tomadas y adaptadas de *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria: reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación*. Comité Permanente entre Organismos-IASC-. 2015.

Medidas que se deben considerar para proteger la seguridad de las personas en el momento de acceder a puntos de abastecimiento de agua potable, letrinas, duchas, lavaderos:

- * Que no estén ubicados en sitios aislados, oscuros ni solitarios.
- * Que los sanitarios y duchas para mujeres, niños y niñas pequeños estén separados de los de los hombres.
- * Que las puertas de sanitarios y duchas se puedan asegurar desde el interior.
- * Que las camas o colchonetas para mujeres solas y/o acompañadas por niños y niñas pequeños no estén ubicados en sitios aislados, oscuros ni solitarios para garantizar su seguridad.
- * Que todos los espacios cuenten con adecuada iluminación.
- * Que las mujeres hagan parte de las redes de vigilancia comunitaria.

Tener en cuenta que a niños y niñas solos y personas con alguna condición de discapacidad, siempre se les debe garantizar acompañamiento seguro:

- * En todo momento deben estar acompañados por personas responsables y de confianza bien sea de la familia o del personal humanitario.
- * Nunca deben estar solos o desatendidos en lugares públicos o privados.
- * Enseñarles las siguientes medidas básicas de autoprotección:
 - Decir NO cuando se sientan incómodos frente a diferentes situaciones.
 - NO callarse cuando se sientan amenazados.
 - SIEMPRE buscar ayuda de personas de confianza.

Las siguientes medidas de autoprotección deben ser promovidas entre todas las personas, pero en especial, entre las mujeres, niñas, niños y adolescentes:

- Cuando deban dirigirse a lugares oscuros y/o apartados del albergue, ir siempre acompañados, llevar linternas y señales sonoras como pitos o silbatos.
- Asegurar las puertas del baño por dentro.
- No callarse cuando se sientan incómodos o intimidados así sea por miembros de la familia, de la comunidad, de instituciones públicas y personal humanitario.
- Siempre buscar ayuda de personas de confianza.

1.4 Importancia de buscar atención inmediata en caso de violencia sexual, teniendo en cuenta la ruta institucional

La violencia sexual es una grave violación de los derechos humanos que afecta la salud y la vida de quienes la padecen.

Frente a la violencia sexual, no hay que guardar silencio, hay que buscar ayuda lo más pronto posible.

Lograr atención antes de los 3 días puede salvar vidas.

Toda persona que haya sido víctima de violencia sexual debe dirigirse lo más pronto posible -antes de que pasen 3 días- al servicio de salud más cercano, teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- * No ducharse o limpiarse después de la agresión sexual.
- * No botar o lavar la ropa que tenía puesta al momento de los hechos violentos.
- * Tener alguien que lo/la acompañe en todo el proceso de atención en los diferentes sectores (salud, protección y justicia).

Las víctimas de violencia sexual tienen derecho a acceder a los siguientes servicios:

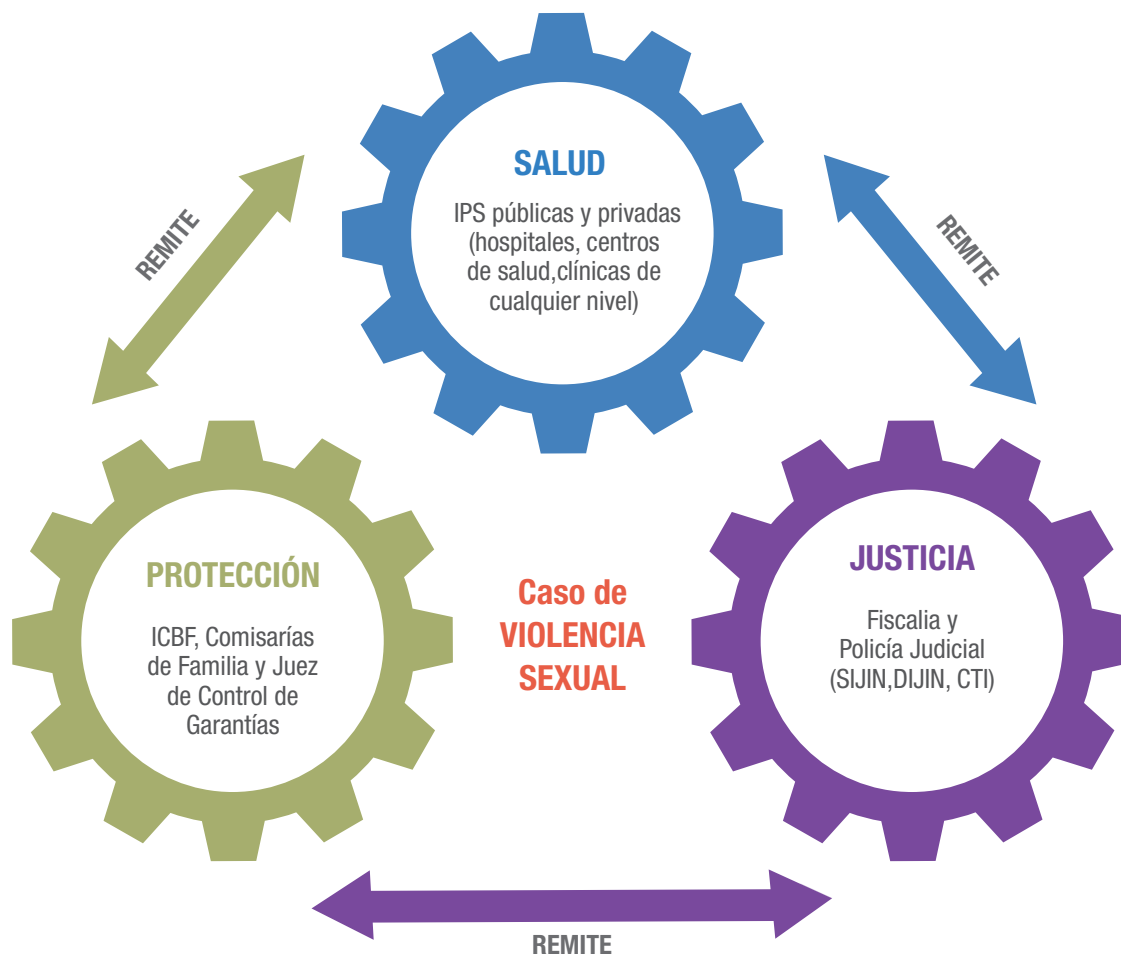
<u>DERECHO</u>	<u>SERVICIOS</u>
<p>DERECHO A LA SALUD</p>	<p><i>Atención médica y psicológica 24 horas al día, 7 días a la semana.</i></p> <p>Todo caso de violencia sexual se considera una urgencia, por lo tanto los servicios deben prestarse de manera inmediata y gratuita, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención oportuna, respetuosa, confidencial y de calidad. • Examen y tratamiento para trauma físico y emocional. • Atención psicológica. • Medicamentos para evitar infecciones de transmisión sexual. • Pruebas, asesoría y medicamentos para la prevención del VIH/Sida. • Anticoncepción de emergencia para evitar embarazo no deseado. • Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- en caso de ser requerido. • Inicio de recolección de pruebas para la investigación del delito. • Asesoría para el consentimiento informado para los procedimientos clínicos, médico-legales y para los exámenes de VIH/SIDA. • Escoger el sexo del funcionario para la realización de los procedimientos. • Recibir copia del dictamen pericial. • Solicitar copia de la historia clínica dónde queden escritas todas las actuaciones y procedimientos realizados.

<u>DERECHO</u>	<u>SERVICIOS</u>
<p>DERECHO A LA PROTECCIÓN INTEGRAL</p>	<p>Las víctimas de violencia sexual tienen derecho a la protección de la integridad, a que la violencia termine, a recuperar la seguridad y evitar la repetición.</p> <p>Las medidas de protección pueden ser otorgadas por:</p> <ul style="list-style-type: none">» Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF cuando las víctimas de violencia sexual son niños, niñas y adolescentes.» Comisarías de Familia para personas mayores de 18 años, para casos de violencia en el contexto familiar.» Juez de Control de Garantías designado, luego de presentar la denuncia o si la Fiscalía ha iniciado la investigación, para casos diferentes al contexto familiar. <p>Las responsabilidades de estas instituciones son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proteger a las víctimas para que se detenga la violencia sexual y evitar que se repita.• Brindar acompañamiento y apoyo psicosocial a la víctima.• Gestionar la atención en salud para atención integral (si la víctima aún no ha ido).• Gestionar la denuncia antes las instituciones de justicia (si la víctima decide hacerlo).• Tomar medidas para el restablecimiento de sus derechos.• <p>La Policía debe brindar acompañamiento a todas las víctimas de violencia y a personas en riesgo, hasta garantizar que estén en lugar seguro.</p> <p>Para víctima de hechos de violencia sexual ocurridos en el marco del conflicto armado, las medidas de protección son definitivas y deben otorgarse dentro de las 72 horas.</p>

<u>DERECHO</u>	<u>SERVICIOS</u>
<p><i>DERECHO A JUSTICIA Y ASISTENCIA LEGAL</i></p>	<p>Las entidades responsables son la Fiscalía y la Policía Judicial (CTI, SIJIN, DIJIN).</p> <p>Las responsabilidades de estas instituciones son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recibir las denuncias.• Ordenar medidas de protección para las víctimas.• Investigar y garantizar que los hechos sean puestos en conocimiento de los jueces para su sanción.• Judicializar y ordenar la captura del agresor.• Brindar información y asesoría para que las víctimas puedan acceder a las medidas de reparación de los perjuicios ocasionados con el delito.

1.5 Ruta de atención integral para víctimas de violencia sexual

Cualquier institución que detecte un caso de violencia sexual debe activar la RUTA DE ATENCIÓN



FUENTE: elaboración de la consultora con base en el protocolo de Atención Integral de la Violencia Sexual en el sector salud. Ministerio de Salud y protección Social-UNFPA. Bogotá, Colombia 2012

2. ITS Y VIH

2.1 Definición

Las Infecciones de Transmisión Sexual como la **sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, herpes, papiloma y el VIH**, entre otras, son causadas por microorganismos que entran al cuerpo generalmente durante el **contacto sexual** y afectan tanto a mujeres como a hombres, de cualquier edad y condición, que se expongan a estas infecciones.

2.2 Mecanismos de transmisión

El VIH no se transmite por razones de identidad, orientación o género. El virus del VIH y la mayoría de las ITS se transmiten de las siguientes maneras:

- Por sostener relaciones sexuales sin condón con una persona infectada.
- Por transfusión de sangre contaminada.
- Por compartir jeringas, agujas o cualquier instrumento que pueda cortar o pinchar y que haya estado en contacto con sangre contaminada.
- De madre a hijo durante el embarazo, el parto o durante la lactancia.

NO hay riesgo de transmisión a través de:

- La convivencia, los besos, las caricias, los saludos, los abrazos.
- El compartir objetos de uso común, la ropa o alimentos, duchas o el baño, etc.
- El contacto con lágrimas, sudor, saliva, tos o estornudos.
- Mordeduras o picaduras de animales, mosquitos u otros insectos.

2.3 Medidas para prevenir la transmisión del VIH y de otras ITS

- Usar condón, masculino o femenino, en todas las relaciones sexuales, de principio a fin en cada relación sexual.
- Abstenerse de mantener relaciones sexuales, principalmente si se identifica algún contexto de vulnerabilidad y no se puede garantizar el uso del condón.
- Obtener asesoría y realizarse las pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B, con el fin de garantizar diagnóstico temprano en mujeres gestantes.
- Garantizar que todas las mujeres gestantes con alguna ITS o viviendo con VIH reciban los medicamentos de manera adecuada y oportuna.
- En caso de niños o niñas nacidos de mujeres viviendo con VIH, realizar sustitución de la leche materna por fórmulas lácteas las cuales deben ser suministradas por los prestadores de servicios de salud.
- Evitar compartir instrumentos cortopunzantes como agujas, jeringas, cuchillas o máquinas de afeitar.
- Disponer de los kits de Profilaxis Post Exposición para la prevención de ITS, VIH, Hepatitis B y embarazo. Estos deben ser suministrados por los prestadores de servicios de salud.

2.4 Derechos de las personas que viven con VIH o Sida en situaciones de emergencia

Las personas que viven con el VIH tienen los mismos derechos que todas las personas, pero además tienen necesidades particulares que deben ser consideradas durante una emergencia.

- Deben recibir asesoría e información sobre las pruebas y los tratamientos, los cuales solo podrán ser practicados previo consentimiento.

- No les pueden suspender el suministro de los antirretrovirales, los medicamentos para enfermedades asociadas, los suplementos nutricionales o el acceso a una alimentación adecuada, ni los controles de salud, los cuales deben prestarse con privacidad y confidencialidad.
- Deben tener acceso prioritario a albergue, alimentos y agua potable.
- No pueden ser agredidos, excluidos ni discriminados por su situación por parte de la familia, la comunidad, ni las instituciones.
- Recordar que en muchas ocasiones la discriminación se da no tanto por estar viviendo con el virus como por pertenecer a alguna de las poblaciones más afectadas por el mismo. Se debe evitar cualquier tipo de vulneración de derechos en razón de orientación sexual o identidad de género.
- Las personas viviendo con VIH o pertenecientes a las poblaciones más afectadas por la epidemia no pueden ser obligadas a la toma de muestras, a medidas de aislamiento o a cualquier medida que restrinja su autonomía o sus libertades individuales.
- Los condones masculinos y femeninos se deben suministrar en forma prioritaria a las personas que viven con ITS o VIH, o que pertenezcan a alguna de las poblaciones más afectadas.

Las personas viviendo con VIH pueden acudir a la Defensoría del Pueblo para recibir información y asesoría sobre los mecanismos y rutas para denunciar la vulneración de sus derechos y exigir su restitución.

3. SALUD DE LA MUJER GESTANTE, DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS RECIÉN NACIDOS

3.1 Importancia de los controles prenatales y preparación para parto seguro

Durante situaciones de crisis humanitarias la salud de las mujeres gestantes tiende a complicarse debido al estrés mismo de la emergencia, a las dificultades para acceder a alimentos suficientes y de calidad, a albergues dignos y seguros, sumado a las limitaciones de acceso oportuno a servicios para la atención de la madre y del recién nacido.

La gestación no es una enfermedad, pero requiere cuidados para garantizar la salud y la vida de las mujeres y los recién nacidos. Es importante entonces acceder a los servicios de salud así como tener buenas prácticas de autocuidado por parte de las mujeres, su familia y la comunidad ya que esto permite prevenir complicaciones durante la gestación, en el momento del parto y después del parto.

Por lo anterior, durante las crisis humanitarias, todas las mujeres gestantes son una prioridad para la atención en salud y, por lo tanto, se les debe garantizar el acceso a los siguientes servicios que hacen parte de su derecho a la salud:

- * Controles prenatales gratuitos, de forma oportuna, incluidos:
 - Control médico y de enfermería por lo menos 4 veces durante el embarazo.
 - Un mínimo de 2 ecografías diagnósticas (una en el primer trimestre y otra en el segundo trimestre)
 - Exámenes de laboratorio en sangre y orina.
 - Vacuna antitetánica.
 - Suplementos de hierro y ácido fólico para prevenir o tratar la anemia y calcio para prevenir problemas de presión alta durante la gestación.



- Desparasitante en el segundo y tercer trimestre.
- Valoración y atención por nutrición y odontología.
- Preparación y atención segura del parto por personal calificado en institución de salud.
- Atención médica y de enfermería después del parto para la madre y para el recién nacido.

Hay embarazos que necesitan especial cuidado y atención, en tanto pueden representar mayor riesgo para las mujeres y recién nacidos, como en los siguientes casos:

- Mujeres menores de 15 años y mayores de 35.
- Mujeres que tienen más de 4 hijos o partos muy seguidos.
- Mujeres que consumen licor y otras sustancias psicoactivas.
- Mujeres gestantes en situación de desnutrición.
- Mujeres gestantes víctimas de cualquier tipo de violencia.

Estos casos deben ser atendidos por equipos de profesionales especializados.

3.2 Cuidados básicos de la mujer después del parto.

- Adecuada alimentación y suficiente descanso.
- Asistir al control médico después del parto.
- Iniciar lo más pronto posible el esquema de anticoncepción postparto.

3.3 Cuidados básicos de niñas y niños recién nacidos

- Iniciar la lactancia materna de inmediato y mantenerla de manera exclusiva durante los primeros 6 meses.
- Mantener contacto piel con piel y brindarle el abrigo necesario para conservar la temperatura adecuada.
- Llevarlo al control médico y de enfermería después del parto.
- Continuar asistiendo a los controles mensuales y buscar que le apliquen el esquema completo de vacunación.

3.4 Signos de alarma durante el embarazo y el postparto

Hay SEÑALES DE PELIGRO que indican la existencia de posibles complicaciones para la madre o el recién nacido y requieren de atención inmediata por parte del personal de salud. Es importante que tanto las mujeres como los miembros de la familia, de la comunidad y del personal humanitario las conozcan y actúen, buscando atención médica de inmediato cuando se presente una o varias de estas señales:

SEÑALES DE PELIGRO⁴		
MUJER DURANTE EL EMBARAZO	MUJER DESPUÉS DEL PARTO	NIÑAS Y NIÑOS RECIÉN NACIDOS
<p>ANTES DE LOS 4 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Sangrado vaginal o manchado café. » Vómito excesivo. » Dolor en la parte baja del abdomen. » Dolor o ardor al orinar. » Flujo con mal olor. » Fiebre. <p>DESPUÉS DE LOS 4 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Hinchazón de manos, cara o pies. » Ver luces o estrellitas, escuchar pitos. » Dolor en la boca del estómago. » Dolor de cabeza excesivo. » Salida de líquido o sangre por la vagina. » Ausencia de movimientos del bebé. » Dolores antes de la fecha de parto. » Dolor o ardor al orinar. » Fiebre. 	<ul style="list-style-type: none"> » Fiebre. » Sangrado excesivo y con mal olor. » Dolor de cabeza. » Dolor en la boca del estómago. » Ver luces o estrellitas, escuchar pitos. » Hinchazón de piernas, manos y cara. » Flujo vaginal con mal olor y/o color no usual. » Marcado decaimiento o tristeza. 	<ul style="list-style-type: none"> » Decaimiento, somnolencia o pérdida de la conciencia » Coloración amarilla de la piel en todo el cuerpo » No se ve bien » No puede tomar el pecho » Vomita todo » Se mueve menos de lo normal » Tiene convulsiones y temblores » Tiene la piel muy fría » Tiene fiebre » Está muy pálido » Hace ruido al respirar » Hay presencia de sangre en heces » Tiene la fontanela o mollera hundida » Secreción purulenta por ojos, oídos o el ombligo

4_ Tomado y ajustado de: Guía para la atención y la consejería de la niñez en la familia. Ministerio de la Protección Social - Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Bogotá, Colombia, 2010. (Serie 1) 118 páginas + 3 Láminas.

En contextos de emergencias, adquieren gran relevancia las redes de apoyo familiar, comunitario e institucionales para el acompañamiento de la mujer durante el embarazo, al momento del parto, después del parto y durante la lactancia. Estas redes son un potente factor protector de la salud y la vida de la madre y de sus hijos e hijas.

4. ANTICONCEPCIÓN

4.1 Importancia de la utilización de métodos anticonceptivos

El ejercicio de la sexualidad continúa aún en situaciones de emergencia, por lo tanto, es importante garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos ya que ellos protegen la vida de las mujeres de diferentes maneras:

- * Evita embarazos no deseados y así los abortos practicados en condiciones de riesgo.
- * Ayuda al espaciamiento entre uno y otro embarazo - se recomienda que sea de al menos dos años -, permitiendo a las mujeres recuperarse del embarazo anterior, y así disminuir la mortalidad materna y de los recién nacidos.
- * Protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, al utilizar la doble protección, es decir el uso de un método anticonceptivo y el condón masculino o femenino, que opera como barrera frente a una infección por una ITS o VIH, y la utilización de forma correcta y consistente de los condones masculinos o femeninos, ya que estos previenen infecciones y embarazos a la vez.

4.2 La anticoncepción es un derecho de hombres y mujeres, incluidos los y las adolescentes desde los 14 años.

Los y las adolescentes mayores de 14 años tienen derecho a solicitar servicios de SSR incluida la anticoncepción, sin consentimiento de padres ni madres⁵

5_ Resolución 3280 de MSPS, agosto de 2018




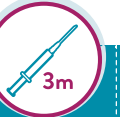



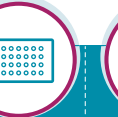







Todas las personas afectadas por una emergencia que requieran los servicios de anticoncepción en las instituciones de salud tienen derecho a:

- * Recibir información completa y asesoría sobre los diferentes métodos de anticoncepción disponibles en el plan de salud.
- * Tomar la decisión informada sobre el que más se ajuste a sus necesidades e intereses.
- * Recibir el método anticonceptivo elegido.
- * Tener controles médicos y de enfermería para el seguimiento de su uso.
- * Acceder a la consejería y a los medicamentos para la anticoncepción de emergencia cuando se requiera.

4.3 Métodos anticonceptivos disponibles en el plan de salud

En situaciones de crisis humanitaria, el uso de métodos anticonceptivos modernos permite continuar con el ejercicio satisfactorio y seguro de la sexualidad tanto de mujeres como de hombres. Las mujeres pueden postergar o evitar un embarazo cuando así lo deseen, ejerciendo su derecho fundamental a la autonomía reproductiva.

Las instituciones privadas y públicas de salud deben poner a disposición suficientes anticonceptivos para atender a la población que los requiera y entregarlos de manera gratuita. Los métodos que están incluidos en los planes de beneficios en Colombia son⁶ :

MÉTODOS / OPCIONES	 DIU T de Cu	 DIU (Hormonal)	 Implante	 Inyección trimestral 3m	 Inyección mensual 1m	 Anillo vaginal	 Parche	 Pastillas	 Condón / Preservativo
PORCENTAJE DE EFECTIVIDAD CON USO TÍPICO	99%	99%	99%	94%	94%	91%	91%	91%	82%
¿CUÁNTO TIEMPO DURA?	Hasta 12 años	De 3 a 5 años	Hasta 5 años	Tres meses	Un mes	Hasta 1 mes	Hasta una semana	Un día	Un encuentro sexual
¿CÓMO SE DEBE EMPEZAR?	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito y colocado por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Debe ser prescrito por un(a) profesional de la medicina o la enfermería Se puede adquirir en la farmacia	Debe ser prescrito por un(a) profesional de la medicina o la enfermería Se puede adquirir en la farmacia	Debe ser prescrito por un(a) profesional de la medicina o la enfermería 	Puede ser entregado en consulta de anticoncepción o adquirir en farmacias o almacenes de cadena
¿QUÉ DEBE HACER LA USUARIA?	Acudir a citas de control programadas	Acudir a citas de control programadas	Acudir a citas de control programadas	Acudir cada seis meses a solicitar suministro	Acudir cada tres meses a solicitar suministro	Colocar el anillo en la vagina y cambiarlo cada mes	Colocar el parche en la piel y cambiarlo cada semana	Tomar una pastilla cada día	Debe usar un solo condón por cada encuentro sexual
POSIBLES CAMBIOS EN EL SANGRADO MENSTRUAL	Periodos con sangrado intenso que vuelven a la normalidad de 3 a 6 meses	Periodo irregular, leve o inexistente	Periodo no frecuente, irregular, extendido e inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodo irregular escaso o inexistente	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles	Periodos más cortos y predecibles	Ninguno
POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS	Cólicos ocasionales que usualmente mejoran de tres a seis meses	Cólicos ocasionales durante y luego de la colocación, manchas	Dolor leve en el sitio de la colocación, variaciones de peso	Variaciones de peso en algunas mujeres	Variaciones de peso en algunas mujeres	Náuseas o sensibilidad en los senos en algunas mujeres	Náuseas o sensibilidad en los senos. Reacción en el sitio de aplicación en algunas mujeres	Náuseas o sensibilidad en los senos en algunas mujeres	Reacción alérgica al látex (material de la mayoría de los condones)
TIEMPO DE RETORNO A LA FERTILIDAD	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, luego de la remoción	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Inmediato, aunque algunas veces puede haber retraso entre 6 y 12 meses. No se requiere ninguna acción.	Inmediato, luego de la remoción del anillo	Inmediato, luego de la remoción del parche	Inmediato luego de suspender la ingesta de pastillas	Inmediato, no se requiere ninguna acción

ESTOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS **NO PREVIENEN** INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL, POR LO TANTO **DEBE USARSE CONDÓN MASCULINO O FEMENINO EN CADA RELACIÓN SEXUAL**

6_ Tarjeta para asesoría anticonceptiva en Colombia MSPS-UNFPA, 2016

Recordar que:

- Los anticonceptivos de emergencia son una manera segura y efectiva de prevenir embarazos no deseados luego de haber tenido sexo sin protección; sin embargo, no se deben utilizar con frecuencia porque se aumenta el riesgo de embarazo. En todo caso, se debe consultar con un profesional de la salud.
- El coito interrumpido, el método del ritmo, la temperatura corporal o basal, el moco cervical y la lactancia materna son métodos de poca confiabilidad y alta tasa de falla, por lo tanto, no son eficaces para la prevención de un embarazo.

5. INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO -IVE-⁷

5.1 Importancia del acceso a la IVE

Durante las crisis humanitarias se incrementan los casos de abortos inseguros, usualmente producto de embarazos no deseados o planificados, con las graves consecuencias que ello implica para la salud y vida de las mujeres. Un aborto inseguro es aquel practicado por fuera de las instituciones de salud, por personas sin la capacidad y los insumos necesarios.

De cada 3 mujeres que se practican un aborto inseguro, una presenta complicaciones que pueden conducirla a la muerte.

7_ Tomado de Prevención del aborto inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2014.

Los hospitales, las EPS y las Secretarías de Salud tienen las siguientes obligaciones en cuanto a la prestación de servicios de IVE a partir de la Sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional:

- * Informar a todas las mujeres sobre las causales legales de aborto.
- * Respetar la libertad y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre la continuación o interrupción de su embarazo.
- * Garantizar la confidencialidad, intimidad, respeto y guarda del secreto profesional.
- * Brindar asesoramiento e información clara, oportuna y veraz sobre el procedimiento de interrupción del embarazo.

5.2 Responsabilidades de las entidades de salud

- * Los hospitales públicos y privados están en la obligación de prestar el servicio de interrupción voluntaria del embarazo a mujeres que estén en alguna de las circunstancias reconocidas legalmente y lo soliciten.
- * Las EPS y las secretarías de salud están en la obligación de autorizar el procedimiento en caso necesario y facilitar los medios para su realización, incluido el transporte en los casos de remisión.

Ningún profesional de la salud puede invocar la OBJECIÓN DE CONCIENCIA para abstenerse de dar información, ni para coartar la voluntad de la mujer, ni persuadirla para cambiar su decisión. La decisión de terminar o no el embarazo depende únicamente de la voluntad de la mujer.

5.3 Requisitos que deben cumplirse para acceder a la IVE

Toda mujer que esté en embarazo bajo alguna de las circunstancias definidas por la Corte Constitucional puede acudir al hospital o centro de salud más cercano para recibir información, asesoría y atención en caso de requerirlo, cumpliendo los siguientes requisitos:

- **Quando el embarazo constituya un peligro para la vida o la salud de la mujer:** presentar certificado expedido por médico/a en el que se expresa la existencia de un riesgo para la salud o la vida de la mujer en caso de continuar con el embarazo.
- **Quando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida:** presentar certificado expedido por médico/a en el que se expresa la inviabilidad resultante de las malformaciones observadas en el feto.
- **Quando el embarazo sea resultado de un abuso sexual:** presentar copia de la denuncia interpuesta ante la fiscalía o la Policía Judicial. Este requisito no es necesario en caso de las niñas menores de 14 años, pues todo embarazo se presume como consecuencia de abuso sexual. En ningún caso, se puede exigir la presentación de pruebas ni el fallo de un juez para la realización del procedimiento.

De acuerdo con la sentencia C-355 de 2006 la IVE debe realizarse dentro de los cinco (5) días siguientes a la solicitud de las víctimas, y el ÚNICO requisito exigible es el certificado médico o la denuncia según el caso.

ANEXO 4

Requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento del CRUE.



REQUISITOS Y CONDICIONES PARA LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL CRUE¹

1. Tomado de la RESOLUCIÓN 1220 DE 2010 emitida por el Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. Artículo 4°. Requisitos y Condiciones para Operación y Funcionamiento.



RECURSO	DESCRIPCIÓN
TALENTO HUMANO	1 coordinador profesional, preferiblemente del área de la salud, con experiencia en la atención de urgencias y/o atención de emergencias o desastres.
	1 regulador de urgencias que sea profesional en medicina general o enfermería con experiencia en los servicios de urgencia.
	Operadores de radio: personal con experiencia en manejo de telecomunicaciones.
	Personal de apoyo según necesidades del territorio.
RECURSOS TÉCNICOS	Equipos de comunicaciones que usen las diferentes bandas del espectro electromagnético, internet, telefonía fija, móvil, satelital o cualquier otro medio disponible que garantice la cobertura total de comunicaciones en su jurisdicción.
	Equipos de cómputo con software que permita la operación de los sistemas de información disponibles y conexión a internet.
	Planta de energía autónoma.
RECURSOS FÍSICOS	Central de comunicaciones.
	Sala situacional o sala de atención de crisis: espacio físico con herramientas técnicas y tecnológicas para que el equipo humano interdisciplinario reciba, integre, analice y evalúe la información de los eventos que afectan o pueden afectar la salud humana, y para la toma de decisiones.
	Oficina de coordinación y/o de regulación del CRUE.
RED DE TRANSPORTE	Centro de Reserva del Sector Salud.
	Conjunto de servicios de traslado básico o medicalizado de pacientes, debidamente habilitados por la respectiva Dirección Departamental o Distrital de Salud, sean estos terrestres, aéreos, fluviales y/o marítimos.

ANEXO 5

Drecipción y contenidos de los kits.





KIT 1 - ROJO "Condomes Masculinos"

Destinado a proporcionar condones masculinos y femeninos a todas las IPS en los diferentes niveles de atención y a nivel comunitario. Para su uso, el personal humanitario del sector salud y de las áreas sociales, deben estar capacitados para explicar cómo usar los condones adecuadamente.

El contenido del kit está previsto para atender la demanda de hombres y mujeres sexualmente activos durante 3 meses, sobre la base de una población total de 10.000 personas y las siguientes suposiciones:

- » Población masculina sexualmente activa 20% ($10.000 \times 0,2 = 2.000$)
- » Porcentaje de hombres sexualmente activos que utilizan condones 24% (ENDS 2015) ($2.000 \times 0,24 = 480$)
- » # condones usados por mes por hombre: 15 ($480 \times 15 = 7.200$)

<i>KIT 1 - ROJO "Condomes Masculinos"</i>	<i>CANTIDAD</i>
Condomes masculinos para tres meses	21.600
Folleto sobre el uso del condón masculino	480

RECURSOS PARA CONSULTA

Tarjeta para asesoría anticonceptiva en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social-UNFPA. Bogotá D.C., 2015

Resolución 5592 de 2015 por medio de la cual se actualizan los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Título III, Capítulo 1, Art. 20 sobre condón masculino.

Resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

OBSERVACIONES

- » El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- ordena la distribución de condones (15/mes/persona) y la promoción del uso del mismo dentro de las actividades de demanda inducida, así como en las intervenciones colectivas de salud pública (Resolución 5592 de 2015 y Resolución 3280 de 2018). Igualmente, la provisión de condones por parte de las EPS a las personas que viven con VIH y a pacientes que consultan por ITS o anticoncepción (Res 769 de 2008).
- » A pesar de que en la actualidad el condón femenino se encuentra en más de 90 países del mundo, dentro de los que cuentan países de la región suramericana como Ecuador, Perú o Brasil, no se encuentra actualmente en el mercado colombiano. Por lo pronto, y como un aporte a la transformación de los contextos que hacen más vulnerables a las mujeres frente a diferentes eventos adversos en salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud adelanta acciones que buscan que sea una realidad para todas las mujeres en Colombia" (Guía de uso del condón femenino. Ministerio de Salud y Protección Social-UNFPA. Bogotá D.C., 2014).
- » Una vez estén disponibles los condones femeninos en Colombia, se deben incluir en el kit acorde con los criterios que sean definidos para ello.

FUENTE: el contenido de este kit fue tomado del "Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia" (UNFPA 2011), y ajustado con base en la normatividad colombiana reseñada.



KIT 2 -AZUL OSCURO- “Parto Limpio” (Parte A y Parte B)”

Destinado a partos individuales atendidos por parteras tradicionales en el domicilio o por personal profesional en instituciones de salud insuficientemente equipadas.

La PARTE A debe ser entregada a cada mujer con más de 6 meses de gestación y la PARTE B a las parteras tradicionales.

Se prevé que para una población de 10.000 personas se necesitarán 100 kits para mujeres gestantes y 100 para parteras.

Además de entregar los KIT es fundamental:

- » Formar a las parteras sobre los contenidos y el uso de los kits y sobre los signos de alarma que indican que el parto se está complicando y requiere ser atendido en institución de salud.
- » Brindar la información de contacto a la mujer embarazada y a las parteras para gestionar el traslado en caso de complicaciones.

<i>PARTE A (para gestantes)</i>	<i>CANTIDAD</i>
Jabón de aseo, en barra, aproximadamente 110 g, con envoltorio	100
Sábana de plástico, aproximadamente 100 x 100 cm	100
Hilo de cordón umbilical 3 mm por 15 cms	300
Sábana o toalla de algodón, aproximadamente 100 x 100 cm	200
Guantes de manejo, tamaño medio, uso único	200
Bolsa de plástico, aproximadamente 18 x 28 cm, cierre a presión, para eliminación de placenta y desechos.	100
<i>PARTE B (para la partera)</i>	<i>CANTIDAD</i>
Morral impermeable, aproximadamente 360 x 230 x 610 mm	5
Guantes de manejo, tamaño medio, uso único, caja de 100	5
Pinzas Rochester larga (pinzar cordón umbilical)	5
Tijeras de tejido (cordón umbilical)	5
Linterna frontal LED, recargable	5
Sábana de plástico grueso reutilizable para proteger la cama donde se va a atender el parto	5
Delantal de plástico, reutilizable	5
Gasas estériles (paquete por 5 gasas)	5
Yodopovidona solución por 100mlt	5
Gentamicina oftálmica gotas	5
Yodopovidon espuma por 100mlt	5
Poncho impermeable	5

OBSERVACIONES

- » En la Guía de Estándares Mínimos Humanitarios en Salud emitida por el MSPS en 2017 se recomienda “suministrar kit esterilizados para el parto a las mujeres visiblemente embarazadas y a las parteras tradicionales, para mejorar la higiene de los partos extramurales cuando no sea posible acudir a una institución prestadora de servicios de salud”. (Pag 58)

FUENTE: los contenidos básicos de este kit fueron tomados del “Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia” (UNFPA 2011), y ajustados con información del documento “Mejores prácticas en género, étnia y salud. Maternidad segura en el Litoral Pacífico caucano: Camino hacia un parto seguro y feliz”. OPS, 2012. Pag 5 (Consultado en goo.gl/BFxb9v el 30 de octubre de 2018)



Kit 3 -ROSA- “Tratamiento de la violencia sexual”

Destinado a la gestión de las consecuencias inmediatas de la violencia sexual. Para su uso, el personal de salud deberá estar en capacidad de:

- » Llevar a cabo pruebas de embarazo.
- » Dar anticonceptivos de emergencia, si los elige la paciente.
- » Dar a las pacientes tratamiento de prevención de infecciones de transmisión sexual y profilaxis posterior a la exposición (PEP) para impedir una infección por VIH.
- » Brindar información y asesoría a las pacientes sobre el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE.
- » Prestar los servicios de IVE en caso de ser solicitado por la mujer (ver kit 8)
- » Brindar asesoría a las pacientes y remitirlas a servicios de protección, de apoyo psicosocial y de justicia.

Los contenidos deberán preverse para atender a 52 potenciales víctimas de violencia sexual durante 3 meses. Dato calculado sobre una población total de 10.000 personas afectadas por la crisis humanitaria, con base en las siguientes suposiciones:

- » El 25,8 % son mujeres entre 15 y 49 años (25,8% de 10.000 = 2.580) (DANE. Proyecciones de población 2017)
- » El 2% de estas mujeres pueden ser víctimas de violencia sexual = 52 mujeres
- » Aproximadamente 10 niños o niñas estarán en riesgo de violencia sexual.
- » El 50% de las mujeres víctimas de violencia sexual necesitarán un test de embarazo (26) y todas ellas podrán acceder a IVE.
- » La profilaxis posterior a la exposición para la prevención de las ITS y VIH debe administrarse dentro de las 72 horas de la agresión. Se supone que 30 adultos y 8 niñas/niños acudirán en ese plazo.

De acuerdo con la normatividad colombiana, los servicios de urgencias o los servicios de salud con talento humano entrenado para administrar profilaxis post-exposición, deben contar con 2 Kits para mayores de 13 años y 2 Kits para menores de 13 años, disponibles las 24 horas y ser monitorizados para garantizar su reposición por uso o por cumplimiento de la fecha de expiración de sus componentes.

MATERIALES E INSUMOS	Cantidad Por PPE Kit
Pruebas rápidas para VIH con sensibilidad y especificidad no inferior al 99,5% + solución diluyente.	2
Pruebas rápidas de Sífilis + solución diluyente (se recomiendan pruebas duales con VIH).	2
Pruebas rápidas de embarazo.	2
Pruebas rápidas para antígeno de superficie de Hepatitis B + solución diluyente.	2
Pruebas rápidas para anticuerpos contra el VHC + solución diluyente.	2
Lancetas.	10
Micro-pipetas para recolección de muestra de sangre total por punción capilar, para las pruebas rápidas de VIH, VHB, VHC y de embarazo).	10
Rotulador permanente para pruebas rápidas.	2
Profilaxis de la Hepatitis B: Vacuna contra hepatitis B y Gammaglobulina contra VHB.	2
Formatos de control de inventario y de fecha de vencimiento	
Formatos de reporte de interpretación de las pruebas rápidas.	
Anticoncepción de emergencia	
MEDICAMENTOS	DOSIS
Levonorgestrel x 0,75mg	Dos tabletas en dosis única dentro de las 72 horas desde la exposición
Profilaxis ITS	
MEDICAMENTOS	DOSIS
<i>Para víctimas menores de 13 años (niños y niñas mayores de 14 días-menores de 13 años)</i>	
Ceftriaxona: Amp 500 mg, 1 ampolla +	* Menores de 12 años 50mg/kg dosis única + * Mayores de 12 años 1 ampolla dosis única +



Metronidazol suspensión 250 mg/5ml, frasco por 120 ml +	20 mg/Kg dosis Única	
Azitromicina suspensión 200 mg/5 ml, frasco por 15 ml +	10 mg/Kg dosis única +	
<i>Para víctimas mayores de 13 años, incluso mujeres gestantes</i>		
Ceftriaxona 500 mg, ampolla +	1 ampolla +	
Metronidazol 2 gr, tabletas +	4 tabletas +	
Azitromicina 1 gr, tabletas +	2 tabletas +	
En caso de tratarse de una mujer gestante, se debe adicionar a los tres medicamentos anteriores, Penicilina Benzatinica 2'400.000 unidades, dosis única	2.400.000 UI Dosis Unica, IM.	
Profilaxis VIH		
El servicio de salud que atiende la urgencia e inicie la profilaxis del VIH, debe en todos los casos entregar al paciente, el total de las dosis necesarias para completar 30 días de tratamiento profiláctico, una vez dado de alta.		
<i>Para víctimas menores de 13 años (niños y niñas mayores de 14 días-menores de 13 años)</i>		
RECOMENDACIONES ANTES DE INICIAR LA PROFILAXIS	MEDICAMENTOS	DOSIS
<p>1. En niños y niñas de 14 días y menores de 13 años, se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH, el uso de Zidovudina, Lamivudina y Lopinavir-rtv.</p> <p>2. En niños y niñas menores de 3 años se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH en presentaciones en suspensión.</p> <p>3. En niños y niñas mayores de 3 años se recomienda tabletas masticables de lopinavir/ ritonavir</p> <p>4. En caso de anemia o intolerancia al Lopinavir/Ritonavir/ se debe cambiar Zidovudina por Abacavir.</p> <p>5. En niños de 3 años y menores de 13 años, en caso de intolerancia a Lopinavir/Ritonavir, se recomienda el uso de Raltegravir en tabletas masticables.</p>	<p>1. Zidovudina: Suspensión 10 mg/ml Frasco por 240 ml. Tabletas de 100 Y 300 mg, caja por 60 tabletas</p>	<p>» De 4 a 9 kg de peso: 9 mg/Kg cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» De 9 a 30 kg de peso: 12 mg/Kg cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» Peso mayor o igual a 30 Kg: 300 mg cada 12 horas x 30 días.</p>
	<p>2. Lamivudina: Solución oral 10 mg/ ml. Frasco por 240 ml. Tableta x 150 mg, caja por 60 tabletas</p>	<p>4 mg / Kg de peso cada 12 horas x 30 días</p> <p>» Niños de 14 a 21 kilos: 1/2 tableta (75 mg) cada 12 horas. Dosis total 150 mg x 30 días</p> <p>» Niños Mayores de 21 y menor de 30 kilos: 1/2 tableta (75 mg) AM y 1 tableta (150 mg) PM. Dosis total 225 mg x 30 días.</p> <p>» Mayor o igual a 30 kilos 1 tableta (150 mg) cada 12 horas. Dosis total 300 mg x 30 días</p>
	<p>3. Lopinavir/ritonavir: Solución oral 400/100 mg/5 ml, frasco de 60 ml. Tabletas x 100/25, frasco por 60 tabletas y 200/50 mg, frasco por 120 tabletas.</p>	<p>» Mayores de 14 días a 12 meses de edad: 300/75 mg/m² de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» Mayores de 12 meses a 18 años de edad: 230/57,5 mg/m² de área de superficie corporal por dosis cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» 15 a 20 Kilos: 2 tabletas de 100/25, cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» >20 a 25 Kilos: 3 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» >30 a 35 Kilos: 4 tabletas de 100/25 cada 12 horas x 30 días. Se aclara que 4 tabletas de LPV/r x 100/25 mg pueden ser sustituidas por 2 tabletas de 200/50 mg teniendo en cuenta que estas últimas son más grandes y difíciles de ingerir</p>



<p>1. En niños y niñas de 14 días y menores de 13 años, se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH, el uso de Zidovudina, Lamivudina y Lopinavir-rtv.</p> <p>2. En niños y niñas menores de 3 años se recomienda profilaxis ante la exposición de riesgo al VIH en presentaciones en suspensión.</p> <p>3. En niños y niñas mayores de 3 años se recomienda tabletas masticables de lopinavir/ ritonavir</p> <p>4. En caso de anemia o intolerancia al Lopinavir/Ritonavir/: se debe cambiar Zidovudina por Abacavir.</p> <p>5. En niños de 3 años y menores de 13 años, en caso de intolerancia a Lopinavir/Ritonavir, se recomienda el uso de Raltegravir en tabletas masticables.</p>	<p>4. Abacavir: Solución oral 20 mg/ ml. Frasco x 240 ml. Tableta x 300mg.</p> <p>No aprobada para uso en menores de 3 meses de edad. Caja por 60</p> <p>5. Raltegravir: Tabletillas masticables x 25 y 100 mg. Tableta recubierta de 400 mg</p>	<p>Solución oral: 8 mg/ Kg (máximo 300 mg al día) cada 12 horas x 30 días.</p> <p>» De 14 a 21 Kilos: 1/2 tableta (150 mg) cada 12 horas. (Dosis total 300 mg) x 30 días.</p> <p>» Mayor de 21 y menor de 30 Kilos: 1/2 tableta (150 mg) AM y 1 tableta (300 mg)PM. Dosis total 450 mg/día x 30 días.</p> <p>» Mayor o igual a 30 Kilos: 1 tableta (300 mg) cada 12 horas. Dosis total 600 mg./día x 30 días.</p> <p>Neonatos: no está aprobado su uso en neonatos.</p> <p>» De 10 a 14 Kg de peso: 75 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 25 mg.masticables) x 30 días.</p> <p>» De 14 a 19 Kilos: 100 mg cada 12 horas (1 cápsula por 100 mg masticables) x 30 días.</p> <p>» De 20 a 27 Kilos: 150 mg cada 12 horas (1,5 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días.</p> <p>» De 28 a 39 Kilos: 200 mg cada 12 horas (2 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días.</p> <p>» Mayor o igual a 40 Kilos: 300 mg cada 12 horas (3 cápsulas por 100 mg masticables) x 30 días.</p> <p>» A partir de los 12 años de edad: tableta recubierta por 400 mg cada 12 horas x 30 día</p>
<p><i>Para víctimas mayores de 13 años, incluso mujeres gestantes</i></p>		
<p>MEDICAMENTOS</p>		<p>PRESENTACIÓN Y DOSIS</p>
<p>1. Primera opción: Tenofovir/emtricitabina y Dolutegravir</p>	<p>» Tenofovir / emtricitabina – tabletas x 300 / 200 – 1 al día x 30.</p>	
<p>2. Segunda opción: Tenofovir / emtricitabina con Darunavir / ritonavir</p>	<p>» Dolutegravir – tabletas x 50 mg. 1 al día x 30 días. Frasco por 30 tabletas.</p> <p>» Darunavir – tabletas x 800 mg 1 al día x 30 días. Frasco por 60 tabletas.</p>	
<p>Alternativa: Tenofovir / emtricitabina y Atazanavir / ritonavir.</p>	<p>» Atazanavir – tabletas x 300 mg 1 al día x 30 días. Frasco por 30 tabletas.</p> <p>» Ritonavir – tabletas x 100 mg1 al día x 30 días. Frasco por 84 cápsulas gelatinosas.</p>	
<p>RECURSOS PARA CONSULTA</p>		
<p>Resolución 0459 y Protocolo de Atención Integral en salud para víctimas de violencia sexual. MSPS, 2012</p>		
<p>Modelo de Atención integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. MSPS-UNFPA, 2011</p>		
<p>Instructivo para el uso del kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de Emergencia en víctimas de Violencia sexual. MSPS-OIM, 2012</p>		
<p>Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. MSPS-UNFPA, 2014</p>		
<p>Tarjeta para Asesoría anticonceptiva en Colombia MSPS-UNFPA, 2015</p>		
<p>Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las ITS, el VIH, VHB y VHC. MSPS, 2017</p>		



OBSERVACIONES

- » Después de las 72 horas, pero antes de 120 horas desde la exposición se debe administrar Levonorgestrel en igual dosis y adicionalmente colocar dispositivo intrauterino (DIU). Ver Kit 7
- » En caso de mujeres gestantes con antecedente de alergia a la Penicilina, se debe proceder a desensibilizar, según las indicaciones de la Guía de Práctica clínica para Sífilis gestacional y congénita.
- » Para las vacunas contra el tétano y la hepatitis, remitir al puesto de vacunación más cercano
- » Los hombres que soliciten atención por abuso sexual deben recibir el tratamiento y la remisión adecuados.

FUENTE: los contenidos de este kit fueron tomados del Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las ITS, el VIH, VHB y VHC. MSPS, 2017.



Kit 4 -BLANCO- “Anticonceptivos de larga duración y de emergencia”

Describe contenidos y cantidades de medicinas y material renovable para atender la demanda de anticonceptivos de larga duración y de emergencia para mujeres.

Estos deben ser administrados por personal profesional en medicina o enfermería, debidamente formados, garantizando la consulta de anticoncepción, la consejería y la entrega de los métodos anticonceptivos.

La provisión de medicinas debe prever la atención a 516 mujeres por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:

- » Población total: 10.000 personas
- » El 25,8 % son mujeres entre 15 y 49 años (ENDS 2015) $25,8\% \text{ de } 10.000 = 2.580$
- » El 86 % de ellas utilizan anticonceptivos (ENDS 2015) $86\% \text{ de } 2.580 = 2.219$
- » Se espera que de ellas, el 20% demande anticoncepción de emergencia (516) y otro 20% demande implantes subdérmicos (516)

MEDICINAS	DOSIS
Levonorgestrel, tableta de 1,5 mg (anticonceptivo de emergencia)	1
Implante subdérmico de 75mg de levonorgestrel (2 barras)	1
Xilocaína al 2% sin epinefrina (jeringa prellenada unidosis)	1
Gluconato de clorhexidina, solución concentrada 5%. Frasco, 1000 ml /yodopovidina solución	

SUMINISTROS MÉDICOS	CANTIDAD POR PERSONA
Jeringa 5ml con aguja (21G x 1 1/2) estéril, uso único	1
Gasas estériles (paquete por 5 unidades)	1
Guantes estériles	1
Guantes de manejo	1
Trocar desechable para inserción de implante	1
Venda elástica (30cms de ancho por 150 de largo)	1
Guardián para deshecho de cortopunzantes	1

RECURSOS PARA CONSULTA

Resolución número 0769 de 2008. Actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000./Resolución derogada a partir del 3 de febrero de 2019 por el artículo 7 de la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

Resolución 5592 de 2015 por medio de la cual se actualizan los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Título III, Capítulo 1, Art. 20 sobre condón masculino.

Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. MSPS. Bogotá, 2014

Tarjeta para asesoría anticonceptiva en Colombia MSPS-UNFPA. 2015.

OBSERVACIONES

Debido a la movilidad de la población afectada por crisis humanitaria, así como a las condiciones sanitarias y a las barreras de acceso a servicios de salud, se recomienda la utilización exclusivamente de anticonceptivos de larga duración y de emergencia hasta tanto la población logre estar en fase de estabilización y/o se restablezcan los servicios integrales de anticoncepción. En estas condiciones, se deberá ofertar a las mujeres todos los métodos anticonceptivos contemplados en los planes de beneficios.

FUENTE: los contenidos básicos de este kit fueron tomados del “Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia” (UNFPA 2011) y ajustados con información obtenida mediante entrevista con enfermeras expertas en anticoncepción.



Kit 5 -AZUL- "Tratamiento sindrómico de las ITS"

Para ser utilizado por médicos y médicas debidamente formados para diagnosticar y tratar las ITS conforme a un enfoque sintomático, explicar la importancia de tratar a la/las pareja/s sexual/es y promover la utilización de preservativos.

La provisión de medicina deberá calcularse para atender aproximadamente a 425 personas por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:

- » Población total: 10.000 personas.
- » El 85% de la población son personas mayores de 15 años ($85\% \cdot 10.000 = 8.500$). DANE, proyecciones de población 2017.
- » El 5% de estas personas pueden tener una ITS ($5\% \text{ de } 8.500 = 425$).

MEDICINAS	DOSIS
Síndrome de infección cervical	
Azitromicina, tableta 500 mg, caja por 3 tabletas. +	1 gr vía oral DU +
Ceftriaxona vial de 1 gr, ampolla para reconstituir, unidad.	500 mg intramuscular DU +
Síndrome de descarga uretral	
Azitromicina, tableta 500 mg, caja por 3 tabletas +	1 gr vía oral DU +
Ceftriaxona vial de 1 gr, ampolla para reconstituir, unidad +	500 mg intramuscular DU +
Tinidazol tableta 500 mg. Caja por 8 tabletas.	2 gr vía oral DU
Síndrome de úlcera genital	
Penicilina G Benzatinica. Ampolla 2.400.000 Unidades para aplicación intramuscular. +	2.400.000 UI intramuscular DU +
Azitromicina, tableta 500 mg, caja por 3 tabletas.	1gr vía oral DU
Síndrome de flujo vaginal	
Tinidazol tableta 500 mg. Caja por 8 tabletas	2.0 gramos vía oral DU
Fluconazol tableta 50 mg (sólo se adiciona ante sospecha de infección concomitante de Candida albicans)	150 mg vía oral DU
Síndrome de inflamación escrotal	
Doxiciclina, tableta 100 mg, caja por 15 tabletas +	100 mg cada 12 horas por 10 días +
Ceftriaxona vial de 1 gr (ampolla para reconstituir) unidad	500 mg intramuscular DU
Síndrome de dolor abdominal bajo agudo (enfermedad pélvica inflamatoria-EPI)*	
Ceftriaxona vial de 1 gr (ampolla para reconstituir en solución salina) unidad +	500 mg intramuscular DU +
Azitromicina Tableta 500 mg (caja por 3 tabletas) +	1 gramo vía oral por semana durante dos semanas +
Metronidazol tableta 500 mg	500 mg vía oral cada 12 horas durante 14 días
Bubón inguinal	
Doxiciclina, tableta 100 mg, caja por 15 tabletas +	100 mg vía oral cada 12 horas por 21 días
Azitromicina Tableta 500 mg (caja por 3 tabletas)	1 gramo vía oral DU
Preservativos	
Preservativos masculinos	15 por mes por persona



<i>SUMINISTROS MÉDICOS RENOVABLES</i>	<i>CANTIDAD POR PERSONA</i>
Jeringa 5ml con aguja (21G x 1 1/2) estéril, uso único	1
Solución salina bolsa 100cc	1
Bolsa roja de plástico, para desechos 10 x 15 cm	1
Algodón en rama, rollo de 500 gr no estéril	
Alcohol fraco 500 cc	
Guardián para deshecho de cortopunzantes	
<i>RECURSOS PARA CONSULTA</i>	
Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. MSPS y Colciencias. Bogotá, 2013	
Compilación analítica de las normas de Salud Sexual y Reproductiva, Pág. 111 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/compilado-normativa-salud-sexual-reproductiva.pdf	
<i>OBSERVACIONES</i>	
<ul style="list-style-type: none"> » Se recomienda dar tratamiento empírico de la EPI ante la presencia de mínimos signos y/o síntomas sugestivos de EPI lo más pronto posible, debido a la falta de criterios diagnósticos clínicos definitivos y a las potenciales consecuencias de no tratarla. En casos severos se recomienda remitir para manejo hospitalario. (Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. Recomendación 116, Pág. 40) » Durante las emergencias no se recomienda realizar búsqueda de casos de VIH, sino garantizar el tratamiento de las personas ya diagnosticadas. Por esta razón las pruebas para diagnosticar el VIH no se incluyen en este kit. Estas deben proporcionarse como parte de un programa de asesoramiento y pruebas voluntario, y no de manera aislada. <p>FUENTE: los contenidos de este kit fueron tomados de la Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital. MSPS y Colciencias. Bogotá, 2013.</p>	



Kit 6 -CAFÉ- “Parto con asistencia médica”

Destinado a ser utilizado por médicos/médicas para atender partos normales, suturar episiotomías y desgarros del perineo con anestesia local, estabilizar a las pacientes con complicaciones obstétricas como eclampsia o hemorragias antes de remitirlas a un nivel de mayor complejidad.

La provisión está calculada para atender un promedio de 108 partos por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:

- » Población total: 30.000 personas
- » El índice de natalidad bruto para Colombia es de 15 por mil (ASIS Colombia 2016) , por lo que habrá 113 partos en 3 meses (1,5% de 30.000 = 450 partos al año/4 trimestres = 113 partos).
- » El 96% de los partos se atiende en instituciones de salud (ENDS 215) por lo que se necesitará insumos para 108 partos por trimestre. (113 por 96% = 108)

<i>INSUMOS Y EQUIPO</i>	<i>CANTIDAD POR SALA</i>
Porta agujas	1
Pinza disección sin garra	1
Pinza de disección con garra	1
Pinza Rochester corta	2
Pinza Rochester grande larga	2
Tijera de episiotomía	1
Tijera de tejido (para cordón umbilical)	1
Tijera de mayo - material	3
Paquete de ropa para atención de parto (gorros, tapabocas, polainas, bata paciente, bata médico)	108
Ambú para adultos	1
Equipo código azul	1
Aparato de tensión aneroide para adultos	1
Estetoscopio biauricular	1
Doopler Fetal	2
Riñonera acero inoxidable, 825 ml aprox.	2
Termometro clínico digital 32-43 °C (2 para la madre y dos para el RN)	4
Cepillo de cerdas de plástico para manos	2
Torniquete de latex, 75 cms aprox.	2
Bandeja para instrumentos de acero inoxidable 225x125x50 mm aprox. con tapa	1
Oxígeno con cánula y humidificador para adulto	1
Linterna frontal LED con pilas	1
Lámpara cielita movable	1
<i>INSUMOS Y MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO</i>	
Ambú para recién nacido con máscara 00, 0, 1	1
Tubos para hemoclasificar	108
Tubo para reanimación neonatal 2.5 (para RN con peso inferior a 1000 gr.)	1



Tubo para reanimación neonatal 3.0 (para RN con peso entre 1000 y 2000 gr)	1
Tubo para reanimación neonatal 3.5 (para RN con peso entre 2000 y 3000 gr)	1
Tubo para reanimación neonatal 4.0 (para RN con peso mayor a 3000 gr)	1
Yelco número 24	108
Fonendoscopio	1
Ligadura cordón umbilical estéril	216
Ampolla de Vitamina K - Konakion Ampolla 2mg con Jeringa de Tuberculina de 1ml	108
Gentamicina oftálmica frasco de gotas para profilaxis ocular	2
Succionador de secreciones reutilizable	2
Sonda Nelaton calibre 6	1
Sonda Nelaton calibre 8	1
Tira para TSH	108
SUMINISTROS MÉDICOS RENOVABLES	
Cánula intravenosa corta Número 16 o 18, estéril, uso único (angiocat)	4
kit de perfusión intravenosa esterilizado, uso único (equipo de microgoteo)	108
kit de perfusión intravenosa esterilizado, uso único (equipo Macrogeteo)	108
Jeringas 10 cc	432
Jeringas 1 cc	108
Guantes ginecológicos, tamaño medio, estériles, uso único, par	432
Guantes de Manejo, tamaño medio, uso único	432
Catgut cromado 2/0 aguja curva grande (1)	216
Cateter uretral CH12, estéril, uso único (sonda Foley)	108
Gafas de seguridad tamaño regular, desechables	108
Gasa 10x10 cm, estéril, uso único, paquete por 5 gasas (3 paquetes)	324
Guardián para deshecho de cortopunzantes	1
Bolsa roja de plástico para desechos aproximadamente 10 x 15 cm	108
Delantal de protección de plástico, reutilizable	216
Sábana de plástico, 90x180 cm aprox.	216
CODIGO ROJO	
Angiocat 16	3
Angiocat 18	3
Macrogetero	3
Solución Hartman 500 ml	5
Solución Salina 500 ml	5
Sulfato de Magnesio ampollas por 2 gramos	10
Labetalol frascos por 100 mg	1
Nifedipino tabletaas por 10 mgr	10
Nifedipino tabletaas por 30 mgr	10



GUÍA PRÁCTICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PIMS EN COLOMBIA

Oxitocina ampollas por 10 unidades 10 Unidades/ml	6
Metil ergovina ampollas por 0.2 miligramos	2
Misoprostol tabletas por 200 microgramos	5
Ampicilina sulbactam ampollas por 1.5 gramos	4
Betametasona ampollas por 4 miligramos	3
Agua Destilada Ampolla por 10 ml	2
Solución Salina Normal 100 ml	2
Llave de Tres Vias	2
Aguja Desechable Numero 18	1
Jeringa 3 ml	3
Jeringa 5 ml	3
Jeringa 10 ml	30
Jeringa 60 ml	1
Equipo Bomba	3
Equipo Extensión de Anestesia	3
Acido Tranexamico Ampolla por 500 mg /5ml	2
Ceftriaxona Ampolla por 1 Gramo	1
Máscara de No Reinhalación	1
Infusor	1
Eletrodos	3
Tubos para Laboratorio Lila/Amarillo/Azul (2 de cada uno)	6
Cystoflo	1
Sonda Foley Numero 14	1
Canula Nasal Adulto	1
Humedificador	1
Guantes Estériles Número 7	2
Guantes Estériles Número 6.5	2
Equipo de transfusión	2

RECURSOS PARA CONSULTA

“Norma Técnica para la atención del parto. Ministerio de Salud -Dirección General de Promoción y Prevención. Sin fecha.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>”

Norma Técnica para la atención del Recien nacido. Ministerio de Salud -Dirección General de Promoción y Prevención. Sin fecha.
http://207.58.191.15:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/44/Legal_36.pdf?sequence=1

Protocolo de atención a la embarazada menor de quince (15) años. MSPS-UNFPA, 2014.

Protocolo de atención preconcepcional. MSPS-UNFPA, 2014.

Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo materno perinatal. MSPS, 2016

OBSERVACIONES

FUENTE: los contenidos básicos de este kit fueron tomados de las normas técnica para la atención del parto y del recién nacido, emitidas por Ministerio de Salud reseñadas en esta hoja. Fueron ajustados con información obtenida mediante entrevista con médicos y enfermeras expertas en ginecología-obstetricia.



Kit 7 -NEGRO- "DIU"

Describe contenidos y cantidades de medicinas y suministros para insertar dispositivo intrauterino (DIU), extraer un DIU y administrar tratamiento antibiótico preventivo.

Para ser utilizado por personal profesional en medicina o enfermería debidamente capacitado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.

La provisión de medicinas y suministros está calculada para atender aproximadamente 60 mujeres por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:

- » Población total: 10.000 personas.
- » El 25,8% son mujeres entre 15 y 49 años (DANE 2017). 25,8% de 10.000 = 2.580
- » El 86% de ellas utilizan anticonceptivos (ENDS 2105). 86% de 2.580 = 2.219 y de ellas, el 20,7% = 459, optará por un DIU.

<u>SUMINISTROS MÉDICOS</u>	<u>CANTIDAD POR PERSONA</u>
Dispositivo intrauterino (DIU), Cu-T 380 A	1
Guantes quirúrgicos tamaño 8, estériles, uso único, par	1
Guantes de manejo, unico par	1
Gasa paquete por 5 unidades	1
Bolsa roja de plástico, para deshechos 10 x 15 cm	1
Gluconato de clorhexidina, solución concentrada, 5%, frasco, 1000 ml	

<u>EQUIPOS</u>	<u>CANTIDAD POR SERVICIO</u>
Espéculo vaginal pequeño	2
Espéculo vaginal mediano	2
Histerómetro	2
Pinza foster Larga	2
Pinza de cuello (Tenaculo/ pinza uterina uterina Duplay)	2
Tijera de material - larga	2
Bandeja para instrumentos, acero inoxidable, aproximadamente 320 x 200 x 80 mm, con tapa	2

RECURSOS PARA CONSULTA

Resolución número 0769 de 2008. Actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000./Resolución derogada a partir del 3 de febrero de 2019 por el artículo 7 de la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000.

Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. MSPS. Bogotá, 2014

Tarjeta para asesoría anticonceptiva en Colombia MSPS-UNFPA. 2015.

OBSERVACIONES

A los equipos reutilizables, se les realiza desinfección química de alta potencia, de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

FUENTE: los contenidos básicos de este kit fueron tomados del "Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia" (UNFPA 2011) y ajustados con información obtenida mediante entrevistas con médicos y enfermeras expertos en anticoncepción y gineco-obstetricia.



KIT 8 -AMARILLO- “Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE- y manejo de las complicaciones del aborto”

Destinado al manejo de las interrupciones voluntarias del embarazo, a tratar las complicaciones resultantes del aborto espontáneo y del inducido con riesgos, incluyendo sepsis, evacuación incompleta y sangrado.

Debe ser utilizado por médicos/médicas que han recibido formación para practicar IVE, para tratar abortos espontáneos y las complicaciones del aborto provocado, incluida la realización de evacuaciones uterinas.

El contenido del kit debe calcularse para atender un promedio de 49 casos por trimestre, demanda calculada con base en los siguientes postulados:

- » Población total: 30.000 personas
- » El índice de natalidad bruto para Colombia es de 15 por mil (ASIS Colombia 2016), por lo que habrá 113 partos en 3 meses (1,5% de 30.000 = 450 partos al año/4 trimestres = 113 partos).
- » El 20% de mujeres embarazadas pueden tener un aborto espontáneo o complicaciones resultantes del aborto inducido con riesgo (20% de 113 = 22,6)
- » 26 mujeres víctimas de violencia sexual pueden requerir una interrupción voluntaria del embarazo -IVE- (ver kit 3)

KIT PARA IVE CON MEDICAMENTOS (Hasta 12 semanas)

<i>MEDICAMENTOS Y SUMINISTROS</i>	<i>DOSIS</i>
Misoprostol Tabletas por 200 mcg	800 mcg via sublingual o vaginal (4 tabletas) Dosis única
Mifepristona 200 mg	1 tableta vía oral. Dosis única
Ibuprofeno, 400 mg	800 mg antes del misoprostol y luego una toma de 400 mg cada 3 a 4 horas (10 tabletas).
Lidocaína al 2% sin epinifrina (unidosis) cada dosis 10 mls	20 ml
Doxicilina 100 mg	12 por mujer: 2 tomas al día por 6 días
Solución antiséptica de yodopovidona o de clorhexidina (2%)	Empaque dosis única
<i>SUMINISTROS</i>	<i>CANTIDAD POR SERVICIO</i>
Jeringa de succión 60 ml reutilizable	1
Juego de 5 dilatadores reutilizables del # 5 al 14, hasta por 25 veces	1
Juego de 10 cánulas para succión reutilizables # 5 a 14, hasta 25 veces	1
Pinzas de foster grandes	2
Tenáculo de cuello atraumática	1
Espéculo pequeño	1
Espéculo mediano	1
Extensores de jeringa para bloqueo paracervical	1
Gasa 10 x 10 cm, estéril, uso único, caja de 5	23
Guantes de manejo tamaño medio, uso único, caja de 100	1
Guantes quirúrgicos tamaño medio, estériles, uso único, par	23
Guardián para deshecho de cortopunzantes	1
<i>MATERIAL EDUCATIVO</i>	



Folleto para mujeres sobre los cuidados, signos de alerta y pasos a seguir posterior a la intervención.

OBSERVACIONES

- » Los centros de atención primaria que cuenten con personal médico debidamente entrenado, están en la capacidad de ofrecer servicios de IVE por aspiración endouterina hasta las 15 semanas y con medicamentos hasta la semana 10 de embarazo, dado que ambos son procedimientos ambulatorios. El segundo nivel de atención debe ofrecer todos los servicios de IVE delineados en el primer nivel y estar preparado para atender servicios de IVE en todas las circunstancias y etapas del embarazo, así como las complicaciones. (Lineamientos para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia. Protocolo para el sector salud. MSPS-UNFPA 2014. Pag 38).
- » En caso de embarazos hasta 12 semanas la dosis de Misoprostol es de 800 mcg, después de las 12 semanas se disminuye a 400 mcg debido a la mayor sensibilidad del útero a las prostaglandinas. Para el tratamiento del aborto incompleto se administra una dosis de 600 mcg por vía oral, O BIEN una sola dosis de 400 mcg por vía sublingual.
- » La mifepristona, combinada con el misoprostol, es el medicamento de elección recomendado por la OMS. El uso de mifepristona aumenta de manera considerable la efectividad del tratamiento, reduce la incidencia de efectos secundarios y disminuye el tiempo de tratamiento. Por esta razón se incluye en el Kit, sin embargo en Colombia, a la fecha, no está registrada, razón por la cual se emplean regímenes de solo misoprostol el cual sí está incluido en el plan de beneficios. Se debe explorar la posibilidad de gestionar la provisión de mifepristona con recursos de la cooperación u otras fuentes.
- » A la jeringa de succión, el juego de dilatadores y el de cánulas reutilizables, se les realiza desinfección química de alta potencia hasta por 25 veces, siguiendo las instrucciones del fabricante.

FUENTE: los contenidos básicos de este kit fueron tomados de los Lineamientos para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia (Protocolo para el sector salud. MSPS-UNFPA, 2014) y ajustados con información obtenida mediante entrevista con enfermeras expertas en el manejo de IVE y complicaciones del aborto.



Kit 9 -MORADO- Sutura desgarros (cervical y vaginal) examen vaginal

- » Destinado a suturar desgarros cervicales y vaginales, así como a examinar mujeres que han sido víctima de violencia sexual.
- » Debe ser utilizado por médicos con formación o experiencia en la atención de partos y de víctimas de violencia sexual.
- » El contenido del kit está previsto para atender a 45 mujeres durante 3 meses.

MEDICAMENTOS	CANTIDAD POR SERVICIO
Gluconato de clorhexidina, solución concentrada 5%, frasco 1000 ml	4
Polivodona yodada, solución para uso cutáneo 10%, frasco 500ml	2
Lubricante vaginal para exploración, aproximadamente 00 gr	1
SUMINISTROS MÉDICOS RENOVABLES	
Sutura sintética absorbible DEC4 (1), aguja 3/8 36 mm triangular, estéril, uso único, caja de 12	6
Sutura sintética absorbible DEC3 (2/0), aguja 1/2 30 mm redonda, estéril, uso único, caja de 12	5
Sutura sintética absorbible DEC3 (2/0), aguja 3/8 50 mm redondo, estéril, uso único, caja de 12	6
Gasa 10x10 cm estéril, uso único, caja de 5	80
Guantes quirúrgicos tamaño 8, estériles, uso único, par	40
Guantes quirúrgicos tamaño 7, estériles, uso único, par	40
Guantes de manejo , tamaño medio, uso único, caja de 100	2
SUMINISTROS MÉDICOS, EQUIPO	
Tijeras Mayo 170 mm curvas, r/r	1
Portaagujas Mayo-Hegar 180 mm, recto	1
Separador vaginal Doyen, 45 x 85 mm	2
Espéculo vaginal Graves, 75x20 mm	1
Espéculo vaginal Graves, 95x35 mm	1
Espéculo vaginal Graves, 115x35 mm	1
Pinza portagasas Cheron, 250 mm	2
Pinza de disección sin garra	2
Pinza de disección con garra	2
Bandeja para instrumentos de acero inoxidable 320x200x80 mm aprox. con tapa	1
SUMINISTROS MÉDICOS RENOVABLES	
<p>En caso de abuso sexual este kit deberá utilizarse en combinación con el Kit 3 - ROSA -Tratamiento de violencia sexual, para garantizar, en caso de requerirse, la anticoncepción de emergencia, profilaxis post-exposición al VIH, tratamiento antibiotico e IVE.</p> <p>FUENTE: los contenidos básicos de este kit fueron tomados del “Manual Kits Interinstitucionales de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia” (UNFPA 2011) y ajustados con información obtenida mediante entrevistas con médicos y enfermeras expertos en gineco-obstetricia.</p>	





UNFPA Colombia
colombia.unfpa.org



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA -
Avenida 82 # 10 - 62, piso 2 Bogotá, D.C.
Teléfono: 4889000