

📍 **SÍNTESIS DE CONTEXTOS COMPARADOS:  
CHAD, ETIOPÍA, GAZA Y MOZAMBIQUE**

# El Paquete de Servicios Mínimos Iniciales para la Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis

**EVALUACIÓN DEL PROCESO**  
OCTUBRE 2025

# Tabla de contenido

---

<b>Lista de abreviaturas</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>2</b>
<b>Métodos</b>	<b>3</b>
Selección de emplazamientos	3
Contexto humanitario según la evaluación de cada país	3
Metodología	4
Recopilación de datos por método	5
Análisis de datos	6
Limitaciones	6
<b>Resultados</b>	<b>6</b>
Infraestructura y concienciación sobre la implementación del PSIM	6
Objetivo 1: Coordinación y liderazgo	7
Objetivo 2: Prevenir y gestionar las consecuencias de la violencia sexual	8
Objetivo 3: Prevenir la transmisión del VIH y las ETS	9
Objetivo 4: Prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal	11
Objetivo 5: Prevenir embarazos no deseados	12
Objetivo 6: Integración de servicios integrales de SSR	14
Otras prioridades del PSIM: Atención segura en materia de aborto	14
<b>Análisis</b>	<b>15</b>
<b>Recomendaciones globales clave</b>	<b>17</b>
Clúster de Salud Global y Equipo de Trabajo sobre SSR	17
GTIA	17
Grupo de Trabajo sobre Salud y SSR del Clúster de Salud del País	18
Socios ejecutores	18
Donantes humanitarios	19
Donantes para el desarrollo	19
Gobiernos	20
<b>Notas finales</b>	<b>21</b>

# Lista de abreviaturas

---

<b>CPN</b>	Cuidado prenatal
<b>ARV</b>	Antirretrovirales
<b>BEmONC</b>	Atención básica de emergencias obstétricas y del recién nacido
<b>CEmoNC</b>	Atención integral de emergencias obstétricas y del recién nacido
<b>TSC</b>	Trabajador de salud comunitario
<b>DMPA-SC</b>	Anticonceptivo autoinyectable (Acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutáneo)
<b>AE</b>	Anticonceptivo de emergencia
<b>EmONC</b>	Atención de emergencias obstétricas y del recién nacido
<b>DGE</b>	Debate en grupo de enfoque
<b>VBG</b>	Violencia basada en el género
<b>ECM</b>	Evaluación de los centros médicos
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana
<b>GTIA</b>	Grupo de trabajo interagencias sobre salud reproductiva en crisis
<b>PIAS</b>	Paquetes interagencias de salud reproductiva
<b>OIM</b>	Organización Internacional para la Migración
<b>DIU</b>	Dispositivo intrauterino
<b>CAP</b>	Conocimientos, actitudes y prácticas
<b>IC</b>	Informante clave
<b>EIC</b>	Entrevista con informante clave
<b>MMC</b>	Método madre canguro
<b>PBN</b>	Peso bajo al nacer
<b>PSIM</b>	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
<b>MS</b>	Ministerio de Salud
<b>AMV</b>	Aspiración manual al vacío
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>APA</b>	Atención postabortedo
<b>PEP</b>	Profilaxis postexposición para el VIH
<b>PVCVIH</b>	Personas que viven con el VIH
<b>PTMH</b>	Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH
<b>SSR</b>	Salud sexual y reproductiva
<b>ETS</b>	Enfermedad de transmisión sexual
<b>PT</b>	Partera tradicional
<b>FNUAP</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>GEU</b>	Gobierno de los Estados Unidos
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud

# Introducción

---

El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la salud sexual y reproductiva (SSR) en situaciones de crisis, elaborado por el Grupo de Trabajo Interagencias sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (GTIA), comprende las necesidades mínimas de SSR que pueden salvar vidas y que los trabajadores humanitarios deberán atender al inicio de una emergencia. Incluye seis objetivos principales: 1) Garantizar que el sector o grupo sectorial de salud identifique una organización que dirija la implementación del PSIM. 2) Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de las personas sobrevivientes. 3) Prevenir la transmisión y reducir la morbilidad y mortalidad causadas por el VIH y otras ETS. 4) Prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal excesivas. 5) Prevenir los embarazos no deseados. 6) Planificar servicios integrales de SSR, integrados en la atención primaria de salud a la mayor brevedad posible, y un objetivo adicional para prevenir la mortalidad y la morbilidad debidas a embarazos no deseados, garantizando la atención segura del aborto en toda la medida de la ley. El PSIM ofrece una guía para que las comunidades presten atención esencial en situaciones de crisis, estableciendo al mismo tiempo las bases para la transición hacia un conjunto de servicios de SSR más completo (a ser posible en un plazo de 3 a 6 meses) a medida que las comunidades se recuperan.

Si bien la implementación del PSIM ha sido evaluada durante los últimos 25 años en diversos entornos, el sector ha atravesado recientemente una situación de inestabilidad, en concreto, recortes en la financiación del Gobierno de los Estados Unidos (GUE), y han pasado casi ocho años desde la última evaluación formal del proceso del PSIM.<sup>1</sup> Desde entonces, informes extraoficiales sugieren que la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se ha vuelto desorganizada o ha dejado de ser una prioridad en un contexto de restricciones globales en materia de salud y empoderamiento de las mujeres. Es fundamental comprender cómo se prestan los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en las respuestas a emergencias en curso para mejorar los procesos en las crisis humanitarias, asignar eficazmente los fondos limitados y delimitar mejor las funciones que pueden y deben desempeñar los actores mundiales en el fortalecimiento de la aplicación del PSIM.

En 2024-2025, el Equipo de Trabajo sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR) del Clúster de Salud Global realizó evaluaciones del proceso de implementación del PSIM en respuestas recientes seleccionadas. Los objetivos de estos estudios de casos comparativos con métodos mixtos eran evaluar la implementación del PSIM en entornos afectados por crisis en Chad, Etiopía, Gaza y Mozambique, y aportar información para recomendaciones y políticas que fortalezcan la implementación uniforme y responsable del PSIM en el futuro.

# Métodos

## Selección de emplazamientos

Inicialmente, en 2024 se elaboró una lista de países preseleccionados en función de los siguientes criterios: 1) El país sufrió una crisis en 2023 o, en su defecto, sufre frecuentes rebrotos de conflicto; 2) el grupo de trabajo sobre SSR estaba activo a nivel nacional; 3) el equipo de estudio global o los socios nacionales tenían un acceso razonable a los lugares de estudio, las comunidades afectadas y los centros de salud, y 4) se disponía de un mapa de los socios y centros de salud, así como de los servicios prestados en las zonas afectadas. En colaboración con el Clúster de Salud Global, se solicitó a

las coordinaciones de los clústeres de los países seleccionados que manifestaran su interés para ser consideradas. Por último, se tuvieron en cuenta la importancia global y el interés de los donantes para delimitar la lista de lugares de estudio. A continuación, se pidió a los grupos de trabajo sobre salud sexual y reproductiva (GT SSR) de cada país que identificaran o propusieran lugares adecuados para la investigación, reconociendo el deseo de centrarse en las respuestas agudas recientes. Los sitios seleccionados para la evaluación incluyeron: Las provincias de Ouaddai y Wadi Fira en Chad, las regiones de Amhara y Tigray en Etiopía, la Franja de Gaza y la provincia de Cabo Delgado en Mozambique.

## Contexto humanitario según la evaluación de cada país



## Metodología

Estos estudios tenían por objeto responder a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿En qué medida se cumplieron los objetivos del PSIM, y cuál fue su alcance y calidad?
- ¿Cuáles fueron los obstáculos y las condiciones favorables para la implementación del PSIM?
- ¿Quiénes fueron las personas clave en la aplicación y coordinación del PSIM? ¿Quiénes no lo fueron?
- ¿En qué medida los grupos desfavorecidos, como los adolescentes, las personas con discapacidad y las personas LGBTQIA+, recibieron asistencia del PSIM durante la crisis?
- ¿Cuál fue la experiencia de los diferentes grupos de clientes durante la respuesta del PSIM?
- ¿En qué medida se dispuso de financiación para el PSIM y se utilizó, y de dónde procedió dicha financiación?

Los grupos de interés de cada país identificaron otras preguntas de investigación que consideraban pertinentes, de modo que los estudios individuales exploraran más a fondo cuestiones como “¿qué habría que cambiar, en su caso, en el PSIM para hacer frente a las crisis prolongadas?” y “¿qué otros factores locales (como COVID, cólera, la inestabilidad política y las crisis climáticas) han afectado al PSIM o a la prestación de otros servicios de SSR en este contexto?”

Chad, Mozambique y Etiopía emplearon un enfoque cuantitativo, que incluía evaluaciones de los centros de salud (ECM) y cuestionarios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los proveedores, y un enfoque cualitativo mediante debates en grupos de enfoque (DGE) y entrevistas a informantes clave (EIC). Dadas las dificultades de acceso, las necesidades de prestación de servicios, los conocimientos adquiridos y las actividades de los socios competidores, se ajustó la metodología en Gaza para eliminar ECM, las encuestas a los proveedores y los DGE. Debido al gran número de pruebas existentes procedentes de otras evaluaciones recientes sobre la situación humanitaria en Gaza, se llevó a cabo un exhaustivo análisis documental para consolidar 1) los informes y evaluaciones de los organismos de las Naciones Unidas (FNUAP, UNRWA, OMS, OCHA), el Ministerio de Salud (MS) y las ONG internacionales y locales que prestan servicios en materia de SSR y VGB, 2) evaluaciones e investigaciones previas, entre ellas planes de preparación y respuesta ante emergencias, documentación del Grupo de Trabajo sobre SSR y actualizaciones humanitarias publicadas, y 3) datos del sistema de información

sanitaria e informes anuales sobre salud, cuando estaban disponibles, entre ellos los relativos a la mortalidad materna, la prevalencia de anticonceptivos, la asistencia cualificada durante el parto y la disponibilidad de servicios. Este análisis documental se complementó y comparó con entrevistas a EIC, y las conclusiones y recomendaciones finales fueron revisadas por el Grupo de Trabajo sobre SSR en Gaza.

## Evaluaciones de los centros médicos

Se evaluaron determinados centros de salud que atienden a personas desplazadas internamente (PDI) o refugiadas en Chad, Etiopía y Mozambique en lo que respecta a la disponibilidad, la calidad y la utilización de los servicios del PSIM. Las instalaciones se muestran utilizando diferentes procedimientos en cada entorno:

- En Chad, se evaluaron las instalaciones situadas en los ocho campos de personas refugiadas visitados en las provincias de Wadi Fira y Ouaddai, o en sus proximidades, con la aprobación de la organización colaboradora. Algunas instalaciones de los campamentos seleccionados no fueron evaluadas debido a que estaban cerradas en el momento de la llegada o a la falta de tiempo durante la visita al campamento.
- En Etiopía, las instalaciones se seleccionaron de forma deliberada, con la colaboración de los coordinadores regionales del FNUAP en las regiones de Amhara y Tigray, así como de los institutos regionales de salud pública encargados de las respuestas de emergencia. Los criterios de selección incluyeron la accesibilidad (con especial atención a las zonas que no estaban en conflicto activo durante el periodo de recopilación de datos), el equilibrio entre entornos rurales y urbanos, y el volumen de casos de las instalaciones. Se dio prioridad a las instalaciones de gran volumen sobre las de bajo volumen.
- En Mozambique, los centros de salud públicos que han recibido el mayor número de equipos del PSIM desde 2022 se seleccionaron al azar de una lista proporcionada por el FNUAP. La evaluación se llevó a cabo en colaboración con el director médico de los centros de salud seleccionados en zonas rurales y semiurbanas que dieron su consentimiento. Cabe destacar que, al elaborar la muestra, no se tuvo en cuenta la designación de la instalación (primaria, secundaria, terciaria, etc.).

La ECM se administró mediante observación y entrevistas con los gestores de los centros sanitarios, utilizando una herramienta ECM estructurada para evaluar las instalaciones.

## Encuestas a proveedores de servicios de salud

Se distribuyeron cuestionarios confidenciales a los proveedores de servicios de salud que prestaban servicios de SSR en Chad, Etiopía y Mozambique para evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la aplicación del PSIM. El único criterio de selección en los tres entornos era que el proveedor participara de alguna manera en la prestación de servicios de SSR. La selección de las personas encuestadas se hizo por muestreo de conveniencia en Chad y Etiopía, mientras que en Mozambique se hizo un muestreo intencional de tres proveedores por centro. La mayoría de los proveedores seleccionados formaban parte del personal de los centros de salud ya seleccionados para la ECM, exceptuando cuatro proveedores de Chad que trabajan en campamentos no visitados en el marco de la ECM.

## Entrevistas a informantes clave

Se realizaron entrevistas a informantes clave (EIC) en los cuatro entornos con partes interesadas seleccionadas de forma intencionada y consideradas expertas relevantes en SSR, VGB y VIH. Las entrevistas con informantes clave (EIC) tenían por objeto evaluar el conocimiento del PSIM, la coordinación del PSIM, las medidas de respuesta a emergencias y recabar recomendaciones para futuras implementaciones del PSIM. La mayoría de las entrevistas se realizaron de forma individual en lugares privados o por teléfono/plataforma en línea, como Microsoft Teams. Todas las personas encuestadas dieron su consentimiento informado para participar en la entrevista y para que fuera grabada con el fin de transcribirla.

## Diálogos en grupos de enfoque

Se celebraron DGE con miembros de la comunidad (personas refugiadas, desplazadas internas y miembros de la comunidad anfitriona) en Chad, Etiopía y Mozambique para explorar las percepciones y los conocimientos de la comunidad sobre los servicios de SSR, concretamente en relación con los componentes del PSIM. Entre los participantes se encontraban hombres, mujeres, adolescentes varones y adolescentes mujeres que vivían en las respectivas zonas de influencia de los centros de salud evaluados. Participaron personas de entre 15 y 49 años, estratificadas

## Recopilación de datos por método

### Chad

- 9 ECM (1 hospital, 7 centros de salud y 1 puesto de salud)
- 22 encuestas a proveedores
- 16 EIC
- 10 DGE (con un total de 100 participantes)

### Etiopía

- 6 ECM (1 hospital de distrito y 5 centros de atención médica primaria)
- 12 encuestas a proveedores
- 8 EIC
- 8 DGE (con un total de 77 participantes)

### Gaza

- 11 EIC
- Revisión documental exhaustiva

### Mozambique

- 7 ECM (1 instalación de nivel secundario y 6 instalaciones de nivel primario)
- 23 encuestas a proveedores
- 13 EIC
- 6 DGE (con un total de 49 participantes)

en grupos según su sexo y edad. Los participantes elegibles fueron identificados con el apoyo de trabajadores de salud comunitarios (TSC), líderes comunitarios y personal del programa local.

Los datos se recopilaron entre junio y septiembre de 2025, con la excepción de Etiopía, donde se recopilaron entre diciembre de 2024 y enero de 2025. Las herramientas de recopilación de datos se adaptaron a partir de las herramientas de evaluación de procesos PSIM del GTIA<sup>9</sup> y se tradujeron a los idiomas locales de Etiopía (al amárico y al tigrína), Chad (al francés) y Mozambique (al portugués).

En Mozambique, los DGE se celebraron en emacua (la lengua local predominante en Cabo Delgado) y las transcripciones se tradujeron al portugués. En Chad, los DGE fueron moderados por un ponente multilingüe (francés-árabe) y traducidos al francés. Las herramientas de recopilación de datos no se tradujeron en Gaza, pero los entrevistadores hablaban inglés y árabe, de manera que las entrevistas pudieran ser multilingües en caso necesario.

Se obtuvo la aprobación ética del comité interno de aprobación ética del International Rescue Committee, así como de los Ministerios de Salud de cada país y de la Asociación de Salud Pública de Etiopía (EPHA).

## Ánalisis de datos

Se analizaron los datos cuantitativos utilizando SPSS (Chad y Etiopía), Excel (Etiopía y Mozambique) y STATA (Mozambique), con la excepción de los datos del ECM en Chad, que se revisaron en formularios en papel y se resumieron en tablas. Las grabaciones de las EIC y los DGE fueron transcritas y revisadas por equipos de evaluación en cada país, y los datos cualitativos se analizaron temáticamente utilizando Dedoose o manualmente.

## Limitaciones

El reducido tamaño de la muestra de los sitios evaluados en cada país puede limitar la generalización de los resultados. Debido al requisito de que los equipos de estudio tuvieran acceso a los centros de estudio y a los centros de salud, se excluyó a los centros (y, por lo tanto, a los proveedores y las comunidades) de las zonas de mayor riesgo, lo que potencialmente impidió la evaluación de la ejecución del PSIM en los entornos más afectados. Es posible que haya habido un sesgo en la selección de los centros evaluados: por ejemplo, el equipo de evaluación en Chad fue recibido por un miembro activo del Grupo de Trabajo sobre SSR, que organizó visitas a centros de salud gestionados por su ONG, que daba prioridad a la SSR, lo que pudo dar lugar a una sobrevaloración de la eficacia de la aplicación. En Gaza, el conflicto en curso y las restricciones de movimiento limitaron la recopilación de datos primarios. Es posible que los datos sobre varios temas, como VGB, la atención a las poblaciones LGBTQ y la atención al aborto, no reflejen la realidad a causa de limitaciones legales, estigma y discriminación. Por último, la gran extensión (y exhaustividad) tanto de la herramienta de encuesta CAP como de la guía de entrevistas EIC se describieron como un factor limitante.

# Resultados

## Infraestructura y concienciación sobre la implementación del PSIM

El conocimiento del PSIM por parte de las partes interesadas variaba: quienes trabajaban a nivel nacional, es decir, las agencias de la ONU, suelen estar familiarizados con él gracias a los cursos de formación del FNUAP/MS o a su experiencia previa en labores de respuesta a emergencias, mientras que muchos miembros del personal de ONG locales y proveedores de primera línea estaban menos familiarizados con el PSIM como marco de emergencia, aunque prestaban servicios relevantes sin reconocerlos como componentes del PSIM. Los informantes clave a nivel local y regional en varios países solicitaron una formación más amplia sobre el PSIM. En los cuatro entornos, se observó una confusión notable en varias áreas. En concreto, hubo incertidumbre sobre las posibilidades de usar el PSIM y su valor estratégico, y los

que respondieron cuestionaron si funciona más como un marco para emergencias o como una norma mínima contra la que deben evaluarse todos los entornos. Por último, no se entendió claramente el papel del MS en la implementación y garantía de la ejecución del PSIM.

**Infraestructura: Es necesario mejorar la infraestructura de los centros de salud: en Mozambique, solo 3 de los 7 centros (43 %) contaban con baños funcionales específicos para los proveedores, y ninguno de ellos estaba separado por sexos; además, solo uno tenía cerradura y un lavabo adyacente. En el caso de las instalaciones que no disponían de baños para los proveedores, estos informaron haber utilizado los baños de las casas cercanas.**

La infraestructura y el personal de los centros de salud se enfrentaron a importantes retos en varios países debido a los conflictos en curso. Los análisis documentales han puesto de manifiesto que los conflictos recientes han provocado daños en la mayoría de los centros sanitarios de algunas zonas: en Tigray, solo el 13 % de los centros funcionaban durante un ejercicio de cartografía HeRAMS realizado en 2023<sup>10</sup> y, según informes de la OMS, en octubre de 2025, el 94 % de los hospitales de Gaza habían sufrido daños o habían sido destruidos, y solo un reducido número de centros sanitarios del norte de Gaza funcionaban parcialmente.<sup>11</sup> Los servicios básicos (suministro regular de electricidad y agua) constituyeron una de las principales preocupaciones de los responsables de los centros encuestados en Etiopía, y menos de la mitad de los centros evaluados en Mozambique declararon disponer de suficiente electricidad o agua para satisfacer sus necesidades. A pesar de que la mayoría de los centros de los tres países encuestados contaban con al menos un proveedor disponible o “de guardia” las 24 horas del día, los informantes clave señalaron que, en general, la dotación de personal era insuficiente, y de los nueve centros evaluados en Chad, ninguno indicó contar con suficientes trabajadores sanitarios para atender a su volumen de clientes.

**Inversión en personal sanitario: Las escasas inversiones tanto en la formación inicial en materia de SSR como en la dotación de personal sanitario dificultaron la respuesta de emergencia: en Chad, solo el 27 % de las parteras encuestadas respondieron correctamente a más de la mitad de las 18 preguntas de conocimientos. En un centro de salud, las parteras recientemente tituladas informaron que no podían prestar servicios clave del PSIM debido a la falta de formación.**

## OBJETIVO 1

### Coordinación y liderazgo

Para poner en práctica el PSIM de manera eficaz, el Objetivo 1 exige que se designe a una entidad coordinadora o líder y que se dé prioridad a la coordinación entre las partes interesadas en materia de SSR, VGB y VIH. En los cuatro países evaluados en este estudio, el FNUAP fue la entidad principal del grupo de trabajo sobre SSR, a excepción de Etiopía,

donde el liderazgo a nivel nacional recae en el Ministerio de Salud (MS) a través del Instituto de Salud Pública de Etiopía (EPhI), y el FNUAP actúa como copresidente.

La coordinación y la preparación para la implementación del PSIM variaron considerablemente en función del contexto. En Chad, el grupo de trabajo sobre SSR funcionó a nivel nacional, pero la coordinación se realizó caso por caso y se integró en reuniones más amplias del grupo temático sobre salud a nivel subnacional debido a la escasez de personal. En Etiopía, la coordinación a nivel nacional entre el MS/EPhI y el FNUAP fue relativamente sólida, pero los mecanismos regionales se fracturaron bajo presiones políticas y de seguridad: en Amhara, las plataformas lideradas por el gobierno se disolvieron, dejando que los foros de socios cubrieran las lagunas, mientras que en Tigray, el liderazgo y los recursos seguían siendo insuficientes para una coordinación eficaz. En Gaza, los grupos de SSR y VGB dirigidos por el FNUAP posibilitaron el intercambio técnico, el preposicionamiento y el aprendizaje rápido, pero la coordinación de las actividades de respuesta y su implementación se vieron obstaculizadas por restricciones de acceso, interrupciones en el suministro, datos inconsistentes y una representación local limitada. En Mozambique, por lo general, se describió a la coordinación como organizada e inclusiva, lo que redujo la duplicación y fortaleció las alianzas con el gobierno, pero había cosas que mejorar en lo referente a la manera de coordinarse entre las áreas especializadas (en contraposición a la coordinación interna dentro de sus propias especialidades de SSR, VGB o VIH). En particular, el uso de grupos de chat y listas de verificación de WhatsApp, junto con la participación de los enlaces, se consideró una herramienta crucial para apoyar dicha coordinación.

**“...contamos con docenas de socios que implementan programas de salud. Contamos con más de 200 centros: 13 CEmONC, alrededor de 200 PHC o equipos móviles. Entonces... tenemos el MS, tenemos la UNRWA, tenemos a los grandes organismos que cuentan con muchas instalaciones y luego tenemos a los organismos más pequeños, que solo cuentan con uno o dos puntos de servicio.. Así que nos reunimos y hablamos sobre los tipos de acciones, los factores detonantes y las necesidades de apoyo desde el punto de vista de la coordinación”**

**IC DE GAZA**

**Tanto en Chad como en Mozambique, se describió que los recientes recortes y cambios en la financiación del GEU habían provocado importantes lagunas en la coordinación. La reducción de personal en algunas agencias debido a recortes presupuestarios limitó la participación de los socios en los grupos de trabajo y, en Chad, propició que se integrara la coordinación de SSR en las reuniones del área temática de salud. Sin embargo, estos retos no siempre fueron insuperables. En Chad, por ejemplo, una ONG internacional que anteriormente dirigía las reuniones sobre VGB y protección a nivel distrital suspendió sus operaciones en 2025 tras perder la financiación del GEU, y una ONG local se hizo cargo posteriormente de las reuniones sobre VGB y protección.**

sexuales mediante atención clínica, canalización a otros servicios y apoyo continuo a través de espacios seguros y confidenciales. La mayoría de los centros de salud de todos los entornos informaron que prestaban servicios de manejo clínico de la violación (MCV), entre ellos anticoncepción de emergencia, profilaxis postexposición para el VIH, antibióticos para prevenir las ETS y canalización hacia servicios de apoyo psicosocial (cuadro 3). De los únicos centros evaluados que no prestaban servicios de MCV (n=2, ambos en Chad), uno era un centro de salud con parteras nuevas que indicaron carecer de formación en MCV, y el otro era un puesto de salud que redirigía a un centro de nivel superior cercano. En Gaza, la respuesta en materia de MCV y la respuesta más amplia a la VGB se integraron en las intervenciones de SSR (ubicando conjuntamente los servicios de salud, nutrición y psicosociales) desde los primeros días de la guerra, reduciendo el estigma y mejorando la accesibilidad.

## OBJETIVO 2

### Prevenir y gestionar las consecuencias de la violencia sexual

El objetivo 2 del PSIM consiste en prevenir y mitigar los daños causados por la violencia sexual en las comunidades afectadas por conflictos, así como coordinar los esfuerzos de respuesta para atender a las víctimas de agresiones

*“El aspecto más importante de [mi organización es que] prestamos servicios de SSR y VGB en el mismo lugar, en el mismo centro médico. No estaban separados.”*

**IC DE GAZA**

## TABLA 1

### Gestión clínica de los servicios de atención a víctimas de violación según datos de ECM y declaraciones de los propios proveedores

	Chad (n=9)	Etiopía (n=6)	Mozambique (n=7)
Servicios relacionados con la VGB (CMR) prestados en este centro de salud.	7	6	7
Anticoncepción de emergencia (AE)	7	6	7
Profilaxis posterior a la exposición (PEP) para el VIH	7	6	7
Antibióticos para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ETS)	7	6	7
Tratamiento de lesiones	7	6	7
Canalizaciones para protección/apoyo psicosocial	8	6	6
Asistencia segura para abortos en casos de embarazos no deseados como consecuencia de agresiones sexuales	1	5	5

Los esfuerzos para responder a las consecuencias de la violencia sexual afrontaron retos en los cuatro contextos: En Etiopía, los participantes en los DGE mencionaron amenazas continuas de violencia sexual, especialmente en los contextos de desplazamiento y durante el desarrollo de actividades cotidianas como ir a la escuela o acceder a los servicios de salud, y los informantes clave señalaron que las violaciones continúan sin denunciarse adecuadamente en ambas regiones, ya que menos de la mitad de las sobrevivientes acuden a un centro de salud para recibir atención dentro del plazo crítico de 72 horas. En Chad, se informó de que el personal psicosocial y de gestión de casos capacitado era insuficiente y que el seguimiento de las canalizaciones era deficiente. En Mozambique, solo el 60 % de los proveedores declaró haber recibido algún tipo de formación sobre VGB, lo que probablemente repercute en la calidad de la atención. En Gaza, la prestación de servicios relacionados con la VGB se vio comprometida por las restricciones de seguridad (desplazamientos continuos, hacinamiento y colapso de los sistemas de protección formales), la escasez de recursos (escasez de insumos como anticonceptivos de emergencia, kits de PEP y materiales de esterilización, a lo que se sumaron las restricciones de combustible y electricidad) y la destrucción o el retraso en la construcción de espacios seguros. En todos los entornos, los IC hicieron hincapié en la necesidad de ampliar los espacios seguros y los centros de atención integral (CAI) para satisfacer mejor las necesidades de las sobrevivientes.

**En Etiopía, el gobierno regional de Tigray capacitó a por lo menos dos proveedores de atención médica por centro en materia de MCV y tradujo y distribuyó las directrices nacionales para la gestión de la VGB al idioma local, el tigríña, lo que fortaleció la respuesta a la VGB.**

De acuerdo con las personas que participaron en los DGE, el conocimiento de la comunidad sobre los servicios relacionados con la VGB oscilaba entre muy bajo (Etiopía) y bastante alto (Mozambique). Para responder al bajo nivel de concienciación de la comunidad en Etiopía, las personas encuestadas hablaron de organizar reuniones informales, como ceremonias del café, para debatir sobre la VGB, haciendo hincapié en la confidencialidad y la disponibilidad de salas privadas para el asesoramiento:

*"Las representantes de la OIM (Organización Internacional para las Migraciones) realizan visitas domiciliarias y nos invitan a ceremonias del té y del café. En estas reuniones, nos explican la importancia de buscar ayuda en caso de agresión sexual. También nos aseguran que nuestra situación se tratará con estricta confidencialidad. Además, nos informan que existen salas privadas disponibles para ofrecer orientación sobre los pasos a seguir en caso de sufrir violencia sexual."*

#### MUJER PARTICIPANTE EN EL DGE DE ETIOPÍA

### OBJETIVO 3

#### Prevenir la transmisión del VIH y las ETS

El objetivo 3 tiene por finalidad prevenir la transmisión del VIH durante la prestación de atención sanitaria, contribuir a la prevención de la transmisión de ETS y del VIH entre las poblaciones afectadas por crisis, proporcionar atención y tratamiento del VIH a las personas ya diagnosticadas con VIH/SIDA y diagnosticar y tratar las ETS. Todos los centros de salud encuestados ofrecían ARV, profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas para PVCVIH y proporcionaban diagnóstico sindrómico y tratamiento de ETS (Tabla 4). En Mozambique, los informantes clave mencionaron el tratamiento clínico del VIH como uno de los puntos positivos del sistema de salud, en particular la disponibilidad de servicios más allá del PSIM, como las pruebas de autodiagnóstico y el tratamiento profiláctico previo a la exposición, la supresión de la carga viral y la transmisión vertical, así como el apoyo de las clínicas móviles para el tratamiento del VIH:

**■■■ Las clínicas ambulantes nos ayudan mucho en estos momentos... Necesitamos urgentemente el apoyo de las clínicas ambulantes para llegar a más personas con VIH en las comunidades, porque los centros de salud están muy lejos... pero, como la financiación se ha reducido, algunos socios han cerrado"**

#### IC EN MOZAMBIQUE

Según algunos informantes clave, la prevención y el tratamiento del VIH han dejado de ser prioritarios en la respuesta a la emergencia en Gaza dada la baja prevalencia del VIH (solo se han registrado unos 36 casos en Gaza, cuatro de ellos descubiertos durante la guerra). A pesar de ello, los kits para el VIH y las ETS se mantienen en reserva

| TABLA 2

## Servicios relacionados con el VIH/ETS según datos de la ECM y declarados por los propios proveedores

	Chad (n=9)	Etiopía (n=6)	Mozambique (n=7)
Condones masculinos disponibles	9	6	6
Condones femeninos disponibles	7	1	6
ARV disponibles para usuarios continuos (personas que viven con el VIH/SIDA, "PVCVIH")	9	6	7
Profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas en PVCVIH	9	6	7
ARV administrados a madres VIH+ para la PTMH	8	6	7
ARV administrados a recién nacidos de madres VIH+ en maternidad	8	6	7
Diagnóstico sindrómico y tratamiento de las ETS	9	6	7
Laboratorio disponible	6	6	5
Existen protocolos de tratamiento con ARV para usuarios continuos.	6	4	7

para casos de emergencia, lo que garantiza al menos un nivel mínimo de preparación. En Mozambique, los especialistas en VIH han informado repetidamente sobre la falta de servicios de atención al VIH debido a la escasez de personal técnico, al desvío de recursos para satisfacer las necesidades de las personas desplazadas internamente (lo que ha ocasionado que se descuiden las necesidades de los miembros de la comunidad anfitriona), al frecuente (re)desplazamiento de personas desplazadas internamente, lo que ha provocado la pérdida de pacientes, la pérdida o el robo de suministros esenciales y la vergüenza de tener que volver a solicitar los servicios. Se comunicó la escasez de kits de pruebas de detección del VIH y ETS en Chad y Etiopía.

Los cuatro entornos dependen del tratamiento sindrómico de las ETS, si bien la mayoría de los centros encuestados tanto en Chad como en Mozambique declararon disponer

de un laboratorio para realizar pruebas. Los IC en Gaza identificaron explícitamente la capacitación del personal de primera línea en el manejo sindrómico como una prioridad, debido al colapso de la infraestructura de los laboratorios.

**La escasez de productos básicos de SSR públicos representa una amenaza para la seguridad de los productos básicos en general: en Mozambique, tanto los participantes masculinos como femeninos de los DGE señalaron que los trabajadores del sector sanitario proporcionan tratamientos fuera de los centros de salud para complementar sus ingresos individuales, lo que supone un reto significativo para el mantenimiento de las existencias.**

**OBJETIVO 4****Prevenir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal**

La prevención de la mortalidad materna e infantil es fundamental para el PSIM, y el paquete incluye la disponibilidad de parteras calificadas, la disponibilidad de suministros para partos vaginales, la prestación de atención obstétrica y neonatal de urgencia básica (BEmONC) en los centros de salud primarios, y la prestación de atención

obstétrica y neonatal de urgencia integral (CEmONC) en los centros de salud secundarios y terciarios. Este objetivo también incluye (1) la promoción de sistemas de canalización eficaces, (2) la participación de la comunidad y (3) la prestación de asistencia postabortedo (nota: hemos trasladado estas conclusiones a una sección específica sobre el aborto más adelante en el informe).\* Para este objetivo, el PSIM prioriza la distribución de kits y personal para garantizar que el proceso de parto, la fase neonatal y la fase postparto cuenten con los suministros y la atención necesarios.

**TABLA 3****Prestación de servicios de parto y EmONC de emergencia según datos de las autoridades sanitarias locales y datos facilitados por los propios proveedores**

	Chad (n=9)	Etiopía (n=6)	Mozambique (n=7)
<b>Partos ordinarios realizados</b>	9	6	7
<b>Funciones de señal BEmONC proporcionadas:</b>			
Antibióticos parenterales	8	6	7
Medicamentos uterotónicos parenterales	7	6	7
Medicamentos anticonvulsivos parenterales	7	5	7
Extracción manual de los productos de la concepción retenidos utilizando la tecnología adecuada (atención postabortedo)	7	6	5
Retiro manual de la placenta	8	6	7
Parto vaginal asistido (parto con ventosa o fórceps)	1	6	5
Reanimación neonatal	7	6	7
<b>Funciones de señal CEmoNC proporcionadas:</b>			
Cesárea	0	2	3
Transfusión de sangre	1	1	4
<b>Atención al recién nacido: elementos esenciales proporcionados:</b>			
Apoyo a la lactancia materna inmediata y exclusiva	9	6	7
Prevención de infecciones (limpieza, corte e higiene del cordón umbilical, cuidado de los ojos)	9	6	7
Tratamiento de infecciones en recién nacidos (incluidas inyecciones y antibióticos)	7	6	7
Cuidados térmicos (incluido el secado inmediato y el cuidado piel con piel)	8	6	7
Método madre canguro (MMC)	4	6	7
Asistencia especial en el parto para la prevención del VIH	8	6	7
Manejo de bebés con PBN y prematuros	1	5	6

\* Si bien la APA es un componente del objetivo 4 del PSIM y siempre debe ofrecerse, hemos incluido nuestras conclusiones sobre la prestación de servicios de APA en la sección sobre la asistencia en caso de aborto que se incluye más adelante en el informe, como reflejo de la forma en que se organizó la herramienta ECM.

Los servicios de salud materna y neonatal fueron un elemento prioritario en los cuatro contextos, y el 100 % de los centros evaluados atendieron partos normales, pero el acceso, la calidad y los resultados variaron considerablemente en función de la intensidad de la crisis, la infraestructura y la capacidad de la fuerza laboral.

Los participantes en los DGE y los IC en Chad informaron de la escasez persistente de parteras capacitadas, los retrasos en las canalizaciones y los costos de transporte, lo que lleva a muchas mujeres refugiadas a recurrir a los partos en el hogar, y algunas expresaron su insatisfacción con la atención materna en los centros de salud. Una participante en un DGE en Chad señaló: "La mayoría de las mujeres dan a luz en casa porque el centro de salud está muy lejos de nuestro campamento y nuestros maridos no tienen dinero para llevarnos al centro para dar a luz". A veces, cuando damos a luz en casa y hay complicaciones, nos llevan al centro de salud". Del mismo modo, en Etiopía, el acceso a la atención CEmONC era limitado y se observó que los sistemas de canalización eran deficientes, con frecuencia las ambulancias estaban averiadas o sin combustible (a veces se exigía a los clientes que pagaran para reabastecerse) y las parteras declararon tener una formación limitada, mientras que la inseguridad y las restricciones de movimiento orillaron a muchas mujeres a dar a luz en sus hogares.

En Gaza, el número de partos atendidos por personal capacitado siguió siendo elevado y el modelo de parto asistido por parteras del FNUAP expandió el acceso, pero la destrucción de instalaciones, la interrupción de las derivaciones y la cobertura desigual de la atención obstétrica y neonatal de emergencia (después de la destrucción del hospital Al Awda, el norte de Gaza quedó sin servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia) perjudicaron la seguridad del parto. Las preferencias culturales por los partos en hospitales, las deficiencias en la capacitación de las parteras y la severa desnutrición materna limitaron aún más la atención. Se señalaron las clínicas de atención de urgencias y las revisiones mensuales de la mortalidad materna como medidas que contribuyen a mitigar los riesgos de mortalidad y morbilidad en Gaza.

En Mozambique, el apoyo a los partos institucionales fue igualmente importante, pero algunas barreras fueron los costos de transporte, los servicios limitados fuera del horario laboral y la insuficiente capacitación de los proveedores (las tasas de capacitación relacionadas con los servicios de salud materno-infantil que salvan vidas oscilaron entre el 48 %

y el 52 % de los proveedores, y el 50 % de los servicios de salud materno-infantil se prestan en centros de salud por proveedores que no han recibido capacitación reciente para brindar dichos servicios). Aunque los datos recientes de Mozambique indican que las muertes maternas son poco frecuentes, la elevada mortalidad neonatal puso de manifiesto las deficiencias en materia de equipamiento y suministros, especialmente en las zonas afectadas por conflictos.

Casi todos los centros evaluados proporcionaban atención postabortion (APA), excepto dos en Chad, que señalaron una falta de capacitación o equipamiento, por ejemplo, kits de aspiración manual de vacío (AMV) y misoprostol, y dos en Mozambique.

La mayoría de los centros de salud evaluados proporcionaban al menos 7 de los 8 elementos esenciales de la atención neonatal, con el tratamiento de los bebés con bajo peso o prematuros como función señal de atipicidad (1 centro en Mozambique, 1 centro en Etiopía y 8 centros en Chad no proporcionaban tratamiento a los bebés con peso bajo al nacer). En todas las entrevistas con EIC realizadas en Chad, MZ y Etiopía se mencionó la distribución de kits de parto higiénicos durante las respuestas, pero pocos centros evaluados en el marco de esta evaluación informaron haber distribuido kits en los últimos tres meses. La mayoría de los "kits para madres" para partos limpios en Chad "ya no están disponibles", lo que, según mencionaron los participantes en los grupos focales de personas refugiadas, redujo el incentivo para dar a luz en los centros de salud.

## OBJETIVO 5

### Prevenir embarazos no deseados

El objetivo 5 del PSIM consiste en prevenir los embarazos no deseados mediante: 1) la garantía de que los centros de salud dispongan de métodos anticonceptivos reversibles tanto a corto como a largo plazo para satisfacer la demanda; 2) la garantía de que las comunidades tengan conocimiento de la existencia de estos métodos, y 3) la garantía de que los materiales de información, educación y comunicación, así como el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, sean de calidad, inclusivos y eficaces.

Los servicios de planificación familiar estaban disponibles en todos los contextos, pero el acceso se veía generalmente limitado por las deficiencias en la cadena de suministro, las insuficiencias en la formación de los proveedores y las barreras socioculturales.

## | TABLA 4

## Suministro de métodos anticonceptivos según datos del ECM y declarados por los proveedores

	Chad (n=9)	Etiopía (n=6)	Mozambique (n=7)
Condones masculinos	8	5	6
Condones femeninos	8	2	6
Píldoras anticonceptivas orales	9	6	7
Píldoras anticonceptivas de emergencia	8	6	6
DIU	9	6	4
Anticonceptivos inyectables	7	6	7
Implantes	7	6	5
Todos los métodos anticonceptivos ofrecidos a los adolescentes	8	6	5

En Chad, la oferta de anticonceptivos era amplia, pero los frecuentes problemas de abastecimiento de los métodos más populares (inyectables e implantes), las carencias en la formación de las parteras y los recientes recortes de financiación de la GEU perjudicaron el suministro constante. A pesar de las percepciones contradictorias y el estigma por parte de los hombres, muchas mujeres refugiadas expresaron su apoyo a los métodos anticonceptivos. En Etiopía, técnicamente se disponía de una amplia gama de métodos (incluidas píldoras, DIU, inyectables, implantes y AE) en los centros, pero la prestación de servicios era irregular: pocos proveedores colocaban los DIU de forma regular, la calidad del asesoramiento variaba, los desabastecimientos eran frecuentes y los adolescentes y las personas desplazadas internamente, en particular, declararon tener un acceso deficiente, por lo que a veces dependían de farmacias o canalizaciones. En Gaza, la disponibilidad de métodos anticonceptivos se vio afectada por la escasez de existencias provocada por el conflicto (agotamiento de los kits de DIU y de las píldoras orales), por sensibilidades socioculturales (por ejemplo, la distribución de preservativos fuera de los centros de salud) y por los prejuicios de los proveedores contra determinados métodos (los inyectables, debido a los efectos secundarios percibidos). En Mozambique, había métodos anticonceptivos en la mayoría de los centros (los más comunes eran los preservativos y los inyectables), pero la formación de los proveedores (especialmente sobre el DIU y los implantes) era limitada o estaba

desactualizada. El acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos en Mozambique era desigual, ya que la mayoría de los centros ofrecían todos los métodos anticonceptivos a los adolescentes (excepto dos centros que no ofrecían el DIU debido a la escasa demanda y a las sensibilidades socioculturales en torno a la inserción del método), pero la mayoría de los centros exigían el consentimiento de los padres para que los adolescentes pudieran acceder a los métodos anticonceptivos. Es alentador que la mayoría de los proveedores expresaran su apoyo al derecho de las mujeres a elegir su método, y que se realizaran campañas de divulgación sobre los métodos a largo plazo.

Entre los retos comunes a todos los países destacan los frecuentes desabastecimientos, la falta de formación de los proveedores sobre métodos de acción prolongada, el estigma sociocultural (que afecta especialmente a los adolescentes y a los usuarios masculinos) y la disparidad en la prestación de servicios a pesar de la disponibilidad de productos básicos. Surgieron diferencias en cuanto al énfasis: Chad afrontó riesgos de suministro relacionados con la financiación, Etiopía sufrió problemas de consistencia en los servicios debido al conflicto, las barreras de Gaza se vieron agravadas por la resistencia cultural y las deficiencias en la cadena de suministro relacionadas con el conflicto, mientras que el acceso en Mozambique se vio condicionado por las restricciones políticas sobre los adolescentes y la falta de formación sobre métodos a largo plazo.

**Algunos proveedores de Gaza comenzaron a promover la anticoncepción de emergencia fuera del contexto de la atención posterior a una violación, presentándola como una forma de preservar la autonomía de las mujeres durante el desplazamiento.**

## OBJETIVO 6

### Integración de servicios integrales de SSR

El avance hacia la transición del PSIM a servicios integrales de SSR fue, en general, limitado en todos los entornos, debido a la precariedad de los sistemas de salud, la falta de financiación y las crisis prolongadas. En Chad, la mayoría de las partes interesadas informaron que aún se encontraban en una fase de respuesta de emergencia, con avances limitados hacia la integración más allá de la atención prenatal y posnatal, la educación parcial sobre anticonceptivos y las pruebas de VIH administradas por los proveedores. En Etiopía se observaron los primeros pasos hacia la integración, entre ellos una estrategia de “hermanamiento” que vinculaba los hospitales de Addis Abeba con los hospitales de referencia afectados por el conflicto, pero las deficiencias en la formación del personal, la reparación de las infraestructuras, la financiación y la integración de los planes de estudios demoraron la transición, lo que evidencia la necesidad de un plan de recuperación que vincule a los actores humanitarios y de desarrollo. En Gaza, los intentos por mantener servicios integrales de SSR fueron seriamente afectados por los bombardeos, la destrucción de instalaciones clave, el desplazamiento de la fuerza laboral, las restricciones en el suministro y la escasez de financiación, y la integración del PSIM en los sistemas nacionales siguió siendo parcial y corrió el riesgo de perder prioridad tras el alto el fuego. En Mozambique, el reto tuvo su origen en un sistema sanitario que, ya antes del conflicto, carecía de recursos suficientes; aunque los servicios de SSR están ampliamente integrados en la atención primaria y las leyes y políticas son favorables, la integración sostenida de los servicios relacionados con el VIH y el VGB requiere financiación constante, participación de la comunidad, mejora de los sistemas de datos y capacitación estandarizada. Todos los contextos se enfrentaron a barreras persistentes para la financiación, la dependencia de la ayuda externa, lagunas en la capacitación de los proveedores y dificultades para integrar el PSIM en los sistemas nacionales de salud y capacitación.

“Yo diría que el Objetivo 6 debería recibir más atención, porque cuando se pasa de la crisis a los servicios integrales, es necesario mejorar y ofrecer servicios rutinarios. Ahora que hay paz habrá que centrarse principalmente en el Objetivo 6, es decir, planificar la transición de la crisis a una mejor prestación de servicios. Tras la planificación, el segundo objetivo debe centrarse en las actividades previstas en el Objetivo 4.”

#### IC DE ETIOPÍA

**En Etiopía, una iniciativa de “hermanamiento” emparejó a 12 hospitales de Addis Abeba con hospitales de remisión afectados por el conflicto, enviando personal, medicamentos y equipos para reconstruirlos y conseguir acelerar con éxito el restablecimiento de los servicios críticos de SSR.**

### Otras prioridades del PSIM: Atención segura en materia de aborto

El acceso a servicios de aborto seguro (SAS) presentaba grandes diferencias entre los distintos entornos, en función de los marcos legales, el estigma y la disponibilidad de los servicios. En Chad, los SAS eran prácticamente inexistentes (solo 1 de 9 centros los ofrecía) debido a la ambigüedad legal (la Ley de Salud Reproductiva 006 de Chad permite el aborto para salvar la salud o la vida de la mujer o en casos de anomalías fetales; sin embargo, aún no se han establecido las directrices para aplicar esta ley), la falta de preparación de los proveedores de atención sanitaria y los altos niveles de estigmatización, con abortos inseguros que, según los informantes clave y los participantes en los DGE, son habituales entre las refugiadas. En Etiopía, cinco de las seis instalaciones evaluadas ofrecían servicios de atención especializada para adolescentes conforme a las directrices nacionales, aunque la cobertura era irregular, la formación del personal de atención sanitaria era limitada y la demanda aumentaba en las zonas de conflicto, especialmente en relación con los casos de violación. En Gaza, la atención segura del aborto se restringió legal y culturalmente a los casos médicamente elegibles aprobados por el Ministerio de Salud, lo que dejó a las mujeres a merced de una limitada atención posterior al aborto en medio de un marcado aumento de los abortos espontáneos, y los agentes humanitarios solo

**TABLA 5****Prestación de servicios de aborto según datos de ECM y declarados por los propios prestadores de asistencia sanitaria**

	Chad (n=9)	Etiopía (n=6)	Mozambique (n=7)
Asistencia segura durante el aborto	1	5	5

ofrecieron un apoyo parcial. En Mozambique, el aborto está permitido legalmente hasta las 12 semanas (16 en casos de violación o incesto), pero el índice de abortos seguros era extremadamente bajo. Los testimonios de la comunidad pusieron de manifiesto su dependencia de los curanderos tradicionales, las farmacias o la continuación de embarazos indeseados — que en ocasiones terminaban en infanticidio — lo que refleja un profundo estigma, barreras económicas y una concienciación limitada. El personal sanitario informó de que había recibido más capacitación sobre la atención segura del aborto que oportunidades para aplicarla, lo que evidencia la discrepancia entre la política y la práctica.

**“** También se practicaban abortos inseguros utilizando métodos tradicionales, prácticas que casi habían sido eliminadas, pero que reaparecieron en tiempos de crisis. El aborto inseguro sigue siendo uno de los factores que más contribuyen a la mortalidad materna.

**IC DE ETIOPÍA**

## Análisis

Aunque el PSIM se desarrolló por primera vez en 1995 y ha sido el estándar mundial durante 30 años, aún no existen mecanismos sistemáticos para supervisar y documentar si se aplica el PSIM durante la respuesta a emergencias y en qué medida. Esta es la primera evaluación formal de la implementación del PSIM desde la evaluación global realizada por el GTIA entre 2012 y 2014<sup>12</sup> y desde que el PSIM fue revisado como parte del Manual de campo interinstitucional para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios (IAFM) en 2018. Desde 2018, el sector humanitario de SSR se ha enfrentado a varias perturbaciones, entre ellas la pandemia de COVID-19, grandes recortes en la ayuda exterior y un retroceso de las políticas progresistas y los entornos propicios en algunos países. Estas evaluaciones ofrecen información importante sobre cómo se está implementando el PSIM en la práctica y qué medidas deben adoptar las principales partes interesadas a todos los niveles para agilizar los avances.

Los resultados sugieren que se han logrado avances en las deficiencias específicas identificadas en la evaluación global de 2012-2014. Por ejemplo, la planificación familiar era más accesible, la anticoncepción de emergencia estaba más disponible más allá de la MCV/IPv, y los ARV para las PVCVIH estaban disponibles en el nivel de atención primaria en la mayoría de los centros de salud evaluados en 2025. Sin embargo, otras deficiencias son más persistentes, como la escasa disponibilidad de servicios de aborto seguros que cumplen plenamente con la ley (una prioridad adicional), la disponibilidad limitada de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia y sistemas de canalización incompletos, problemas en la cadena de suministro y desabastecimiento, y la insuficiencia de fondos para el PSIM en general.

Si bien se han logrado avances significativos a nivel nacional en cuanto a la sensibilización y la aceptación del PSIM, mantener esta aceptación y coordinación a nivel subnacional sigue siendo un reto fundamental. En los distritos de Etiopía, la plataforma de colaboración en materia de SSR impulsada por el Gobierno se disolvió en menos de un año; en Chad, las reuniones subnacionales se han fusionado con las reuniones genéricas del Clúster de Salud, lo que ha diluido la rendición de cuentas. Es esencial contar con organismos de coordinación subnacionales sólidos y bien financiados, con términos de referencia y líneas jerárquicas definidas, a fin de mantener el liderazgo cuando haya rotación de personal, se deteriore el acceso o se recorten los fondos. Estos mecanismos también permiten establecer relaciones más profundas con las autoridades sanitarias y los legisladores locales, así como con las comunidades afectadas, lo que puede influir en la prestación sostenida de servicios y ayudar a triangular soluciones cuando se produzcan perturbaciones en el futuro. En lugares como Cabo Delgado, Mozambique, que sufren crisis cíclicas, estas relaciones de largo plazo con el gobierno y las autoridades locales han resultado muy valiosas para la implementación del PSIM.

La gran difusión del PSIM conlleva tanto los beneficios del reconocimiento de su nombre como los retos que plantean las ideas preconcebidas. La IAFM define el PSIM como el paquete más importante de servicios de SSR que se deben prestar al inicio de una emergencia, es decir, el "qué hacer", dejando el "cómo" adaptable a un contexto determinado y fomentando la transición a servicios integrales tan pronto como sea posible. Sin embargo, nuestras evaluaciones muestran que estas definiciones y distinciones no han sido comunicadas eficazmente al nivel de implementación, dando lugar en ocasiones a confusión o resistencia, lo que requiere una atención más específica a nivel mundial, nacional y local. Por ejemplo, en Gaza hubo resistencia al PSIM entre las partes interesadas, y en particular el Gobierno, que consideraba que se trataba de un paquete diseñado para entornos de bajos ingresos o tradicionalmente dependientes de la ayuda. Los IC también consideraron que el PSIM era demasiado limitado y optaron por dar prioridad a la atención integral de la madre y el recién nacido, por ejemplo, frente a otros servicios mínimos prioritarios para salvar vidas que se priorizaban en el PSIM, como la atención del VIH/ETS. En Mozambique, el PSIM se consideraba el paquete básico de servicios rutinarios, más que una medida que debía aplicarse de forma aislada en momentos de crisis aguda. De hecho, las

partes interesadas hablaron incluso de las formas en que el Gobierno había apoyado la cadena de suministro sostenida para algunos servicios del PSIM. Estas conclusiones coinciden con los datos anecdotáticos de Ucrania, Colombia y otros países de ingresos medios y altos que han sufrido crisis en los últimos años. Además, persiste la confusión en todos los ámbitos sobre cuándo y en qué circunstancias es viable la transición a servicios integrales de SSR.

Estas evaluaciones se producen en un contexto humanitario muy volátil, con recortes drásticos recientes en la ayuda humanitaria del GEU, junto con reducciones más progresivas de otros donantes públicos. El "Reinicio humanitario" aspira a optimizar y dar "prioridad absoluta" a la asistencia humanitaria, concentrando los recursos mancomunados en los lugares con mayores necesidades, aunque hasta ahora no está claro cómo se rendirán cuentas en relación con normas como el PSIM.<sup>13</sup> Estas tendencias amenazan con revertir décadas de progreso en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en contextos humanitarios si no se presta especial atención a las iniciativas que funcionan y se sigue dando prioridad a las mujeres y las adolescentes. Como comunidad global, no podemos permitir que la priorización excesiva y los recortes presupuestarios pongan en peligro la eliminación de las estructuras que han permitido el progreso en este ámbito durante décadas, tales como los grupos de trabajo nacionales y subnacionales sobre SSR dependientes del Clúster de Salud y el Equipo de Trabajo sobre SSR del Clúster Global de Salud. Sin embargo, tampoco podemos insistir en "continuar como siempre" cuando el entorno es absolutamente diferente. Es necesario que haya:

- **Rendición de cuentas:** Garantizar una mejor rendición de cuentas para la racionalización del PSIM en el marco de las respuestas multisectoriales a las emergencias y los fondos mancomunados (inclusive los recursos asignados al PSIM dentro de esos fondos)
- **Localización:** Proporcionar más apoyo y financiación a los gobiernos y socios locales para que asuman el liderazgo de las respuestas del PSIM, con documentación sobre las mejores prácticas y consideraciones para diversas tipologías humanitarias.
- **Integración sistemática:** Integrar sistemáticamente los indicadores de servicio del PSIM en las prioridades propuestas en materia de salud y protección, los mecanismos de retroalimentación interinstitucionales de la comunidad humanitaria y los programas de ayuda en efectivo.

Por otra parte, precisamos de mejores datos sobre qué actividades de preparación a nivel nacional resultan más eficaces para dar respuesta a las emergencias a nivel subnacional, lo que requiere poner en práctica el nexo entre la ayuda humanitaria y el desarrollo, dejando atrás la retórica para fomentar una colaboración intencionada y sobre el terreno entre las iniciativas de desarrollo centradas en los gobiernos y las estructuras de respuesta humanitaria centradas en las Naciones Unidas. La finalización y el análisis de 64 evaluaciones de preparación del PSIM a

nivel nacional, realizadas entre 2021 y 2024 y dirigidas por el FNUAP, ofrecen una oportunidad muy importante para generar esta evidencia fundamental. Con vistas a garantizar la coherencia y el impacto, las recomendaciones pertinentes que se deriven de estas evaluaciones de preparación del PSIM deben armonizarse con las que surjan de esta evaluación de procesos, asegurando que los futuros esfuerzos de preparación y respuesta del PSIM se fortalezcan mutuamente y se adapten al contexto.

## Recomendaciones globales clave

### Clúster de Salud Global y Equipo de Trabajo sobre SSR

*Apoyar directamente a los grupos de trabajo nacionales sobre SSR para que apliquen las recomendaciones que figuran a continuación y promuevan de manera específica los derechos sexuales y reproductivos como parte del reinicio humanitario.*

El Clúster de Salud Global y el Equipo de Trabajo sobre SSR deberán:

- **Desarrollar, difundir y socializar herramientas y recursos para apoyar a los grupos de trabajo sobre SSR y a los coordinadores de los grupos temáticos sobre salud en la planificación, promoción, presupuestación y aplicación del PSIM, así como garantizar una coordinación eficaz tanto a nivel nacional como subnacional. Estas herramientas deben traducirse a los idiomas principales y ofrecerse en una ubicación centralizada.**
- Establecer un mecanismo para realizar un seguimiento sistemático del alcance de la aplicación del PSIM en situaciones de emergencia (posiblemente como parte de iniciativas de rendición de cuentas humanitarias más extensas).
- Organizar y realizar un seguimiento sistemático de los cursos de formación rutinarios sobre el PSIM para los coordinadores de SSR y las principales partes interesadas del grupo de trabajo sobre SSR (entre ellas, el MS y las autoridades sanitarias subnacionales de las regiones afectadas por la crisis).

### GTIA

*Apoyar a los miembros de la coalición para que apliquen las recomendaciones que figuran a continuación y armonicen sus esfuerzos con la nueva estructura organizativa del GTIA.*

- **Documentar y difundir estudios de casos y mejores prácticas de los trabajadores de primera línea y de quienes implementan el PSIM, en lo que respecta a su ejecución, promoción y garantía de rendición de cuentas.**
- Desarrollar materiales de incidencia política armonizados para asegurarse de que el paquete completo de servicios del PSIM (incluyendo SAS en toda su extensión legal) se priorice y se implemente sistemáticamente como parte de la respuesta a emergencias severas.
- Realizar una nueva evaluación global del GTIA para evaluar exhaustivamente la situación de los derechos sexuales y reproductivos en contextos humanitarios.
- Formular recomendaciones para incorporar el PSIM en las oportunidades de desarrollo empresarial, con mensajes y agendas específicos para diversos donantes (desarrollo, ayuda humanitaria).
- Documentar y compartir conocimientos y recursos técnicos para modelos de programas prometedores, por ejemplo, modelos de atención comunitaria o autogestionados basados en pruebas alineados con el PSIM

- Promover nuevos kits de salud reproductiva con orientación operativa para influir en la prestación de servicios del PSIM.
- Apoyar, documentar y realizar un seguimiento de los esfuerzos en curso para reforzar la capacidad de los proveedores y ejecutores de primera línea.

## Grupo de Trabajo sobre Salud y SSR del Clúster de Salud del País

*Institucionalizar las operaciones de los grupos de trabajo sobre SSR bajo la supervisión del Clúster de Salud para brindar un mejor apoyo a los socios ejecutores para hacer frente a los principales retos del PSIM.*

Cada grupo de trabajo sobre SSR deberá:

- **Asignar en cada región afectada por la crisis personal coordinador de SSR capacitado y de tiempo completo, dotado de autoridad para tomar decisiones y brindar apoyo logístico, con el fin de fortalecer la rendición de cuentas y el liderazgo técnico para la implementación eficaz del PSIM en todas las fases humanitarias.**
- **Contar con términos de referencia (TdR) claros, un calendario de reuniones periódicas y estructuras jerárquicas obligatorias para informar al Clúster de Salud.**
- Socializar el PSIM entre los socios y las partes interesadas clave, centrándose en su adaptabilidad. Hacer hincapié en que el PSIM define lo que hay que hacer (su contenido técnico es de relevancia universal), mientras que la estrategia de implementación (el cómo) debe adaptarse para satisfacer las necesidades urgentes locales y específicas del contexto.
- Organizar cursos de formación clínica entre agencias para los proveedores de primera línea con el fin de desarrollar y mantener la capacidad clínica. Los cursos de actualización sobre SSR (S-CORT) pueden utilizarse para corregir rápidamente las deficiencias de competencias en situaciones de emergencia.
- Coordinar el posicionamiento previo de productos básicos, incluidos los kits PIAS, antes de emergencias previsibles o probables.
- Colaborar con los socios ejecutores para garantizar que los suministros lleguen hasta el último kilómetro. Si es posible, apoyar la combinación de fletes con organismos de gran capacidad logística (PMA, CICR, empresas de mensajería privadas) e incluir los suministros de SSR en los convoyes existentes.

- Organizar foros comunitarios permanentes para analizar el SSR y las vías de canalización (por ejemplo, diálogos durante ceremonias del café en los campamentos de personas desplazadas internamente en Etiopía) y garantizar una financiación constante para ellos.
- Aclarar y difundir las políticas pertinentes relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en lo que respecta a la atención segura del aborto.

## Socios ejecutores

*Incrementar las asignaciones presupuestarias y la asistencia técnica para los servicios y operaciones del PSIM que presenten deficiencias persistentes, inclusive como parte de programas de atención primaria de salud o multisectoriales.*

Los socios que apoyan la implementación del PSIM deben:

- **Comprobar que todos los componentes del PSIM cuenten con la financiación adecuada como parte de la financiación más general destinada a la atención primaria de salud y a diversos sectores.**
- **Reforzar las partidas presupuestarias relativas a la “logística de último kilómetro” para los SSR (combustible, transporte por terceros, microcréditos para tiendas a nivel de campamento) en todas las propuestas/presupuestos.**
- **Participar activamente en la coordinación de SSR, la preparación para el PSIM y las iniciativas de respuesta.**
- Invertir en cursos de formación y supervisión de alta calidad en materia de competencias clínicas.
- Contratar y supervisar a proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva cualificados y debidamente capacitados.
- Fortalecer las vías de canalización hacia los EmONC, garantizando la existencia de políticas y procedimientos de canalización con cobertura de los costos para todos los centros BEmONC; apoyar el transporte de bajo costo y baja tecnología (carretas tiradas por burros en Chad, ambulancias motorizadas en las zonas rurales de Etiopía) cuando sea apropiado; subvencionar el transporte de pacientes y encargados de su cuidado con vales de combustible, dinero en efectivo para el transporte o fondos comunes para combustible de ambulancias, si es posible.

- Asegurarse de que la capacitación y los materiales para la APA se incorporen como un componente de la prestación de servicios de atención obstétrica y neonatal de emergencia.
- Verificar la política sobre el aborto y asegurarse de que el programa tenga un planteamiento claro en materia de atención segura del aborto, es decir, atención en todos los casos o en algunos, canalización a otros proveedores de servicios de aborto seguro, etc.
- Incluir estrategias de atención comunitaria o autogestionada en el diseño de programas para llegar hasta el último kilómetro.
- Apoyar a los grupos de trabajo técnicos nacionales, cuando proceda, para poner en práctica las conclusiones de las evaluaciones de preparación del PSIM (MRA), cuando estén disponibles, encabezando la elaboración y el seguimiento de un plan de acción específico de preparación del PSIM. Esto garantiza que las deficiencias de capacidad y las carencias de coordinación detectadas se subsanen mucho antes de que se produzca una crisis.
- Elaborar un presupuesto e implementar mecanismos de respuesta al cliente en materia de SSR, y dedicar tiempo del personal a examinar y atender las quejas presentadas a través de los mecanismos de reclamación.
- Integrar los servicios de SSR y VGB, prestando especial atención a las necesidades expresadas por las mujeres y las niñas.

## Donantes humanitarios

*Invertir en estrategias que subsanen las deficiencias críticas y garanticen un acceso equitativo al PSIM, exigiendo rendición de cuentas a los socios ejecutores.*

Los donantes humanitarios deberán:

- **Exigir y garantizar un presupuesto suficiente para la implementación del PSIM como parte de la atención primaria de salud y las respuestas multisectoriales a las emergencias.**
- **Exigir a los socios ejecutores que rindan cuentas sobre todos los objetivos del PSIM.**
- **Financiar las actividades de coordinación del Grupo de Trabajo sobre SSR, en particular un puesto de coordinación de tiempo completo en**

**materia de SSR. Reconocer el valor añadido de una secretaría que puede asumir el liderazgo en materia de incidencia política, gestión del conocimiento, sensibilización de la comunidad y alianzas.**

- Incluir modificadores de crisis (o disposiciones previstas en las subvenciones que permitan a los programas redirigir los fondos de manera flexible y rápida para responder a emergencias inesperadas) para el PSIM en los programas humanitarios multianuales.

## Donantes para el desarrollo

*Invertir y exigir a los socios ejecutores que rindan cuentas respecto a la preparación del PSIM y la colaboración eficaz con los actores y sistemas humanitarios.*

Los donantes para el desarrollo deberán:

- **EAsegurarse de que las futuras subvenciones para el fortalecimiento de los sistemas reflejen la preparación del PSIM según corresponda (programas de capacitación previa al servicio y en el servicio, apoyo a la cadena de suministro, desarrollo de capacidades para los proveedores/jefaturas, apoyo para el establecimiento y capacitación de plantillas o grupos de despliegue).**
- **Cuando el entorno propicio para la salud y los derechos sexuales y reproductivos sea precario, respaldar las iniciativas de promoción y políticas correspondientes, entre otras cosas para optimizar los marcos jurídicos y de protección. El objetivo es velar por que todos los principios humanitarios se incorporen a las políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos, y viceversa.**
- Incorporar indicadores clave del PSIM en los sistemas DHIS/HMIS.
- Financiar y evaluar el ciclo de puesta a punto del PSIM:
  1. Financiación del plan de acción: Dar prioridad a la financiación para la ejecución de los planes de acción de MRA, garantizando que las deficiencias de capacidad y las limitaciones de coordinación identificadas se subsanen mucho antes de que se produzca una crisis.
  2. Financiación del aprendizaje: Invertir estratégicamente en la evaluación rigurosa de los resultados del Plan de Acción del MRA para identificar qué estrategias de preparación son más eficaces para posibilitar respuestas contundentes y orientadas a nivel local.

## Gobiernos

*Institucionalizar el PSIM dentro de los marcos de preparativos para emergencias, dotar de medios a los agentes locales, garantizar la preparación del sistema sanitario para la respuesta del PSIM y promover la rendición de cuentas del PSIM mediante la participación de la comunidad.*

Los gobiernos deberán:

- **Asignar y aumentar la financiación nacional destinada a la salud y la preparación para emergencias para la implementación del PSIM.**
  - **Integrar el PSIM en las futuras estrategias de financiación sanitaria humanitaria, como los fondos comunes nacionales y los fondos nacionales de respuesta a emergencias.**
  - **Integrar el PSIM en los planes de capacitación antes y durante el servicio para el personal sanitario; sistemas de cadena de suministro y seguimiento y evaluación; iniciativas de desarrollo de capacidades para los proveedores de servicios sanitarios; y establecer y capacitar grupos de primera línea de agentes encargados de la implementación del PSIM.**
  - Incluir el PSIM en los marcos nacionales y subnacionales de reducción del riesgo de desastres y respuesta a emergencias sanitarias, así como en las políticas de salud reproductiva, SSR y salud materna y neonatal.
- Trabajar activamente para integrar planes y protocolos integrales de preparación en materia de SSR, así como el PSIM, en los marcos nacionales y subnacionales de preparación para emergencias sanitarias, las estrategias de reducción del riesgo de desastres y los planes de contingencia existentes. Esto incluye abogar por un entorno legislativo que respalde la provisión del PSIM durante cualquier emergencia, adoptando un enfoque que contemple todos los riesgos.
  - Abogar por la integración de las consideraciones relativas a la gestión de desastres y la respuesta a emergencias en las políticas de desarrollo de la SSR y, recíprocamente, asegurarse de que las perspectivas de desarrollo fundamenten la preparación para fomentar la resiliencia comunitaria e institucional. Esta estrategia garantizará que la preparación sea un componente esencial de las actividades de desarrollo, con una financiación y atención específicas.
  - Ofrecer financiación y apoyo a las organizaciones locales que aplican el PSIM e incluirlas en las plataformas de coordinación y toma de decisiones.
  - Almacenar anticipadamente los productos básicos de SSR y reforzar los sistemas de prestación de servicios sanitarios de última milla.
  - Incluir indicadores de SSR en los sistemas de retroalimentación sobre la participación comunitaria y garantizar la participación de las mujeres y niñas afectadas por la crisis en los planes de preparación y en los ciclos continuos de retroalimentación sobre emergencias.

# Notas finales

---

- 1 Chynoweth, S.K. *Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review*. *Confl Health* 9 (Suppl 1), I1 (2015). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1>
- 2 ACNUR Chad. CORE Situación de emergencia en Sudán. 2025. Disponible en: <https://data.unhcr.org/en/documents/details/118998>.
- 3 OCHA. Etiopía: Resumen del desplazamiento interno (a junio de 2024). Disponible en: <https://www.unocha.org/publications/report/ethiopia/ethiopia-internal-displacement-overview-june-2024>.
- 4 OCHA. Etiopía - Informe de situación, 10 de junio de 2024. Disponible en: <https://www.unocha.org/publications/report/ethiopia/ethiopia-situation-report-10-june-2024>.
- 5 OCHA. Resumen del impacto reportado | Franja de Gaza, 1 de octubre de 2025 a las 15:00. Disponible en: <https://reliefweb.int/node/4179759>
- 6 OCHA. Resumen del impacto reportado | Franja de Gaza (13 de agosto de 2025). Disponible en: <https://www.ochaopt.org/content/reported-impact-snapshot-gaza-strip-13-august-2025>
- 7 Resumen del impacto reportado por OCHA | Franja de Gaza, 1 de octubre de 2025 a las 15:00. Disponible en: <https://reliefweb.int/node/4179759>
- 8 OCHA. Mozambique: Resumen humanitario de Cabo Delgado, Nampula y Niassa, a agosto de 2025. Disponible en: <https://www.unocha.org/publications/report/mozambique/mozambique-cabo-delgado-nampula-niassa-humanitarian-snapshot-august-2025>
- 9 GTIA y Comisión de Mujeres Refugiadas. Herramientas de evaluación del proceso del paquete de servicios mínimos iniciales (PSIM) (revisadas en 2022). Disponible en: <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-process-evaluation-tools-revised-2022>
- 10 OMS. *HeRAMS Tigray Baseline Report 2023 - Operational status of the health system: A comprehensive mapping of the operational status of HSDUs 2023*. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/herams-tigray-baseline-report-2023-operational-status-of-the-health-system>
- 11 FNUAP. Amid displacement and despair in Gaza, glimmers of hope for a better tomorrow. 17 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.unfpa.org/news/amid-displacement-and-despair-gaza-glimmers-hope-better-tomorrow>
- 12 Chynoweth, S.K. *Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012-2014 global review*. *Confl Health* 9 (Suppl 1), I1 (2015). <https://doi.org/10.1186/1752-1505-9-S1-I1>
- 13 OCHA. *The humanitarian reset (10 March 2025)*. Disponible en: <https://www.unocha.org/news/humanitarian-reset-10-march-2025>



**HEALTH  
CLUSTER**

**HEALTHCLUSTER.WHO.INT**