

COMENTARIO

Cambio radical en los servicios de salud reproductiva durante emergencias: cómo se lograron mejoras sistémicas para implementar el MISP

Sandra K. Krause,^a Sarah K. Chynoweth,^b Mihoko Tanabe^b

a Directora, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Comisión de Mujeres Refugiadas, Nueva York, NY, EE.UU. Correspondencia: SandraK@wrcommission.org

b Ex miembros de personal, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Comisión de Mujeres Refugiadas, Nueva York, NY, EE.UU.

Resumen *El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) para salud reproductiva, ha sido el estándar mínimo para la prestación de servicios de salud reproductiva en emergencias humanitarias desde 1995. Las evaluaciones realizadas en entornos humanitarios críticos en 2004 y 2005 revelaron la existencia de escasos servicios de MISP establecidos y pocos conocimientos del MISP entre entidades humanitarias. Diez años después, las evaluaciones realizadas en contextos humanitarios en 2013 y 2015 encontraron una disponibilidad constante de servicios de MISP y un alto nivel de conciencia del MISP como estándar entre las instituciones responsables. Describimos la estrategia multifacética aplicada por la Comisión de Mujeres Refugiadas y otras agencias miembros del Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG, por sus siglas en inglés) para propiciar mejoras sistemáticas en la disponibilidad del MISP desde el inicio de las respuestas humanitarias. Encontramos que las inversiones en misiones investigadoras, sensibilización, desarrollo de capacidades, armonización de políticas, financiamiento específico, gestión de riesgos en situaciones de emergencia y desarrollo de la capacidad de recuperación de las comunidades han sido fundamentales para facilitar un cambio radical en las respuestas de salud reproductiva en emergencias agudas y de gran escala. Estos logros contienen lecciones valiosas para el sector salud, incluido el de salud reproductiva, y otros sectores que buscan integrar mejor asuntos emergentes o marginados en la acción humanitaria. Enlace del artículo: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1411093>*

Palabras clave: salud reproductiva, MISP, ayuda humanitaria, conflicto, desastre, institucionalización

Introducción

En abril de 2004, la Comisión de Mujeres Refugiadas y el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) realizó una evaluación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) para salud reproductiva (Figura 1) en el este de Chad luego de la llegada de 110.000 refugiados sudaneses provenientes de Darfur, Sudán septentrional. Utilizando la primera iteración de herramientas interagencia-

les de evaluación del MISP, el equipo realizó entrevistas a 53 miembros del personal de campo, llevó a cabo 12 evaluaciones de instalaciones de salud y organizó 10 discusiones en grupos focales con 108 refugiados (mujeres, hombres y jóvenes). Los resultados fueron desalentadores: la mayoría de los trabajadores humanitarios no había escuchado acerca del MISP, no se había establecido ningún grupo de trabajo de salud, y muy pocos servicios prioritarios de salud reproductiva estaban implementados¹. Un trabajador de ayuda humanitaria comentó:

*“No tenemos personal dedicado a este tema. Nuestra prioridad es conseguir alimento, agua y refugio. Después de eso, cuando nos hayamos establecido, el grupo probablemente podrá concentrarse en eso [coordinación de salud reproductiva]”*¹.

Once años después, un equipo interagencial dirigido por la Comisión de Mujeres Refugiadas viajó a Nepal para evaluar la implementación del MISP luego del terremoto de 2015. Mediante 32 discusiones en grupos focales, 17 evaluaciones de instalaciones de salud y 24 entrevistas con informantes clave de los trabajadores de ayuda humanitaria, el grupo descubrió una notable mejora: UNFPA había establecido un equipo de trabajo de salud reproductiva a los pocos días de la emergencia y a pesar de algunas brechas y retos, los servicios del MISP estaban en curso. En general, el financiamiento y las provisiones fueron suficientes. La mayoría de los trabajadores humanitarios a quienes se entrevistó conocían del MISP como un estándar mínimo, y los representantes de las instituciones líderes, como el Departamento de Servicios de Salud de Nepal, UNFPA, UNICEF y la OMS podían repetir de memoria los objetivos y actividades del estándar². ¿Cómo se logró este progreso en tan solo una década?

Antecedentes

La historia del MISP comienza a mediados de los años 90 con la conjunción de tres sucesos clave. Primero, la Comisión de Mujeres Refugiadas publicó su revolucionario reporte sobre salud reproductiva dentro de entornos humanitarios, *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities* (Mujeres refugiadas y cuidado de la salud reproductiva: reevaluando prioridades), que documentaba la escasez de servicios y las grandes necesidades en varios países³. Poco después, el tema de salud reproductiva se articuló como un derecho humano, con reconocimiento explícito hacia personas refugiadas e internamente desplazadas, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994⁴. Durante este período, los conflictos en Ruanda y la anterior Yugoslavia volcaron la atención global hacia la violencia sexual contra mujeres y niñas en épocas de guerra. Estos sucesos desencadenaron un amplio interés en la salud reproductiva durante situaciones de crisis y se lanzó una red internacional para hacer avanzar el tema: el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG, por sus siglas en in-

glés). El IAWG abordó una brecha clave en el campo: en 1996, publicó la primera guía técnica sobre la implementación de servicios de salud reproductiva en entornos humanitarios: la versión de prueba del manual de campo *Reproductive Health for Refugees: An Inter-agency Field Manual* - IAFM. (Salud reproductiva para refugiados: un manual de campo interagencial)⁵. El IAFM (por sus siglas en inglés), que fue completado en 1999, incluyó las primeras guías para un conjunto mínimo de servicios de salud reproductiva, el MISP, diseñado para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad en emergencias humanitarias, particularmente entre mujeres y niñas⁶. Para facilitar la implementación del MISP en el campo, el IAWG apoyó el desarrollo de 12 paquetes de provisiones y medicinas de salud reproductiva, conocidos como los Botiquines Interagenciales de Salud Reproductiva. En 2010, se revisó el IAFM y se incluyeron más actividades de salud reproductiva dentro del MISP (Figura 1).

La odisea del MISP desde su articulación inicial como un conjunto mínimo de servicios prioritarios en 1995 hasta su amplia implementación en emergencias agudas y de gran escala en 2015 fue facilitada por una estrategia innovadora dirigida por la Comisión de Mujeres Refugiadas, UNFPA y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis y Poscrisis (iniciativa SPRINT, por su acrónimo en inglés) de la Federación Internacional de Planificación Familiar, entre otras agencias miembros del IAWG. A comienzos del 2000, la Comisión de Mujeres Refugiadas presentó los retos para pasar los estándares del MISP a la práctica. La organización se basó en su teoría del cambio para diseñar y ejecutar, junto a sus asociados, una estrategia para equipar a los actores humanitarios de salud con un conocimiento integral del MISP y promover políticas de soporte y recursos financieros que apoyaran la implementación del MISP desde el inicio de la respuesta a emergencias. La teoría del cambio involucraba tres facetas:

- Empezar misiones de investigación y exploración sobre la implementación del MISP en una serie de entornos humanitarios para documentar brechas, retos, buenas prácticas y progresos.
- Volver a pensar en los enfoques actuales para la implementación del MISP y crear guías como el módulo de aprendizaje a distancia del MISP y otros recursos para desarrollar capacidad técnica y crear conciencia.
- Trabajar para resolver retos promoviendo cambios en políticas y financiamientos, crean-

do alianzas entre agencias (que incluían a los donantes) y apoyando el desarrollo de capacidades y de recuperación de las comunidades.

Ejecutando la estrategia MISP

Misiones de investigación y exploración

La Comisión de Mujeres Refugiadas, en colaboración con los asociados de IAWG, dirigió varias evaluaciones del MISP luego de las emergencias humanitarias en Chad (2004), Indonesia (2005), Kenia (2008), Haití (2010), Jordania (2013) y Nepal (2015)^{1, 2, 7-10}. Estas evaluaciones fueron vitales para resaltar brechas y monitorear progresos sobre la implementación del MISP, así como para atraer la atención hacia las voces y experiencias de mujeres y niñas en entornos humanitarios. Se promovieron, a nivel nacional y mundial, los descubrimientos clave a través de reportes, notas de prensa, artículos noticiosos, estudios revisados por pares, conferencias, sesiones informativas ante el Congreso y reuniones de promoción con actores humanitarios, incluyendo representantes de la ONU y de agencias gubernamentales. Los reportes de evaluación fueron traducidos a los idiomas locales para ayudar a la toma de conciencia del personal local; además, se compartieron resúmenes con las comunidades desplazadas como parte de los compromisos de responsabilidad. Las herramientas de evaluación, que incluyeron cuestionarios, listas de control y guías para llevar a cabo discusiones de grupos de enfoque, entrevistas a informantes clave y evaluaciones de instalaciones de salud, se basaron en parte en las herramientas de campo del Consorcio para Acciones sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis* desarrolladas en 1998, que desde entonces han sido revisadas en varias ocasiones. En 2017, IAWG lanzó una caja de herramientas actualizada para evaluar el proceso del MISP, con el objetivo de facilitar un enfoque estándar para la evaluación de la implementación del MISP, idealmente dentro de los tres primeros meses de la respuesta a una emergencia humanitaria¹¹.

* Los miembros del Consorcio para Acciones sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis incluyen al Comité Estadounidense de Refugiados, CARE, la Universidad de Columbia, el Comité Internacional de Rescate, el Instituto de Investigación y Entrenamiento JSI, Marie Stopes Internacional y la Comisión de Mujeres Refugiadas. Todos son miembros activos del IAWG.

Recursos para mejorar el conocimiento y las capacidades de los actores humanitarios

Para crear capacidades a nivel de campo, la Comisión de Mujeres Refugiadas, en colaboración con otros miembros del ex-Consorcio para Acciones sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, desarrolló recursos para entrenar a los trabajadores de ayuda y crear conciencia sobre la responsabilidad de los actores humanitarios hacia el MISP como un estándar de ayuda en caso de nuevas emergencias. Desarrollaron una serie de manuales técnicos sobre salud reproductiva para apoyar la implementación del MISP, incluyendo temas de anticoncepción de emergencia, cuidados de emergencia obstétricos y para el recién nacido, VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente¹²⁻¹⁵.

Para poder abordar la gran brecha en el conocimiento de los actores humanitarios sobre el MISP, la Comisión de Mujeres Refugiadas lideró el desarrollo del módulo de aprendizaje a distancia del MISP en 2007¹⁶. Este módulo de autoentrenamiento ha sido vital para crear conciencia entre los trabajadores de ayuda humanitaria sobre el MISP, así como para desarrollar sus capacidades para un desempeño estándar en su trabajo. El módulo MISP está disponible tanto en línea como en versión impresa y ha sido traducido a diez idiomas, pudiendo así llegar a una amplia audiencia. Brinda una perspectiva amigable para el usuario sobre el MISP en una situación de emergencia extrema y proporciona guías prácticas y herramientas al personal humanitario, incluyendo plantillas para la recaudación de fondos e información sobre cómo solicitar los Botiquines Interagenciales de Salud Reproductiva. La inclusión de un examen final para obtener una certificación incentivó a los trabajadores de ayuda a completar el módulo. La Comisión de Mujeres Refugiadas y sus colegas de IAWG han trabajado, desde entonces, para integrar el módulo dentro del currículo de varios cursos complejos de emergencias y programas universitarios de todo el mundo como otra manera para promover el desarrollo de capacidades y crear conciencia.

El siguiente gran catalizador para la creación de capacidades sobre el MISP a nivel de campo llegó con el lanzamiento de la iniciativa SPRINT de la Federación Internacional de Planificación Familiar, en 2007. Con el soporte del gobierno australiano, la iniciativa SPRINT y UNFPA desarrollaron un currículo integral sobre cómo coordinar e implementar el MISP en respuesta a una crisis aguda¹⁷.

Figura 1. Objetivos y actividades prioritarias del Paquete de Servicio Inicial Mínimo (MISP) según el Manual de campo inter-agencial para salud reproductiva en situaciones de emergencia (IAFM), versión 2010

- **ASEGURAR** que el sector salud identifique una organización para liderar la implementación del MISP. La organización líder de salud reproductiva debe:
 - Nominar un Oficial de Salud Reproductiva para brindar soporte técnico y operacional a todas las instituciones que proveen servicios de salud.
 - Organizar reuniones periódicas de interesados para facilitar la implementación del MISP.
 - Reportar al sector salud sobre cualquier problema relacionado a la implementación del MISP.
 - Compartir información sobre la disponibilidad de servicios y productos SSR.

- **PREVENIR Y MANEJAR** las consecuencias de la violencia sexual:
 - Colocar medidas para proteger a las poblaciones afectadas, en particular a mujeres y niñas, de la violencia sexual.
 - Asegurar la disponibilidad de atención médica a sobrevivientes de violaciones.
 - Asegurar que la comunidad sepa de los servicios médicos disponibles.

- **PREVENIR** la transmisión del VIH:
 - Asegurar prácticas seguras para transfusiones de sangre.
 - Facilitar y hacer cumplir el respeto para las precauciones estándar.
 - Asegurar la disponibilidad de condones en forma gratuita.

- **PREVENIR** una excesiva morbilidad y mortalidad de madres y recién nacidos:
 - Asegurar la disponibilidad de atención obstétrica de emergencia y servicios de atención al recién nacido, incluyendo:
 - En instalaciones de salud: asistentes de parto calificados y provisiones para partos normales y para manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido.
 - En hospitales donde la madre y/o el recién nacido puedan ser llevados: personal médico calificado e insumos para manejo de complicaciones obstétricas y del recién nacido.
 - Establecer un sistema de derivación para facilitar el transporte y la comunicación entre la comunidad y la instalación de salud, así como entre la instalación de salud y el hospital.
 - Proveer botiquines de parto limpios a mujeres visiblemente embarazadas y a asistentes de parto para promover los partos limpios en el hogar cuando el acceso a una instalación de salud no sea posible.

- **PLANEAR** servicios integrales de salud reproductiva, incluidos dentro de la atención médica primaria cuando la situación lo permita. Apoyar a los asociados del sector salud para:
 - Coordinar pedidos de equipos e insumos basados en el consumo observado y estimado.
 - Recolectar los datos de antecedentes que existan.
 - Identificar ubicaciones apropiadas para brindar futuros servicios integrales de salud reproductiva.
 - Evaluar la capacidad del personal para brindar servicios integrales de salud reproductiva y planear el entrenamiento o reentrenamiento del personal.

Nota: También es importante asegurar que haya disponibilidad de anticonceptivos para cumplir con la demanda, que haya tratamiento de síndromes de infecciones transmitidas sexualmente para pacientes que presenten síntomas, y que haya disponibilidad de antirretrovirales (ARV) para continuar con los tratamientos de personas que ya usen ARVs, incluyendo casos de prevención de transmisión de madre a niño. Adicionalmente, hay que asegurar que el material de protección menstrual (generalmente empaquetado como "botiquines de higiene" junto con otros artículos) sea culturalmente adecuado y distribuido a mujeres y niñas.

El entrenamiento de SPRINT ha sido diseminado a múltiples regiones, y UNFPA ha usado el entrenamiento para reforzar la capacidad de los países. A pesar de que el módulo MISP y el entrenamiento SPRINT ayudaron a aumentar las habilidades y el conocimiento de la respuesta humanitaria, se requería de un mayor esfuerzo para crear la capacidad de recuperación a nivel de comunidad. Con el soporte de UNFPA, la Comisión de Mujeres Refugiadas desarrolló un currículo de salud reproductiva y de género para ayudar a las comunidades a prepararse contra desastres y poder resistirlos de la mejor manera¹⁸. Los participantes desarrollan agendas de acción para mejorar la preparación del MISP dentro de la comunidad, tales como mapear la ubicación de instalaciones de salud y lugares seguros para niños y niñas.

A medida que aumentó la conciencia y la atención sobre el MISP, las evaluaciones encontraron brechas continuas en las habilidades clínicas de los proveedores de salud para prestar ciertos servicios del MISP. Como respuesta, IAWG desarrolló la *Iniciativa de Alianza para la Capacitación*, apoyada por el gobierno de Estados Unidos, que trabaja para institucionalizar entrenamientos de actualización a los proveedores de salud en los componentes clínicos del MISP de países susceptibles a crisis, con asociados en países de bajos y medianos ingresos. Se han desarrollado cuatro módulos clínicos: atención médica para sobrevivientes de violencia sexual, aspiración manual, extracción por aspiración y cuidados de emergencia obstétricos y al recién nacido.

De esta forma, la Comisión de Mujeres Refugiadas y los asociados del IAWG se involucraron en un proceso reiterativo en el que identificaron brechas clave o retos para implementar el MISP, desarrollaron y diseminaron herramientas y recursos para abordarlos, y llevaron a cabo evaluaciones para monitorear el progreso y examinar brechas adicionales. Para poder involucrar mejor a los adolescentes desde el inicio de las emergencias humanitarias, *Save the Children* y UNFPA, por ejemplo, desarrollaron un juego de herramientas para adolescentes que complementaba el IAFM¹⁹. Para apoyar la información, educación y comunicación del MISP dentro de la comunidad, la Comisión de Mujeres Refugiadas desarrolló un paquete de plantillas pictóricas, universales y adaptables, sobre los beneficios de buscar ayuda luego de la violencia sexual y signos de complicaciones de embarazos y partos, que pueden ser fácilmente modificadas para reflejar el contexto local. La pro-

visión de atención médica para el recién nacido ha sido largamente descuidada en las respuestas humanitarias, de tal modo que *Save the Children* y UNICEF crearon una guía de campo sobre salud del recién nacido para complementar el IAFM²⁰.

Promoción de políticas y financiamiento

La Comisión de Mujeres Refugiadas y los asociados de IAWG promovieron con éxito la integración del MISP dentro de las guías y políticas humanitarias clave como parte de los esfuerzos para asegurar sistemáticamente la inclusión del MISP en las respuestas humanitarias de salud y promover la consistencia de las guías interagenciales. Un hito inicial importante fue la inclusión del MISP dentro de la versión 2000 del *Sphere Handbook* (Manual Sphere), el conjunto de principios y estándares humanitarios más ampliamente adoptado²¹. El MISP fue elevado a la categoría de un estándar *Sphere* en la revisión 2004 de dicho manual²². La institucionalización del MISP ganó impulso al ser integrado dentro de las guías sobre violencia de género,²³ género,²⁴ y VIH,²⁵ del Comité Permanente entre Agencias (IASC, por sus siglas en inglés). De 2006 a 2010, los asociados promotores de la iniciativa de Acceso, Información y Servicios de Salud Reproductiva en Emergencias (RAISE, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Columbia (entre los cuales se incluían el Instituto de Entrenamiento e Investigación JSI, Marie Stopes Internacional y la Comisión de Mujeres Refugiadas) lideraron muchos de los esfuerzos para facilitar políticas y ambientes de financiamiento propicios para los servicios de salud reproductiva en entornos humanitarios. Promovieron con éxito la inclusión del MISP y/o servicios de salud reproductiva integrales dentro de una serie de políticas, estándares y guías técnicas (4 existentes, 30 nuevas) de la ONU o interagenciales, tales como la Guía del Grupo de Salud Global de IASC²⁶ y la Guía sobre Criterios para Salvar Vidas y Actividades Sectoriales del Fondo Central para Acción en Casos de Emergencia (CERF, por sus siglas en inglés). Además, mediante una acción colectiva con otros grupos de trabajo, el Consejo de Seguridad de la ONU adoptó las Resoluciones 1325, 1820, 1888, 1889 y 1960 sobre Mujeres, Paz y Seguridad referidas explícitamente a la necesidad de brindar acceso a mujeres y niñas a servicios de salud reproductiva en entornos de conflicto. IAWG también promovió la toma de conciencia del MISP a través del desarrollo y la amplia diseminación de declaraciones interagen-

ciales sobre la importancia de la implementación del MISP desde el inicio de las emergencias humanitarias, como después de los terremotos en Haití y Nepal. Hasta 2017, IAWG ha organizado 17 reuniones anuales en todo el mundo para compartir las conclusiones sobre investigación, políticas y programas, obtener opiniones de colegas y establecer oportunidades de comunicación para apoyar nuevas ideas e iniciativas de colaboración. Estas reuniones han servido como foros importantes para desarrollar el impulso en la búsqueda de una agenda común de promoción.

Por el lado del financiamiento, el apoyo de un número de donantes privados y públicos ha sido fundamental para el progreso del MISP. De 2003 a 2009, la Fundación Bill y Melinda Gates explícitamente apoyó el plan estratégico de la Comisión de Mujeres Refugiadas para asegurar que el MISP fuera una parte sistémica de las respuestas humanitarias. La Fundación William y Flora Hewlett y la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur también financiaron tanto la iniciativa MISP de la Comisión de Mujeres Refugiadas como investigaciones y promociones más amplias de IAWG, mientras que un donante anónimo actualmente apoya a IAWG.

Un donante clave que contribuyó al progreso del MISP a nivel de campo y global ha sido el programa de ayuda extranjera de Australia, que ha venido financiando la iniciativa SPRINT durante una década. Ha otorgado importantes contribuciones financieras para apoyar la salud reproductiva, la reducción de riesgos de desastres, evaluaciones interagenciales del MISP y un paquete integral de herramientas de evaluación del MISP¹¹ desarrolladas por miembros de IAWG. Adicionalmente, la Oficina de Población, Refugiados y Migración del Departamento de Estado de Estados Unidos y la Oficina de Ayuda para Desastres Extranjeros de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos han apoyado los esfuerzos relacionados al MISP a través de la Iniciativa de Asociados para Entrenamientos de IAWG.

En lo relacionado a implementación, una serie de donantes se han comprometido a apoyar al MISP en la respuesta eficaz a las necesidades humanitarias, desde el comienzo de la crisis, como se refleja en el soporte financiero a las emergencias en Jordania y Nepal. De acuerdo a informantes clave, los donantes que apoyaron la implementación del MISP tanto en Jordania como en Nepal incluyeron al CERF, gobiernos, agencias de la ONU y varias importantes organizaciones

no gubernamentales, mientras que el Proceso de Llamamientos Urgentes y Consolidados también incluyó actividades del MISP en Nepal^{12,10}. Como punto importante, los informantes clave reconocieron que el financiamiento fue suficiente para las respuestas a las emergencias, aunque algunos reportaron ciertos retos en el soporte financiero para la transición del MISP hacia servicios integrales de salud reproductiva².

Gestión de emergencias y riesgos de desastres

Si bien los primeros esfuerzos para impulsar el MISP se centraron principalmente en cambios de políticas, apoyo de los donantes y desarrollo de recursos técnicos, en años recientes los asociados de IAWG han prestado mayor atención al papel de la salud reproductiva dentro de la gestión de emergencias y riesgos de desastres, incluyendo crear capacidad de recuperación en las comunidades. A nivel de país, la iniciativa SPRINT —la primera iniciativa para construir capacidades del país, centrada en el MISP, incluyendo la reducción de riesgos de desastres— ha catalizado el campo. Lanzada en 2007, la iniciativa SPRINT ha crecido desde su piloto inicial, en las regiones del Este, Sudeste de Asia y el Pacífico y ahora forma parte del núcleo de la labor humanitaria de la Federación Internacional de Planificación Familiar, operando en países específicos de Asia, Pacífico, África y Medio Oriente.

En 2010, la Comisión de Mujeres Refugiadas formó un grupo de trabajo interagencial sobre reducción de riesgos de desastres. Con el soporte de la OMS, se convirtió en un grupo de trabajo oficial sobre salud reproductiva dentro de la Plataforma Temática de Salud de la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Riesgos de Desastres (UNISDR, por sus siglas en inglés). Contando con información del Marco de Acción Hyogo, el grupo de trabajo desarrolló y diseminó ampliamente un resumen de políticas sobre cómo integrar el MISP dentro de la gestión de emergencias nacionales y riesgos de desastres,²⁷ además de desarrollar una herramienta complementaria de monitoreo²⁸. La Comisión de Mujeres Refugiadas y otros miembros de IAWG, incluyendo la OMS, UNFPA y la iniciativa SPRINT, promocionaron exitosamente la integración de la salud reproductiva dentro del Marco Sendai para Reducción de Riesgos de Desastres 2015–2030²⁹. La Comisión de Mujeres Refugiadas recopiló varios casos de estudio únicos sobre la integración de la salud reproduc-

tiva dentro de la gestión de salud en emergencias y riesgos de desastres, tal como una evaluación regional (18 países) de la preparación para implementar el MISP, realizada por varios interesados de las regiones de Europa del Este y Asia Central³⁰.

Resultados

Los esfuerzos coordinados e integrados de la Comisión de Mujeres Refugiadas y los asociados de IAWG como UNFPA, la iniciativa SPRINT y la iniciativa RAISE, entre otros, han contribuido significativamente al progreso constante del MISP en entornos humanitarios. La capacidad de los trabajadores de ayuda humanitaria para coordinar e implementar el MISP ha mejorado: hasta mayo de 2017, más de 5000 personas de todo el mundo se han certificado en el módulo de aprendizaje a distancia del MISP, y casi dos docenas de cursos complejos de emergencias y programas universitarios han incluido el módulo MISP en su currículo. Más de 6000 personas de más de 50 países han tomado el entrenamiento MISP de la iniciativa SPRINT, lo cual ha sido vital para aumentar la conciencia y reforzar las capacidades locales y nacionales. La Evaluación Global IAWG 2012-2014 encontró un gran aumento en la capacidad organizacional para la aplicación del MISP, con implementaciones del MISP reportadas por 84% de las instituciones encuestadas³¹. De hecho, la Evaluación Global IAWG más reciente reveló un gran progreso en lo relativo a la ejecución del MISP desde 2004, a pesar de que aún existen brechas en todos los objetivos³².

A nivel de políticas, la enorme mayoría de los documentos de guía sobre salud y protección humanitaria relevantes, están en línea con el MISP de la versión 2010 del IAFM^{24-26,33-35}. Se han logrado claras mejoras a nivel de institución: la Evaluación Global IAWG 2012-2014 encontró que el 68% de 82 instituciones humanitarias y de desarrollo encuestadas afirmaron tener políticas o guías internas sobre salud reproductiva en entornos humanitarios, comparado contra el 43% de 30 instituciones encuestadas en la Evaluación Global IAWG 2002-2004³¹.

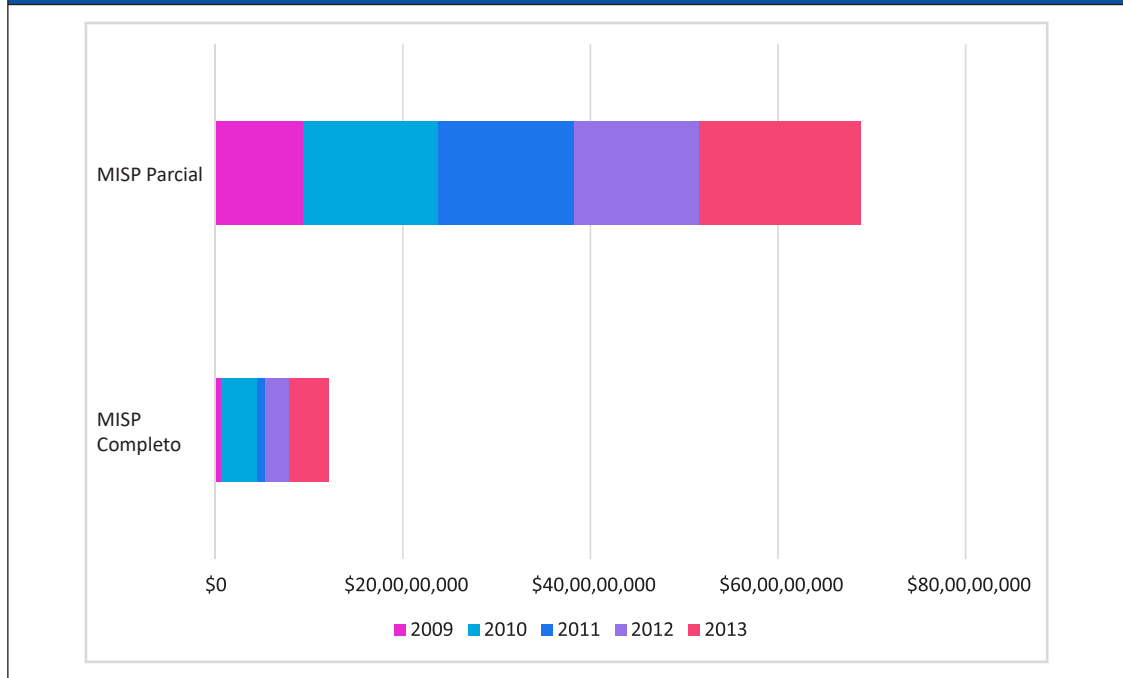
En términos de financiamiento, las agencias humanitarias, han presentado un creciente número de propuestas de protección y salud para implementar actividades relacionadas al MISP, como parte de los procesos de solicitudes de financiación. El financiamiento que han recibido para estas actividades también ha aumentado³⁶. Por ejemplo, las propuestas enviadas como solicitudes humanitarias

que incluían implementaciones parciales o completas del MISP aumentaron en un promedio anual de 39.5% y 2.4%, respectivamente, entre 2009 y 2013³⁶. Asimismo, volvimos a examinar los datos de financiamientos de la Evaluación Global IAWG 2012-2014 y encontramos que en el período de cinco años se recibieron USD 120.7 millones para propuestas sobre implementaciones completas del MISP, además de USD 688.6 millones para otras propuestas que incluían implementaciones parciales (Figura 2). No es de extrañar que, en términos de montos absolutos, las propuestas de implementaciones completas del MISP recibieran mucho menos financiamiento que las de implementaciones parciales, ya que hubo mayor número de propuestas que contenían actividades relacionadas parcialmente al MISP que las que eran explícitamente sobre implementaciones completas del MISP. En general, todas las propuestas relevantes de salud reproductiva recibieron un total de USD 1,592.9 millones durante este período.

Las propuestas que buscaron implementar el MISP por completo fueron financiadas al 42.9%, mientras que las que informaron sobre implementación parcial del MISP fueron financiadas al 44.1% durante un período de cinco años. Esta tendencia es similar a la proporción de todas las propuestas de salud y protección relacionadas a salud reproductiva que fueron financiadas durante el mismo período, que fue de 45.6%³⁶. Al examinar a fondo las propuestas sobre implementación parcial del MISP, se encontró que las actividades relacionadas al MISP para salud materna del recién nacido estaban financiadas al 50.4% de los pedidos para implementar este componente de salud reproductiva, mientras que la planificación familiar recibió el 59.2% del financiamiento solicitado. VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente fueron financiadas al 47.6%, servicios de salud reproductiva relacionados a violencia de género al 35.0%, y salud reproductiva en general¹ al 57.6%.² Si bien en

¹ Según el artículo de la Evaluación Global IAWG 2012-2014 original, "salud reproductiva en general" incluye: coordinación de salud reproductiva, adquisición de botiquines de salud reproductiva e insumos, planeamiento de salud reproductiva integral, reducción de riesgos de desastres, higiene menstrual y botiquines para preservar la dignidad, entre otras actividades.

² Basados en la metodología del estudio de la Evaluación Global IAWG 2012-2014 original, los financiamientos solicitados y recibidos han sido ponderados según el número de componentes de salud reproductiva involucrados en cada propuesta. De esta forma, aplican las mismas limitaciones y supuestos sobre la asignación proporcional de fondos por cada componente de salud reproductiva.

Figura 2. Financiamiento recibido (en USD) para actividades relacionadas al MISP entre 2009 y 2013

aparición la planificación familiar recibió mayor financiamiento, el número absoluto de propuestas que mencionaban actividades de planificación familiar relacionadas a MISP fue mucho menor (171) que el número de aquellas que incluían actividades de salud materna para el recién nacido (565) o de violencia de género (736). Las tendencias generales de todas las propuestas de salud y protección relacionadas a salud reproductiva (no solo aquellas limitadas al MISP) de la Evaluación Global IAWG 2012-2014 también demostró que la salud materna y del recién nacido fue el componente de salud reproductiva más solicitado y financiado durante el período de cinco años³⁶.

En lo concerniente a la implementación del MISP, las dos evaluaciones más recientes del MISP en Jordania (2013) y Nepal (2015) mostraron altos niveles de compromiso por parte de los gobiernos locales, agencias de la ONU (en especial UNFPA), donantes y organizaciones no gubernamentales para establecer servicios del MISP^{2,10}. En las dos situaciones hubo una institución de salud reproductiva líder dedicada a apoyar la implementación del MISP; el financiamiento y las provisiones fueron, en general, suficientes y adecuadas, y los trabaja-

dores de salud, capacitados, prestaron atención a todos los componentes del MISP. Estos fueron los principales factores que varios informantes clave identificaron como facilitadores de la implementación del MISP en su entorno. Otros factores facilitadores incluyeron: las inversiones previas a las crisis para la gestión de salud en riesgos de desastres, incluyendo el entrenamiento del personal en MISP; el alineamiento de los protocolos del Ministerio de Salud (en especial sobre violencia sexual) con el MISP; y el posicionamiento previo (incluso en forma virtual) de insumos².

Mirando hacia adelante

Las inversiones en la estrategia múltiple para mejorar las políticas, el financiamiento, el conocimiento y la capacidad de los actores humanitarios para implementar el MISP han sido consistentemente exitosas durante 20 años de facilitación de progresos sistemáticos en la implementación del MISP en emergencias agudas y de gran escala. Las asociaciones colaborativas interagenciales en las que las agencias se han comprometido a trabajar juntas para lograr metas comunes ha sido clave en

estos esfuerzos. Adicionalmente, la evidencia de la evaluación MISP en Nepal resalta la importancia de invertir en la integración del MISP dentro de la gestión de salud en riesgos de desastres y de reforzar la capacidad de recuperación de las comunidades. El progreso logrado a través de esta estrategia integral presenta lecciones valiosas para los actores que buscan integrar de mejor manera otras áreas dentro de las respuestas humanitarias, tales como esfuerzos relacionados a personas con discapacidad o con distintas identidades sexuales o de género.

La historia del MISP aún no ha terminado. De hecho, están en camino nuevas guías sobre el MISP, ya que IAWG ha hecho cambios fundamentales al capítulo sobre MISP en la revisión 2018 del IAFM, al añadir un nuevo objetivo y actividades prioritarias. Estas incluyen: poner a disposición la anticoncepción voluntaria (incluyendo métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, según la demanda), la atención materna extendida al recién nacido, y la prevención y cuidados también extendidos para VIH. Adicionalmente, el capítulo sobre MISP menciona la necesidad de brindar servicios de aborto al mayor grado permitido por la ley, incluyéndolos como parte de la atención médica para sobrevivientes de violencia sexual³⁷.

A pesar de que la inclusión de más actividades parece desafiar la definición de MISP como un conjunto limitado de actividades prioritarias, el objetivo es asegurar la disponibilidad de servicios de salud reproductiva que puedan salvar vidas a corto plazo y que sean factibles desde el inicio de las respuestas humanitarias. Es posible que la atención de gobiernos y donantes, así como la inyección de fondos y recursos humanos al inicio de las respuestas humanitarias, preparen el terreno para brindar servicios integrales a medida que la situación se estabilice. Esto brinda un potencial importante para “reconstruir con mejoras”. Las actividades prioritarias adicionales también deberían apremiar a los actores humanitarios a mejorar la coordinación, ya que no es probable que ninguna institución, por sí misma, tenga la capacidad de soportar todos los servicios.

Si bien se han logrado grandes avances con el MISP, se necesita mucho mayor esfuerzo para asegurar su aceptación y la implementación sistemática en crisis agudas. De hecho, la disponibilidad de los servicios no necesariamente conlleva a la utilización de los mismos ni implica una cobertura equitativa. Los actores de ayuda humanitaria deben hacer que la población preste aten-

ción a los servicios del MISP, como hicieron en Nepal, para facilitar su aceptación mediante la divulgación a la comunidad de los beneficios y la ubicación de los servicios a través de la radio, televisión, medios sociales y otros métodos adecuados al contexto. Las comunidades afectadas por crisis, incluyendo grupos a menudo marginados como adolescentes, personas con discapacidades y personas con distintas identidades sexuales o de género, deben ser consistentemente involucradas para implementar, apoyar y evaluar los servicios del MISP. Los hombres y niños también tienen necesidades de salud reproductiva que requieren mejores servicios, tales como la atención al VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y atención sensibilizada luego de violencia sexual. De hecho, la provisión sistemática de atención médica para todos los sobrevivientes de violencia sexual es una brecha constante en la provisión de servicios de salud humanitarios, que parece estar causada, en parte, por una falta de protocolos y servicios preexistentes. Muchos temas de salud reproductiva deben manejarse teniendo en cuenta características culturales, con un enfoque matizado y bien pensado. Áreas emergentes como salud reproductiva para adolescentes muy jóvenes, violencia sexual contra hombres, niños y personas con distintas orientaciones sexuales e identidades de género, así como servicios integrales de aborto, pueden requerir nuevas estrategias y enfoques.

Por razones éticas, así como para lograr una implementación más efectiva, es vital apoyarse en las capacidades locales y nacionales existentes. Si existe la capacidad para soportar una provisión de servicios integrales desde el inicio de una crisis, ese debe ser el objetivo. Sin embargo, en muchas emergencias esto no es posible, y por lo tanto es importante planear cómo pasar del MISP a servicios integrales lo antes posible. La transición oportuna a servicios integrales ha sido, por largo tiempo, una brecha en la implementación del MISP, y a pesar de que este objetivo ha sido reforzado usando el enfoque de componentes para el sistema de salud en el IAFM revisado, todavía se necesita un esfuerzo más consistente. El clima político actual en Estados Unidos también amenaza el financiamiento y soporte para la salud reproductiva en situaciones de crisis, aunque algunos nuevos donantes han expresado su interés en compensar las actuales deficiencias de financiamiento. A nivel de políticas, IAWG y otros actores deben continuar asegurando que

las versiones 2018 del IAFM y del MISP sean usadas en forma consistente en todas las nuevas revisiones de las guías humanitarias, tales como las próximas revisiones de los manuales de género de Sphere e IASC, así como en cualquier nuevo “paquete de servicios” soportado por el sector de salud en emergencias humanitarias.

Una serie de iniciativas están en marcha para continuar con el soporte para la implementación y aceptación de servicios MISP de calidad. Por ejemplo, IAWG planea actualizar todos los recursos MISP para alinearlos con la revisión 2018 del IAFM, tal como el módulo de aprendizaje a distancia de MISP, y a diseminar ampliamente el IAFM revisado, incluyendo la realización de sesiones de orientación en el campo. El IAWG global también apoyará a los IAWGs regionales a diseminar en forma efectiva el IAFM revisado y otros recursos y herramientas relacionadas, tales como el *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide* (Salud del recién nacido en entornos humanitarios: guía de campo) y los módulos de actualización de entrenamiento clínico MISP de IAWG. Adicionalmente, IAWG acaba de completar un paquete integral de herramientas de evaluación MISP soportadas por la iniciativa SPRINT, las cuales están disponibles en la página web de IAWG. Estas herramientas pueden ser usadas por actores nacionales y locales para llevar a cabo evaluaciones MISP y promover la atención hacia las necesidades de salud reproductiva en todas las emergencias, incluyendo las crisis de menor magnitud y visibilidad. El IAWG también planea pilotear y diseminar ampliamente un juego ya existente de herramientas para pasar de MISP a servicios integrales de salud reproductiva, buscando catalizar la planeación participativa de los interesados del país para integrar dichos servicios dentro de la reconstrucción de los sistemas de salud. Para abordar de mejor manera los desastres producidos por el clima, los miembros de IAWG continuarán creando capacidades a nivel global, de país y de comunidad para integrar

la salud reproductiva dentro del planeamiento de la gestión de riesgos de desastres. A medida que se identifiquen barreras adicionales para la implementación y utilización del MISP, IAWG desarrollará soluciones para abordarlas como parte de su campaña integral y, de esta manera, asegurar que todos los sobrevivientes de las crisis y desplazamientos (mujeres, niñas, hombres y niños) sepan de su derecho a una atención médica de calidad sobre salud reproductiva.

Acrónimos

ARV:	Antirretrovirales
CERF:	Fondo Central para Acción en Casos de Emergencia
IAFM:	Manual de Campo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Emergencia
IASC:	Comité Permanente entre Agencias
IAWG:	Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis
MISP:	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos para Salud Reproductiva
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
RAISE:	Acceso, Información y Servicios de Salud Reproductiva en Emergencias
SPRINT:	Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Situaciones de Crisis y Post Crisis
UNFPA:	Fondo para la Población de las Naciones Unidas
UNICEF:	Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas
UNISDR:	Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para Reducción de Riesgos de Desastres

Reconocimientos

Estamos profundamente agradecidos a nuestros donantes y asociados del IAWG, así como a las organizaciones locales y comunidades afectadas por desastres con quienes hemos trabajado a través de los años para lograr los avances del MISP.

Referencias

1. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children), United Nations Population Fund. Lifesaving Reproductive Health Care: Ignored and Neglected, Assessment of the Minimum Initial Services Package (MISP) of Reproductive Health for Sudanese Refugees in Chad [Internet]. 2004 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/srh-2016/resources/60-lifesaving-reproductive-health-care-in-chad-ignored-and-neglected>
2. Women's Refugee Commission. Evaluation of the MISP for Reproductive Health Services in Post- earthquake Nepal [Internet]. 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/srh-2016/resources/1253-misp-nepal-20>

3. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children). Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities. 1994 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/583-refugee-women-and-reproductive-healthcare-reassessing-priorities>
4. UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, with support from UNFPA. Report of the International Conference on Population and Development. 1994.
5. United Nations High Commissioner for Refugees. Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual, Field-Test Version. 1996.
6. United Nations High Commissioner for Refugees. Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual [Internet]. 1999 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.unhcr.org/publications/operations/3bc6ed6fa/reproductive-health-refugeesituations-inter-agency-field-manual-unhcrwhounfpa.html>
7. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children). Reproductive Health Priorities in an Emergency: Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami-affected Areas of Indonesia. 2005.
8. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children). Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya [Internet]. 2008 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/ken_misp.pdf
9. CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children, Women's Refugee Commission. Priority Reproductive Health Activities in Haiti: An inter-agency MISP assessment conducted by CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and Women's Refugee Commission [Internet]. 2011 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/696-priority-reproductive-health-activities-in-haiti-2011>
10. Krause S, Williams H, Onyango MA, et al. Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: an evaluation of the Minimum Initial Services Package. *Confl Health*. 2015;9(Suppl 1):S4.
11. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. MISP Process Evaluation Tools [Internet]. 2017 [cited 2017 October 19]. Available from: <http://iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017/>
12. Reproductive Health Response in Crises Consortium. Emergency Contraception for Conflict-Affected Settings: A Reproductive Health Distance Learning Module [Internet]. 2004. Available from: http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/8D85E33AB589277AC1256FF00039AAA-CWCRCW_may_2004.pdf
13. Reproductive Health Response in Crises Consortium. Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs. 2005.
14. Reproductive Health Response in Crises Consortium. Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-affected Settings [Internet]. Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/602-guidelines-for-the-care-of-sexually-transmitted-infections-in-conflict-affected-settings>
15. Reproductive Health Response in Crises Consortium. HIV/AIDS Prevention and Control: A short course for humanitarian workers: Facilitator's Manual [Internet]. Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/603-hivaids-prevention-and-control-a-short-course-for-humanitarian-workers-facilitators-manual>
16. Women's Refugee Commission. Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health in crisis situations: a distance learning module. 2007.
17. International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund. SPRINT training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for sexual and reproductive health in crises: a course for coordination teams. 2013.
18. Women's Refugee Commission. Community Preparedness for Reproductive Health and Gender, A Facilitator's Kit for a 3-day Training Curriculum [Internet]. 2014 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/1048-drr-community-preparedness-curriculum>
19. United Nations Population Fund, Save the Children. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings [Internet]. 2009 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkit-humanitarian-settings>
20. Save the Children, United Nations Children's Fund. Newborn health in humanitarian settings: field guide. 2016.
21. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2000.
22. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2004.
23. Inter-agency Standing Committee. Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies [Internet]. 2005 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.unhcr.org/453492294.pdf>
24. Inter-agency Standing Committee. Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities, Inter-agency

- Standing Committee Gender Handbook in Humanitarian Action [Internet]. 2006 [cited 2017 May 15]. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Gender%20Handbook%20%28Feb%202007%29.pdf
25. Inter-agency Standing Committee. Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings [Internet]. 2010 [cited 2017 May 15]. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC_HIV_Guidelines_2010_En.pdf
 26. World Health Organization. Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster [Internet]. 2009 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/>
 27. World Health Organization. Integrating sexual and reproductive health into health emergency and disaster risk management [Internet]. 2012 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/SRH_policybrief/en/
 28. UNISDR Reproductive Health Working Group. Integrating Sexual and Reproductive Health (SRH) into emergency and disaster risk management for health: country assessment and monitoring tool. 2017.
 29. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 [Internet]. 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
 30. Women's Refugee Commission. Building National Resilience for Sexual and Reproductive Health: Learning from Current Experiences. 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/Building-Resilience-for-SRH-Case-Study.pdf>
 31. Tran N-T, Dawson A, Meyers J, et al. Developing institutional capacity for reproductive health in humanitarian settings: a descriptive study. *PLoS ONE*. 2015;10(9):e0137412.
 32. Chynoweth SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012–2014 global review. *Confl Health*. 2015;9(Suppl 1):11.
 33. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2011.
 34. World Health Organization. Health Resource Availability Mapping System (HeRAMS). 2009.
 35. Inter-agency Standing Committee. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery [Internet]. 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf
 36. Tanabe M, Schaus K, Rastogi S, et al. Tracking humanitarian funding for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002–2013. *Confl Health*. 2015;9 (Suppl 1):S2.
 37. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-agency field manual on sexual and reproductive health in humanitarian settings. 2017.
-