

## REPORTE DE CASO

# Respuesta humanitaria a las necesidades sexuales y reproductivas en situación de desastre: un estudio de caso del terremoto de Nepal, 2015

Pushpa Chaudhary,<sup>a</sup> Giulia Vallese,<sup>b</sup> Meera Thapa,<sup>c</sup> Valerie Broch Alvarez, Latika,<sup>d</sup> Maskey Pradhan,<sup>e</sup> Kiran Bajracharya,<sup>f</sup> Kazutaka Sekine,<sup>g</sup> Shilu Adhikari,<sup>h</sup> Reuben Samuel,<sup>i</sup> Sophie Goyet<sup>j</sup>

- a Directora, Ministerio de Salud, Gobierno de Nepal, Departamento de Salud Familiar, Katmandú, Nepal  
b Representante en el país del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina en Nepal, Katmandú, Nepal.  
c Funcionaria Nacional del Cuadro Orgánico de la Oficina Nacional de la OMS de Nepal, Unidad de Promoción de la Salud durante el Curso de la Vida, Katmandú, Nepal  
d Asesora principal para la salud, Deutsche Gesellschaft fuer internationale suzammenarbeit (GIZ), Katmandú, Nepal  
e Representante Auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina Nacional de Nepal, Katmandú, Nepal  
f Presidenta de la Sociedad de Parteras de Nepal (MIDSON por sus siglas en inglés). Katmandú, Nepal)  
g Especialista en salud, Oficina Nacional de Nepal de UNICEF, Katmandú, Nepal  
h Especialista en Salud Sexual y Reproductiva, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina Nacional de Nepal, Katmandú, Nepal  
i Funcionario Técnico de la OMS, Oficina Nacional de Nepal de la OMS; Unidad de Programas para Emergencias Sanitarias de la OMS, Katmandú, Nepal  
j Asesora en epidemiología de la OMS, Oficina Nacional de Nepal de la OMS, Unidad de Programas para Emergencias Sanitarias de la OMS, Katmandú, Nepal. Correspondencia: sophiegoyet@gmail.com

**Resumen** Este estudio de caso describe la respuesta del Ministerio de Salud de Nepal con el apoyo de organismos de las Naciones Unidas y varias otras organizaciones a 1.4 millones de mujeres y adolescentes afectadas por el gran terremoto que azotó Nepal en abril de 2015. Luego de evaluarse las necesidades posteriores al desastre, se decidió atender los requerimientos de salud sexual y reproductiva identificados, siguiendo las recomendaciones del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos de Salud Reproductiva creado por el Grupo de Trabajo Interagencial. En este artículo describimos las iniciativas aplicadas para reanudar la prestación de servicios de salud reproductiva: la distribución de kits para campamentos médicos, el despliegue de enfermeras con habilidades de asistencia en partos, la organización de campamentos de extensión en salud reproductiva, el suministro de kits de salud reproductiva para emergencias y kits de obstetricia a establecimientos de salud, y el apoyo de consejería psicosocial brindado a trabajadores de salud materna. Además, describimos cómo se establecieron refugios y hogares de transición para las embarazadas y madres con sus recién nacidos, la distribución de kits de dignidad, de kits de motivación para mujeres y niñas afectadas y voluntarias de salud comunitarias. Informamos sobre el establecimiento de espacios amigables para mujeres cerca de establecimientos de salud, con el fin de ofrecer una respuesta multisectorial a la violencia de género, el establecimiento de puestos de servicios amigables para adolescentes en campamentos de extensión en salud reproductiva, la creación de un programa de gestión de salud e higiene menstrual, y los vínculos establecidos entre puestos escolares informativos amigables para adolescentes y centros de servicios amigables a para adolescentes en establecimientos de salud. Por último, señalamos los vacíos, retos y lecciones aprendidas y sugerimos recomendaciones de intervenciones de preparación y respuesta a futuros desastres.<sup>1</sup> **Enlace del artículo:** <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405664>

**Palabras clave:** Asia, Nepal, terremoto, desastre, respuesta humanitaria, mujeres, salud reproductiva, chicas adolescentes

## ***El terremoto de Nepal de 2015: introducción y contexto***

El sábado 25 de abril de 2015 un terremoto de una magnitud de 7.8 Mz, cuyo epicentro se encontraba en el distrito de Gorkha asoló Nepal y fue seguido por cientos de réplicas; incluyendo una de 7.3 Mz el día 12 de mayo de 2015 cuyo epicentro, en el distrito de Sindupalchowk, causó destrucciones aún más severas. En total, 31 de los 75 distritos del país fueron afectados por el terremoto y sus réplicas, y 14 de ellos lo fueron severamente (Figura 1)<sup>1</sup>. En este país de bajos ingresos del sudeste asiático, con una población de 28 millones de personas,<sup>2</sup> ocho millones se vieron directamente afectadas,<sup>1</sup> y se reportaron 8,890 víctimas fatales y 22.303 heridos.<sup>3</sup> Más de 885.000 casas particulares y 1.400 edificios gubernamentales fueron severamente dañados o destruidos, incluyendo 1.147 establecimientos de salud pública.<sup>4</sup> El terremoto causó otros desastres de menor escala, y estos a su vez resultaron en mayores daños, incluyendo fuertes aludes que bloquearon el acceso a grandes zonas por varias semanas, causando inundaciones fluviales y más muertos y heridos.

Antes del terremoto, el porcentaje de mortalidad materna en Nepal se estimaba en 190 por cada 10.000 nacidos vivos.<sup>5</sup> El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) estimó que 1.4 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva fueron afectadas por el terremoto, de las cuales 93.000 estaban embarazadas.<sup>6</sup> El UNFPA estimó que 10.300 darían a luz cada mes en las zonas afectadas y que entre ellas habría de 1.000 a 1.500 mujeres que corrían el riesgo de tener complicaciones en su embarazo y requerirían una cesárea.<sup>6</sup>

Además, como ha sido demostrado en otras situaciones posteriores a desastres, las mujeres tienen más riesgo de sufrir violencia de género.<sup>7</sup> Por ejemplo, basándonos en el número estimado de personas afectadas, y utilizando la calculadora del Paquete de Servicios Esenciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) del Grupo de Trabajo Interagencial (IAWG, por sus siglas en inglés) para calcular las necesidades durante emergencias humanitarias,<sup>8</sup> alrededor de 28.000 mujeres requerirían, potencialmente, servicios de atención tras ser violadas.

Cinco horas después del terremoto, el Ministerio de Salud (MdS) del Gobierno de Nepal activó el Centro de Operaciones para Emergencias Sanitarias. En la fase de preparación, todas las fuerzas

civiles, armadas y de seguridad iniciaron inmediatamente operaciones de búsqueda y rescate mientras los hospitales de atención terciaria, designados como “núcleos hospitalarios”\*, empezaron a tratar a los heridos en coordinación con sus hospitales “satélite”, previamente identificados. En total, más de 84 organizaciones no gubernamentales (ONG), 137 equipos médicos extranjeros y alrededor de 50 equipos médicos nepaleses se unieron para apoyar al MdS en su respuesta a este desastre.<sup>9</sup>

El 26 de abril de 2017, el MdS organizó la primera reunión del Grupo Temático sobre Salud. La función de este grupo, coliderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue coordinar la respuesta del sector salud, identificar sus necesidades y vacíos y priorizar la óptima distribución de recursos.

El 1º de mayo se inició una evaluación de necesidades posteriores al desastre, liderada por el Gobierno de Nepal, en los 31 distritos afectados por el terremoto. La evaluación abarcó 23 áreas temáticas, incluyendo servicios de salud y de población, e involucró a más de 250 funcionarios y expertos, tanto del gobierno como de los asociados externos para el desarrollo. Se comparó la información de línea de base previa al desastre con las condiciones post-desastre. Se estimaron los daños, las pérdidas y los costos de la prestación de servicios a las poblaciones afectadas, con base en el inventario de los daños a edificios, equipos, instrumentos, mobiliario, fármacos e insumos.

El objetivo de este estudio de caso ha sido revisar la respuesta posterior al desastre brindada por el MdS con apoyo de organismos de las Naciones Unidas, asociados bilaterales externos para el desarrollo, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, y de la sociedad civil, para satisfacer las necesidades de mujeres y adolescentes. Describimos los éxitos, vacíos, desafíos y lecciones aprendidas en esta respuesta y hacemos recomendaciones para las intervenciones de preparación y respuesta para casos de desastre futuros.

\* Los núcleos hospitalarios son hospitales centrales designados y preparados para asegurar la coordinación la distribución y atención de las víctimas en sus respectivas zonas, usando sus propias instalaciones/personal/recursos y los de sus hospitales satélite que son hospitales privados y públicos con más de 50 camas que funcionan en esas zonas específicas.

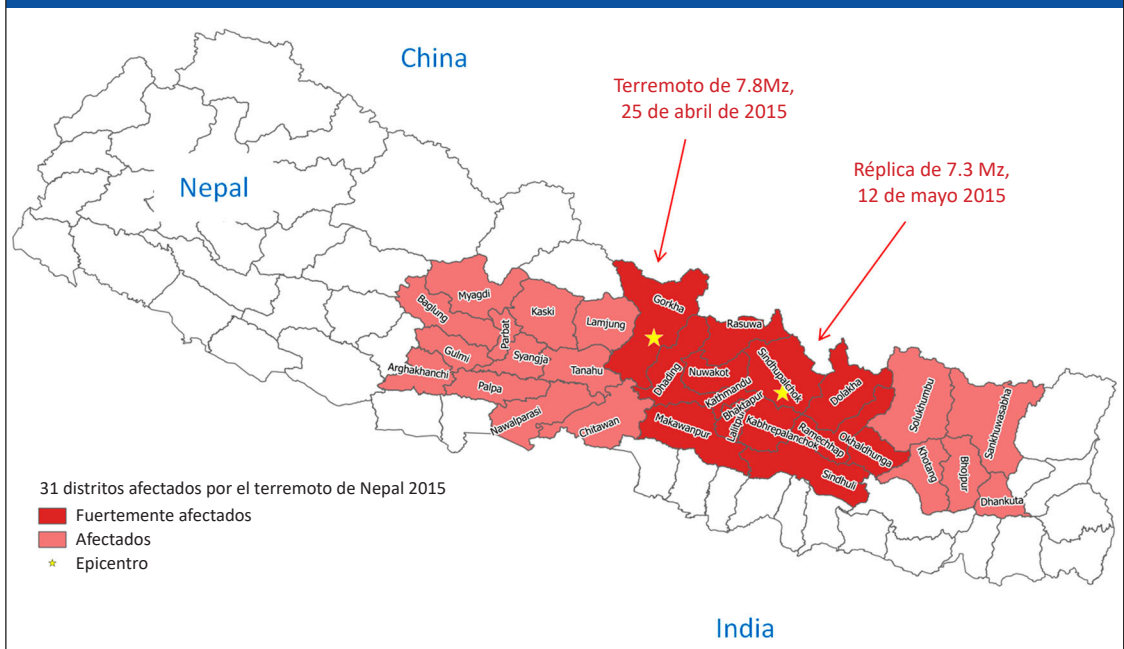
**Métodos y fuentes de información**

Los autores realizaron una revisión sistemática de material publicado e inédito sobre la respuesta sanitaria en el Terremoto de Nepal de 2015 entre marzo y abril de 2017.

Primero, se buscaron archivos de Medline usando el portal PubMed, usando las palabras clave “Nepal”, “terremoto” y “respuesta”, para encontrar artí-

culos relevantes que describieran las intervenciones implementadas como respuesta a las necesidades de las mujeres. De las 11 coincidencias encontradas solo tres estaban relacionadas con cuestiones de género<sup>10</sup> o salud de las mujeres. De estas, dos artículos eran solo comentarios (que no brindaban información relevante a este estudio) y uno era sobre tráfico de personas durante emergencias.

**Figura 1. Mapa de Nepal, Terremoto de Nepal de 2015, epicentros**



Luego, se revisó la información recopilada por la OMS en la preparación de una conferencia conjunta entre el MdS y la OMS en 2015 sobre la respuesta del sector salud al terremoto de Nepal de 2015, donde también se describieron las intervenciones implementadas durante las etapas inmediatas e intermedias posteriores al desastre. También se encontraron elementos de análisis clave para formular políticas y recomendaciones técnicas y operativas.

En tercer lugar, para evaluar si las intervenciones de respuesta se implementaron de acuerdo a planes nacionales de contingencia preexistentes, se revisó el Marco Nacional de Respuesta en Caso de Desastre (NDRF por sus siglas en inglés) que define los roles y responsabilidades de las agencias gubernamentales y no gubernamentales involucradas en la gestión de riesgos de desastre en Nepal,<sup>11</sup> y el componente del NDRF del sector salud que desarrolló el MdS con la OMS en 2014.<sup>12</sup>

Se recopiló y revisó material no publicado oficialmente, como los informes diarios producidos por el MdS, las actas de las conferencias nacionales de parteras, los informes internos y publicaciones de la Oficina en Nepal de la OMS,<sup>1</sup> la Oficina en Nepal de la UNFPA,<sup>7</sup> la oficina de UNICEF en Nepal así como publicaciones de otros organismos involucrados en la respuesta del sector salud, tales como la Asociación de Parteras de Nepal (MIDSON por sus siglas en inglés), y el *Deutsche Gesellschaft fuer Internationale Zusammenarbeit* (GIZ). Se contactó a los principales actores en salud sexual y reproductiva (SSR) o programas de salud neonatal, infantil y de la adolescencia para acceder a sus informes de las reuniones del subgrupo de salud reproductiva (SR) las cuales fueron realizadas a nivel nacional y en los dos centros distritales de ayuda humanitaria.<sup>13</sup>

Finalmente, se consultaron los informes de una evaluación interinstitucional realizados por

la Comisión de Mujeres Refugiadas sobre la implementación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) en salud reproductiva, de los cinco primeros meses después del terremoto, en la capital Katmandú y en Sindhupalchowk, este último, uno de los centros humanitarios y distritos más afectados.<sup>14</sup> El MISP es un conjunto coordinado de actividades prioritarias para prevenir y manejar las consecuencias de la violencia sexual, reducir el contagio de VIH, prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y de recién nacidos y planificar servicios integrales de SR. La evaluación de la Comisión de Mujeres Refugiadas exploró el conocimiento del MISP, la implementación del estándar y los factores que influyeron en su implementación.

Los resultados de esta investigación teórica fueron revisados por los autores de este artículo, quienes estuvimos involucrados en la respuesta (7/10) en tres reuniones de triangulación sucesivas durante las cuales se enumeraron los logros de esta respuesta, los desafíos que enfrentamos y los vacíos por resolver; enumeramos los resultados principales y extrajimos las lecciones aprendidas.

### ***Respuesta de salud sexual y reproductiva***

Más de 30 organismos participaron en la respuesta de SSR en el terremoto de Nepal en 2015.<sup>13</sup> A continuación se describen las intervenciones de respuesta en el orden cronológico de su implementación (fases de respuesta y recuperación inmediata e intermedia).

#### **Etapas de respuesta inmediata: durante el primer mes**

Cuatro días después del terremoto se activó un subgrupo de salud reproductiva (SR) liderado por la División de Salud Familiar del MdS en conjunto con el UNFPA, aunándose al grupo central de salud. Esta fue una estructura de coordinación decidida por el grupo de salud que no estaba planificada en el Marco Nacional de Respuesta frente a Casos de Desastre, pero que es central en las directrices del MISP para SR y fue adaptada y adoptada por el MdS a principios de 2015 (Figura 2). En mayo de 2015, se activaron por lo menos 33 agencias en este sector que fue definido como un subgrupo de SR.

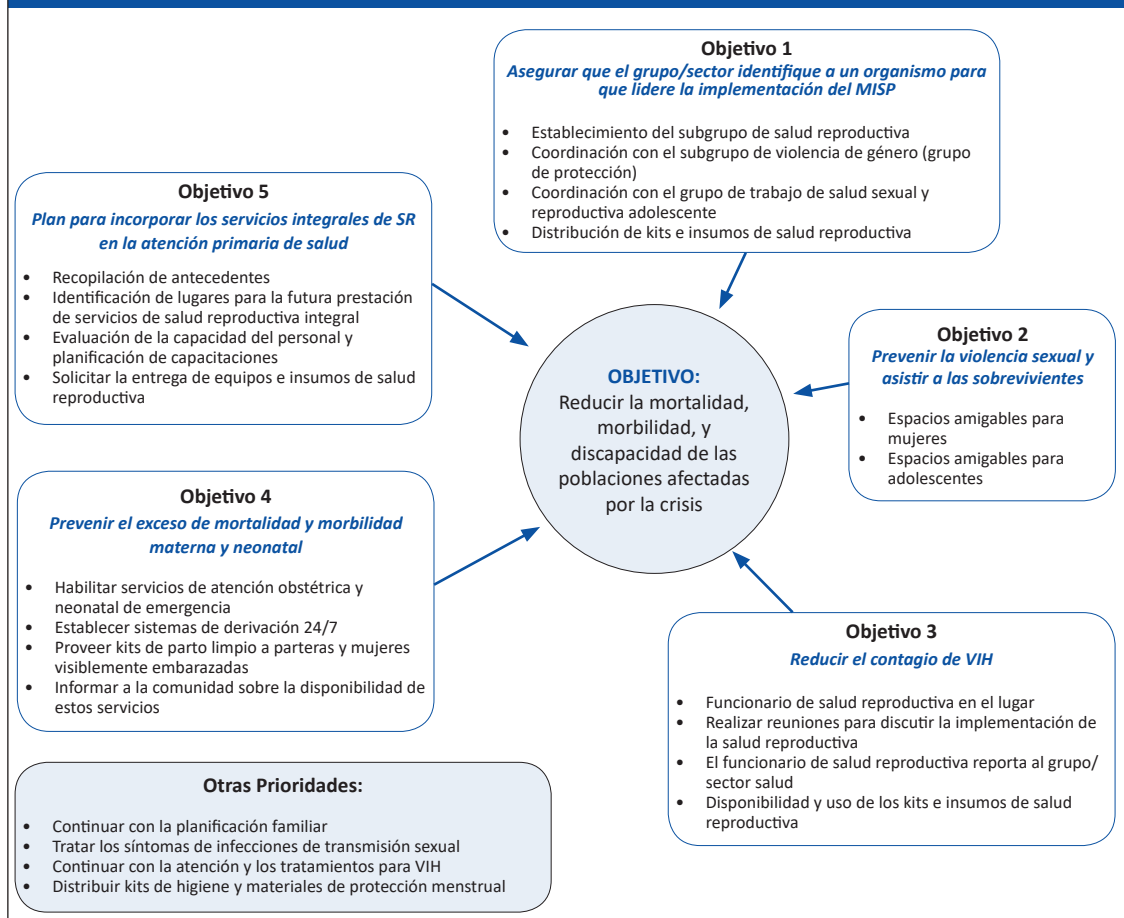
El primer objetivo del subgrupo de SR fue realizar un rápido diagnóstico de la situación. Se desarrolló una herramienta de recolección de datos basada en las directrices de MISP y otras normati-

vas de respuesta en caso de desastre (Archivo Suplementario 2). El diagnóstico fue realizado en los 14 distritos más afectados por equipos de enfermeras en jefe de MIDSON, el MdS, obstétricas de la maternidad principal y personal de la ONU, el cual reveló que de los 360 establecimientos básicos de emergencia obstétrica y atención neonatal o centros de maternidad, 112 estaban sumamente dañados y 144 lo estaban parcialmente. Seis hospitales distritales y 331 establecimientos rurales de salud, incluyendo áreas de servicio, se vieron severamente damnificados en estos distritos. Como resultado, los servicios de emergencia obstétrica y atención neonatal fueron interrumpidos en la mayoría de estos distritos y los servicios de SR, incluyendo la prestación de terapia antirretroviral, planificación familiar y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) fueron suspendidas en gran medida.

Se identificaron las necesidades inmediatas de SSR, luego de un rápido diagnóstico de la situación que fue seguido por visitas de campo adicionales y comunicaciones con establecimientos de salud afectados.<sup>13</sup> Las siguientes ocho prioridades fueron presentadas al Grupo Temático sobre Salud: 1. Brindar carpas a establecimientos de salud dañados para asegurar la continuidad de los servicios de salud; 2. Distribuir kits de SR a establecimientos de salud que brindan atención obstétrica de emergencia, enfocándose particularmente en las zonas de difícil acceso; 3. Armar campamentos móviles de SR en zonas donde los establecimientos de salud dejaron de operar; 4. Distribuir kits de SR para atención obstétrica de emergencia a los distritos; 5. Distribuir paquetes motivacionales a los trabajadores de la salud y a las voluntarias de salud comunitarias (VSC); 6. Prevenir y gestionar los riesgos de violencia sexual; 7. Fortalecer las capacidades de los trabajadores de la salud en materia de violencia de género con énfasis particular en el tratamiento clínico de la violación; y 8. Distribuir botiquines para preservar la dignidad de mujeres y niñas.

Las siguientes necesidades fueron definidas como intermedias:<sup>4,13,16</sup> 1. Restablecer o fortalecer los servicios de salud reproductiva, salud materna y neonatal y salud infantil en todas las zonas afectadas; 2. Establecer hogares de transición en los recintos de establecimientos de salud para atender a la mayor cantidad de parturientas, a mujeres que han dado a luz recientemente y a sus bebés, y a niños lesionados y menores de 5 años de edad en cada distrito; 3. Fortalecer la coordinación in-

Figura 2. MISP para SR (Fuente: Hoja informativa del UNFPA)



tersectorial para prevenir particularmente la violencia de género y establecer infraestructura temporal para la prestación de servicios de salud; y 4. Planificar la instalación de edificios prefabricados en lugares donde los establecimientos de salud estén atendiendo en carpas (teniendo en cuenta el inminente monzón).

Después de hacer un rápido diagnóstico situacional, el subgrupo de SR empezó a coordinar la respuesta entre los asociados para evitar la duplicación de intervenciones y para abordar los vacíos y los desafíos. Una de las primeras decisiones fue abastecer de kits de higiene para partos (incluyendo clorhexidina para prevenir infecciones del cordón umbilical en los recién nacidos) a todas las mujeres visiblemente embarazadas en los 31 distritos afectados por el terremoto, excepto en el valle de Katmandú, donde aún había acceso a centros de salud en funcionamiento.<sup>14</sup> El subgrupo de

SR también decidió subir a la página del Centro de Operaciones para Emergencias Sanitarias, directrices y protocolos nacionales relevantes a la salud materna, infantil y del recién nacido y de SR, incluyendo gestión y prevención de contagio de ETS/VIH, para el uso de los equipos médicos nacionales y extranjeros. Las nuevas directrices, tales como el uso de anticonceptivos de emergencia y la prestación de servicios amigables a las adolescentes, se desarrollaron y difundieron entre los asociados.

Los asociados del subgrupo de SR implementaron rápidamente varias iniciativas para restablecer los servicios de salud reproductiva y ayudar a los trabajadores de la salud a lidiar con el aumento de actividad y el trastorno de los servicios de salud incluyendo: 1. Armar kits de campamento médico de la OMS y carpas médicas para acomodar la prestación de servicios de SR; 2. Destacar equipos médicos y de enfermería para ayudar al



personal de maternidad a lidiar con la emergencia y el aumento de actividad; 3. Organizar campamentos de extensión en salud reproductiva para brindar servicios gratuitos de SSR a las personas afectadas por el terremoto en comunidades remotas en los 14 distritos afectados<sup>7</sup>; 4. Distribuir kits de salud reproductiva para emergencias<sup>7,17</sup>; y 5. Brindar consejería psicosocial al personal de las maternidades (Tabla 1).

Mientras tanto, y en las dos primeras semanas posteriores al terremoto, se conformaron los subgrupos de salud reproductiva (SR) en dos centros humanitarios en la zona más afectada, uno al oeste de Gorkha y otro en la zona este de Sindupalchowk (Figura 3).<sup>14</sup> Estos subgrupos fueron liderados por sus respectivas oficinas distritales de salud, en conjunto con el UNFPA y atendidos por

co-líderes de la OMS y todos los asociados de salud reproductiva. Los grupos se reunieron regularmente para definir las necesidades y coordinar las intervenciones planificadas por, o con el subgrupo central. Los subgrupos de salud reproductiva de los dos centros humanitarios también tuvieron la tarea de coordinar la respuesta de SR en otros distritos afectados asignados a sus respectivos centros humanitarios. A fines de mayo de 2015, estaban ya disponibles los servicios de cesárea en todos los hospitales, salvo en uno de los 14 distritos más afectados.<sup>13</sup> Todos los servicios del departamento de atención ambulatoria, incluyendo los de cuidados prenatales, se restablecieron en todos los lugares y la mayoría de clínicas de maternidad empezaron a brindar servicios de parto las 24 horas en carpas y edificios no dañados.

**Tabla 1. Intervenciones de respuesta implementadas durante la etapa de reacción inmediata después del terremoto de Nepal de 2015**

<i>Distribución de kits individuales para partos limpios</i>	
<b>Descripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kits para partos limpios con clorhexidina para la prevención de infecciones del cordón umbilical en recién nacidos.</li> </ul>
<b>Beneficiarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.100 mujeres visiblemente embarazadas en los 31 distritos afectados por el terremoto, excepto el valle de Katmandú.</li> </ul>
<i>Armado de Kits de Campamento Médico de la OMS (KCM) y carpas médicas</i>	
<b>Descripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entregaron 40 KCMs de la OMS con todo lo necesario para establecer un centro de partos y un departamento funcional de atención ambulatoria.</li> <li>• Más de 350 carpas médicas proporcionadas por UNFPA, UNICEF y GTZ, la Corporación Alemana para la Cooperación Internacional.</li> <li>• Se instalaron KCM en los hospitales dañados, centros primarios de salud y postas médicas para que sirvan como refugios de emergencia para la prestación de servicios de salud.</li> <li>• Otras carpas médicas sirvieron como refugios para servicios de SR.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 100 centros de maternidad reiniciaron sus servicios en estas carpas.</li> </ul>
<i>Equipos de médicos y enfermeras destacados para asegurar la atención de partos por personal debidamente calificado.</i>	
<b>Descripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se destacaron 25 enfermeras calificadas como especialistas en atención de partos (a 24 clínicas de maternidad) y 8 enfermeras en jefe (para atender 40 clínicas de maternidad).</li> <li>• Este programa recibió el apoyo de UNICEF y fue implementado a través de MIDSON.</li> <li>• Las enfermeras se presentaron como voluntarias procedentes de hospitales del Estado y escuelas de enfermería.</li> <li>• Brindaron apoyo adicional y capacitación in situ al personal regular de la maternidad, ayudaron al personal a lidiar con el aumento de actividades y facilitaron partos institucionales y tratamiento oportuno de embarazos/partos complicados. Algunas enfermeras también se ofrecieron para unirse como voluntarias en los programas de emergencia de las ONG.</li> <li>• Hubo un obstetra itinerante en los hospitales afectados para iniciar/continuar con las cesáreas y otros procedimientos de salud reproductiva.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para junio de 2015, se restableció la atención prenatal en todos los lugares de prestación de servicios; la mayoría de centros de maternidad pudieron brindar servicios de parto y los servicios de cesárea estuvieron disponibles en 13 de los 14 hospitales.</li> </ul>

<i>Organización de campamentos de extensión en salud reproductiva</i>	
<b>Descripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los campamentos de SR fueron de naturaleza móvil y permanecían en un lugar por alrededor de 2-4 días antes de dirigirse a la siguiente comunidad. El número de campamentos móviles fue de 8 a 14 por distrito, considerando la cobertura de su población y sus necesidades. También incluían capacitación in situ, permitiendo derivación a establecimientos de salud y una unidad móvil para sesiones de sensibilización. Se implementaron junto a las oficinas distritales de salud pública (ODSP). La información sobre las fechas programadas para los campamentos móviles de SR se difundió mediante los grupos juveniles de voluntarias de salud comunitarias (VSC) antes de los campamentos.</li> <li>• Se realizaron 132 campamentos de SR en 128 pueblos con apoyo del UNFPA.</li> <li>• Los campamentos de SR fueron llevados a cabo por profesionales nacionales de la salud.</li> <li>• Se brindaron servicios de SSR gratuitos para las personas afectadas por el terremoto en comunidades remotas de los 14 distritos afectados.7 Brindaron atención sanitaria de supervivencia a las mujeres y sus familias, desde chequeos prenatales y posnatales hasta un parto seguro, planificación familiar, laboratorios para análisis clínicos (incluyendo VIH), tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), apoyo psicosocial, respuesta sanitaria a la violencia de género y derivaciones a otros centros. Se brindaron mensajes e información fundamentales para la salud de las mujeres y niñas.</li> <li>• Se aseguró el transporte gratuito de los casos graves identificados por el campamento.</li> </ul>
<b>Beneficiarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se llegó a 104.740 mujeres y chicas adolescentes. UNFPA ha estimado que se cubrieron las necesidades de 1.4 millones de personas afectadas.</li> </ul>
<i>Distribución de kits de salud reproductiva de emergencia (SRE)</i>	
<b>Descripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se entregaron 1.331 kits de SRE a hospitales de tercer nivel, hospitales distritales y centros de salud más pequeños en los 14 distritos más afectados, a través de 37 asociados. Los kits también se utilizaron en los campamentos de extensión en salud reproductiva y en los kits para campamento de la OMS. El resto de los kits fueron entregados/repuestos según los pedidos del MdS, ODSP y/o colaboradores para la implementación.</li> <li>• Se otorgaron desde una hasta 35 cajas de material a nivel comunitario, de salud primaria y de hospitales de derivación. Los kits contenían anticonceptivos, medicamentos e insumos para el tratamiento de las ETS y asistencia de parto en clínica; instrumentos, equipos e insumos para el tratamiento de complicaciones obstétricas incluyendo el parto asistido y la cesárea; aborto médico y kits de tratamiento post-violación.</li> <li>• Se agregó Misoprostol a los kits donde ya estaba en curso un programa que buscaba prevenir las hemorragias posparto en los partos domiciliarios.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 213 establecimientos de salud recibieron los kits de SRE.</li> <li>• El UNFPA calculó que se cubrieron las necesidades de un estimado de 1.4 millones de personas afectadas.</li> </ul>
<i>Provisión de consejería psicosocial</i>	
<b>Descripción</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestación de salud a los trabajadores de los centros de maternidad que necesitaban y solicitaban apoyo voluntariamente, por seis semanas después del desastre, para ayudarlos a lidiar con el estrés causado por el terremoto y las réplicas, y el aumento, sin precedentes, de la carga de trabajo que tenían que enfrentar.</li> <li>• Los movilizadores sociales y prestadores de servicios de salud capacitados en consejería psicosocial fueron identificados y contratados en colaboración estrecha con ODSP y DWO.</li> </ul>
<b>Beneficiarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alrededor de una cuarta parte de los 400 trabajadores de la clínica central de maternidad de derivación en Katmandú</li> </ul>

### **Etapa de respuesta intermedia: del segundo al sexto mes después del desastre**

Las intervenciones descritas anteriormente permitieron reanudar los servicios de SSR en todas las zonas afectadas para el final de la fase de respues-

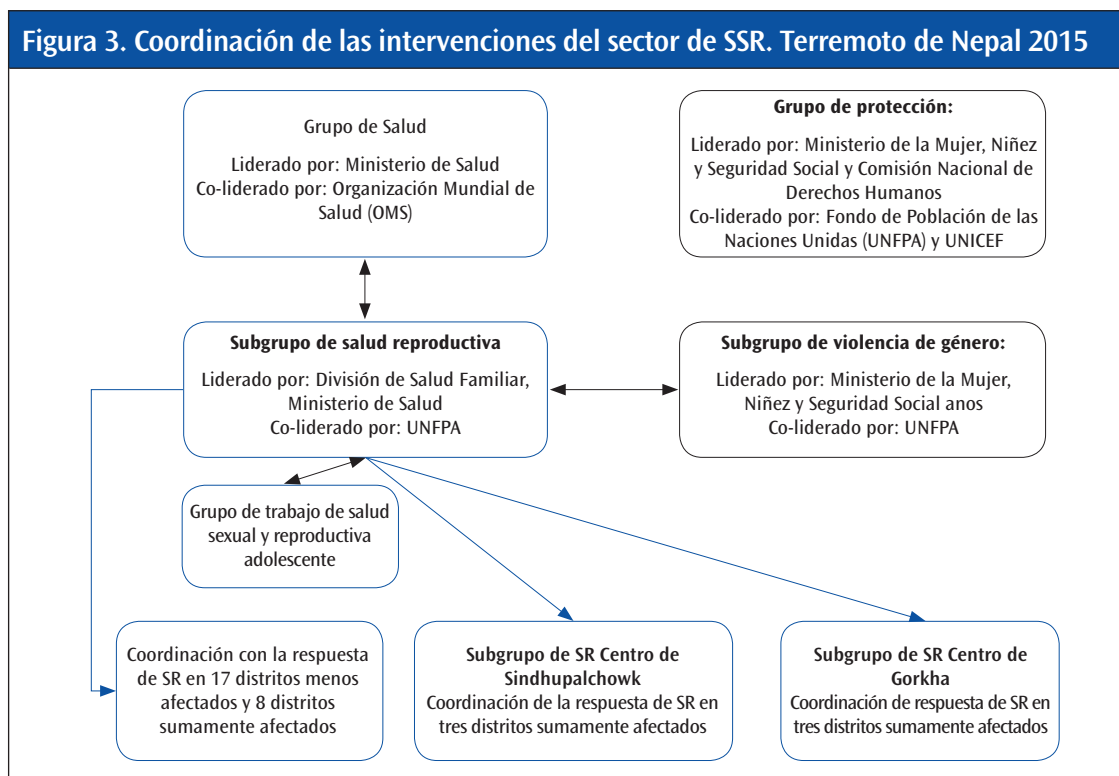
ta inmediata. Las medidas adicionales se tomaron durante la fase de respuesta intermedia para mejorar aún más el acceso a estos servicios y garantizar su calidad. Se distribuyó un total de 1080 kits de obstetricia a los equipos de maternidad, así

como 53.000 trajes de recién nacido para evitar la hipotermia.

Adicionalmente, en los 14 distritos más afectados, a excepción de Katmandú, UNICEF y el UNFPA establecieron 50 refugios y hogares de transición en los recintos de establecimientos de salud, brindando servicios de maternidad. Eran facilidades residenciales donde las mujeres embarazadas y posparto podían alojarse gratuitamente. Estos refugios y hogares de transición buscaban mejorar la accesibilidad de los servicios de atención sanitaria, principalmente la atención obstétrica para mujeres embarazadas en los distritos afectados. UNICEF descubrió que el fácil acceso a la atención

médica, a un refugio seguro con abastecimiento de agua e instalaciones sanitarias disponibles y a comidas gratuitas (cuatro al día) eran los principales motivos por los que las mujeres acudían a los refugios y casas. También contaban con servicios de prevención y atención para casos de violencia de género (VG). En el invierno 2015-2016 estos establecimientos fueron acondicionados para proteger del frío a quienes se alojaban en ellos, y se distribuyeron frazadas para que las mujeres y niños se abrigaran. Un total de 15.301 mujeres y más de 5.000 recién nacidos se beneficiaron con estos refugios y hogares de transición (los detalles se pueden ver en la [Tabla 2](#)).

**Figura 3. Coordinación de las intervenciones del sector de SSR. Terremoto de Nepal 2015**



Mientras tanto, el subgrupo de SR comenzó a promover la inclusión de servicios de salud sexual y reproductiva, materna, del recién nacido e infantil en todas las medidas inmediatas de salvataje aplicadas por los sectores de salud y otros. Se establecieron nexos entre el subgrupo de SR y el de violencia de género que operaban aunados en el mismo grupo de protección. Se formó un grupo de trabajo aparte de salud sexual y reproductiva adolescente (SSRA) en el

subgrupo de SR para asegurar que estos temas se integraran adecuadamente a la respuesta general de SR (Figura 3).

Se diseñaron e implementaron otras intervenciones facilitadas por esta coordinación y cooperación entre grupos para responder a las necesidades específicas de mujeres y adolescentes, tales como la distribución de botiquines para preservar la dignidad a 56.000 mujeres y niñas<sup>18</sup> y kits de motivación a 10.327 voluntarias de salud comunitarias<sup>7</sup> (Det-



lles en la Tabla 2). Mientras tanto, el Ministerio de la Mujer, Niñez y Seguridad Social, y el UNFPA, lanzaron la campaña “La dignidad primero” para crear conciencia sobre las necesidades insatisfechas de las sobrevivientes del terremoto, particularmente las de salud reproductiva e higiene.<sup>7</sup>

Se establecieron un total de 97 espacios amigables para mujeres (EAM) que consistían en grandes carpas con personal de cuidado y consejería cerca de establecimientos de salud para brindar una respuesta multisectorial a la violencia de género. Los EAM eran lugares seguros para que las mujeres y niñas descansan, hablen libremente, reciban atención psicológica, participen de actividades de concientización y recreación, reciban los botiquines para preservar la dignidad y encuentren

servicios de refugio y contactos para establecer actividades de supervivencia. Más específicamente, en estos espacios había servicios de monitoreo y asesoramiento sobre violencia de género; las sobrevivientes de la violencia podían recibir tratamientos de manera segura o ser derivadas a los establecimientos adecuados para acceder a un aborto seguro, si fuera necesario. Un total de 147.337 mujeres y adolescentes en los 14 distritos más afectadas se beneficiaron con estos espacios,<sup>7</sup> mientras que más de 15.000 niñas, mujeres y sobrevivientes de VG recibieron servicios adaptados de consejería psicosocial, tratamiento de sus casos y apoyo. El UNFPA registró 2.799 casos de VG desde los espacios amigables a mujeres y campamentos de extensión en salud reproductiva.

**Tabla 2. Intervenciones de respuesta implementadas durante la fase de respuesta intermedia después del terremoto de Nepal de 2015**

<i>Establecimiento de refugios y hogares de transición</i>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se establecieron 14 refugios (UNFPA) y 36 hogares de transición (UNICEF) al lado de los hospitales distritales y establecimientos de salud en todos los distritos afectados excepto Katmandú.</li> <li>Estos albergaron temporalmente a madres, recién nacidos y niños heridos menores de 5 años, con el fin de asegurar su acceso a servicios de salud, comida, agua y saneamiento, antes de que puedan retornar de forma segura a sus comunidades.</li> <li>Fueron acondicionados para ofrecer un refugio seguro y adecuado para el invierno.</li> </ul>
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>15.031 mujeres embarazadas o posparto, &gt; 5.000 recién nacidos, en 13 distritos; un número desconocido de niños heridos menores a los 5 años de edad.</li> <li>Casi una de cada seis mujeres pertenecían a las comunidades Dalit que han sido tradicionalmente marginadas.</li> </ul>
<i>Establecimiento de lugares amigables a las mujeres</i>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>97 espacios amigables para mujeres (EAM) establecidos en los 14 distritos, 14 de los cuales recibieron el apoyo del UNFPA y la Corporación Alemana para la Cooperación Internacional.</li> <li>Estos consistían en grandes carpas con personal de cuidado y consejería, armadas cerca a los establecimientos de salud para ofrecer una respuesta multisectorial a la violencia de género.</li> </ul>
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se llegó a 147.337 mujeres y adolescentes.</li> <li>Se brindaron servicios de consejería psicosocial a 15.000 chicas adolescentes y mujeres sobrevivientes de VG.</li> <li>2.799 casos de VG registrados por UNFPA (en combinación con los casos registrados en los campamentos de extensión en salud reproductiva)</li> </ul>
<i>Establecimiento de espacios de servicio amigables para adolescentes</i>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se armaron espacios de servicio amigable para adolescentes en los 132 campamentos de extensión en salud reproductiva, con nexos a los puestos informativos amigables a adolescentes tanto en las escuelas como en los centros de salud.</li> <li>Estuvieron administrados por facilitadores adolescentes capacitados.</li> <li>Se realizaron actividades de sensibilización para promover el uso de servicios de SSR. Los temas que se cubrieron fueron: las consecuencias de los embarazos adolescentes, el parto, señales de peligro durante el embarazo, anticonceptivos, temas relacionados a la salud y la higiene menstrual, consecuencias del aborto inseguro, violencia de género y el riesgo de ETS y VIH.</li> </ul>

Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se llegó a 4.231 jóvenes (de los cuales el 71% eran mujeres) a través de los programas de sensibilización.</li> <li>1.666 adolescentes recibieron servicios de salud sexual y reproductiva.</li> </ul>
<b>Implementación de un programa de gestión de la salud e higiene menstrual (GSHM)</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se distribuyeron toallas higiénicas gratuitamente a través del MdS y el Ministerio de Educación en las escuelas secundarias de los 14 distritos más afectados. India y China donaron las toallas higiénicas.</li> <li>Se capacitó a maestros de escuela y a trabajadores de salud sobre la gestión de la salud menstrual, cómo dar educación e información sobre salud menstrual y cómo confeccionar toallas higiénicas reutilizables.</li> </ul>
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>4.148 chicas adolescentes solo en el distrito de Dhading. Se desconoce el número total de beneficiarias en otros distritos.</li> </ul>
<b>Distribución de kits de obstetricia</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.080 kits de obstetricia fueron proporcionados por UNICEF, a las unidades maternas y centros de maternidad de 14 distritos.</li> <li>Los kits de obstetricia contenían equipos, artículos renovables y medicamentos.</li> <li>Fueron entregados a los centros de maternidad de los 14 distritos más afectados.</li> </ul>
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aproximadamente 50.000 binomios madres-bebés.</li> </ul>
<b>Distribución de trajes de recién nacido</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>UNICEF entregó 53.000 trajes de recién nacido para prevenir la hipotermia.</li> <li>Fueron entregados a los centros de maternidad de los 14 distritos más afectados.</li> </ul>
Beneficiarios	<ul style="list-style-type: none"> <li>53.000 recién nacidos</li> </ul>
<b>Distribución de botiquines para preservar la dignidad</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distribución de 56.000 botiquines dirigidos por el equipo del UNFPA o sus organismos asociados.</li> <li>Los botiquines incluían artículos de limpieza y defensa personal, tales como ropa, toallas higiénicas reutilizables, ropa interior, toalla, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, alicate para cortar uñas y linterna.</li> </ul>
Beneficiarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>56.000 mujeres y niñas</li> </ul>
<b>Distribución de kits de motivación</b>	
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> <li>10.327 kits distribuidos por los asociados del subgrupo de SR.</li> <li>Los kits contenían artículos del botiquín para preservar la dignidad, complementados con insumos, material de apoyo y medicamentos básicos para ayudar a las voluntarias sanitarias comunitarias (VSC) a continuar con la prestación del servicio a sus comunidades.</li> </ul>
Beneficiarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>10.327 VSC</li> </ul>

Se armaron espacios de servicio amigable para adolescentes en los 132 campamentos de extensión en salud reproductiva, administrados por facilitadores y voluntarios adolescentes capacitados, de los cuales el 56% eran chicas. Estos adolescentes realizaron actividades de sensibilización para sus pares y los animaron a usar los servicios de SSR en un ambiente seguro y amigable para ellos. Los nexos entre los puestos informativos amigables para adolescentes de las escuelas y los centros de servicio amigables para los adolescentes en establecimientos de salud fueron establecidos para promover el uso de estos por parte de

los estudiantes que los necesitaban. Los espacios de servicio amigables para adolescentes alcanzaron a 4.231 jóvenes, de los cuales, un 71% eran mujeres<sup>7,19</sup>; asimismo, más de 14.666 adolescentes recibieron servicios de SSR durante toda la intervención.

Se desarrolló e implementó un programa de gestión de salud e higiene menstrual (GSHM) en los 14 distritos más afectados. Bajo la cobertura tanto del MdS como del Ministerio de Educación, se capacitó a los profesores y trabajadores de la salud en información y educación sobre GSHM; además, aprendieron a confeccionar toallas higiénicas reutilizables usando sus propias ropas de algodón

viejas. En el distrito de Dhading, por ejemplo, el programa de GSHM financiado por la Corporación Alemana para la Cooperación alcanzó a 4.148 chicas adolescentes de 42 escuelas.

El rol del subgrupo de SR a nivel central y en los dos centros humanitarios continuó siendo crucial durante toda la fase de respuesta intermedia. Recolectar, compilar y compartir información a ni-

vel local fue indispensable para abordar los vacíos y evitar la duplicación de respuestas de intervención. El subgrupo de SR contribuyó significativamente a la coordinación de las intervenciones de los asociados, preparando actualizaciones regulares de la Herramienta de coordinación 4W (por las siglas en inglés de “quién”, “dónde”, “qué” y desde o hasta “cuándo” estaban trabajando).

**Tabla 3. Directrices y herramientas de capacitación desarrolladas durante la fase de recuperación**

<i>Tipo</i>	<i>Descripción</i>
Capacitación sobre las directrices de MISP del Manual Interagencial del IAWG sobre salud reproductiva en entornos humanitarios. <sup>8</sup>	25 trabajadores de la salud pública que más adelante capacitaron a 100 de sus colegas en cuatro de los distritos afectados por el terremoto.
Desarrollo y difusión de un manual de capacitación en salud reproductiva y material suplementario.	Incluía un manual de capacitación <i>in situ</i> , más información sobre la preparación de un campo de extensión de SR y un paquete de tratamiento de traumas.
Desarrollo e implementación de una lista de control de partos seguros.	Utilizando las directrices globales existentes, después de la capacitación brindada por el Programa de Apoyo al Sector Salud de Nepal para mejorar la calidad y seguridad de los servicios de parto en centros de maternidad y unidades de maternidad.
Sesiones de capacitación y sensibilización en prevención de la VG y los cuidados en entornos humanitarios.	Brindadas a más de 400 miembros del grupo de protección, VSCs, y miembros y otros actores del grupo Scout de Nepal. <sup>19</sup> Se difundieron mensajes de prevención de la VG a través de las radios FM locales.
Capacitación en el tratamiento clínico de la violación.	Brindado a más de 300 trabajadores de la salud en todos los hospitales distritales y otros establecimientos de salud en los 14 distritos más afectados en colaboración con numerosas ONG y la maternidad central de Katmandú.
Capacitación en el uso del kit global de herramientas para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en contextos humanitarios. <sup>20</sup>	Se capacitaron a 74 trabajadores de la salud, utilizando las pautas adaptadas con base en las directrices mundiales por la División de Salud Familiar del MdS en 2014.
Capacitación sobre traumas inmediatos y gestión de gran número de víctimas.	Brindado a 56 trabajadores de la salud, la capacitación incluía primeros auxilios psicosociales, prevención del síndrome de estrés postraumático y cómo encontrar casos y derivarlos a establecimientos de salud relevantes.

### **Etapas de recuperación: desde el séptimo mes después del desastre hasta el presente**

Todas las intervenciones relevantes iniciadas durante las fases de respuesta inmediata e intermedia se extendieron durante la etapa de recuperación. Además, se desarrollaron e implementaron muchas directrices y herramientas durante esta etapa para mejorar el conocimiento y las habilidades de diversos trabajadores de la salud en SR y temas de respuesta en caso de desastre (Tabla 3). Finalmente, la reconstrucción de varias estructuras relacionadas con la salud también comenzó durante esta etapa.

En las zonas más afectadas, varias agencias se involucraron con la reconstrucción o modernización de establecimientos de salud, según hubieran sido completa o parcialmente dañadas. En algunos casos se repararon edificios, mientras que en otros se instalaron estructuras prefabricadas o se construyeron edificios permanentes. Por ejemplo, la GTZ y UNICEF construyeron 34 y 50 nuevas postas de salud prefabricadas, respectivamente, cada una con sala de partos. El apoyo adicional incluyó equipos de suministro de electricidad y agua, soluciones para la gestión de residuos y provisión de equipos médicos o inmobiliario básico.

## Discusión

Las condiciones estructurales y ambientales han sido serios retos para la respuesta de SR frente a este desastre. Primero, el componente del sector salud del Marco Nacional de Respuesta en Caso de Desastre (NDRF, por sus siglas en inglés), publicado un año antes del terremoto por el MdS, claramente describía los principales desafíos que tendría que enfrentar Nepal en caso de ocurrir un desastre de gran magnitud. Este documento informaba que los hospitales públicos y privados “no tienen la capacidad para responder a las necesidades sanitarias” y “no hay una directriz integral para la gestión de desastres.”<sup>11</sup> El NDRF señaló que a causa de la limitada preparación institucionalizada que había para casos de emergencia, existían “vacíos en los recursos para el sector salud, incluyendo reservas de medicamentos y equipos”. Además de estos desafíos estructurales, la respuesta humanitaria también se veía obstaculizada por el hecho de que eran muchas las zonas afectadas a las que era difícil de acceder geográficamente, y muchos caminos y puentes habían sido dañados. La temporada del monzón comenzó inmediatamente después del desastre, complicando aún más el acceso a zonas remotas, a causa de las inundaciones y aludes. Además, durante el invierno de 2015, un bloqueo de cuatro meses en la frontera entre la India y Nepal causó la escasez de combustibles y medicamentos, y esto afectó aún más el ritmo del proceso de recuperación.<sup>21</sup>

A pesar de los desafíos, el subgrupo de SR lideró una respuesta mayormente efectiva al desastre.<sup>14</sup> Varios factores pueden haber facilitado esta respuesta. En primer lugar, la colaboración del sector salud se construyó sobre la base de un largo compromiso por parte de las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. La activación del subgrupo de SR bajo la dirección del MdS/División de Salud Familiar, a los pocos días del desastre, ayudó a priorizar las intervenciones que debían ser inmediatamente implementadas con el apoyo de varios organismos del subgrupo y de los asociados para el desarrollo relacionados. Otros factores que contribuyeron a la implementación de una respuesta oportuna y a gran escala fueron: la movilización mediática que permitió a las comunidades afectadas expresar sus necesidades; la preparación de los organismos de las Naciones Unidas; y una movilización de recursos muy efectiva por parte de los asociados externos para el desarrollo y el gobierno. Un mes después

del terremoto, todos los servicios ambulatorios, incluyendo la atención prenatal, se restablecieron en los establecimientos de prestación de servicios, ya fuera en carpas o edificios no dañados; la mayoría de centros de maternidad pudieron brindar servicios de parto; se establecieron campamentos de extensión en salud reproductiva para llegar a comunidades remotas; y se pudo contar con los servicios de cesárea en 11 hospitales de los 14 distritos más afectados. Cinco meses después del terremoto, todos los servicios de MISP y las actividades prioritarias estaban en gran medida disponibles en estos distritos; tal como lo evaluó el equipo interagencial liderado por la Comisión de Mujeres Refugiadas.<sup>14</sup> Sin embargo, es también necesario mencionar que, a pesar de los esfuerzos que se hicieron, la crisis política y las difíciles condiciones geográficas y climáticas hicieron que la etapa de recuperación fuera más laboriosa y dificultaran la reconstrucción y rehabilitación de la infraestructura sanitaria.

Es interesante notar que la mayoría de las intervenciones de respuesta implementadas no fueron claramente establecidas en el componente del sector salud del plan y NDRF. Por ejemplo, no se especificó la activación de un subgrupo dedicado a cuestiones de salud reproductiva en el NDRF. La única medida de salud sexual y reproductiva claramente mencionada en el NDRF fue la necesidad de abordar la violencia de género en las primeras 24 horas después del desastre. Medidas muy efectivas, que fueron tomadas, tales como los campamentos de extensión de SR, el armado de espacios amigables para las mujeres y para los adolescentes no fueron planificadas con anterioridad, o no habían directrices disponibles para su implementación y fueron armadas con base en otras experiencias efectivas en el país (como ocurrió con los campamentos de prolapso uterino en Nepal).<sup>21</sup> Estas intervenciones se discutieron y acordaron en las reuniones del subgrupo de SR, en base al diagnóstico situacional.

Los vacíos que se identificaron en la respuesta tienen mayormente que ver con los kits de salud reproductiva de emergencia. Se gestionaron pocos kits de SRE. El restablecimiento y continuación de los servicios esenciales de SR en algunos lugares se atrasó a causa de inconvenientes relacionados a la obtención y transporte de los kits. Además, si bien los kits se distribuyeron luego de un programa de orientación sobre sus contenidos y uso, hubiera sido provechoso contar con más capacitación al personal de establecimientos de salud

periféricos.. Otro vacío fue la falta de directrices adaptadas al país, aunque había directrices internacionales a disposición. También reportamos la falta de fondos renovables para emergencias a nivel distrital o de la unidad de salud para facilitar el transporte de personas enfermas o heridas o de mujeres con complicaciones obstétricas.

Con base en las lecciones aprendidas en este estudio de caso, ofrecemos diez recomendaciones para una respuesta efectiva de SSR, que cubran las necesidades de mujeres y adolescentes en futuras respuestas para casos de desastre:

- Priorizar las cuestiones y necesidades de SSR en los planes de preparación y planes de contingencia para la salud frente a desastres; entre otras prioridades, las actividades de preparación deberían estar encausadas al desarrollo de listas o directorios de trabajadores de la salud capacitados en servicios de SSR para emergencias, incluyendo prevención y cuidados para casos de VG, así como el establecimiento de fondos renovables para emergencias en todos los niveles de la estructura de respuesta.
- Inmediatamente después del desastre, formalizar el subgrupo de SR, bajo el Grupo Temático de Salud, con fuertes nexos con otros grupos de respuesta, tales como el grupo de protección frente a casos de violencia de género.
- Estimar las necesidades inmediatas de SSR utilizando la calculadora del MISP, pero planificar evaluaciones subsecuentes de necesidades para las intervenciones intermedias y de recuperación.
- Proteger y abordar las necesidades básicas y psicosociales de los trabajadores de la salud SSR, que sobrevivieron al desastre, para ayudarlos a soportar el trauma y el estrés y retomar sus servicios.
- Realizar campamentos de extensión en salud reproductiva para brindar servicios a las mujeres en zonas de acceso temporal o difícil o refugiadas en campos temporales, a fin de ayudarlas a superar los desafíos que enfrentan para acceder a establecimientos de salud.
- Incluir programas de prevención, monitoreo, gestión y derivación para casos de violencia de género, ya que la violencia de género, incluyendo el tráfico de personas y el abuso aumentan en situaciones posteriores a desastres y a menudo no son denunciados.
- Establecer espacios amigables a mujeres y hogares de transición para brindar refugios temporales a madres embarazadas o posnatales y sus bebés y asegurar su acceso a la atención de salud sexual y reproductiva.
- Abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva que tienen las y los adolescentes,



UNFPA NEPAL

El transporte de suministros médicos tras el terremoto de 2015 en Nepal



incluyendo su protección frente al abuso, tráfico de personas, abuso de sustancias, y su necesidad de contar con productos de gestión menstrual; comprometer a los adolescentes en las intervenciones, como por ejemplo, en la instalación de espacios amigables a adolescentes en los campamentos de SR.

- Establecer mecanismos de información, monitoreo y evaluación de la respuesta para asumir responsabilidad y establecer las 4W integrales (quién, qué, dónde y cuándo, por sus iniciales en inglés) para evitar la duplicación de actividades.
- Como parte de las actividades de preparación: gestionar de antemano kits de SRE, material adaptado de comunicación, planificar la reposición de estos kits una vez que hayan sido distribuidos y monitorear su uso dentro de las comunidades afectadas.

## Reconocimientos

*Las y los autores agradecen a Rawal Basnet, Hari Karki y Manju Karmacharya del UNFPA, así como a Laxmi Tamang de MIDSON, Zainab Naimy y Sarita Pradhan, por sus aportes durante la preparación de este manuscrito, y por su participación en la respuesta de salud reproductiva en el Terremoto de Nepal de 2015. El MIDSON agradece a la organización Direct Relief por la provisión de los kits de obstetricia.*

## Declaración de Divulgación

Este estudio de caso presenta la respuesta humanitaria a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población de Nepal que fue afectada por un fuerte terremoto en 2015. Refleja la opinión de los autores y no pretende brindar una visión integral de la respuesta que dio cada uno de los actores implicados en los programas de salud sexual y reproductiva de ese entonces.

## Referencias

1. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Nepal Earthquake 2015: an insight into risks – a vision for resilience. 2016. Available from: <http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/nepal-earthquake-a-vision-for-resilience.pdf?ua=1>
2. Government of Nepal, National Planning Commission Secretariat & Central Bureau of Statistics. Nepal population projection 2011-2031. 2014 [cited 2017 April 17]. Available from: <http://cbs.gov.np/image/data/Population/Population%20projection%202011-2031/PopulationProjection2011-2031.pdf>.
3. Raj Upreti S. Overview of health impact and health response. In: Lessons learnt conference: health sector response to Nepal earthquake 2015. Kathmandu, Nepal: Government of Nepal, Ministry of Health, Curative Service Division; 2016.
4. Nepal Earthquake 2015, Post Disaster Needs Assessment. Vol.B: Sector Reports. 2015 [cited 2017 Feb 23]. Available from: [http://nepal.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/PDNA\\_volume\\_BFinalVersion.pdf](http://nepal.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/PDNA_volume_BFinalVersion.pdf).
5. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. WHO [cited 2016 Sept 2016]. Available from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternalmortality-2015/en/>.
6. UNFPA Nepal. Nepal earthquake has affected 1.4 million women of reproductive age including 93,000 pregnant [cited 2017 April 17]. Available from: <http://nepal.unfpa.org/en/news/nepal-earthquake-has-affected-14-million-women-reproductive-age-including-93000-pregnant>.
7. UNFPA. Dignity First: UNFPA Nepal 12 month earthquake report. 2016 [cited 2017 April 17]. Available from: [http://un.org.np/sites/default/files/EQ%20REPORT\\_Final\\_2.pdf](http://un.org.np/sites/default/files/EQ%20REPORT_Final_2.pdf).
8. Inter-Agency Working Group on reproductive health in crisis. MISP Calculators – Inter-Agency Working Group. Welcome to the Inter-agency Working Group (IAWG). [cited 2017 April 17]. Available from: <http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/>.
9. Singh DR. Medical interventions. In: Lessons learnt conference: health sector response to Nepal earthquake 2015. Kathmandu, Nepal: Curative Service Division, Ministry of Health, Government of Nepal; 2016.
10. Gyawali B, Keeling J, Kallestrup P. Human trafficking in Nepal: post-earthquake risk and response. Disaster Med Public Health Prep. 2016. 1–2. DOI:10.1017/dmp.2016.121.
11. The Government of Nepal, Ministry of Home Affairs. National Disaster Response Framework; 2013 [cited 2017 May 5]. Available from: [http://www.un.org.np/sites/default/files/NDRF\\_English%20version\\_July-2013.pdf](http://www.un.org.np/sites/default/files/NDRF_English%20version_July-2013.pdf).
12. Ministry of Health, Government of Nepal. Health Sector Plan for Disaster Response, 2011; 2014. [cited 2017 Nov 21]. Available from: <http://www.flagship2.nrrc.org.np/sites/default/files/knowledge/Health%20Sector%20NDRF%202014.pdf>



13. Chaudhary P. Post-earthquake immediate response and recovery plan for Maternal and Newborn services. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Direction of Health Services, Ministry of Health; 2015
  14. Women's Refugee Commission. Evaluation of the MISP for Reproductive Health Services in Post-earthquake Nepal. 2016 [cited 2017 April 18]. Available from: <http://nepal.unfpa.org/en/publications/minimum-initial-servicepackage-reproductive-health-post-earthquake-nepal>.
  15. UNFPA. Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health; 2015 [cited 2017 May 4]. Available from: <http://nepal.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MISP-Cheat-Sheet.pdf>.
  16. Government of Nepal, National Planning Commission. Nepal Earthquake 2015, Post Disaster Needs Assessment. Vol. A: Key Findings; 2015. [cited 2017 Feb 23]. Available from: [http://npc.gov.np/images/category/PDNA\\_Volume\\_A.pdf](http://npc.gov.np/images/category/PDNA_Volume_A.pdf)
  17. Thakur N, Pradhan LM, Adhikari S, et al. Provision of comprehensive reproductive health services to the women in immediate post-earthquake situation through delivering emergency life-saving reproductive health supplies. In: 2nd National Midwifery conference. Kathmandu, Nepal: MIDSON; 2016.
  18. Karmacharya M, Pradhan LM, Basnet B, et al. Implementing Minimal Initial Service Package incorporating adolescent Sexual and Reproductive health services in emergencies in Nepal. In: 2nd National Midwifery conference. Kathmandu, Nepal; 2016
  19. Karki H, Pant S, Dahal S, et al. Operation of female friendly spaces for prevention and response to gender based violence in emergencies in Nepal. In: 2nd National Midwifery conference. Kathmandu, Nepal: MIDSON; 2016.
  20. UNFPA – United Nations Population Fund. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings [cited 2017 May 9]. Available at: <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-andreproductive-health-toolkit-humanitarian-settings>.
  21. Subedi M. Uterine prolapse, mobile camp approach and body politics in Nepal. *Dhaulagiri J Sociol Anthropol.* 2011;4:21–40.
-

## COMENTARIO

# Garantizar el aborto seguro en entornos humanitarios: superando barreras legales y de políticas

Akila Radhakrishnan,<sup>a</sup> Elena Sarver,<sup>b</sup> Grant Shubin<sup>c</sup>

a Vicepresidente y directora legal, Centro de Justicia Global, Nueva York, NY, EE.UU. Correspondencia: akila@globaljusticecenter.net

b Investigadora jurídica, Centro de Justicia Global, Nueva York, NY, EE.UU.

c Abogado de planilla, Centro Global de Justicia, Nueva York, NY, EE.UU.

*Resumen* Cada vez son más las mujeres y niñas que resultan víctimas directas y específicas del conflicto armado y los estudios muestran que ellas son afectadas de manera desproporcionada y diferencial. Sin embargo, las leyes, políticas y protocolos humanitarios aún no han sido interpretados de manera significativa ni adaptados para responder a sus necesidades específicas, tales como la existencia de servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos. En particular, se omite habitualmente, el aborto seguro de los servicios de salud sexual y reproductiva en entornos humanitarios por una variedad de razones; entre ellas, por una inadecuada condescendencia con la ley nacional, la influencia desproporcionada de políticas de financiamiento restrictivas, y el no considerar los servicios de aborto como atención médica. Sin embargo, cuando estos servicios son interpretados debidamente, se pueden clasificar bajo el alcance de protecciones universales, no derogables, otorgadas por el derecho internacional humanitario y los derechos humanos. Este comentario considera la protección del derecho internacional humanitario y explica cómo los servicios de aborto pueden ser incluidos en la categoría de atención médica protegida. También esboza los retos actuales que afectan la realización de estos derechos y explica cómo la unificación de enfoques actuales atañe al derecho internacional humanitario para asegurar que se brinde atención integral a las personas afectadas por el conflicto armado. [Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361](https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361)

**Palabras clave:** Aborto, derecho internacional humanitario, no-discriminación, conflicto, violencia sexual

### Introducción

Cada vez son más las mujeres y niñas que resultan víctimas directas y específicas del conflicto armado, y los estudios realizados muestran que ellas son afectadas en forma desproporcionada y diferenciada.<sup>1</sup> Además, actualmente se utiliza de forma sistemática la violencia sexual contra la población civil en conflictos armados con el objetivo de desmoralizar, destruir, aterrorizar e incluso cambiar las composiciones étnicas de comunidades enteras. Estos cambios en la naturaleza de la guerra requieren respuestas efectivas en protocolos, leyes y prácticas humanitarias. En ningún ámbito se hace más patente que en la necesidad de generalizar y sistematizar los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) en entornos humanitarios relacionados a conflictos.

Si bien los servicios de SSR en entornos humanitarios (incluyendo las respuestas a la violencia sexual) condensan toda una gama de cuidados, desde la profilaxis de VIH hasta la atención de heridas y prevención de enfermedades de transmisión sexual, se hace necesario distinguir un servicio específico: el aborto. Hoy en día, es rutinario que a las mujeres y niñas en entornos de conflicto, incluyendo aquellas que quedan embarazadas como consecuencia de violaciones, se les niegue el derecho al aborto, con consecuencias devastadoras. A pesar de que existen muchas razones por las cuales los servicios de aborto seguro no están disponibles actualmente en la mayoría de entornos humanitarios (incluyendo estigmas asociados al aborto, actitudes de actores humanitarios y políticas restrictivas de donantes), una frecuentemente