

GUÍA DE SALUD REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, CONTINGENCIA Y DESASTRE




PRESENTACIÓN

La situación geográfica de Guatemala la hace vulnerable a desastres naturales, lo cual se ve agravado por la situación económica y social del país, teniendo efectos impactantes en la salud de la población guatemalteca; siendo más vulnerables las mujeres, adolescentes, niños y niñas.

En situación de emergencia se contempla tres momentos: antes, durante y después del evento, se pueden detectar riesgos, vulnerabilidades y amenazas. En mujeres, adolescentes, niños y niñas los peligros más observados son: violencia basada en género, complicaciones maternas, partos en condiciones no adecuadas, mal nutrición, disminución del acceso a los diferentes servicios de salud, transmisión de ITS, VIH-Sida y embarazos no deseados.

Para contribuir a una gestión eficaz, oportuna y permanente de la Salud Reproductiva con enfoque de riesgo para la prevención, manejo y mitigación de daños, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con todas sus dependencias, ha elaborado esta Guía operativa en el tema de Salud Reproductiva con el fin de coordinar las acciones integrales en los diferentes niveles de atención desde un albergue a un hospital de tercer nivel; y así prevenir, controlar, proteger y dar respuesta a la población mas vulnerable ante situaciones de emergencia, contingencia y desastres.



Dr. Ludwig Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública



ÍNDICE

I.	Introducción	7
II.	Salud Reproductiva en situaciones de Emergencia, Contingencia y Desastre	9
III.	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos	11
1.	Coordinación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para la Salud Reproductiva.....	11
2.	Prevención de niveles elevados de mortalidad y morbilidad Materna y Neonatal	14
	2.1 Atención Prenatal personalizada y reenfocada.....	14
	2.2 Atención de Parto	16
3.	Prevención de Violencia basada en Género con énfasis en Violencia Sexual.....	19
	3.1 Medidas de prevención para la Violencia Sexual.....	19
	3.2 Atención a pacientes víctimas de Violencia Sexual	21
	3.3 Atención en crisis	23
	3.4 Tratamiento para la paciente víctima de Violencia Sexual.....	25
4.	Reducción de la transmisión del VIH.....	28
	4.1 Aplicar las precauciones estándar.....	28
	4.2 Garantizar la disponibilidad de preservativos en forma segura.....	29
	4.3 Transfusiones de sangre segura en el Tercer Nivel de Atención...	29

4.4 Fortalecer las acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC).....	30
5. Planificación de la prestación de servicios integrales de Salud Reproductiva	31
IV. Atención psicológica en Situaciones de Emergencia, Contingencia y Desastre	34
V. Logística de Insumos	38
VI. Sistema de Referencia y Contra Referencia	43
VII. Monitoreo y Evaluación	44
VIII. Anexos	46



INTRODUCCIÓN

La experiencia vivida en el 2005 en Guatemala con la tormenta STAN, evidenció que en eventos catastróficos las condiciones de la salud reproductiva de los grupos vulnerables se ve afectada. En los departamentos de San Marcos, Escuintla y Sololá, se logró mediante búsqueda activa en comunidades y albergues identificar que el 17% de las atenciones brindadas, la violencia basada en género y violencia sexual estaban presentes y se brindaron 376 atenciones prenatales, y 467 servicios de planificación familiar. La demanda de servicios institucionales aumentó atendiendo: 5,431 atenciones prenatales; suplementación con Micronutrientes 20,563 y servicios de Planificación familiar 14,968.

Por lo que resulta fundamental implementar un Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para reducir la mortalidad y morbilidad en mujeres, adolescentes, niñas y niños.

La presente Guía de Salud Reproductiva es un enfoque Nacional de Gestión de Riesgo y una iniciativa de la Unidad de Respuesta Rápida y Asistencia Técnica del Sistema Integral de Atención en Salud-SIAS, un producto del trabajo en Equipo entre el SIAS, Programas y UNFPA, para ir consolidando una cultura sobre el tema, que nos permita la preparación y la respuesta en beneficio de la población Guatemalteca. La cual se desarrolla de la siguiente manera:

1. La importancia de priorizar el tema de Salud Reproductiva.
2. Se desarrolla el contenido del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos que contiene cinco procesos, cada uno se identifica por un color;

definirá objetivos, aspectos importantes a tomar en cuenta en la prevención, diagnóstico y tratamiento en los diferentes niveles de atención, incluyendo los albergues. Por ejemplo el tema de la violencia sexual identificado con color verde, se desarrolla de la siguiente manera: objetivos, medidas de prevención e identificación de casos en albergues, referencia a un servicio de salud para la atención, diagnóstico y tratamiento.

En el cuadro siguiente se identifica el color con el proceso a desarrollar:

Color	Proceso
Azul celeste	COORDINACIÓN DEL PAQUETE DE SERVICIOS INICIALES MÍNIMOS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA
Naranja	PREVENCIÓN DE LOS NIVELES ELEVADOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL
Morado	PREVENCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, CON ÉNFASIS EN VIOLENCIA SEXUAL
Rojo	REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH
Amarillo	PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD REPRODUCTIVA

- Debido a la importancia de la salud mental se desarrolla un capítulo específico, definiendo como brindar la atención psicológica a los y las afectadas en situaciones de emergencia, contingencia y desastre.
- La logística de insumos es importante, sin estos no es posible desarrollar cada uno de los procesos del paquete de servicios iniciales mínimos de salud reproductiva.
- Se realiza un resumen de lineamientos generales a seguir en la referencia y contrareferencia.
- Finalmente y no lo menos importante el monitoreo y evaluación.

La guía es un instrumento de apoyo para el personal institucional de los diferentes servicios de salud que define lineamientos de trabajo en el tema de salud reproductiva en situaciones de emergencia, contingencia y desastre.



SALUD REPRODUCTIVA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, CONTINGENCIA Y DESASTRE

Si se descuida la salud reproductiva en situaciones de emergencia, se generan serias consecuencias que pueden ser prevenibles como: muerte materna e infantil, violencia sexual, embarazos no deseados, abortos, diseminación de ITS, VIH-Sida y otros problemas que afectan a la población. Es una responsabilidad de los proveedores de los servicios de salud brindar atención integral en salud sexual y reproductiva para prevenir la morbi-mortalidad y discapacidad, particularmente de mujeres en edad reproductiva y niñez.

Toda la población debe tener acceso a servicios integrales de salud reproductiva, en los **primeros días** de una crisis **resulta fundamental** reducir las infecciones de transmisión sexual, prevenir la violencia sexual, ofrecer asistencia a las víctimas de violencia sexual, acceso a métodos de PF, que los partos sean limpios y seguros, proveer acceso a atención obstétrica de urgencia dado que estas acciones salvarán vidas y prevendrán enfermedades.

Principios básicos para incluir salud reproductiva en situaciones de emergencia:

1. El derecho a la salud reproductiva es universal, inclusive durante crisis humanitarias y desastres naturales.
2. Los datos demográficos y de salud son la base de una eficaz respuesta humanitaria y de la reconstrucción nacional.
3. El análisis desde la perspectiva de género debe ser un componente de importancia crítica en el diseño y la respuesta de asistencia humanitaria.

Acciones prioritarias de Salud Reproductiva en el momento de la emergencia:

- Integrar las acciones en los equipos de respuesta inmediata .
- Mapeo con recursos disponibles internos y externos.
- Incorporar indicadores de salud reproductiva en casos de emergencia.
- Despliegue de equipo, suministros y botiquines previamente conformados.
- Disponer de fondos de emergencia.
- Evaluaciones de la salud reproductiva, recopilación y análisis de datos.
- Disponer de un Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, para la salud reproductiva.



PAQUETE DE SERVICIOS INICIALES MÍNIMOS (PSIM)

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la salud reproductiva es un grupo de actividades prioritarias y coordinadas diseñadas para prevenir niveles elevados de mortalidad y morbilidad materna y neonatal; prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual; reducir la transmisión de ITS, VIH-Sida; y planificar servicios integrales de salud reproductiva en los días y semanas iniciales de una emergencia.

Cuando ocurre una emergencia, existen prioridades en materia de salud, como tratar la diarrea, infecciones respiratorias agudas, dengue, malaria y desnutrición. Sin embargo, algunos aspectos específicos de la salud reproductiva, deben ser priorizados y abordados.

En una fase de emergencia se puede limitar su alcance al Paquete de Servicios Iniciales Mínimos detallados en la presente guía y garantizar así atención focalizada en las acciones en salud sexual y reproductiva que resultan ser fundamentales en situación de crisis con recursos humanos y materiales escasos.

1.

COORDINACIÓN DEL PAQUETE DE SERVICIOS INICIALES MÍNIMOS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA

La coordinación tiene como objetivo evitar que se dupliquen las iniciativas, asegurar que los grupos humanitarios involucrados puedan compartir información y datos útiles y que se logre el uso eficiente de los recursos e información disponibles.

Al activarse el plan de emergencia, es necesario realizar un mapeo de las instituciones y organizaciones sociales que están brindando apoyo en las áreas afectadas, para identificar las prioridades de ayuda, si están cubiertas y por quién. Esto permite la mejor organización del trabajo desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención.

Dentro del Ministerio de Salud Pública se encuentra el Departamento de Emergencias Epidemiológicas en Desastres (DEED) y la Unidad de Respuesta Rápida y Asistencia Técnica (URRAT) que depende directamente de la Coordinación operativa de SIAS, proporcionando las herramientas necesarias para la Gestión en Reducción del riesgo y el manejo de desastres de origen natural, tecnológicos y antropogénicas, orientados a la prevención, preparación y respuesta efectiva en situaciones de emergencia, contingencia y desastre. Estas unidades tienen como objetivos promover y organizar los Centros de Operaciones de Emergencia (COE-S) en los servicios de salud.

El Centro de Operaciones de Emergencia (COE) es un mecanismo de coordinación, conducción y decisión, que integra la información más relevante generada en situaciones de emergencia o desastre y la convierte en acciones de respuesta efectiva. En él confluyen los niveles político y técnico, es el sitio donde se toman las decisiones con base en la información (OPS, 2004), el insumo de este es la sala situacional. En el COE general se integra la coordinación de los diferentes sectores vinculados al manejo de la emergencia. Por ello la presencia de las autoridades/personal local de salud es imprescindible en el COE general, sea de nivel nacional, departamental o local. Debe tenerse claro que la función en salud es una de las tantas en el COE-General, por lo que uno no sustituye al otro. Pueden haber distintos niveles de COE: Intersectorial (nacional, regional y local), sectorial de salud: (nacional, regional, local y hospitalario) o de otros sectores.

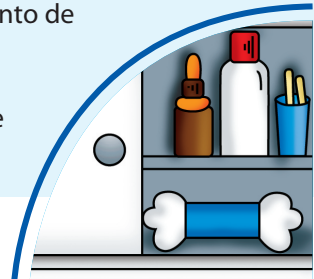


Áreas de trabajo del COE-Salud son: Manejo de información, planificación de la respuesta sanitaria, toma de decisiones, coordinación de las acciones y evaluación.

El comité de gestión de riesgo en coordinación con el departamento de emergencias epidemiológicas, la URRAT/SIAS y los Programas deben integrar al responsable que impulse las acciones de salud sexual y reproductiva en torno a la emergencia. El responsable en este caso será el facilitador de Salud Reproductiva del Área de Salud; deberá permanecer en su cargo mientras dure la emergencia, y hacer la transición hasta lograr la prestación de servicios integrales de salud reproductiva.

El facilitador de salud reproductiva de la dirección de área de salud debe:

- Ser el punto focal para los servicios de salud reproductiva y brindar asesoría y asistencia técnica en lo referido a salud reproductiva para las comunidades desplazadas y todas las organizaciones que se encuentren trabajando en el área de la salud y en otros sectores según sea necesario.
- Apoya al director del área de salud en la coordinación con las autoridades del nivel local en lo relacionado a la planificación e implementación de actividades referidas a la salud reproductiva para los albergues, asentamientos y la población de las áreas circundantes.
- Apoya al director del área de salud en la coordinación con los otros sectores (protección, servicios comunitarios, administración del albergue, educación, etc.) a fin de garantizar un enfoque multisectorial para la atención en salud reproductiva.
- Proponer que la salud reproductiva sea un punto de agenda en cualquier reunión relacionada con salud desde la comunidad hasta el tercer nivel de atención.
- Monitorear, supervisar y evaluar el cumplimiento de normas, guías y protocolos.
- Recopilar, analizar y socializar la información para que puedan ser utilizados en el COE de salud.



2. PREVENCIÓN DE NIVELES ELEVADOS DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA Y NEONATAL

OBJETIVOS:

- Reconocer Signos y Señales de Peligro durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- Proveer equipo para la atención de parto limpio y seguro.
- Utilizar el sistema de referencia y respuesta para manejar las urgencias obstétricas.
- Identificar en albergues mujeres embarazadas.

2.1 ATENCIÓN PRENATAL PERSONALIZADA Y REENFOCADA

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y neonato.

El enfoque actual en la atención prenatal debe de ser:
“Todo embarazo TIENE RIESGO”.

Acciones a realizar si detecta a una Mujer Embarazada:

- Identificar signos y señales de peligro, estabilizar y referir oportunamente a servicio de salud con capacidad resolutive.
- Identificar discapacidades mentales o físicas y referir oportunamente para su tratamiento a servicio de salud con capacidad resolutive.
- Identificar si la mujer está viviendo violencia física, sexual, psicológica o patrimonial.
- Realizar y completar Historia Clínica de Riesgo (ver anexo 1).
- Realizar control Prenatal: Durante todo el embarazo es recomendable realizar **4 atenciones prenatales**, para aquellas madres que no presenten una patología que amerite otra frecuencia de controles.



La **primera** antes de las **12 semanas**, la **segunda** alrededor de las **26 semanas**, la **tercera** a las **32 semanas** y la **cuarta** atención entre las **36 y 38 semanas** como mínimo. Y una consulta en la primera semana post-natal.

Sin embargo, durante las situaciones de emergencia debe de **realizarse de inmediato**, sin importar la etapa del embarazo, lo siguiente:

Historia	Examen Físico	Consejería
<ul style="list-style-type: none"> • Datos generales. • Antecedentes médicos generales. • Antecedentes familiares. • Antecedentes Obstétricos. • Molestias actuales. • Alergias. • Uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apariencia general. • Temperatura. • Presión arterial. • Pulso y respiraciones. • Examen de Mamas. • Examen abdominal. • Cicatriz de cesárea. • Meses: Altura Uterina. • Posición Fetal arriba de las 36 semanas. • Frecuencia Cardíaca Fetal. • Movimientos fetales arriba de las 18 semanas. • Aplicación de instrumentos de diagnóstico rápido (gestogramas, cintas métricas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. • Plan de emergencia familiar y Plan de parto. • Importancia del control post parto y del recién nacido. • Planificación familiar. • Alimentación y micronutrientes. • Lactancia materna temprana y exclusiva. • Uso de tabaco, drogas y medicamentos durante el embarazo. • Violencia doméstica.

Suplementación con micronutrientes:

El suplemento para las mujeres embarazadas es con sulfato ferroso y ácido fólico, de acuerdo a la siguiente tabla:

Suplemento	Presentación	Dosis	Frecuencia de entrega
Hierro	Tableta de 300mg de Sulfato Ferroso	2 Tabletas de 300mg cada 8 días	Entregar 24 tabletas en cada control
Ácido Fólico	Tableta de 5mg de Ácido Fólico	1 Tableta de 5mg cada 8 días	Entregar 12 tabletas en cada control

2.2 ATENCIÓN DE PARTO:

OBJETIVOS:

1. Garantizar la atención del parto limpio y seguro en las comunidades, albergues y servicios de salud.
2. Apoyar en la planificación para la atención de forma inmediata las emergencias obstétricas.

En la fase inicial de una emergencia, los partos tienen lugar fuera de los establecimientos de salud sin llegar a ser asistidos por personal de salud capacitado. Muchas mujeres mueren por no tener la posibilidad de acceder a servicios obstétricos de urgencia o padecen consecuencias en la salud a largo plazo que podrían evitarse. En todas las poblaciones desplazadas existen mujeres que se encuentran en las últimas etapas del embarazo y que, por ende, darán a luz durante la etapa de emergencia. Por lo que es necesario contar con lo siguiente:

Equipo para el Primer Nivel de Atención

- Equipar a las comadronas y los albergues donde se detecten mujeres con un embarazo avanzado con equipo básico para la atención del parto limpio y seguro
- El equipo básico para la atención del parto contiene ver anexo 2
- Resulta de importancia brindar a las comadronas y a otro personal de salud capacitado los materiales y los medicamentos (amoxicilina y acetaminofen) que garanticen la atención del parto.

Equipo para el Segundo Nivel de Atención

- Se estima que un 15% de las mujeres embarazadas presentará complicaciones con potencial riesgo durante el embarazo o en el momento del parto.
- Es necesario dotar a los centros de salud y CAPS de los insumos y equipo para atención del parto normal y la estabilización de complicaciones obstétricas.
- Equipo para la atención del Parto para el segundo nivel de atención, ver anexo 3.

Equipo para el Tercer Nivel de Atención

- El 5% de las mujeres embarazadas que presentan una complicación requieren resolución de parto a través de una Cesárea.
- Para atender los CIAMI y los hospitales deben contar con equipos de atención obstétrica de urgencia las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana.
- Disponibilidad de sangre segura.
- Equipo de Cesárea, ver anexo 4.
- Tratamiento de emergencias obstétricas, las principales son: hemorragia, infección, hipertensión inducida y aborto.
- Tratamiento del aborto.



PROFILAXIS PARA MUJERES QUE ATIENDEN SU PARTO EN UN ALBERGUE O SERVICIOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Toda mujer cuyo parto es atendido en un albergue o servicio del primer nivel de atención debe recibir profilaxis para infecciones y tratamiento para el dolor como se detalla a continuación:

Medicamento	Dosis	Cantidad a entregar
Amoxicilina / tableta de 500mg	1 tableta cada 8 horas por 7 días	21 tabletas
Acetaminofen/ Tableta de 500mg	1 tableta cada 6 horas por 3 días	12 tabletas

Si después de tres días post parto se presentan síntomas como:

- Fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38°C).
- Dificultad respiratoria (le cuesta respirar).
- Mal olor por la vagina (flujo).
- Dolor de cabeza.
- Dolor y/o ardor al orinar.
- Orina frecuente y escasamente (poliuria y polaquiuria).
- Escalofríos.
- Dolor lumbar.
- Taquicardia materna.
- Malestar general.

Refiera inmediatamente a un servicio de mayor capacidad resolutive. Es importante orientar a la mujer y la familia sobre el motivo e importancia de la referencia.

MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA



MEDICAMENTOS PARA BOTIQUÍN DE EMERGENCIA ATENCIÓN MATERNA Y DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Medicamento	Cantidad	Tiempo Reposición	Almacenamiento	Observaciones
Oxitocina vial solución 5 UI/ml	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Refrigerado (2 a 8° C)	Mx. Controlado (despacho contra receta)
Metilergonovina ampolla 0.2 mg/ml	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30°)	Monitorear su utilización en emergencia
Ampicilina Vial 1 g	Cantidad para dosis stat	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30°)	Para uso exclusivo obstétrico
Gentamicina ampolla/vial 80 mg	Cantidad para dosis stat	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30°)	Para uso exclusivo obstétrico
Clindamicina ampolla 150 mg/ml	Cantidad para dosis stat	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30°)	Para uso exclusivo obstétrico
Sulfato de Magnesio IV 50%	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Monitorear su utilización en emergencia
Gluconato de Calcio 10% Ampolla 10 ml	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Para uso exclusivo obstétrico
Diazepam IV ampolla	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Mx. Controlado, (despacho contra receta)
Difenilhidantoína IV ampolla	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Monitorear su utilización en emergencia
Hidralacina vial/ ampolla	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Para uso exclusivo obstétrico
Sol. Salina 0.9% 1000 ml	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Asegurar abastecimiento y reposición para obstetricia exclusivamente
Solución Hartman 1000 ml	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Asegurar abastecimiento y reposición para obstetricia exclusivamente
Sol. Dextrosa 5% 500 ml	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Asegurar abastecimiento y reposición para obstetricia exclusivamente



MEDICAMENTOS PARA USO NEONATAL

Medicamento	Cantidad	Tiempo Reposición	Almacenamiento	Observaciones
Adrenalina IV	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30°)	Uso exclusivo Botiquín Neonatal
Naloxona ampolla 1 ml	Por dosis stat	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30° C)	Medicamento controlado (receta especial)
Bicarbonato de Sodio Solución al 7.5%	1 semana según consumo histórico	3 veces por semana	Temperatura Ambiente (menor 30°)	Uso exclusivo Botiquín Neonatal

3. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, CON ÉNFASIS EN VIOLENCIA SEXUAL

OBJETIVOS:

- Prevenir los factores de riesgo para la violencia basada en género y violencia sexual en comunidades y albergues.
- Facilitar el acceso a una atención médica y psicológica, rápida y oportuna en casos de violencia sexual.

La violencia sexual: se define como toda conducta que entrañe, amenaza o intimidación que afecta la integridad sexual de la persona principalmente de la mujer, adolescente y niñez.

3.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA SEXUAL A TOMAR EN CUENTA:

Actividades a coordinar con el administrador de albergues

1. Analizar los aspectos relacionados con la violencia sexual durante las reuniones de coordinación de salud.
2. Promover la seguridad física de los y las albergadas.
3. Promover y concientizar que las letrinas, puestos de higiene y de suministro de agua estén en lugares accesibles y seguros.
4. Proveer haladores, chapas, pasadores u otro tipo de seguros para el cierre de las letrinas y las instalaciones de higiene personal.
5. Promover iluminación adecuada para los caminos que se utilicen de noche.
6. Apoyar la gestión de transporte seguro, a las áreas de recolección de leña u otros artículos de necesidad o, patrullar las rutas de recolección en estrecha colaboración con las familias para proteger especialmente a las mujeres, niñas y niños.
7. Garantizar la inclusión de mujeres para trabajar en la distribución de alimentos, el registro y otros servicios.



8. Garantizar la presencia de oficiales de seguridad de sexo femenino.
9. Identificar a los individuos o grupos más expuestos a ser víctimas de violencia sexual (por ejemplo, familias a cargo de una mujer, niñas y niños solos, etc.) y abordar la cuestión de las necesidades de asistencia y protección que ellos puedan tener en consulta con dichas personas o grupos.

Actividades como proveedores de salud

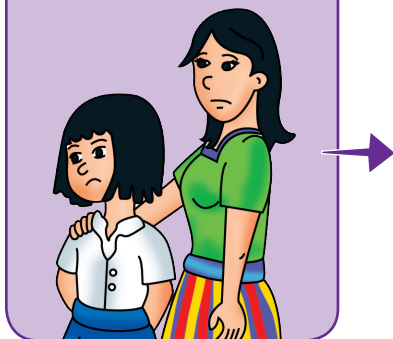
1. Asegurar la atención integral estándar para víctimas de violencia sexual, lo que incluye el suministro de anticonceptivos de emergencia, tratamiento preventivo de ITS, profilaxis posterior a la exposición para prevenir la transmisión del VIH, vacunación contra el tétano y la hepatitis B y atención de heridas según corresponda.
2. Garantizar culturalmente privacidad y confidencialidad a las víctimas.
3. Garantizar la presencia de agentes de salud o acompañantes del mismo sexo y que hablen el mismo idioma que la víctima, o, si ésta lo desea, de un amigo o miembro de la familia, en cualquier examen médico que se le efectúe.
3. Informar a la población afectada sobre la disponibilidad y ubicación de los servicios para la atención de víctimas de violencia sexual.
4. Garantizar la disponibilidad de atención psicosocial, con pertinencia cultural.
5. Identificar los lugares donde se han producido los hechos de violencia sexual, así como su respectivo registro y la toma de medidas preventivas adecuadas.

3.2 ATENCIÓN A PACIENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

RUTA DE ATENCIÓN EN VIOLENCIA SEXUAL

PASO 1: PRIMER CONTACTO

Personal del Albergue



1. Oriente a la persona.
2. Propiciar espacio seguro, confiable y privado.
3. Identifíquese y explique la atención que se le brindará.
4. En menores de edad verificar que esté acompañada de un adulto.
5. Refiera al Servicio de Salud más cercano para brindar atención médica y tratamiento oportuno antes de los tres días (72 horas).
6. Si no fuere posible el traslado, brinde el tratamiento inmediatamente. Albergues sin acceso.

PASO 2: SEGUNDO CONTACTO

Personal del Servicio de Salud



1. Propiciar espacio seguro, confiable y privado.
2. Identifíquese y explique la atención que se le brindará.
3. Asegure entregar al médico el expediente clínico de violencia sexual para su llenado.
4. Evaluar estado mental y emocional de la víctima.
5. Revise antecedentes médicos, gineco/obstétricos, traumáticos y quirúrgicos.
6. Asegure la disponibilidad de insumos para toma de muestras.
7. Tome las muestras de laboratorio según indique el médico.
8. Evaluación socioeconómica de la víctima, apoyar y dar seguimiento.

Médico del
Servicio de Salud



**PASO 3:
TERCER CONTACTO**

Psicólogo o
Psiquiatra



1. Llenar expediente clínico de violencia sexual y asegúrese que este completo.
2. Administrar a toda mujer o adolescente en edad reproductiva, anticoncepción de emergencia idealmente dentro de los tres primeros días, entre el 4to y 5to día se puede brindar, pero baja en un 35% la efectividad.
3. Si han transcurrido 5 a 7 días después del evento, puede utilizar la T de cobre como método alternativo, siempre y cuando cuenten con los insumos y personal de salud capacitado.
4. Realizar prueba basal de VIH con la consejería requerida.
5. Realizar pruebas de ITS.
6. Administrar antibióticos para la profilaxis de ITS.
7. Si no han transcurrido 72 horas del evento y la prueba basal de VIH es negativa iniciar profilaxis de antirretrovirales.
8. Aplicar vacuna antitetánica.
9. Asegurar el seguimiento médico a los 8 días, 3 meses, 6 meses y 12 meses.

1. Evaluar circunstancia y cultura de la víctima y brindar información.
2. Brindar atención en crisis.
3. En ausencia de un profesional de salud mental brindar primeros auxilios psicológicos.
4. Evaluar necesidad de interconsulta a psiquiatría.
5. Brindar la atención psicológica de recuperación para reducir los efectos.
6. Dar seguimiento de caso tanto para el abordaje psicológico y psiquiátrico.

3.3 ATENCIÓN EN CRISIS

CONDUCTAS Y SENTIMIENTOS ESPERADOS EN LAS VÍCTIMAS / SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL

El proveedor de salud debe estar atento y observar en la víctima/sobreviviente de violencia sexual los siguientes signos y síntomas:

- Sentimiento de temor que impide reaccionar y buscar ayuda.
- Sentimiento de tristeza.
- Actitud minimizadora de la violencia o necesidad de justificarla.
- Aislamiento de la familia y su entorno social, disminuyendo posibilidad de ayuda.
- Internalización de la culpa, la persona se siente responsable. Atribuye la violencia a una falla suya.
- Dificultades para mirar de frente a los ojos.
- Evasiva al explicar las causas de las lesiones.
- Ansiosa.
- Deprimida.
- Desesperada.
- Indecisa.
- Con miedo.
- Confundida.
- Avergonzada.
- Incómoda.

La familia de la víctima/sobreviviente de violencia sexual, puede comportarse de la manera siguiente:

- Da una versión diferente de los hechos.
- Preocupada.
- Temerosa.

El agresor que acompaña a la víctima/sobreviviente de violencia sexual, puede comportarse así:

- Un acompañante demasiado solícito, que insiste en permanecer cerca de la persona víctima debe despertar sospecha.
- Un acompañante demasiado obediente, lleno de remordimientos, esperando ganar la simpatía y solidaridad del personal de salud.
- Una persona que se hace pasar por personal de seguridad u otra autoridad pidiendo información sobre la víctima.

El proveedor de salud o terapeuta inicial que atiende a una víctima/sobreviviente de violencia sexual, debe procurar:

- Contar con área física adecuada que ofrezca privacidad y tranquilidad
- Presentación entre paciente y proveedor de salud (miembros del equipo de salud).
- Establecimiento de confianza, aclararle sobre el secreto profesional.
- Ayudar a la expresión de sentimientos que está manejando, ansiedad, miedo, confusión, negación, culpa otros.
- Permitir o propiciar que se exprese en relación a lo que desee hablar (no sea interrogatorio a la persona afectada) .

Todo proveedor de salud debe implementar técnicas y habilidades para el abordaje en el acompañamiento a la víctima/sobreviviente de violencia sexual, para ello es importante tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Aprenda a escuchar a los demás, no trate de hablar siempre usted.
- No siempre se tiene la razón. Sea analítico y flexible, sepa cambiar de posición u opinión cuando sea necesario.
- Mire a los ojos de la persona con la cual platica.
- No trate de aconsejar constantemente según su punto de vista.
- Trate de estar disponible cuando lo necesiten, esto es importante para un proveedor de salud, pues crea un clima de respeto, confianza, calidez y seguridad.
- Demuestre a la persona, que usted está interesado en lo que está diciendo.
- Utilice algunos gestos de asentimiento o realice algunas preguntas sobre lo que está expresando, para reforzar una actitud atenta de escucha.
- No se ponga de ejemplo usted misma (o).
- No minimice los problemas, ni los compare con otros con el propósito de subvalorarlos.
- No ironice.
- No responda a la hostilidad con agresividad.
- No se predisponga con las personas por sus primeras actitudes, aprenda a manejar las situaciones y mantener su dominio.

Todo proveedor de salud debe acompañar a la víctima/sobreviviente de violencia sexual, para ello es importante:

- Ofrecerle su solidaridad y ayuda.
- Demostrarle que comprende a la persona.
- Respetar su voluntad.
- Respetar sus creencias, prácticas, conocimientos, preferencias, costumbres, su cosmovisión y espiritualidad.
- No subvalorar formas tradicionales de enfrentar los problemas.
- Orientar en forma concreta, según necesidades y/o peticiones.

3.4 TRATAMIENTO PARA LA PACIENTE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL

El tratamiento médico requiere tres objetivos:

- Prevenir la ocurrencia de embarazo.
- Prevenir una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH.
- Inmunizar contra el tétanos.

A continuación se detallan los tratamientos según grupos poblacionales:

Anticoncepción de emergencia, para mujeres en edad fértil, no embarazadas ni hysterectomizadas				
ACE	Fármacos	Administración y dosis	Presentación	Total de frascos o tabletas por tratamiento
	Pregnon o Postinor II	1 tableta en la primera consulta y 1 tableta 12 horas después de la primera.	Progestageno 1.	2 tabletas
	Postinor I	1.5 mg 1 tableta dosis única.	Levonorgestrel 0.75 mg.	1 tableta en dosis única
Alternativa:				
	Lofemenal	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.	Tabletas de Norgestrel 0.30 mg mas Etinilestradiol 0.30 mg.	8 tabletas
	Mycrogynon 30 o Nordette 28	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después.	Tabletas Levonorgestrel 0.15 mg mas Etinilestradiol 0.030 mg.	8 tabletas

Esquema Convencional (no seguir esquema en mujeres embarazadas)		
Immunizaciones	Grupo a ser vacunado	Mujeres, hombres, adolescentes, niños y niñas mayores de 6 años que hayan sido víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y que presentan lesiones cortocutáneas, erosiones y/o excoriaciones con pérdida de sustancia, quemaduras, lesiones penetrantes en cualquier parte del cuerpo o evidencia de haber sufrido penetración, ano-genital.
	Dosis y vías de administración	5 dosis: TD1 Primer contacto. Td2: Un mes después Td3: Seis meses después, Td R1: 10 años después. Td-R2: 10 años después. Administrar 0.5 ml por vía intramuscular IM, en la región deltoidea (porción superior del brazo), de cualquier de los brazos.

Esquema Acelerado		
Immunizaciones	Grupo a ser vacunado	Mujeres, hombres, adolescentes, niños y niñas mayores de 6 años que hayan sido víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y que presentan lesiones cortocutáneas, erosiones y/o excoriaciones con pérdida de sustancia, quemaduras, lesiones penetrantes en cualquier parte del cuerpo o evidencia de haber sufrido penetración, ano-genital.
	Dosis y vías de administración	5 dosis: TD1 Primer contacto. Td2: Un mes después Td3: Seis meses después, Td R1: 1 año después. Td-R2: 1 año después. Administrar 0.5 ml por vía intramuscular IM, en la región deltoidea (porción superior del brazo), de cualquier de los brazos .

ADOLESCENTES, ADULTOS Y EMBARAZADAS					
ITS	Fármacos	Administración y dosis	Presentación	Total de frascos o tabletas por tratamiento	Observaciones
Gonorrea	· Ciprofloxacina	500 mg. vía oral, dosis única	Tabletas de 500 mg.	1 tableta	No utilizar en mujeres embarazadas.
	Alternativa: · Ceftriaxona	500 mg. IM. dosis única.	Frasco de 1 gr.	1 frasco	
Chlamydia	· Azitromicina	1 gramo vía oral, dosis única.	Tabletas de 500 mg.	2 tabletas	No utilizar en mujeres embarazadas.
	Alternativa: · Doxiciclina	100 mg. vía oral cada 12 horas por 7 días.	Tabletas de 100 mg.	14 tabletas	
Tricomonas (Administrar medicamento después de terminar tratamiento con antiretrovirales)	· Metronidazol, no ingerir alcohol	2 gramos vía oral, dosis única.	Tabletas de 500 mg.	4 tabletas	No utilizar en mujeres embarazadas.
	Alternativa: · Tinidazol, no ingerir alcohol	2 gramos vía oral dosis única.	Tabletas de 500 mg.	4 tabletas	No utilizar en mujeres embarazadas.
Sífilis	· Penicilina Benzatínica	2,400,000 UI. IM. dosis única.	Frasco de 2,400,000 UI	1 frasco	No utilizar en mujeres embarazadas.
	Alternativa: · Doxiciclina	100 mg. vía oral cada 12 horas por 7 días.	Tabletas de 100 mg.	14 tabletas	
VIH	Fármaco	Presentación	Posología	No. de tabletas	
	Zidovudina (AZT)	Tabletas 300mg.	1 tableta 2 veces al día por 28 días.	56 tabletas	
	Lamivudina (3TC)	Tabletas 150mg.	1 tableta 2 veces al día por 28 días.	56 tabletas	
	Combivir*	Tabletas de 300/150mg.	1 tableta 2 veces al día por 28 días.	56 tabletas	

- Si es alérgica referir al hospital mas cercano para desensibilizar.
- Para prevenir la Sífilis congénita el único medicamento es la Penicilina Benzatínica.
- Se debe tratar la pareja sexual de la víctima.
- La dosis es la misma para el tratamiento de sífilis primaria, secundaria y latente temprana.
- Si se sospecha de sífilis latente tardía dar dos dosis más de penicilina benzatínica IM cada 8 días por dosis más si existe la capacidad resolutive, de lo contrario referir a servicio de salud que cuente con la capacidad resolutive.



NIÑOS Y NIÑAS, MENORES DE 2 AÑOS

Infecciones de Transmisión Sexual

ITS	Fármacos	Administración y dosis	Presentación	Total de frascos o tabletas por tratamiento
Gonorrea	Ceftriaxona	En peso menores de 30 kg 125 mg IM dosis única En mayores de 30 Kg 250 mg IM. dosis única.	Frasco de 1 gramo, vial	1 vial
Chamydia	Azitromicina.	8 mg/Kg/ vía oral, dosis única hasta 2 gramos	200mg/5mL frasco en suspensión pediátrica	1 frasco
	Alternativa: Eritromicina base	50 mg/kg/ divido 4 dosis por 7 días	Frasco 250mgs/ml en suspensión pediátrica	2 Frascos
Sífilis	Penicilina Benzatinica	50,000 UI/kg/ IM dosis unica máximo 2.4 millones	Frasco de 2,400,000 UI	1 Frasco
	Alternativa (en caso de alergias a la penicilina): Eritromicina base	50 mg/kg/ divido 4 dosis por 7 días	Frasco 250mgs/ml en suspensión pediátrica	2 Frascos
	Doxiciclina en mayores de 8 años (excluir si hay embarazo)	100 mgs vía oral cada 12 horas por 14 días	Tabletas de 100 mgs	28 Tabletas
Tricomoniasis Al terminar el tratamiento con ARV realizar frote, si es positivo administrar medicamento	Metronidazol	En peso menor de 40 kgs de 15-30 mgs/Kg vía oral, dosis unica En peso mayor de 40kg: 2 gramos vía oral, dosis unica	Frasco de 250 mg/ml en Suspensión pediátrica Tabletas de 500 mgs	1 Frasco 4 tabletas
VIH	Fármacos	Administración y dosis	Presentación	Total de frascos por tratamiento
4 kg a menores de 9 kg	Zidovudina AZT	12 mg/kg/vía oral cada 12 horas por 28 días	Jarabe 10 mg/ml de 240mL	1 frascos
	Lamivudina 3TC	4 mg/Kg cada 12 horas por 28 días	Jarabe 10 mg/ml de 240mL	1 frascos
9 kg a < 30 kg	Zidovudina AZT	12 mg/kg/vía oral cada 12 horas por 28 días	Jarabe 10 mg/ml de 240mL	1 - 2 frascos
	Lamivudina 3TC	4 mg/Kg cada 12 horas por 28 días	Jarabe 10 mg/ml de 240mL	1 - 2 frascos
> 30 Kg	Zidovudina AZT	300 mg vía oral cada 12 horas por 28 días	Tabletas de 300 mg	56 tabletas
	Lamivudina 3TC	150 mg vía oral cada 12 horas por 28 días	Tableta de 150 mg	56 tabletas
	Zidovudina AZT 300mg + Lamivudina 3TC 150mg	1 tableta vía oral cada 12 horas por 28 días	Tableta de 300mg + 150mg	56 tabletas

Si es sospecha de sífilis latente tardía, dar dos dosis más de penicilina benzatinica IM cada 8 días más si existe la capacidad resolutive, de lo contrario referir a servicio de salud que cuente con la capacidad resolutive.

Notas VIH: - la cantidad de frascos de jarebe a utilizar varia de acuerdo al peso de la niño o niña.

- Si no hay disposición de presentación en jarabe, se debe preparar formulación galénica (formulación de jarabe pediátrico a partir de tabletas de ARV) para llegar a la presentación descrita.

4. REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH

OBJETIVOS:

- Disminuir el riesgo de transmisión de ITS, VIH-Sida en las personas y personal de salud.
- Proporcionar condones para uso de la población de forma regular.
- Garantizar la disponibilidad de condones a la población afectada.

En situaciones de emergencia hay cuatro aspectos importantes principales donde enmarcar la prevención de infecciones de transmisión sexual y VIH:

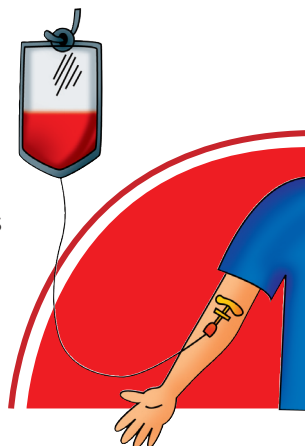
- 4.1 Aplicar las precauciones estándar.
- 4.2 Asegurar la disponibilidad de preservativos en forma gratuita.
- 4.3 Garantizar transfusiones de sangre segura en el tercer nivel de atención
- 4.4 Fortalecer las acciones del Información, Educación y Comunicación (ITS).

4.1 APLICAR LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Las precauciones estándar son medidas sencillas tendientes a controlar las infecciones que reducen el riesgo de transmisión de los patógenos, mediante la exposición de sangre o fluidos corporales entre los pacientes y los trabajadores de la salud. El principio de las “precauciones estándar” considera que *toda la sangre y los fluidos corporales de cualquier persona están infectados por el VIH*, independientemente de que se conozca o presuma la condición de una determinada persona.

Las medidas mínimas son:

- Garantizar que todo el personal (tanto médico como de apoyo) en los ámbitos de la salud comprendan cuáles son las precauciones estándar y medidas de bioseguridad.
- Garantizar un ambiente limpio en los servicios de salud.
- Disponer instalaciones para el lavado frecuente de manos; (agua corrida, jabón, toallas desechables).
- Lavado en seco a base de alcohol.



- Usar barreras de protección, como guantes desechables, para todos los procedimientos en los que se tenga contacto con sangre u otros fluidos corporales, batas o delantales impermeables, mascarilla, lentes, el equipo debe ser desechable.
- El equipo de hipodermia debe ser descartable.
- Limpiar, desinfectar y esterilizar el equipo médico empleando las técnicas más adecuadas para el entorno en el que se trabaja (por ejemplo, desinfección de alto nivel, en agua hirviendo por lo menos durante 20 minutos o mediante la utilización de cloro al 0.05%).
- Tratar las heridas laborales, comenzando por un lavado profundo de la lesión, enjuagando los ojos o haciendo buches, y disponiendo un tratamiento para la etapa posterior a la exposición cuando pueda garantizarse.
- Asegurar la manipulación segura de objetos cortopunzantes, lo que incluye el suministro de guardianes.
- Manejo adecuado de desechos sólidos hospitalarios según Acuerdo gubernativo 509-2001.

4.2. GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE PRESERVATIVOS EN FORMA SEGURA

Los preservativos son uno de los principales métodos para protegerse y prevenir la infección por el VIH y otras ITS. En estos casos es importante solicitar una cantidad suficiente de insumos de manera inmediata para garantizar el acceso universal, priorizando los albergues.

4.3 TRANSFUSIONES DE SANGRE SEGURA EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Las transfusiones de sangre segura son fundamentales para prevenir la transmisión del VIH, hepatitis, sífilis y otras infecciones. Se recomienda el uso de los criterios estándar para las transfusiones de sangre definidos por la OMS.

- Reducir la necesidad de transfusiones de sangre promoviendo y capacitando al personal médico para el uso de soluciones de reemplazo de volumen cuando sea posible.
- Evitar, dentro de lo posible, las transfusiones de sangre durante la noche debido a que la luz por lo general resulta insuficiente en ese momento del día.

- Diseñar sistemas adecuados para realizar transfusiones y contar con personal médico capacitado a tales efectos que responda por las mismas cuando se implementen en el ámbito de un campamento y albergues.
- En condiciones ideales, las transfusiones de sangre deben llevarse a cabo en establecimientos de salud donde existan laboratorios capaces de analizar las muestras de los donantes para verificar la presencia de VIH y otras enfermedades infecciosas, hacer las pruebas de compatibilidad correspondientes y manejar las complicaciones que puedan surgir en relación con las transfusiones.
- Capacitar a todos los trabajadores de la salud a fin de garantizar que la sangre transfundida en su lugar de trabajo y/o el suministro de sangre de los centros a los que derivan los pacientes sean seguros.
- Seleccionar a donantes seguros.
- Garantizar que toda la sangre para las transfusiones sea segura mediante su análisis para detectar la presencia de VIH y otras enfermedades transmisibles por sangre.
- Asegurar que los bancos de sangre cuenten con los insumos suficientes para el análisis de la sangre.
- Disponer de una cantidad adecuada de insumos para el análisis de la sangre donde se requiera.

4.4 FORTALECER LAS ACCIONES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

- Una de las principales formas de prevenir es informar, educar y capacitar para tomar decisiones adecuadas.
- Garantizar la existencia de materiales informativos.
- Contar con material mínimo necesario para desarrollar actividades de IEC.
- Establecer mecanismos de seguimiento que garanticen el desarrollo de actividades sistemáticas de IEC.

Un aspecto importante a tomar en consideración es establecer el número de personas que viven con VIH y que necesitan acceder a sus medicamentos para garantizar la continuidad del mismo a través de la Referencia a las unidades de Atención Integral de los Hospitales de la Red Nacional.

5.

PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD REPRODUCTIVA

OBJETIVOS:

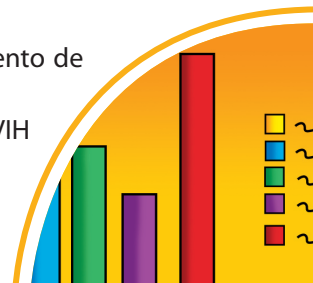
- Planificar el acceso a servicios de salud reproductiva integrales en situaciones de desastres.
- Favorecer el acceso a servicios de planificación familiar, tratamiento de las ITS, tratamiento del VIH, entre otros, en los espacios locales durante la emergencia y después de esta.

Resulta fundamental planificar la integración de las actividades de salud reproductiva con los servicios primarios de salud durante la fase inicial. De no hacerlo, la prestación de tales servicios puede demorarse de manera innecesaria, lo que podría incrementar el riesgo de embarazos no deseados, complicaciones durante el embarazo, el parto y enfermedades de transmisión sexual, entre las que se encuentra el VIH, por lo que es necesario expandir los servicios de salud reproductiva una vez que se ha estabilizado la situación de crisis y se han implementado todos los componentes del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos.

Es primordial asegurar la disponibilidad de insumos, medicamentos esenciales y anticonceptivos, y que su pedido sea efectuado de manera racional y sostenible de forma que la población desplazada pueda tener acceso a servicios integrales de salud reproductiva a la mayor brevedad posible.

La experiencia ha demostrado que, además de ofrecer el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, resulta importante dar respuesta a las necesidades de la población afectada impulsando servicios complementarios de salud reproductiva que, en lo posible, deberán incluir:

- El suministro de antibióticos para el tratamiento de personas con síntomas de ITS.
- Tratamiento de personas expuestas o VIH positivas.
- Disponibilidad de anticonceptivos básicos a fin de poder dar respuesta a la demanda de mujeres que tengan experiencia en el uso



de anticonceptivos y que ya no tienen la posibilidad de acceder a los métodos por los que habían optado.

- Productos básicos de higiene adquiridos a nivel local y suministrados a todas las mujeres y niñas, según demanda incluyendo productos de higiene femenina, ropa interior, jabón y toallas sanitarias para un período de 3 meses.
- Fortalecer acciones de IEC en el componente de Salud Reproductiva.

Es importante tener en cuenta los siguientes factores para la selección del lugar donde se ofertan los servicios de salud con énfasis en salud reproductiva, entre ellos están:

- Seguridad, tanto en el lugar elegido como en el camino entre las viviendas y el punto de prestación de los servicios.
- Acceso para los potenciales usuarios.
- Privacidad y confidencialidad durante las consultas.
- Fácil acceso a instalaciones de suministro de agua y saneamiento.
- Espacio suficiente.
- Garantizar material de IEC con enfoque de Salud Reproductiva.
- Contar con un plan de emergencia.
- Posibilidades de mantener las condiciones de higiene.
- Medios de comunicación y transporte para las referencias.
- Herramientas para recolección y análisis de datos.
- Instalaciones para el almacenamiento bajo llave de insumos y archivos.

Planificación Familiar

La planificación familiar es la decisión informada, voluntaria y confidencial de las mujeres, hombres o parejas sobre su fecundidad. En ocasiones para retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos o bien, no tener más hijos.

Durante los procesos de crisis es necesario que el acceso a servicios de planificación familiar sea garantizado, para ello los servicios de salud deben considerar la necesidad de obtener información de la situación de las mujeres relacionado a la necesidad y uso de métodos de planificación familiar, en las comunidades y albergues y con base a esto contar con los insumos en los todos los servicios, incluyendo las brigadas que acuden a las comunidades lejanas y albergues.

Para ello es necesario establecer el mecanismo logístico que permita cumplir con este proceso de atención.

Si bien la planificación familiar no forma parte del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos, de ser posible, deberán obtenerse anticonceptivos en caso de que sean solicitados (ver anexo 5). Pero es importante resaltar que es básico ofertar consejería y métodos en todos los espacios como la comunidad, albergues y servicios de salud.

A continuación se grafica un resumen del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos en Salud Reproductiva, que se desarrolló en este capítulo:



IV.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, CONTINGENCIA Y DESASTRE

OBJETIVOS

- Proporcionar atención que ayude a la población que afronta la crisis provocada por el evento o desastre.
- Dar seguimiento a los casos detectados de crisis emocionales.

ACCIONES A REALIZAR



1. Primeros Auxilios Psicológicos


Estos se brindan cuando las dolencias de la persona no obedecen a los daños físicos sino a las emociones que este padeciendo en ese momento, como: miedo, tristeza, angustia, llanto y dolor, para lo que se recomienda:

- Valore cuidadosamente las reacciones de las personas afectadas por el desastre e identifique con criterios claros a las que requieren una atención psicológica más urgente para ofrecerles un apoyo personalizado.
- La persona que está en estado de choque o conmoción debe ser alejada del ambiente traumático y trasladada a un ambiente donde se sienta segura, llamándola por su nombre.
- Sostenerle la mano, abrazarla, acariciarla, hablarle con tono afectuoso y sereno (si lo permite).
- Si la persona afectada está confusa o no tiene una impresión clara de lo que le está sucediendo, el personal de primera respuesta debe contestar las preguntas comunicando claramente que está actuando solidariamente para resolver sus problemas.
- Si la persona expresa sus sentimientos de dolor o frustración con un comportamiento agresivo, por ejemplo, golpeando objetos, acompañela calmadamente, sin tratar de detenerla inmediatamente, a menos que la seguridad de ella misma o de otros corra peligro.

- Asegúrese de que la primera ayuda psicológica no interfiera ni complique los primeros auxilios médicos.
- Apoyar en la solución de sus necesidades básicas y de supervivencia (alimentación, agua potable, abrigo, alojamiento, atención médica, etc.).
- Apoyar a la víctima a través del acompañamiento de la familiar y grupos sociales organizados o redes.

2. Atención al sobreviviente:

I Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales. • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas. • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor. • Ansiedad difusa. • Deseo-temor de conocer la realidad. • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra. • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas. • Ocasionalmente, estado de confusión aguda. <p>Nota: es necesario reconocer que la víctima, sobreviviente de violencia sexual si se diera el caso, puede presentar: ansiedad, miedo, agresividad, opresión, palpitations, sudoración, temblores, sensación de ahogo, inestabilidad, hormigueo y escalofríos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. • Socorro y protección. • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas. • Primera ayuda psicológica.
II Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes 	<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción y miedo; nerviosismo. • Tristeza. • Duelo. • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados). • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito. • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental. • Ayuda humanitaria. • Facilitar las condiciones para que las personas de la comunidad se movilicen y tengan control sobre la respuesta a la emergencia en todos los sectores. • Enfocar el uso de recursos locales y apoyo de la comunidad. • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con sicopatología. • Intervenciones psicosociales individuales y grupales facilitando las condiciones para prácticas apropiadas, tomando en cuenta la cultura local. • Atención de casos con trastornos psíquicos.

III Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
<p>2 a 3 meses</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que se va reduciendo. • Tristeza que persiste por más tiempo. • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, auto agresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psico activos). • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas. • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, re victimización o impunidad. • Síntomas somáticos que persisten. • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la red social. • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados. • Intervención psicológica individual. • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional).

3. Atención al sobreviviente de un desastre a los tres meses posterior al evento:

A partir de los tres meses. En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas, a excepción de fechas de aniversario.

Tome en cuenta que pueden existir algunos problemas o trastornos que pueden mantenerse pasado los 3 meses y que requerirán de atención especializada por el sistema sanitario local (detecte y remita oportunamente).

- Duelos patológicos.
- Conductas que indican riesgo de suicidio.
- Somatizaciones tardías: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos.
- Cuadro de síntomas de estrés postraumático.

¿Qué queremos decir por síntomas de estrés postraumático?

(post- traumatic stress disorder, PSDT)

Actualmente se reconoce que éstos no aparecen tan frecuentemente como se presumía. Lo más usual es que algunas personas que han sido sobrevivientes de violencia o situaciones especialmente catastróficas experimenten algunos síntomas aislados de los que tradicionalmente se han incluido en el PTSD.

Tome en cuenta si el sobreviviente:

1. **Revive** repetidamente el trauma, a manera de recuerdos o pesadillas.
2. Muestra grave **disminución del interés** por lo que está pasando, sentimiento de estar aislado de los demás, afecto empobrecido (como “congelado”).
3. Excesiva respuesta a estímulos.
4. **Trastornos** del sueño.
5. **Dificultad** para concentrarse.
6. **Sentimientos de culpa**, por haber sobrevivido, por no haber evitado algo.
7. **Evitación de actividades**, lugares o personas que recuerdan el evento traumático.
8. **Aumento de los síntomas** cuando está en circunstancias que simbolizan el evento traumático o se parecen al mismo.

Nota: Si los signos y síntomas anteriormente descritos no le permiten funcionar adecuadamente en su ambiente deberá referirlo a un servicio de salud que cuente con la especialidad de psicología o psiquiatría para su tratamiento.

V.

LOGÍSTICA DE INSUMOS

La logística es la serie de actividades que en conjunto contribuye a garantizar la disponibilidad oportuna de insumos para la prestación de un servicio. El sistema logístico comprende:

Selección de productos: En situaciones de desastres los suministros sanitarios más importantes son aquellos para tratar a las víctimas y evitar la propagación de enfermedades transmisibles. Es importante resaltar que si bien los insumos anticonceptivos no son medicamentos esenciales, se deberán tener en caso de ser solicitados.

En situaciones de desastres es necesario garantizar equipo básico para atención de parto en los tres niveles de atención.

Programación y adquisición: Esto corresponde al cálculo de las cantidades de diversos productos que serán necesarias durante un determinado período de tiempo. En casos de desastres esto se basará en las patologías más frecuentes y la atención de poblaciones más vulnerables como lo son mujeres embarazadas, víctimas de violencia sexual entre otras, garantizando la aplicación de las normas de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Para el equipo básico para la atención de parto en los tres niveles de atención se utilizará el siguiente criterio, para el cálculo de la adquisición:



EQUIPO PARA ATENCIÓN DE PARTO COMUNITARIO

El equipo para atención de parto comunitario contiene los insumos necesarios para la atención de un parto limpio y seguro en el primer nivel de atención.

Población beneficiaria: El contenido del equipo para atención de parto comunitario se basará en la hipótesis de que, en una población de 10.000 personas, habrá 100 partos en 3 meses, es decir, un índice de natalidad bruto del 4%. Será necesaria la adquisición de 100 equipos para la atención de parto comunitario para la atención de una población de 10,000 personas.



EQUIPO PARA ATENCIÓN DE PARTO EN SERVICIOS DE SALUD DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Este equipo debe ser diseñado para la atención del parto en las instalaciones de servicios de salud del segundo nivel de atención:

- Para llevar a cabo partos normales.
- Para suturar episiotomías y desgarros del perineo bajo anestesia local.
- Para estabilizar a pacientes (mediante un goteo o medicamentos) con complicaciones serias antes del nivel de referencia (por ejemplo, eclampsia o hemorragia).

Población beneficiaria: El contenido del equipo se basa en la premisa de que en una población de 30.000 personas, habrá 300 partos en 3 meses (un índice de natalidad bruto del 4%). Si el 15% da a luz en instalaciones sanitarias, es necesario prepararse para atender 45 partos en una población de 30,000 personas.



EQUIPO PARA ATENCIÓN DE PARTO EN SERVICIOS DE SALUD DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Este equipo se diseñará para la atención de partos en el tercer nivel de atención de salud, donde se cuenta con las instalaciones necesarias para llevar a cabo cesáreas y otras intervenciones quirúrgicas obstétricas

- Para reanimar a madres y niños.
- Para iniciar el tratamiento antibiótico por vía intravenosa para tratar la sepsis puerperal y la enfermedad inflamatoria pélvica.

Población beneficiaria: En una población de 150.000 personas, con un índice de natalidad bruto del 4%, se producirán 6.000 partos en 12 meses, o 1.500 partos en 3 meses. Se estima que aproximadamente el 5% de ellos requerirán cesáreas ($5\% \times 1.500 = 75$), y aproximadamente, otras 30 mujeres necesitarán otro cuidado de emergencia, por lo que será necesario estar preparados para la atención de 105 cesáreas o complicaciones en una población de 150,000 personas.



MEDICAMENTOS PARA SITUACIONES DE EMERGENCIA, CONTINGENCIA Y DESASTRE

En lo referente a medicamentos, la estimación para la adquisición en servicios de salud se basará en el promedio mensual de demanda real y los niveles de seguridad, garantizando el abastecimiento hasta el nivel máximo.

En el primer nivel de atención y en albergues que no estén cercanos a algún servicios de salud, se deberá garantizar como mínimo el abastecimiento de los siguientes insumos (ver anexo 6):

Para profilaxis en la atención del parto por cada cien personas albergadas o menos:

Medicamento	Cantidad a entregar
Amoxicilina 500mg	25
Acetaminofén 500mg	15

Para la suplementación con micronutrientes por cada 100 personas albergadas o menos:

Medicamento	Cantidad a entregar
Acido Fólico 5mg	375
Sulfato Ferroso 300mg	385

Para la atención de la planificación familiar y profilaxis de ITS, VIH-Sida por cada 100 personas albergadas o menos:

Anticonceptivo	Cantidad
Inyectable trimestral	4
Ciclos orales	3
Inyectable mensual	1
Condomes	144

Para la adquisición por los albergues, el encargado del servicio de salud más cercano coordinará con el responsable de salud reproductiva del albergue quien será el encargado del manejo de los medicamentos de salud sexual y reproductiva. El responsable en el albergue reportará quincenalmente el consumo de los medicamentos brindados para evaluar si es necesario solicitar una nueva cantidad.

Para los tratamientos de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual si no es posible referir a un servicio con capacidad resolutive antes de las 72 horas de sucedida la violación, se debe contar con al menos un tratamiento para niños o niñas y otro para adultos de acuerdo a lo establecido en la página 25 y será adquirido directamente del área de salud, quien a su vez lo adquirirá del Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Distribución: es la cadena completa de instalaciones y transporte por los cuales tienen que pasar los insumos hasta ser entregados al usuario o usuaria.

En el caso de albergues los insumos serán distribuidos a través del servicio de salud más accesible (puesto, centro, CAP, CAIMI) de acuerdo a la estimación de necesidades realizada en el paso anterior.

Los servicios de salud se abastecerán de acuerdo al sistema de distribución ya establecido por el MSPAS (distribución directa o distribución indirecta).

Mientras dure la emergencia los servicios de salud abastecerán al albergue que corresponda de forma quincenal de acuerdo al consumo presentado por el albergue a través del SIGSA 3.

Almacenamiento: Es mantener los medicamentos y productos afines de tal manera que, siempre estén accesibles, en buenas condiciones y disponibles para su consumo. En el caso de los albergues se deberá mantener los insumos en un lugar seguro y accesible que permita conservar la integridad de los medicamentos. El responsable del resguardo de los medicamentos será el encargado de salud reproductiva previamente nombrado.

Los servicios de salud deberán mantener las condiciones de almacenamiento establecidas en las normas del MSPAS.

Atención al Usuario: Cumplir con las necesidades de la población prestando servicios de calidad en un ambiente de respeto y adecuados a su realidad. Los métodos anticonceptivos deben de estar disponibles para quien lo requiere en su momento. Las cantidades a entregar al usuario se basarán en las normas de atención:

Para profilaxis de mujeres cuyo parto fue atendido en el primer nivel de atención:

Medicamento	Cantidad a entregar
Amoxicilina 500mg	21 para el tratamiento completo
Acetaminofén 500mg	12 para el tratamiento completo

Para suplementación con micronutrientes

Medicamento	Cantidad a entregar
Acido Fólico 5mg	12 tabletas para 3 meses
Sulfato Ferroso 300mg	12 tabletas para 3 meses

Para anticonceptivos

Método	Primera consulta	Tiempo para volver al servicio	Reconsulta	Tiempo para volver al servicio
Inyectable trimestral	1	3 meses	1	3 meses
Ciclos orales	1	1 mes	3	3 meses
Inyectable mensual	1	1 mes	1	1 mes
Condomes	12	1 mes	24	2 meses

Nota: Para dar información a la usuaria sobre los métodos de planificación familiar se debe contar con trifolios de los métodos de planificación familiar que se proporcionarán en el servicio de salud de donde adquiera los métodos anticonceptivos.

Sistema de Información: conjunto organizado de datos y registros interrelacionados que brindan información logística esencial. En el caso del sistema logístico el registro es esencial para la toma de decisiones por lo que es importante que se registre toda la información. En el caso de albergues para la entrega de insumos anticonceptivos deberá llenarse el SIGSA 3, el cual se reportará semanalmente al servicio de salud de donde se adquirieron los insumos.

Es importante recalcar que la cantidad entregada y la existencia disponible en el albergue debe cuadrar con lo entregado inicialmente. Al disolverse el albergue el encargado deberá regresar al servicio de salud los insumos que no entregó a usuarios o usuarias.

El servicio de salud deberá llenar los instrumentos previamente establecidos en las Normas y Protocolos de Logística del MSPAS.

VI.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

Un aspecto clave durante la emergencia, contingencia y desastre, es determinar el o los mecanismos de comunicación, que permitan al momento de identificar una urgencia, el traslado y referencia oportuna, para la cual debe tener el mapeo actualizado de la red de servicios de salud y capacidad resolutive del área de influencia, y de otras instituciones de apoyo a las acciones de salud.

En el momento del impacto se debe establecer los daños de infraestructura, recurso humano, equipo e insumos de los servicios de salud, para que la referencia sea efectiva y la atención oportuna.

Las comunidades, albergues y servicios de salud deben disponer de planes de emergencia que permitan ser activados en caso de emergencia, para ello es importante identificar actores claves que permitan la operativización del mismo.

VII.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

Durante el momento del desastre es importante obtener información sobre salud reproductiva en los albergues específicamente. A continuación se presenta un listado de datos que es importante el llenado.

Servicio a evaluar	Si	No	Número identificado	Observaciones
DATOS GENERALES				
Número de mujeres albergadas por grupo etareo				
Número de mujeres embarazadas por grupo etareo				
Número de mujeres embarazadas por trimestres de embarazo				
Número de mujeres que usan algún método de planificación familiar				
PROCESOS				
Número de charlas de consejería durante el embarazo				
Número de mujeres embarazadas suplementadas				
Número de consultas prenatales				
Número de embarazos con complicaciones detectadas				
Número de referencias				
Número de Partos atendidos				
Número de consultas post parto				
VIOLENCIA CONTRA LA MUJER				
Número de casos detectados				
Número de casos con atención médica y psicológica				
Número de casos referidos a los mecanismos legales				
Número de kits disponibles				
PLANIFICACION FAMILIAR				
Número de consejerías desarrolladas				
Número de usuarias activas				
Número de usuarias nuevas				
Existencia de: Anticonceptivos orales				
• Inyectable mensual				
• Inyectable trimestral				
• Condones				
VIH-SIDA				
Número de charlas desarrolladas				
Número de condones disponibles				
No. de pacientes VIH positivos detectados				
No. de pacientes VIH positivos en tratamiento				

De la información anterior se puede definir los siguientes indicadores para el monitoreo y evaluación de la salud reproductiva en situaciones de emergencia, contingencia y desastre.

Indicadores

- Coordinador general de salud reproductiva nombrado y en ejercicio de sus funciones que responde al equipo de coordinación de servicios de salud.
- Establecimiento de albergues con servicios en salud reproductiva.
- Material disponible y en uso para la implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos.
- Recolección de información básica demográfica y de salud reproductiva.
- Sistemas coordinados multisectoriales implementados para prevenir la **violencia sexual**.
- Servicios de salud confidenciales disponibles para tratar casos de violencia sexual.
- Personal capacitado (actualizado) para prevenir y dar respuesta a la violencia sexual.
- Materiales en cantidad suficiente para que trabajadores de la salud, capacitados e idóneos, puedan practicar las precauciones estándar.
- Preservativos adquiridos y puestos a disposición de la población.
- Equipo para partos limpios y seguros disponibles y distribuidos.
- Equipo para partos disponibles en los servicios de salud.
- Hospital de referencia evaluado y con el apoyo necesario en términos de personal calificado equipamiento e insumos.
- Sistema de referencia para urgencias obstétricas en funcionamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Servicios de salud identificados para la futura prestación de servicios integrales de salud reproductiva.
- Personal capacitado en los protocolos del Ministerio de Salud.
- Identificación de un Sistema de Logística de medicamentos.

VIII. ANEXOS

Anexo 1

Ficha de Vigilancia de la embarazada			
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología.			
Registro No: _____			
Nombre de la embarazada: _____	Edad: _____	Etnia: _____	Escolaridad: _____
Nombre esposo: _____	Edad: _____	Etnia: _____	Ocupación: _____
Distancia al servicio de salud más cercano: _____ kms. Tiempo en llegar : _____ Hrs. Nombre de la comunidad: _____			
No. de teléfono/celular de la señora, o pareja o comunitario _____		Fecha de última regla: _____	Fecha probable de parto: _____
No. de partos: _____	No. de abortos _____	No. de cesáreas: _____	Hijos Vivos: _____
		Hijos Muertos: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			
	NO	SI	
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Antecedente de mas de 3 gestas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Peso al nacer del último bebé < 2500 g. (5 libras 8 onz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Peso al nacer del último bebé > 4500 g. (9 libras 9 onz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Antecedentes de hipertensión o preeclampsia/eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Cirugías previas en el tracto reproductivo (cesárea, miomectomía, Conización o cerclaje cervical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EMBARAZO ACTUAL			
8. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Menos de 20 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Más de 35 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Paciente Rh (-)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Hemorragia vaginal (sin importar cantidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. VIH positiva o sífilis positiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Presión arterial diastólica mayor de 90 mm hg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Anemia clínica o de laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Desnutrición u obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES MÉDICOS:			
17. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Consumo de drogas (incluido el consumo de alcohol y tabaco).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa o discapacidad física y/o mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Por favor, especifique.			
Para fines de la vigilancia se entiende que toda mujer embarazada se considera de riesgo, sin embargo existen condiciones que hacen necesaria una vigilancia mas estrecha. La presencia de alguna de las siguientes características hace necesario el seguimiento de la paciente en un servicio con capacidad resolutive adecuada.			
¿Es legible?	Marque con un círculo	NO	SI
Si la respuesta es NO, será derivada a:			
Fecha: _____	Nombre: _____	Firma: _____	
(personal responsable de Extensión de Cobertura)			

Anexo 2

Insumos para Kits de parto comunitario		
Tijera abotonada	Acetaminofen 500mg	Balanza salter
Bandeja	Amoxicilina 500	Alcohol gel de 500mL
Toallas de manos	Linterna pequeña que no use baterías	Alcohol isopropílico de 500mL
Aulado de 1.5*1 mts	Pañal de 1mts X 1mts	Guantes desechables 1 mediano y pequeño
Capa liviana para lluvia	Cinta de castilla rollo	
Gasa 3" X 4" rollo	Maletín	

Anexo 3

EQUIPO DE PARTO PARA ASISTENCIA MÉDICA		
Medicinas	Suturas, sintética, absorbible, DEC3(2/0), aguja 3/8 30 mm, redondeada, , estéril, uso único	Torniquete, látex, aproximadamente 75 cm
Amoxicilina, tabletas de 250 mg		Bandeja para instrumentos, acero inoxidable, aproximadamente 225 x 125 x 50 mm, con tapa
Metronidazole, tabletas de 250 mg	Tubo succión, CH10, 50 cm de largo, punta cónica, estéril, uso único	Caja de parto (UNICEF 2007, ref: 9910003)
Sulfato ferroso, 300 mg	Tubo succión, CH14, 50 cm de largo, punta cónica, estéril, uso único	Tijeras Mayo, 140 mm, curvas, b/b (para cortar el cordón umbilical)
Ácido fólico 5mg	Catéter, uretral, CH12, estéril, uso único	Tijeras ginecológicas, 200 mm, curvas b/b (para episiotomías)
Tetracyclina hidrocloreto, pomada ocular, 1%	Compresa, gasa, 10 x 10 cm, estéril, uso único	Pinza arterial, Koger, 140 mm, recta
Lidocaina hidrocloreto, solución inyectable, 10mg/ml (1%)	Algodón en rama, rollo de 500 g , no estéril	Caja de sutura (basada en el kit de sutura de UNICEF, 2007 ref: 9910004)
*Oxytocina, inyectable, 10 IU/ml, ampollas de 1 ml	Cinta adhesiva, óxido de cinc, 2.5 cm x 5m	Tijeras Deaver, 140 mm, curvas, s/b
Cloruro de sodio, solución para perfusión, 0.9% (isotónica)	Cinta, umbilical, 3 mm x 50 m, no estéril	Porta agujas, Mayo-Hegar, 180 mm, recta
Glucosa, solución para perfusión, 5% (iso-osmótica)	Jabón de aseo, barra, aproximadamente 110 g, empaquetado	Pinza para tejido, estándar, 145 mm, recta
Dextran 70, solución inyectable, 6%	Caja de seguridad para jeringas y agujas usadas, capacidad de 5 litros	Pinza arterial, Kocher, 140 mm, recto
Sulfato de magnesio, solución inyectable, 500mg/ml	Gafas de seguridad, tamaño regular, desechable	Material de esterilización (UNICEF 2007 ref: 9908200)
Gluconato de cal (monohidrato), solución inyectable	Bolsa (sobre), de plástico, para medicamentos, aproximadamente 10 x 15 cm, envase de 100	Esterilizador a queroseno, quemador sencillo a presión
Agua para inyección	Delantal de protección de plástico, reutilizable	Esterilizador a vapor, aproximadamente 39 litros, con salida
Gluconato de Clorhexidina, concentrado para solución, 5%	Sábana de plástico, aproximadamente 90 x 180 cm	Temporizador, 60 minutos
Suministros médicos, renovables	Tiras reactivas para test de proteínas urinarias, caja de 50	Esterilizador, aproximadamente 165 mm de diámetro
Cánula, intravenosa, corta, 20G, estéril, uso único	Cinta indicadora , control de IST	Esterilizador, aproximadamente 260 mm de diámetro
Jeringa, luer, 10 ml, estéril, uso único	Suministros médicos, equipo	Esterilizador, aproximadamente 290 mm de diámetro
Jeringa, luer, 2 ml, estéril, uso único	Aparato de tensión aneroide para adultos	Pinza arterial, Koger, 140 mm, recta
Aguja, luer, 21G (0.8 x 40 mm), estéril, uso único	Estetoscopio biauricular	Iluminación
Jeringa, alimentación, punta de catéter, 50 ml, estéril, uso único	Estetoscopio fetal, monoauricular	Lámpara frontal con adaptador, para cuatro pilas R6
Guantes, quirúrgicos, talla 8, estéril, uso único, par	Palangana en forma de riñón, acero inoxidable, aproximadamente 825 ml	Pila seca, R6, alcalina, 1.5V, 14 x 50 mm
Guantes, quirúrgicos, talla 7, estéril, uso único, par	Termómetro clínico digital, 32–43 °C	Lámpara tempestad de queroseno, con manguitos de recambio
Guantes, ginecológicos, medio, estéril, uso único, par	Cepillo para las manos con cerdas de nylon blanco	

Anexo 4

EQUIPO PARA LA ATENCIÓN DE CESÁREAS		
Suministros médicos, equipo	Kit básico de reanimación (UNICEF ref:9908400)	Sodio dicloroisocianurato, tabletas de 1.67 g de NaDCC, caja de 200
Caja de cirugía abdominal, 58 instrumentos (MSF 2007 ref: KSUBABD58)	Aparato de aspiración de accionamiento con el pie	Clorhexidina solución (Hibiscrub), frasco, 500 ml
Cesta para instrumentos, para esterilización, cableado, 40 x 20 x 9 cm	Aparato pediátrico de reanimación de accionamiento manual	Clorhexidina gluconato, solución concentrada, 5%, frasco, 1000 ml
Pinza de campo, Backhaus, 12 cm	Aparato de reanimación de accionamiento manual para adultos	Suministros médicos, renovables
Pinza arterial, Bengolea, 20 cm, curva, dentada	Asistencia respiratoria, Guedel, talla 00	Tabo de succión, CH10, 50cm de longitud, punta cónica, estéril, uso único
Pinza arterial Crafoord (Coller) 20 cm, curva	Asistencia respiratoria, Guedel, talla 0	Tabo de succión, CH14, 50 cm de longitud, punta cónica, estéril, uso único
Pinza arterial, Kelly, 24cm, curva	Asistencia respiratoria, Guedel, talla 1	Cánula, intravenosa, corta, 20G, estéril, uso único
Pinza arterial, Halsted-Mosquito, 12,5cm, curva	Asistencia respiratoria, Guedel, talla 2	Cánula, intravenosa, corta, 18G, estéril, uso único
Pinza arterial Kocher, 14cm, 1 x 2 dientes, curva	Asistencia respiratoria, Guedel, talla 3	
Pinza arterial Kocher, 14cm, 1 x 2 dientes, curva	Asistencia respiratoria, Guedel, talla 4	
Pinza arterial Kocher, 14cm, 1 x 2 dientes, recta	Medicinas	
Pinza arterial, Mixer, 14cm, muy delicada	Metronidazole, tableta, de 250 mg	Jeringa, luer, 1 ml, estéril, uso único
Pinza arterial, Mixer, 23cm, delicada	Amoxicilina, tableta, de 500 mg	Jeringa, luer, 2 ml, estéril, uso único
Pinza portagasas, estándar, 14,5 cm, recta	Paracetamol, tableta de 500 mg	Jeringa, luer, 5 ml, estéril, uso único
Pinza portagasas, estándar, 25 cm, recta	Quinina (como sulfato o bisulfato), tableta de 300 mg	Jeringa, luer, 10 ml, estéril, uso único
Pinza portagasas, estándar, 25 cm, recta	Doxycyclina (como clorhidrato), tableta, 100 mg	Aguja, luer, 21G (0.8 x 40 mm), estéril, uso único
Pinza intestinal, Doyen, 23 cm, curva		Aguja, luer, 23G (0.6 x 25 mm), estéril, uso único
Pinza intestinal, Doyen, 23 cm, recta	Clorhidrato de tetraciclina, unguento ocular, 1%	Cinta, adhesiva, óxido de zinc, 2.5 cm x 5m
Pinza peritoneal, Faure, 21 cm, ligeramente curva	Ampicilina (como sal sódica), polvo para solución inyectable, vial de 1 g	Cepillo de cerdas de plástico para manos
Pinza para tejidos, Duval, 23 cm, ,	Gentamicina (como sulfato), solución inyectable, 40 mg/ml, vial de 2 ml	Guantes quirúrgicos, tamaño 8, estéril, uso único, par
Pinza para tejidos, estándar 14,5cm, recta		Guantes quirúrgicos, tamaño 7, estéril, uso único, par
Pinza para tejidos , estándar 25 cm, recta	Agua para inyección, ampolla de 10 ml	
Copa, acero inoxidable, 500 ml	Metronidazole, para perfusión intravenosa, 5mg/ml, bolsa de 100-ml	Guantes ginecológicos, tamaño medio, estéril, uso único, par
Portaagujas, Baby-Crile-Wood, 15cm, delicada	Maleato de ergometrina, inyección, 0.2 mg/ml, ampolla de 1ml	Guantes , examen, látex, tamaño medio, estéril, uso único, caja de 100
Portaagujas, Mayo-Hegar, 18cm, recta	* Oxytocina, inyección, 10 IU/ml, ampolla de 1 ml	Sutura, sintética, absorbible, DEC4(1), aguja, 3/8, 36 mm, triangular, estéril, uso único
Separador abdominal Gosset, 2 hojas, 58 mm+ hoja central	Gluconato de calcio (monohidrato), inyección, 100 mg/ml, ampolla de 10 ml	Sutura, sintética, absorbible, DEC3(2/0), aguja, 1/2, 36 mm, redonda, estéril, uso único
Separador, Farabeuf, doble extremo, 15 cm, par	Sulfato de magnesio, inyección , 500 mg/ml in 10-ml ampolla	Sutura, sintética, no absorbible, DEC3(2/0), aguja, 3/8, 30 mm, triangular, estéril, uso único
Mango de bisturí, n°4, estándar	Hydralazina hidrocloreuro, inyección, 12.5 mg/ml, 2 ml	Catéter, Foley, CH14, estéril, uso único
Mango de bisturí, n°4, largo	Quinina dihidrocloreuro, solución soluble para difusión, 300 mg/ml, ampolla 2-ml	Bolsa para orina, 2000 ml
Tijeras Metzemaubum/Nelson, 18 cm, curvas b/b	Lidocaína hidrocloreuro, inyección, 1%, ampolla 20-ml	Sábana quirúrgica, 100 cm x 150 cm
Tijeras Metzemaubum/Nelson, 23 cm, curvas b/b	Lidocaína hidrocloreuro, inyección, 2%, ampolla 20-ml	Aguja para punción lumbar, 22G (0.7 x 90 mm), estéril, uso único
Tijeras de disección curvas Mayo , 17 cm		Gasa, 10 x 10 cm, estéril, uso único, caja de 5
Tijeras de disección curvas Mayo Mayo, 23 cm	Lidocaína hidrocloreuro, solución para inyección, 50mg/ml (5%), ampolla 2-ml	Cinta adhesiva, óxido de zinc, perforada, 10 cm x 5 m
Espátula de separador, Ribbon, maleable, 27 x 25 cm	Ketamina (como hidrocloreuro), inyección (solución para inyección), 50 mg/ml, vial 10-ml vial	Hoja de bisturí, no. 22, estéril, uso único.
Boquilla de aspiración, Yankauer, 28 cm		Contenedor de seguridad para agujas y jeringas usadas, capacidad de 5 litros
Agujas Alene, redondeadas, para CH12, curvas	Cloruro de sodio, solución para perfusión, 0.9% (isotónica), frasco de 1-litro +kit de perfusión, estéril, uso único)	Bolsa (sobre) de plástico para medicinas, approx. 10 x 15 cm, caja de 100
Agujas Alene, redondeadas, para CH16, curvas		Gafas de seguridad, tamaño regular, desechables
Kit de embriotomía (UNICEF ref: 9910007)		Test del embarazo, estable a temperatura ambiente
Craneoclasto de Braun, 42 cm		
Perforador, Smellie, 250 mm	Glucosa, solución para perfusión, 5% (isoosmótica), frasco de 1-litro + kit de perfusión estéril, uso único	
Tijeras ginecológicas, 200 mm, curvas b/b		
Gancho de decapitación, Braun, 310 mm		
Material de desinfección		
Copa, acero inoxidable, aproximadamente 180 ml	Dextran 70, solución para inyección, 6%, frasco 500-ml + kit de perfusión , estéril, uso único	
Pinza portagasas, Cheron, 250 mm		

Anexo 5

Métodos de Planificación Familiar

CONDONES

CONDÓN	Impide el encuentro del óvulo de la mujer con los espermatozoides del hombre. Por ello se conoce como un método de barrera.
Eficacia	Uso común 15 de cada 100 pueden quedar embarazadas. Uso consistente y correcto 2 de cada 100 pueden quedar embarazadas.
¿Quién puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Hombres que desean participar activamente en la planificación familiar y en la prevención de ITS incluyendo el VIH. • Parejas que necesiten anticoncepción inmediata. • Parejas que necesiten un método temporal. • Parejas que requieren de doble protección para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual incluyendo el VIH. • Parejas que mantienen relaciones sexuales ocasionales. • Parejas en las que uno o ambos tengan más de un pareja sexual (aunque estén usando otro método). • Parejas que usen un método natural y deseen tener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer. • Parejas en combinación con cualquier otro método.
¿Quién no lo puede usar?	<ul style="list-style-type: none"> • Parejas que son alérgicas a los materiales de fábrica del condón.
¿Cómo se utiliza?	<ul style="list-style-type: none"> • Verifique la fecha de vencimiento del condón antes de usarlo. • El condón tiene un lado con bordes acanalados por donde es más fácil abrirlo. Ábralo con los dedos no con las uñas o dientes. • Utilice un condón nuevo por cada relación sexual y no utilice lubricantes derivados del petróleo, aceite mineral o de cocina porque daña el condón. <p>Colocación correcta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloque el condón en el pene erecto antes de iniciar la relación sexual. • Apretar la punta del condón con los dedos y desenrollarlo poco a poco hasta cubrir todo el pene. El condón debería poder desenrollarse fácilmente, si no es así lo más seguro es de que este al revés. • Al terminar la relación sexual (eyaculación) y cuando el pene todavía esté erecto, retirese sosteniendo el condón por el anillo; ayúdese con papel higiénico. • Quite el condón deslizándolo hacia fuera del pene y ayudándose con un papel higiénico para evitar todo contacto con el semen y fluido vaginal. • Envuelva el condón usado en papel higiénico y deposítelo en la basura.
Efectos secundarios	Irritación del pene. Irritación vaginal.

LA PASTILLA

¿Qué es?	Es un método hormonal que contienen estrógeno y progestágeno. Es un método temporal y reversible que inhibe la evolución. Se toma una pastilla cada día, durante 21 o 28 días dependiendo de la presentación. En la red de servicios del MSPAS solo se utilizan presentaciones de 28 días que contiene 21 pastillas blancas con hormonas y 7 pastillas café que contienen hierro.
¿Eficacia?	En uso correcto y consistente 3 mujeres de cada 1,000 pueden quedar embarazadas. En uso común 8 de cada 100 pueden quedar embarazadas. La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras.
¿Quién puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en cualquier edad reproductiva. • Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas. • Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva. • Mujeres que estén amantando (a partir del sexto mes en adelante). • Mujeres en post aborto (iniciar inmediatamente o durante los primeros siete días). • Mujeres que presentan anemia (presentación de 28 días). • Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes. • Mujeres con historia de embarazo ectópico. • Mujeres que fumen menos de 15 cigarrillos por día si son menores de 35 años de edad. • Mujeres con VIH, estén o no en terapia antirretroviral.
¿Quién no puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado). • Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado. • Mujeres con enfermedad hepática activa (ictericia). • Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos al día y mayores de 35 años edad. • Mujeres con historia de enfermedad cardíaca, infarto, hipertensión arterial (>140/90), alteraciones de la coagulación o diabetes (de más de 20 años y con compromiso vascular). • Mujeres con cáncer de mama. • Mujeres que no recuerdan tomar una pastilla a diario. • Madres dando de lactar durante los primeros 6 meses después del parto.
¿Cómo se usa?	Para iniciar el método, se toma la primera pastillas el primero al séptimo día de la regla o en cualquier momento siempre que se esté razonablemente seguro/a de que la mujer no está embarazada. <ul style="list-style-type: none"> • En el posparto: Después de 3 semanas si no está amamantando y después de los 6 meses posparto si está amamantando. • Post-aborto: En los primeros 7 días post legrado o Aspirado Manual Endouterino (AMEU). <p>Con las presentaciones de 28 pastillas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se toma una pastilla cada día, de preferencia a la misma hora durante 28 días consecutivos hasta finalizar el paquete. • Iniciar un nuevo ciclo, independientemente de haber o no presencia de sangrado, sin descansos o interrupciones. • Repetir este esquema hasta desear un embarazo.
Efectos Adversos y razones para regresar	Ausencia de toda mancha o sangrado vaginal después de concluir el ciclo de pastillas, náuseas, mareos y vómitos, manchas o sangrado vaginal, dolores de pecho y dificultad respiratoria, dolor de cabeza con visión borrosa, dolores fuertes en las piernas, Ictericia.

INYECTABLE TRIMESTRAL

¿Qué es?	Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible. Contiene un progestágeno sintético de depósito. Inhibe la evolución.
¿Eficacia?	En uso correcto y consistente 3 mujeres de cada 1,000 pueden quedar embarazadas. En uso común 3 de cada 100 pueden quedar embarazadas. La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen con regularidad; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección.
¿Quién puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en cualquier edad reproductiva, incluyendo (pero con algunas salvedades) adolescentes y mujeres mayores de 40 años. • Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas. • Madres en período de lactancia (después de la sexta semana posparto). • Mujeres que estén en el posparto inmediato y que no estén amamantando. • Mujeres en post aborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días).
¿Quién no puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo. • Mujeres con hemorragia vaginal no diagnosticada. • Mujeres con enfermedad hepática activa (hepatitis viral). • Mujeres con historia de enfermedad trombo embólica, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica y reumática. • Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años de edad. • Mujeres con cáncer de mama. • Mujeres con diabetes de más de 20 años de duración y con compromiso vascular.
¿Cómo se usa?	La primera vez se puede poner del primero al séptimo día del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo menstrual siempre que se esté razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada. Postparto: <ul style="list-style-type: none"> - después de las 6 semanas si está amamantando - inmediato si no sobrevive el niño y - si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA), después de 6 semanas posparto o cuando ya no se cumpla alguna de los tres requerimientos del MELA. Post aborto: <ul style="list-style-type: none"> - de inmediato o dentro de los primeros 7 días.
Efectos Adversos y razones para regresar.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de manchas o sangrado vaginal. • Sangrado/manchas vaginales. • Cefaleas/dolor de cabeza. • Náuseas/mareos/nerviosismo. • Aumento o pérdida de peso (cambios en el apetito).

INYECTABLE MENSUAL

¿Qué es?	Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular mensual. Contienen progestágeno y estrógeno sintéticos. Inhibe la ovulación.
¿Eficacia?	En uso correcto y consistente 1 mujeres de cada 2,000 pueden quedar embarazadas. En uso común 3 de cada 100 pueden quedar embarazadas. La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen con regularidad; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección.
¿Quién puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres en cualquier edad reproductiva, incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 40 años. • Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas. • Madres que están amamantando, después de los 6 meses posparto. • Mujeres post aborto. • Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes. • Mujeres con historia de embarazo ectópico. • Mujeres que tengan varices. • Mujeres que no puedan acordarse de tomar las pastillas diariamente. • Mujeres infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral.
¿Quién no puede usarlo?	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo. • Mujeres con hemorragia vaginal no diagnosticada. • Mujeres con enfermedad hepática activa (hepatitis viral). • Mujeres con historia de enfermedad tromboembólica, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica y reumática. • Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años de edad. • Mujeres con cáncer de mama. • Mujeres con diabetes de más de 20 años de duración y con compromiso vascular.
¿Cómo se usa?	<ul style="list-style-type: none"> • Para la primera dosis del primero al séptimo día del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo menstrual, siempre que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada. • En el posparto: Después de 3 semanas si no está amamantando y después de 6 meses si está amamantando. • Post aborto: En los primeros 7 días post legrado o AMEU.
Efectos Adversos y razones para regresar	Amenorrea (ausencia de toda mancha o sangrado vaginal, después de concluir el efecto del inyectable). Náuseas/mareos/vómitos. Manchas/sangrado vaginal.

Anexo 6

Población Total	Incluye toda la población albergada
Población de mujeres en edad fértil	Se estima por defecto que la población de mujeres en edad fértil corresponde al 25% de la población total.
Población de mujeres embarazadas	Se estima por defecto el 3.5% de las mujeres en edad fértil podrán estar embarazadas.
Tratamiento profiláctico en la atención del parto comunitario	Amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días entregar 21 tabletas. Acetaminofén 500mg vía oral cada 6 horas por 3 días entregar 12 tabletas.
Desperdicio o pérdida	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio .
Suplementación con micronutrientes en mujeres en edad fértil	Acido Fólico 5mg vía oral 1 tableta cada 8 días. Entregar 12 tabletas . Sulfato Ferroso 300mg vía oral cada semana. Entregar 12 tabletas.
Desperdicio o pérdida	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio .

Para el cálculo se multiplica la cantidad de usuarios resultante por método por la cantidad de insumos a entregar de acuerdo a las normas de atención a lo cual se le suma un 20% más, por desperdicio o pérdida.

Población Total	Incluye toda la población albergada
Población de mujeres en edad fértil	Se estima por defecto que la población de mujeres en edad fértil corresponde al 25% de la población total.
Porcentaje de uso de métodos de planificación familiar reportado en la ENSMI	
Inyectable trimestral	El 14.7% de las mujeres en edad fértil que planifican, utilizan inyectable trimestral.
Inyecciones entregadas por consulta	1
Desperdicio o pérdida	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio.
Total Inyectable trimestral	
Ciclos orales	El 3.6% de las mujeres que planifican utilizan ciclos orales.
Ciclos entregados por consulta	3
Desperdicio o pérdida	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio.
Total ciclos orales	
Inyectable mensual	Debido a que no existe dato para el inyectable mensual se utilizará el mismo dato que para ciclos orales 3.6%.
Inyectables mensual entregados por consulta	1
Desperdicio o pérdida 20%	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio.
Total Inyectable mensual	
Condones	De acuerdo a la ENSMI el 3.6% de mujeres utilizan el condón como método de planificación familiar.
Condones entregados por consulta	24
Desperdicio o pérdida	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio.
Condones para profilaxia de ITS, VIH-Sida	
Hombres sexualmente activos	Se estima por defecto que el 20% de la población corresponde a hombres sexualmente activos.
% de hombres sexualmente activos que usan condón de acuerdo a la ENSMI	Se estima que en general el 20% de hombres sexualmente activos pueden solicitar condones.
Condones entregados por consulta	24
Desperdicio o pérdida 20%	Se estima que un 20% será pérdida o desperdicio.
Total condones	Sumar los condones para Planificación familiar + los condones para profilaxia.

Para el cálculo se multiplica la cantidad de usuarios resultante por método por la cantidad de insumos a entregar de acuerdo a las normas de atención a lo cual se le suma un 20% más, por desperdicio o pérdida.

LISTADO DE PARTICIPANTES

UNIDAD DE RESPUESTA RÁPIDA Y ASISTENCIA TÉCNICA

-URRAT-

Dr. Jorge Henry Leiva/ Coordinador
Licda. Elsa Marina Hernández
Dr. Edgar Manolo Vicente

UNIDAD DE SUPERVISION, MONITOREO Y EVALUACIÓN (USME)

Dr. Carmen Hernández
Dr. Luis Castellanos

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Miriam Bethancourt / Coordinadora
Dr. Julio García Colindres
Dr. Carlos Morales
Dra. Ludy Rodas
Dra. Consuelo Arriola
Dr. Carlos Cifuentes
Licda. Almeda Aguilar Fajardo
Licda. Mirna Elizabeth Flores
Licda. Julieta Flores

PROGRAMA NACIONAL DE VIH/SIDA

Dra. Claudia Samayoa/ Coordinadora
Dr. Juan Fernando Palacios
Dr. Edwin Díaz Girón

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Lic. Rigoberto Rivera/ Coordinador
Licda. Magda Chocoj
Licda. Marline Paz

UNIDAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL

Licda. Marlitt Valenzuela / Coordinadora
Licda. Gloria Raquel León / Coordinadora DRPAP

UNFPA

Dr. Alejandro Silva /Oficial de Salud
Dra. Hilda Rivas Pereira
Licda. Claudia Roca
Dra. María del Rosario Orozco
Lic. Marvin De La Rosa

Áreas de Salud para la Validación de la Guía

(Coordinadores de Comités de gestión de riesgo
y Facilitadores de Salud Reproductiva)
Área de Salud Chimaltenango
Área de Salud Guatemala Sur
Área de Salud Sacatepéquez
Área de Salud Jutiapa
Área de Salud Jalapa
Área de Salud Escuintla