



REFORZAR LA ASISTENCIA COMUNITARIA
REVISIÓN 2024

PARTE 3


DESARROLLO DE CAPACIDADES

SESIONES Y MATERIAL DE FORMACIÓN

CAPACITACIÓN PARA TRABAJADORES SANITARIOS COMUNITARIOS

GUÍA PARA COMENZAR

Consideraciones clave para el personal del programa relacionadas con el piloto de atención comunitaria para las personas sobrevivientes de violencia sexual, incluida la violencia de la pareja íntima

The background is a solid orange color. On the left side, there are three stylized, light-orange square icons with rounded corners and a smaller square inside them. On the right side, there is a vertical column of small, light-orange dots of varying sizes, creating a decorative pattern.

“todos los
supervivientes
necesitan
asistencia y
apoyo de calidad
para curarse y
recuperarse”

REFORZAR LA ASISTENCIA COMUNITARIA

DESARROLLO DE CAPACIDADES

10 DÍAS • 8 MÓDULOS

CÓMO EMPEZAR

Consideraciones clave para la capacitación de los trabajadores sanitarios comunitarios

El propósito de esta Guía para comenzar es apoyar al personal del programa en la planeación del piloto de atención comunitaria para las personas sobrevivientes de violencia sexual (VS), incluida la violencia de la pareja íntima.

La Guía para comenzar es uno de los componentes del paquete de herramientas de capacitación.

El paquete de capacitación también incluye:

**Capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios:
Manual del facilitador**

**Capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios:
Paquete para las personas participantes**

**Capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios:
Folletos para las personas participantes**

Contenido

La razón de los enfoques comunitarios para la atención de personas supervivientes de violencia sexual, incluida la violencia de la pareja íntima	5
Resumen de la herramienta de capacitación	10
Conceptos y definiciones claves	12
Planificación de un proyecto piloto de atención comunitaria para personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima	16
Aspectos fundamentales: Preparación para la capacitación	41
Determinación de los medicamentos que pueden utilizarse en la fase piloto	46
Anexo I: Herramienta para la toma de decisiones sobre la atención y las tareas que serán asumidas por los trabajadores sanitarios comunitarios	52
Anexo II: Revisión sistemática de la evidencia	57

Enfoques comunitarios para la atención de personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima

Atención médica comunitaria para las personas sobrevivientes de violencia sexual

La violencia de género (VG), incluida la violencia sexual (VS) y la violencia de la pareja íntima (VPI) es generalizada en las emergencias humanitarias, con factores de riesgo y prevalencia cada vez mayores en todas las poblaciones afectadas, debido a los impactos que los conflictos, desastres y el desplazamiento tienen en las familias, comunidades, instituciones y economías.¹ Sin embargo, en contextos humanitarios, la atención de los sobrevivientes de violencia sexual frecuentemente es limitada. Es posible que los centros médicos hayan sido destruidos o que no haya suficientes suministros y proveedores capacitados a la altura de la inseguridad. La distancia de los centros médicos y la estigmatización pueden evitar que las personas sobrevivientes busquen atención. Las personas sobrevivientes también pueden encontrar otras barreras, como costo de los servicios, idioma, temor a la deportación o falta de documentación. En medio de la pandemia global de la COVID-19, la violencia se ha intensificado aún más, y las personas sobrevivientes enfrentan mayores barreras para acceder a la atención para salvar vidas, debido a las cuarentenas y a los sistemas de salud sobrecargados.²

En contextos donde posiblemente no hay acceso o disponibilidad de atención en centros médicos, tener un enfoque comunitario para proporcionar atención médica a las personas sobrevivientes de violencia sexual puede aumentar el acceso y aceptación de medicamentos y servicios de salud urgentes.³ Estos servicios salvan vidas: el acceso a anticoncepción de emergencia (AE), antibióticos y retrovirales puede prevenir otras consecuencias devastadoras para las personas sobrevivientes de violencia sexual, como VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos no deseados y los subsecuentes abortos inseguros, y por lo tanto, mayores tasas de mortalidad y morbilidad. Por lo tanto, la atención comunitaria para las personas sobrevivientes de violencia sexual puede contribuir a los compromisos mundiales de proporcionar apoyo médico y psicosocial a las personas sobrevivientes en entornos afectados por crisis, lo que ha sido reconocido como urgente en varias resoluciones del Consejo de Seguridad de la ONU.⁴

Paquete de capacitación historia de la atención comunitaria

En 2009, la Comisión de Mujeres Refugiadas (CMR) y socios locales realizaron una evaluación en Myanmar con personas desplazadas internamente (PDI) para evaluar si el suministro de servicios comunitarios para las personas sobrevivientes de violencia sexual era seguro, aceptable y factible en contextos humanitarios. Aunque el proyecto demostró la factibilidad del modelo comunitario, no se pudo evaluar su seguridad debido a que ninguna de las personas sobrevivientes se presentó a solicitar servicios durante la implementación. Los hallazgos de la evaluación resaltaron la importancia de crear conciencia en la comunidad sobre los conceptos de género, violencia de género (VDG) y los beneficios de buscar atención después de la violencia sexual. El estudio fue publicado, "Piloting community-based medical care for survivors of sexual assault in conflict-affected Karen State of eastern Burma," [Piloto de atención médica comunitaria para personas sobrevivientes de agresión sexual en el estado Karen de Burma occidental afectado por el conflicto] en la edición de mayo de 2013 de *Conflict and Health*.⁵

1 Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, et al., [The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis \[La prevalencia de la violencia sexual en las mujeres refugiadas durante emergencias humanitarias complejas: una revisión sistemática y metaanálisis\]](#) 2014; Stark L y Alastair A, [A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies \[Una revisión sistemática de los estudios de prevalencia de la violencia de género en emergencias complejas\]](#), *Trauma Violence Abuse* 2011, 12:3, 127-134; Marsh M, Purdin S, y Navani S, [Addressing sexual violence in humanitarian emergencies \[Abordar la violencia sexual en emergencias humanitarias\]](#), *Global Public Health* 2006, 1:2, 133-146.

2 ONU Mujeres, [COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls](#) [COVID-19 y poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas], 2020.

3 Murphy M y Bourassa A, [Gap Analysis of Gender-Based Violence in Humanitarian Settings: a Global Consultation \[Análisis de brecha de la violencia de género en contextos humanitarios: una consulta mundial\]](#), 2021; Elrha, *Small Arms Survey*, 2016. Elrha, *Gender Based Violence Interventions: Opportunities for Innovation [Intervenciones de violencia de género: oportunidades para innovar]*, 2016.

4 1325, 1820, 1888, 1889 y 1960 sobre mujeres, paz y seguridad.

5 Tanabe M, Robinson K, Lee CI, Leigh JA, y Htoo EM. [Piloting community-based medical care for survivors of sexual assault in conflict-affected Karen State of eastern Burma \[Piloto de atención médica comunitaria para personas sobrevivientes de agresión sexual en el estado Karen de Burma occidental afectado por el conflicto\]](#). *Conflict and Health* 2013 7:12.

Con base los hallazgos de esta evaluación, la Comisión de Mujeres Refugiadas y las divisiones de Protección infantil, Salud y VIH/SIDA de UNICEF desarrollaron un paquete de capacitación más amplio para el manejo comunitario de las personas sobrevivientes de violencia sexual que aborde el rol fundamental que pueden tener los trabajadores sanitarios comunitarios (TSC) al atender los aspectos médicos y psicosociales de las personas sobrevivientes de violencia sexual en diversos contextos humanitarios. El paquete de capacitación fue desarrollado utilizando *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación: Desarrollo de protocolos para los refugiados y personas desplazadas internamente* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, para que los trabajadores sanitarios comunitarios presten atención postviolación donde los servicios de salud en centros médicos no están disponibles o no son accesibles. El esfuerzo fue incluido en un paquete más grande de intervenciones para abordar las normas de la comunidad sobre violencia sexual. Titulado *Social Norms and Community-based Care in Humanitarian Settings: Building 'Good Practice' Approaches for Primary Prevention and Response to Sexual Violence Against Women and Girls Affected by Conflict* [Atención comunitaria en entornos humanitarios: Crear enfoques de "Buenas prácticas" para la prevención y respuesta primaria a la violencia sexual contra las mujeres y niñas afectadas por el conflicto], las intervenciones fueron implementadas en Somalia y Sudán del Sur. Aunque la iniciativa influyó exitosamente las normas sociales, UNICEF y la Universidad Johns Hopkins no publicaron los hallazgos sobre la seguridad y eficacia de la prestación de atención clínica de los trabajadores sanitarios comunitarios a las personas sobrevivientes de violencia sexual (a 2021).⁶

Desde estos dos pilotos, han surgido orientaciones más globales sobre la salud sexual y reproductiva (SSR) en contextos humanitarios, y también se han compartido tareas de las actividades relacionadas. Primero, el Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis (IAWG) actualizó el *Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios* (IAFM) en 2018, que incluyó actualizaciones al paquete mínimo de servicios iniciales (PSIM), el estándar internacional para la atención de las intervenciones de salud sexual y reproductiva en contextos de emergencias graves.⁷ En 2019, la OMS, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUP) actualizaron el *Manejo clínico de los sobrevivientes de violación* en 2004 para incluir la violencia de la pareja íntima. La violencia de la pareja íntima es una preocupación significativa en las crisis humanitarias, ya que las investigaciones muestran que las mujeres que han sufrido de victimización en el conflicto tienen 5,9 veces más posibilidad de reportar la violencia de la pareja íntima en el año siguiente que las que no (intervalo de confianza del 95 %, 5.0-6.9).⁸

Adicionalmente, han surgido aprendizajes y buenas prácticas del trabajo independiente de los trabajadores sanitarios comunitarios para actividades de salud sexual y reproductiva.⁹ Las orientaciones recomiendan que todas las intervenciones prestadas por trabajadores sanitarios legos deben ser percibidas por los receptores, trabajadores sanitarios legos y profesionales sanitarios que los apoyan, como relevantes, significativas y aceptables.¹⁰ Las recomendaciones se centran en la necesidad de asegurar roles y responsabilidades claras en los diferentes niveles del sistema de salud; capacitación y supervisión continua y rigurosa; medicamentos y suministros; cambios en la reglamentación que apoyen las mejoras del alcance de la práctica de los trabajadores sanitarios legos; y salarios e incentivos que correspondan a dichos cambios de alcance.^{11 12}

6 Glass N, Perrin N, Clough A, et al. [Evaluating the Communities Care Program: Best Practice for Rigorous Research to Evaluate Gender-Based Violence Prevention and Response Programs in Humanitarian Settings](#) [Evaluar el programa de atención comunitaria: Mejor práctica para la investigación rigurosa para evaluar los programas de prevención y respuesta de violencia de género en contextos humanitarios]. *Conflict and Health* 2018, 12:5.

7 Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis (IAWG). *Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings* [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios]. IAWG; 2018.

8 Falb KL, McCormick MC, Hemenway D, Anfinson K y Silverman JG. [Violence against refugee women along the Thai-Burma border](#) [Violencia contra las mujeres refugiadas en la frontera entre Tailandia y Burma]. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013, 120:3.

9 Warren E, Post N, Hossain M, Blanchet K y Roberts B. [Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises](#) [Revisión sistemática de la evidencia de la efectividad de las intervenciones de salud sexual y reproductiva durante las crisis humanitarias]. *BMJ Open* 2015, 5:12.

10 IFRC, [International first aid and resuscitation guidelines](#) [Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación], 2020.

11 Ibid.

12 Kok MC, Dieleman M, Taegtmeyer M, et al. *Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review. [¿Cuáles factores del diseño de las intervenciones afectan el desempeño de los trabajadores sanitarios comunitarios en países de ingresos bajos y medios?]* *Health Policy Plan* 2015, 30:9.

En términos de violencia sexual específicamente, los artículos han revisado las prácticas existentes y los roles que han tenido los trabajadores sanitarios comunitarios en la prevención y respuesta a la violencia sexual y la violencia de la pareja íntima a nivel de la comunidad. Sirviendo como recursos fundamentales de información, referencia y seguimiento, las intervenciones han documentado un mejor conocimiento sobre la violencia sexual y los reportes de las personas sobrevivientes.¹³ Los trabajadores sanitarios comunitarios han sido apreciados como fuentes confiables, asequibles, imparciales y compasivas de información de salud crítica y enlaces a los servicios establecidos.¹⁴ A pesar de estos logros, los estudios documentan algunos de los desafíos que pueden arriesgar la calidad de los servicios prestados por los trabajadores sanitarios comunitarios a las personas sobrevivientes de violencia sexual, incluida la falta de apoyo de las instituciones formales; alta carga de trabajo; impedimentos de las normas comunitarias; preocupaciones de seguridad; y orientaciones, recursos y capacitación inadecuados.¹⁵ Adicionalmente, las revisiones identifican una brecha en la bibliografía sobre la prestación de atención clínica a las personas sobrevivientes por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios, y hacen un llamado a evaluar rigurosamente sus efectos en los resultados de las personas sobrevivientes.¹⁶

Desde que se desarrolló la herramienta de capacitación original, el sistema humanitario ha reconocido cada vez más las necesidades, riesgos y capacidades particulares de las subpoblaciones, especialmente los adolescentes, personas con discapacidades (PCD), personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales (SOGIESC) adultos mayores (AM), personas que viven con VIH o SIDA (PVVIH), personas que participan en trabajo sexual, y otras comunidades marginadas históricamente, que han crecido en el sistema humanitario. Aunque la herramienta de capacitación original incorporaba orientación para la atención de sobrevivientes masculinos, infantiles y con discapacidades, es fundamental contactar y vincular activamente a todas las subpoblaciones con los servicios que están disponibles y accesibles para todas las poblaciones afectadas por las crisis en toda su diversidad. Esta herramienta de capacitación actualizada incluye orientación adicional que apoya a los trabajadores sanitarios comunitarios para que aborden las necesidades únicas de hombres y niños, personas con discapacidades, y personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales.

¿Qué es nuevo en la atención clínica para las personas sobrevivientes de violencia sexual

Este modelo de atención comunitario se basa en cambiar o compartir las tareas, para empoderar a los trabajadores sanitarios comunitarios de manera que tengan un papel fundamental en el manejo clínico de las personas sobrevivientes de violencia sexual. La respuesta basada en centros médicos del protocolo de 2004 de la OMS incluye:

- Recolección de evidencia forense mínima con el consentimiento de la persona sobreviviente, si existe capacidad para usarla.
- Realización de exámenes médicos mínimos con el consentimiento de la persona sobreviviente.
- Prestación de un paquete de atención mínima de tratamiento compasivo y confidencial, que incluye:

13 Abeid, M, Muganyizi, P, Mpembeni, R, Darj, E, Axemo, P. [A community-based intervention for improving health-seeking behavior among sexual violence survivors: a controlled before and after design study in rural Tanzania](#) [Una intervención comunitaria para mejorar el comportamiento de búsqueda de salud entre las personas sobrevivientes de violencia sexual: un estudio antes y después de diseño controlado en Tanzania rural]. *Global Health Action* 2015, 8:28608.

14 Gatuguta A, Katuime B, Seeley J, Colombini M, Mwanzo I y Devries K. [Should community health workers offer support healthcare services to survivors of sexual violence? A systematic review. \[¿Los trabajadores sanitarios comunitarios deben ofrecer servicios de atención en salud asistenciales a las personas sobrevivientes de violencia sexual?\]](#) *BMC International Health and Human Rights* 2017, 17:1.

15 Gatuguta A, Colombini M, Seeley J, Soremekun S y Devries K. [Supporting children and adolescents who have experienced sexual abuse to access services: Community health workers' experiences in Kenya](#) [Apoyar a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual para que tengan acceso a servicios: experiencias de los trabajadores sanitarios comunitarios en Kenia]. *Child Abuse & Neglect* 2019, 104244; y Gatuguta A, Katuime B, Seeley J, Colombini M, Mwanzo I, and Devries K. [Should community health workers offer support healthcare services to survivors of sexual violence? A systematic review. \[¿Los trabajadores sanitarios comunitarios deben ofrecer servicios de atención en salud asistenciales a las personas sobrevivientes de violencia sexual?\]](#) *BMC International Health and Human Rights* 2017, 17:1.

16 Ibid.

- Tratamiento y remisión por complicaciones que amenacen la vida
- Tratamiento presuntivo de enfermedades de transmisión sexual
- Anticoncepción de emergencia para reducir el riesgo de embarazo
- Atención a las heridas
- Asesoría de apoyo
- Remisión a servicios de apoyo social y asesoría psicosocial

Además, el protocolo describe los componentes de un tratamiento integral para la violencia sexual:

- Profilaxis de la posexposición (PEP) para reducir el riesgo de transmisión de VIH
- Inmunoglobulina antitetánica o toxoide tetánico para prevenir el tétano
- Vacunas para prevenir la hepatitis B

La actualización de 2019 de *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia de la pareja íntima* ya no diferencia entre atención mínima e integral. En cambio, la orientación incluye:¹⁷

- Escuchar y preguntar las necesidades y preocupaciones, y validar
- Obtener el consentimiento informado y preparar a la persona sobreviviente
- Registrar la historia
- Realizar el examen físico y genital
- Proporcionar tratamiento para:
 - Tratar las lesiones físicas o remitir
 - Prevenir el tétano
 - Prevenir el embarazo
 - Prevenir el VIH
 - Prevenir las enfermedades de transmisión sexual
 - Prevenir la hepatitis B (A más tardar 14 días después de la agresión)
 - Mejorar la seguridad y remitir la persona para que reciba más apoyo
 - Evaluar la salud mental y proporcionar apoyo psicosocial
 - Proporcionar atención de seguimiento

17 OMS, FNUP, ACNUR, [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. \[Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia a la pareja íntima: desarrollo de protocolos para uso en contextos humanitarios\]](#), 2019.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

La actualización de 2019 también incluye la identificación y atención para los sobrevivientes de violencia de la pareja íntima.^{18v}

- Identificar si la persona es víctima de violencia de la pareja íntima
- Escuchar y preguntar las necesidades y preocupaciones, y validar
- Proporcionar atención clínica
- Mejorar la seguridad y remitir la persona para que reciba apoyo
- Evaluar la salud mental y proporcionar apoyo psicosocial
- Documentar la visita

El IAFM de 2018 adicionalmente actualizó la orientación, que incluye:¹⁹

- Comunicación de apoyo
- Historia y examen
- El sistema médico-legal y la recolección de evidencia forense, cuando sea factible y necesario
- Tratamiento y asesoría compasivos y confidenciales, incluido:
 - Anticoncepción de emergencia
 - Pruebas de embarazo, información de las opciones de embarazo y atención para aborto seguro (AAS) o remisión a AAS, hasta el máximo alcance permitido por la ley
 - Tratamiento presuntivo de enfermedades de transmisión sexual
 - Profilaxis de la posexposición para prevenir la transmisión de VIH
 - Prevención de hepatitis B y papilomavirus humano (VPH)
 - Atención de heridas y prevención del tétanos
 - Remisión a otros servicios, entre otros, de salud, psicológicos y sociales

Como se describe en el Anexo II a continuación, la investigaciones y las orientaciones existentes demuestran que la mayoría de los componentes individuales del paquete de atención clínica mínima de 2004 de la OMS para las personas sobrevivientes puede ser suministrado de manera segura a nivel comunitario. Numerosos estudios también han documentado la seguridad y factibilidad de que los trabajadores sanitarios comunitarios administren anticonceptivos intramusculares y subcutáneos, y la OMS apoya que estos administren medroxiprogesterona con seguimiento, supervisión y evaluación estrictos.²⁰ La OMS ahora también aprueba que

18 OMS, FNUP, ACNUR, [Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings. \[Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia a la pareja íntima: desarrollo de protocolos para uso en contextos humanitarios\]](#), 2019.

19 Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis (IAWG). Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios]. IAWG; 2018.

20 Okegbe T, Affo J, Djihoun F, et al. [Introduction of Community-Based Provision of Subcutaneous Depot Medroxyprogesterone Acetate \(DMPA-SC\) in Benin: Programmatic Results \[Introducción a la administración comunitaria de acetato de medroxiprogesterona \(DMPA-SC\) en Benin\]](#). Global Health: Science and Practice 2019, 7:2; y Tilahun Y, Lew C, Belayihun B, Lulu Hagos K, Asnake M. [Improving Contraceptive Access, Use, and Method Mix by Task Sharing Implanon Insertion to Frontline Health Workers: The Experience of the Integrated Family Health Program in Ethiopia](#). [Mejorar el acceso, uso y método de mezcla de anticonceptivos compartiendo tareas de implantación e inserción con los trabajadores sanitarios de primera línea: La experiencia del programa de salud familiar integrado en Etiopía] Global Health: Science and Practice 2017, 5:4; y OMS, [Summary Brief: Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception](#) [Compartir tareas para mejorar el acceso a la planificación familiar y la anticoncepción], 2020.

proveedores legos, entrenados y supervisados, realicen independientemente pruebas seguras y efectivas de VIH utilizando pruebas de diagnóstico rápido.²¹

Las actividades que siguen en el ámbito de los cuadros sanitarios de mayor nivel incluyen la iniciación y prescripción de terapia antirretroviral para VIH, incluida rofilaxis de la posexposición, y el manejo de la terapia antirretroviral de la segunda y tercera línea. Sin embargo, la OMS recomienda realizar estudios piloto con evaluación e investigación de los resultados para determinar si estas tareas pueden, en ciertas circunstancias, ser asumidas de manera segura por personal clínico no médico.²² Además, esta herramienta capacitación tiene como fin apoyar la prestación de atención postviolación a nivel comunitario como un *paquete* de atención suministrado por trabajadores sanitarios comunitarios, en entornos donde la atención en centros médicos o por trabajadores sanitarios con mayores calificaciones no está disponible o es inaccesible para las personas sobrevivientes, y en entornos donde estas enfrentan barreras para acceder a la atención en centros médicos.

Resumen de la herramienta de capacitación

Los objetivos de la herramienta de capacitación son permitir que los trabajadores sanitarios comunitarios:

- Comprendan la violencia sexual y la violencia de la pareja íntima y sus consecuencias en el contexto del entorno de crisis;
- Proporcionar mensajes clave a los miembros de la comunidad sobre la importancia y los beneficios de buscar atención de manera oportuna luego de los incidentes de violencia sexual como parte de las actividades rutinarias que faciliten un comportamiento a favor de la salud;
- Utilizar un enfoque centrado en la persona sobreviviente al atender a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima;
- Remitir a las personas sobrevivientes a atención médica y otros servicios multisectoriales, respetando su seguridad, confidencialidad y dignidad;
- Proporcionar directamente atención clínica y apoyo psicosocial cuando la atención en centros médicos no está disponible o es inaccesible.

Alcance de la violencia de género y la atención para las personas sobrevivientes de violencia sexual y formas sexuales de violencia de la pareja íntima

El enfoque de la herramienta de capacitación es en el manejo clínico de la violencia sexual. Violencia sexual incluye cualquier acto, o intento de acto, de sexo o contacto sexual sin consentimiento, perpetrado por un extraño, compañero, familiar o alguien conocido de la persona sobreviviente, dentro o por fuera de la relación marital o de pareja, entre cualquier grupo de edad o sexo, y sin importar si el hecho constituye o no “violación sexual” u otras formas de agresión sexual como lo define el contexto legal, institucional o cultural particular. Por lo tanto, las formas sexuales de violencia de la pareja íntima están dentro de este alcance. Para los fines de esta herramienta, el término utilizado para denotar cualquier acto de sexo forzado, como lo define la persona que lo experimenta, es “violencia sexual”. En este currículo también se puede usar el término “agresión sexual” como sinónimo de violencia sexual.

21 OMS, [Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach \(Second edition\)](#) [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública (segunda edición)], 2016.

22 OMS, [Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines](#) [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales], 2008.

Para los fines de la herramienta de capacitación, una “persona sobreviviente” se define como la persona que sufre violencia sexual. Debido a que la mayoría las personas sobrevivientes son mujeres y niñas, esta herramienta se centra específicamente en este grupo. Sin embargo, es importante reconocer, que los niños, hombres, y personas transgénero y con inconformidad de género también experimentan violencia sexual, y necesitan atención clínica y apoyo psicosocial. Esta herramienta incluye contenido para preparar a los trabajadores sanitarios comunitarios de manera que comprendan y aborden las necesidades de los sobrevivientes masculinos. Adicionalmente, se presta especial atención a los niños, niñas y adolescentes, discapacitados, y con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales, incluidas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales (LGBTQI+), personas con inconformidad de género y adultos mayores (AM).²³

- **Niñas y adolescentes:** Las niñas adolescentes pueden estar particularmente en riesgo de violencia sexual porque están confinadas a sus hogares o no pueden ir a la escuela debido a su edad y género. Esto puede evitar aún más que accedan a los servicios. El matrimonio infantil, precoz y forzado (CEFM) también aumenta en contextos humanitarios. Las normas sociales o culturales relacionadas con el honor y la virginidad también pueden impedir su acceso a los servicios.
- **Hombres y niños:** Los hombres y niños son menos dados a reportar incidentes de violencia sexual debido a vergüenza, y criminalización o estigmatización de las relaciones entre el mismo sexo, y por las actitudes negativas o displicentes o falta de reconocimiento con respecto al alcance del problema por parte de los proveedores de servicios. Es posible que los proveedores de servicios no estén entrenados para atender hombres y niños que hayan sufrido de violencia sexual.
- **Personas discapacitadas:** Las personas discapacitadas tienen mayor riesgo de sufrir de violencia sexual, y con frecuencia afrontan discriminación extrema de los proveedores de servicios.
- **Personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales:** Cada población tiene sus propias necesidades y enfrentan riesgos diferentes. Las mujeres transgénero enfrentan tasas extremadamente altas de violencia sexual, y muy frecuentemente también discriminación de los proveedores de atención en salud, lo que evita que soliciten servicios de salud sexual y reproductiva, incluida atención clínica por violencia sexual.
- **Personas trabajadoras sexuales:** Esta población frecuentemente afronta estigmatización y discriminación de los proveedores de atención en salud, quienes son menos dados a tratar la violencia sexual contra esta población como un problema grave. Las personas sobrevivientes que son trabajadoras sexuales son mucho menos dadas a solicitar servicios debido a la estigmatización y criminalización del trabajo sexual.

Esta herramienta no incluye los pasos específicos sobre cómo crear un programa de violencia de género, ya que dichas orientaciones ya existen. Por el contrario, esta herramienta se centra en la preparación de los facilitadores para que capaciten a los trabajadores sanitarios comunitarios en las competencias esenciales necesarias para desempeñar un papel en un programa o sistema más amplio que responda a las necesidades de las personas sobrevivientes de violencia sexual.

Para obtener más información sobre cómo diseñar, implementar y evaluar programas para personas sobrevivientes de violencia sexual, incluidas las que abordan la prevención primaria, consulte:

- Inter-agency Standing Committee (IASC). [Guidelines for integrating gender-based violence interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery](#) [*Orientaciones para integrar intervenciones de violencia de género en la acción humanitaria: reducir el riesgo, promover la resiliencia y ayudar a la recuperación*], 2015.
- UNICEF, [Caring for Survivors Training Pack](#) [Paquete de capacitación sobre atención para las personas sobrevivientes], 2010.

23 Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis (IAWG). [Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings](#) [*Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios*]. IAWG; 2018.

- International Rescue Committee (IRC) y UNICEF, [Caring for Child Survivors of Sexual Abuse: Guidelines for health and psychosocial service providers in humanitarian settings](#) [Atención para niños y niñas sobrevivientes de abuso sexual: Orientaciones para los proveedores de servicios médicos y psicosociales en contextos humanitarios], 2012.
- OMS, [Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines](#) [Responder a niños, niñas y adolescentes que han sido abusados sexualmente: orientaciones clínicas de la OMS], 2017.

Conceptos y definiciones claves

Los siguientes conceptos claves son el fundamento de esta capacitación. Los capacitadores pueden beneficiarse al estar familiarizados con los siguientes conceptos y su aplicación.

Trabajadores sanitarios comunitarios (PSC): El término trabajadores sanitarios comunitarios es amplio, y estos se pueden definir como trabajadores de la salud que han sido capacitados hasta cierto punto, pero que no tienen un título profesional formal, y muchos viven y trabajan en la comunidad. Incluye a una amplia gama de trabajadores sanitarios, remunerados o no, profesionales y legos, con y sin experiencia, lo que incluye a las parteras tradicionales, trabajadores sanitarios de las aldeas, compañeros de apoyo, voluntarios de la comunidad y trabajadores de extensión sanitaria. (OMS)

Trabajadores sanitarios de primera línea: Los trabajadores sanitarios de primera línea comprenden todo tipo de trabajadores de la salud: incluidas enfermeras, parteras, trabajadores sanitarios comunitarios, médicos, farmacéuticos y muchos más, quienes directamente atienden a sus comunidades. Los trabajadores sanitarios de primera línea prestan servicios directamente a las comunidades, especialmente en zonas remotas y rurales. Son los primeros, y con frecuencia los únicos, enlaces con los servicios médicos esenciales. (Coalición de trabajadores sanitarios de primera línea)

Género: Los roles, comportamientos, actividades y atributos construidos socialmente que una determinada sociedad considera adecuados para hombres y mujeres. (OMS)

Violencia de género (VG): Un término general utilizado para cualquier acto perjudicial perpetrado contra la voluntad de una persona y basado en diferencias atribuidas socialmente (de género) entre hombres y mujeres. El término “violencia de género” frecuentemente se utiliza como sinónimo del término “violencia contra las mujeres”. La naturaleza y el alcance de los tipos específicos de violencia de género son diferentes entre culturas, países y regiones. La violencia de género incluye:

- Violencia sexual, incluido el abuso o explotación sexual, y la prostitución forzosa
- Violencia doméstica o de la pareja íntima.
- Tráfico humano.
- Matrimonio infantil, precoz o forzado.
- Prácticas tradicionales perjudiciales, como mutilación genital femenina, asesinatos por honra, herencia de viudas, y otros.

(IASC *Guidelines on Gender Based Violence Interventions in Humanitarian Settings* [Orientaciones para las intervenciones para violencia de género en contextos humanitarios], 2018)

Transversalidad de género: La transversalidad de género es una estrategia globalmente aceptada para promover la igualdad de género. La transversalidad involucra asegurarse de que las perspectivas de género y la atención a la meta de la igualdad de género sean centrales en todas las actividades, incluido el desarrollo

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

de políticas, investigación, promoción, diálogo, legislación, asignación de recursos, y la planificación, implementación y seguimiento de programas y proyectos. (ONU Mujeres)

Kits de salud reproductiva interinstitucionales: Un conjunto de 13 kits que contiene medicamentos y otros elementos dirigidos a facilitar la implementación de servicios de salud sexual y reproductiva del paquete mínimo de servicios iniciales (PSIM) para salud sexual y reproductiva. Los kits de salud reproductiva complementan el Kit de Salud de Emergencia Interinstitucional (IEHK), que es un kit estandarizado que también contiene medicamentos, suministros y equipos esenciales para la prestación de atención médica primaria. (*Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios]*, 2018)

Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis (IAWG): Es una coalición de base amplia y altamente colaborativa que trabaja para expandir y fortalecer el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad para las personas afectadas por los conflictos y los desastres naturales. (IAWG on RH in Crises [IAWG sobre la salud reproductiva en las crisis], 2018)

Personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, queer, intersexuales y asexuales (LGBTQIA):

- **Lesbiana:** Una mujer que siente atracción emocional, sentimental o sexual hacia otras mujeres.
- **Homosexual:** Una persona que siente atracción emocional, sentimental o sexual hacia miembros de su mismo género.
- **Bisexual:** Una persona que siente atracción emocional, sentimental o sexual hacia más de un sexo, género o identidad sexual, aunque no necesariamente al mismo tiempo, de la misma manera o en el mismo grado.
- **Transgénero:** Un término general para las personas cuya identidad o expresión sexual es diferente de las expectativas culturales basadas en el sexo con el que nacieron. Ser transgénero no implica ninguna orientación sexual específica. Por lo tanto, las personas transgénero se pueden identificar como heterosexuales, homosexuales, lesbianas, bisexuales, etc.
- **Queer:** Un término utilizado frecuentemente para expresar identidades y orientaciones fluidas.
- **Cuestionándose:** Un término utilizado frecuentemente para describir a las personas que están en proceso de explorar su orientación sexual o identidad de género.
- **Intersexual:** Un término general utilizado frecuentemente para describir una amplia gama de variaciones corporales naturales. En algunos casos, estos rasgos son visibles al nacer, en otros, no son evidentes hasta la pubertad. Algunas variaciones cromosómicas de este tipo pueden ser completamente invisibles físicamente.
- **Asexual:** La falta de atracción o deseo sexual por otras personas.

(Campaña de derechos humanos, citada en el módulo PSIM 2019)

Paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) para salud sexual y reproductiva: Un conjunto coordinado de actividades prioritarias para salvar vidas que se implementan al comienzo de cada evento de crisis. Es un estándar que es fue desarrollado por primera vez en 1997 por los organismos de la ONU, gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) y es una parte fundamental de la respuesta de emergencia y sus componentes son reconocidos en las Normas Esfera. Los objetivos del PSIM para la salud sexual y reproductiva son:

- Asegurar que el sector o grupo sanitario identifique una organización para que lidere la implementación del PSIM.
- Prevenir la violencia sexual y responder a las necesidades de los sobrevivientes.
- Prevenir la transmisión y reducir la tasa de mortalidad y morbilidad debida al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

- Prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad de madres y neonatos.
- Prevenir los embarazos no deseados.
- Planificar servicios de salud sexual y reproductiva integrales, incorporados a la atención sanitaria primaria tan pronto como sea posible.

La norma también reconoce que es prioritario asegurar la atención segura para el aborto hasta el máximo alcance permitido por la ley, en centros médicos e instalaciones hospitalarias. (*Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios], 2018)

Personas con discapacidades: La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad define a la “personas con discapacidades” como las que tienen “impedimentos físicos, mentales, intelectuales o sensoriales permanentes”, que, al interactuar con varias barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad sobre una base de igualdad con los otros”. Entre las personas con discapacidades se pueden incluir las personas de la comunidad que tienen dificultades para: ver, incluso al usar gafas; escuchar, incluso si usan una ayuda auditiva; caminar o subir escaleras; recordar o concentrarse; cuidar de sí mismas, como bañarse completamente o vestirse; o comprender o ser comprendidas en su idioma usual. (Adaptado de *Washington Group on Disability's classification*, [Clasificación de discapacidades de Washington Group] 2009)

Atención postaborto: Tratamiento de hemorragia o shock séptico (evacuación uterina inmediata mediante aspiración con vacío o misoprostol, tratamiento de la sepsis y remisión para atención de mayor nivel). (*Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios], 2018)

Preparación: El conocimiento y las capacidades desarrolladas por gobiernos, organizaciones de respuesta y recuperación, comunidades e individuos para anticipar, responder y recuperarse efectivamente de los impactos de desastres probables, inminentes o actuales. La preparación está basada en un análisis riguroso de los riesgos de desastres y buenos vínculos con los sistemas de alerta temprana, e incluye actividades como **planificación de contingencias, aprovisionamiento de equipos y suministros, desarrollo de preparativos para la coordinación, evacuación e información pública, y la capacitación y ejercicios en campo asociados.** Estos deben ser apoyados por capacidades institucionales, legales y presupuestarias. (Terminología UNISDR, actualizado en febrero de 2017)

Atención para abortos seguros hasta el máximo alcance permitido por la ley: Suministro de información precisa; explicación de los requisitos legales, sobre dónde y cómo obtener un aborto seguro y legal, y su costo; prestación del aborto médico (mifepristona y misoprostol o misoprostol solo), aspiración con vacío, dilatación y evacuación, o procedimiento de inducción recomendados por la OMS; suministro de anticoncepción postaborto; y prestación de tratamiento presuntivo para gonorrea y clamidia. (*Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios], 2018)

Salud sexual y reproductiva: Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. Un enfoque positivo a la sexualidad y la reproducción debe reconocer la parte que tienen las relaciones sexuales placenteras, la confianza y la comunicación en la promoción de la autoestima y el bienestar general. Todas las personas tienen derecho a tomar las decisiones concernientes a su cuerpos y a tener acceso a servicios que apoyen dicho derecho. (Comisión Guttmacher–Lancet, junio de 2018)

Sexo: Sexo se refiere a las características biológicas que definen a los humanos como masculinos o femeninos. Aunque estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente exclusivas, ya que hay personas que tienen las dos, tienden a diferenciar a los humanos en machos y hembras. (OMS)

Salud sexual: "...un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual necesita un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, al igual que la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, sin coacción, discriminación o violencia. Para lograr y mantener la salud, se deben respetar, proteger y satisfacer los derechos sexuales de todas las personas". (OMS)

Características de la identidad y expresión de género, y sexo (Personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales): La orientación sexual se refiere a la atracción física, emocional o sentimental de las personas hacia los demás. La identidad de género refleja un sentido profundo y experimentado del propio género. La expresión de género es la manera como expresamos el género mediante nuestras acciones y apariencia. La expresión de género puede ser cualquier combinación de masculino, femenino y andrógono. La expresión de género no siempre está vinculada al sexo biológico, identidad de género u orientación sexual de la persona. Las características sexuales son físicas o biológicas, como la anatomía sexual, los órganos reproductivos, y los patrones hormonales o cromosómicos. Estas características pueden ser evidentes al nacer, o surgir durante la vida, frecuentemente en la pubertad. (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU)

Sexualidad: "...un aspecto central de ser humano durante la vida que incluye el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vive y experimenta mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Aunque la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no siempre todas se expresan o experimentan. La interacción de factores biológicos, psicosociales, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, religiosos y espirituales influencia la sexualidad. (OMS)

Enfermedades de transmisión sexual (ETS): Las infecciones que se propagan principalmente por el contacto sexual persona a persona. Hay más de 30 diferentes bacterias, virus y parásitos que se transmiten sexualmente. Las condiciones más comunes que causan son: gonorrea, infección por clamidia, sífilis, tricomoniasis, chancro blando, herpes genital, verrugas genitales, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la infección por la hepatitis B. Varias enfermedades de transmisión sexual, particularmente el VIH y la sífilis, también se pueden transmitir de madre a hijo durante el embarazo y el parto, y por productos de sangre. (OMS)

Violencia sexual: Cualquier acto sexual, intento de obtener un acto sexual, comentarios o propuestas sexuales no deseados, o actos de tráfico de la sexualidad de una persona mediante coerción, amenazas de daños o fuerza física, por parte de cualquier persona, sin importar su relación con la víctima, en cualquier contexto, entre otros laboral o doméstico. (OMS *Informe sobre violencia y salud*)

La violencia sexual tiene muchas formas, que incluyen violación, esclavitud o tráfico sexual, embarazo forzado, acoso sexual, explotación o abuso sexual y aborto forzado. (IASC *Guidelines on Gender Based Violence Interventions in Humanitarian Settings* [Orientaciones para las intervenciones para violencia de género en contextos humanitarios])

Anticoncepción voluntaria: La anticoncepción previene el embarazo interfiriendo con la ovulación, fertilización o implantación. Planificación familiar se refiere a una gama integral de prácticas que ayudan a las personas y parejas a anticipar y obtener la cantidad deseada de niños junto con los intervalos de tiempo y momentos para sus nacimientos. Este uso de la anticoncepción debe ser de manera estrictamente voluntaria. (OMS)

Planificación de un proyecto piloto de atención comunitaria para personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima

Las siguientes secciones describen las preparaciones clave que se deben realizar como parte de la planificación de un proyecto piloto de atención comunitaria para personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima, antes de reclutar y capacitar trabajadores sanitarios comunitarios. Es fundamental el apoyo completo de los socios implementadores para el trabajo de preparación necesario.

Los componentes clave incluyen:

- Seleccionar el lugar para el piloto.
- Identificar los socios implementadores y finalizar los acuerdos del proyecto.
- Identificar a personal que tenga la experticia técnica para orientar e implementar el piloto.
- Reunirse con los interesados indispensables, incluidos los ministerios gubernamentales pertinentes y los socios de salud y protección.
- Reunirse con los centros médicos a donde se efectúa la remisión para obtener su apoyo para el proyecto, y para facilitar las remisiones al nivel de centro médico.
- Apoyar a los socios con sistemas y mapeo de la comunidad en los lugares objetivo.
- Proporcionar apoyo permanente para la investigación, seguimiento y evaluación (M&E), y el desarrollo de capacidades para la prestación comunitaria de los servicios de salud sexual y reproductiva esenciales.
- Identificar los puntos de remisión para las personas participantes de cualquier discusión de grupo focal y entrevistas con informantes clave, organizado como parte de los esfuerzos de investigación, seguimiento y evaluación.
- Implementar talleres para lanzar el proyecto a varios niveles, de manera que se asegure la aceptación por parte de las directivas a nivel de distrito y la comunidad.

Selección de lugares para realizar el piloto de atención comunitaria para las personas sobrevivientes de violencia sexual

El primer paso para realizar el piloto del modelo comunitario es seleccionar los lugares adecuados para la intervención. Para asegurar la seguridad y factibilidad de la implementación del enfoque comunitario de atención, se deben aplicar los siguientes criterios durante la selección del lugar. Las condiciones adecuadas para el piloto deben cumplir todos los criterios obligatorios; los criterios recomendados no son obligatorios, pero ayudan a que la implementación sea exitosa.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

	Criterio	Sí	No
Obligatorio	Las personas sobrevivientes de violencia sexual afrontan barreras para acceder a atención médica en centros médicos debido que estos no existen, su disponibilidad es limitada, están muy alejados, la estigmatización u otras barreras.		
	No hay barreras de política conocidas para la prestación de atención médica a las personas sobrevivientes por parte de trabajadores sanitarios comunitarios, o barreras de política que no se pueden superar.		
	Movimiento de población limitado que puede impedir la capacidad de los trabajadores sanitarios comunitarios para prestar servicios de atención y seguimiento, y el programa para implementar actividades de seguimiento.		
	Posibilidad de: <ul style="list-style-type: none"> • Protección de toda la documentación de los trabajadores sanitarios comunitarios (por ejemplo, de incautación de las autoridades o que la encuentren criminales). • Gestión de cadena de suministro y seguridad de las mercancías. • Actividades de sensibilización sobre violencia sexual para la comunidad. • Capacitación y supervisión permanente de los trabajadores sanitarios comunitarios. • Seguimiento riguroso de las actividades del proyecto. 		
	Comprensión de los objetivos del piloto por parte de los líderes y otros actores de la población o comunidad.		
	Ausencia de relaciones conocidas de los trabajadores sanitarios comunitarios con fuerzas combatientes.		
	Si los trabajadores sanitarios comunitarios proporcionarán abortos para embarazos hasta de 12 semanas, debe haber la posibilidad de hacer remisiones a un centro médico, con capacidad para prestar servicios de aspiración por vacío en caso de evacuación uterina fallida o incompleta.		
Recomendado	Sin obligación de reportar incidentes de violencia sexual a los sistemas judiciales tradicionales o formales.		
	Accesibilidad relativa en términos de garantizar una cadena de suministro consistente, manteniendo la supervisión y el control de calidad.		
	Relación de trabajadores sanitarios comunitarios/población razonable (2 trabajadores sanitarios comunitarios por cada 1000 personas)		
	Confianza de la comunidad en los trabajadores sanitarios comunitarios o que exista capacidad para construirla.		
	Programas de VIH ya creados para remitir a las personas sobrevivientes que resulten positivas.		

Evaluación de las políticas existentes del lugar

Una vez seleccionados los lugares del piloto, es fundamental recopilar los protocolos sanitarios nacionales y locales y de agencias, y las orientaciones legales para comprender el contexto y alinear la implementación del piloto.²⁴ También será útil conocer los servicios que actualmente prestan los trabajadores sanitarios comunitarios, en qué han sido entrenados (como manejo de casos de enfermedades infantiles en la comunidad), y cómo se pueden desarrollar habilidades para la atención postviolación basándose en el entrenamiento y alcance del trabajo que ya tienen. Esto ayudará a los trabajadores sanitarios comunitarios a maximizar el aprendizaje relacionado y a aplicar las habilidades que ya aprendieron.

La organización que implementa debe identificar y evaluar:

Los protocolos nacionales, locales y de la agencia para la atención clínica de las personas sobrevivientes de violencia sexual, incluido el suministro de:	Disponible	No disponible	Lista de restricciones
Anticoncepción de emergencia			
Profilaxis y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual			
Profilaxis postexposición al VIH			
Vacuna de hepatitis B			
Prevención de tétano			
Permitir compartir las tareas para lo anterior			
Orientaciones legales locales respecto a:	Disponible	No disponible	
Atención postaborto (métodos disponibles, proveedores que pueden ofrecer otros métodos)			
Terminación del embarazo (indicaciones legales, métodos disponibles, tiempos de los métodos dependiendo de la edad gestacional, proveedores que pueden prestar los diferentes métodos)			

24 International Rescue Committee, [Clinical Care for Sexual Assault Survivors \[Comité de rescate internacional: Cuidado clínico de las personas sobrevivientes de agresión sexual\]](#), 2020.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Los protocolos nacionales, locales y de la agencia para la atención clínica de las personas sobrevivientes de violencia sexual, incluido el suministro de:	Disponible	No disponible	Lista de restricciones
Estado de los menores (edad de la mayoría de edad, edad para el consentimiento, y leyes relacionadas con el consentimiento de tratamientos médicos para menores)			
Estado de las personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales, incluida la criminalización y tratamiento diferente de acuerdo a la ley: <ul style="list-style-type: none"> • Personas homosexuales • Lesbianas • Personas bisexuales • Personas transgénero • Personas queer • Personas intersexuales • Personas con inconformidad de género 			
Sistemas legales existente para enjuiciar los perpetradores de violencia sexual			
Definiciones de los crímenes sexuales			
Reporte obligatorio de violencia o abuso sexual (para qué tipo de sobreviviente o perpetrador, y ante quién reportar)			
Estándares de la documentación y testimonio médico (¿Qué constituye evidencia válida, y de quién? ¿Solo los médicos pueden firmar certificados médicos?)			

Es fundamental seguir los protocolos de tratamiento locales para minimizar la resistencia a los medicamentos. Los protocolos de tratamiento (ayudas para el trabajo) del paquete para las personas participantes se debe adaptar de acuerdo lo necesario para este fin.

Políticas que rigen las remisiones de los trabajadores sanitarios comunitarios

En algunas instancias, las leyes o políticas vigentes pueden prohibir que los trabajadores sanitarios comunitarios presten ciertos servicios, como dispensar antibióticos, proporcionar inyecciones, o suministrar anticoncepción de emergencia a personas no casadas. Para informar el desarrollo de los protocolos del estudio en determinado contexto, la organización que implementa debe recopilar y evaluar las políticas nacionales, locales y de la agencia que rigen los servicios que los trabajadores sanitarios comunitarios están autorizados a prestar.

También es fundamental comprender:

- Los servicios que los trabajadores sanitarios comunitarios están prestando actualmente
- En qué han sido entrenados (como manejo de casos de enfermedades infantiles en la comunidad)
- Cómo las habilidades para prestar atención postviolación aprovechan su entrenamiento y alcance del trabajo previo.

Esto ayudará a los trabajadores sanitarios comunitarios a maximizar y reforzar el aprendizaje relacionado, y a aplicar las habilidades que ya tienen.

En otros entornos, puede que aún no haya políticas o protocolos disponibles que orienten la prestación de atención médica para las personas sobrevivientes por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios. En este caso, la organización que implementa debe considerar acercarse a los ministerios pertinentes para evaluar si el proceso del piloto puede ser aprovechado para influenciar el desarrollo de políticas y protocolos de apoyo. Dicha promoción también puede ofrecer oportunidades para revisar cualquier política o protocolo restrictivo y crear un entorno más habilitador para que las personas sobrevivientes busquen atención.

Consideraciones para desarrollar los protocolos del estudio

Certificados médicos como evidencia

Cuando los proveedores de atención en salud atienden a las personas sobrevivientes, frecuentemente se emite un certificado que resume la historia y hallazgos del sobreviviente, con el propósito específico de usarlo en un tribunal si la persona sobreviviente elige esta opción y hay disponible justicia legal. Sin embargo, en muchos contextos, los registros suministrados por los trabajadores sanitarios comunitarios pueden no ser suficientes como evidencia legítima de los servicios prestados, aunque aún pueden servir como documentación de que se llevó a cabo una interacción entre el trabajador sanitario comunitario y el cliente. De la misma manera, aunque un certificado médico puede servir como evidencia importante para acciones jurídicas posteriores, con frecuencia está más allá del alcance de los servicios que los trabajadores sanitarios comunitarios pueden prestar. Los trabajadores sanitarios comunitarios deben estar entrenados para proporcionar información a las personas sobrevivientes sobre los certificados médicos, y a dónde pueden acudir para obtenerlos en caso de que lo deseen.

Esta herramienta de capacitación incluye un formulario de incorporación que debe ser completado por los proveedores, incluidos los trabajadores sanitarios comunitarios, para proporcionar un registro médico que le sirva como recordatorio de la historia y de la atención prestada. La organización que implementa debe conservar los registros originales de la atención médica prestada en un gabinete con candado.

Mitos y falsas percepciones sobre las políticas relacionadas con la violencia sexual y la atención para las personas sobrevivientes

En algunos contextos, los trabajadores sanitarios, gerentes de programa, otros involucrados y los miembros de la comunidad pueden creer en mitos o tener falsas percepciones sobre por qué o cuándo puede o no prestar atención médica un proveedor sanitario a las personas sobrevivientes. Por ejemplo, los trabajadores sanitarios pueden creer que no pueden o no deberían prestar atención si la persona sobreviviente no tiene un certificado

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

de matrimonio, o que debe obtener permiso del conyugue de esta antes de proporcionar la atención. En otros casos, los trabajadores sanitarios pueden creer que la persona sobreviviente debe enviar o presentar un reporte de política "verificando" el incidente de violencia sexual.

Es extremadamente importante distinguir las políticas de los mitos en el contexto del piloto. Al implementar el piloto, las actividades de capacitación, seguimiento y sensibilización de la comunidad deben reforzar que los trabajadores sanitarios comunitarios debería prestar atención a todas las personas que la necesiten para cualquier tipo de violencia sexual. **No es decisión del trabajador sanitario comunitario ni de ningún proveedor sanitario determinar o comprobar que haya habido "violación".**

Reportes obligatorios

Los programas deben abordar los requisitos de reporte obligatorio y desarrollar un plan para el manejo de los casos en contextos con requisitos de reporte obligatorio, para satisfacer lo mejor posible las necesidades de las personas sobrevivientes y asegurar que los trabajadores sanitarios cumplan sus obligaciones legales. Aunque los reportes obligatorios frecuentemente tienen la intención de proteger a las personas sobrevivientes, particularmente a los menores, pueden socavar los enfoques de atención centrados en la persona sobreviviente, en los que esta tiene el poder para decidir sí, cuándo y a quién desea reportar o divulgar la violencia sexual.

También puede crear preocupaciones de seguridad, ya que las personas sobrevivientes pueden sufrir retaliaciones o más violencia, incluso del mismo perpetrador. Pueden arriesgarse a perder la custodia de sus hijos, o afrontar consecuencias jurídicas, especialmente en países donde el sexo extramatrimonial es ilegal, donde los conyugues masculinos y guardianes tiene derecho a acceder a los registros médicos y personales de las mujeres, o cuando la ley no reconoce la violación marital. En los países donde las relaciones entre personas del mismo sexo están criminalizadas, las personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales puede dudar o ser menos dadas a buscar servicios médicos si es obligatorio presentar reportes.²⁵

Como resultado, en algunos contextos, las organizaciones que implementan pueden decidir no recopilar cierto tipo de información, o pedir a los trabajadores sanitarios comunitarios que se abstengan de hacer ciertas preguntas al llenar los formularios de admisión, debido a los riesgos potenciales para las personas sobrevivientes o ellos mismos que suponen los requisitos de reporte obligatorio u otros factores.

Cuando existen los requisitos de reporte, la OMS, en las orientaciones de *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia sexual*, recomienda que estas sean informadas completamente sobre sus opciones, y los límites existentes de la confidencialidad. Al asegurar que las personas sobrevivientes estén conscientes y comprendan las implicaciones de la obligación de reportar, los trabajadores sanitarios pueden ayudarles a tomar decisiones informadas sobre qué divulgar.²⁶

En contextos de pilotos con requisitos de reporte obligatorio, la organización que implementa debe determinar el mejor enfoque que deben usar los trabajadores sanitarios comunitarios al prestar los servicios, y capacitarlos de acuerdo.

Mapeo de los servicios disponibles para determinar el alcance de las remisiones

Como los trabajadores sanitarios comunitarios tienen un papel en un sistema de salud mayor, es importante mapear los servicios que están disponibles para las personas sobrevivientes ANTES de capacitar a los trabajadores sanitarios comunitarios. El mapeo es parte de trabajo previo que debe completar el personal del programa de la organización que implementa, las juntas asesoras y otros involucrados de la comunidad para

25 OMS, FNUP, ACNUR, *Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings*. [*Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia a la pareja íntima: desarrollo de protocolos para uso en contextos humanitarios*], 2019.

26 Ibid.

apoyar el trabajo de los trabajadores sanitarios comunitarios. La siguiente tabla puede ayudar a mapear los servicios de remisión disponibles para las personas sobrevivientes en el contexto del piloto.²⁷

La herramienta de mapeo identificará las organizaciones no gubernamentales (ONG) locales e internacionales, lugares en la comunidad, y una gama de servicios para mujeres, adolescentes, niños, niñas, personas con discapacidades y personas con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales, personas trabajadoras sexuales y otras poblaciones vulnerables. Esta actividad ayudará a las organizaciones que implementan a obtener la información necesaria para construir sobre las capacidades existentes en la comunidad, y a abordar los desafíos específicos del contexto para crear conciencia en la comunidad y prestar servicios comunitarios interinstitucionales de calidad a las personas sobrevivientes durante todo el proyecto.

27 Médecins Sans Frontières - Operational Centre Barcelona, *Sexual & Gender Based Violence: A handbook for implementing a response in health services towards Sexual Violence* [Violencia sexual y de género: Un manual para la implementación una respuesta de servicios médicos para la violencia sexual], 2011.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Servicios	Sí	No	¿Quién presta este servicio, y qué proporciona específicamente?	¿Dónde está ubicada esta remisión?	¿Este servicio cumple los estándares de calidad?*(S/N)	¿A qué horas están abiertos? (24/7)	Contacto
Mapeo de la comunidad de todos los puntos de remisión realizado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	N/D	N/D	N/D	N/D	
Las organizaciones y personas están listas para facilitar las reuniones de coordinación de violencia de género.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Lista de organizaciones y personas focales</i>	N/D	N/D	N/D	
Se llevan a cabo las reuniones de coordinación para violencia de género y asisten para coordinación y comunicación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		N/D	N/D	N/D	
Sistemas desarrollados para hacer seguimiento a los servicios de remisión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<i>Describe el sistema</i>	N/D	N/D	N/D	
Remisión del trabajador sanitario comunitario de nivel 1 a los niveles 2 o 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a centros médicos de nivel bajo o medio que puedan tratar choques, heridas, enfermedad pélvica inflamatoria; suministrar dispositivos intrauterinos, etc. y todos los servicios que los trabajadores sanitarios comunitarios no están autorizados a prestar en este contexto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a un centro médico de nivel medio o alto que tenga capacidad quirúrgica para tratar desgarros de fístula o músculo del esfínter, huesos rotos, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a servicios de prevención de VIH (pruebas de VIH, cuidado neonatal y prevención de transmisión del VIH madre a hijo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a servicios de tratamiento de VIH (tratamiento antirretroviral, pediátrico, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a servicios postaborto (incluidos servicios de aspiración por vacío para abortos de primer trimestre; atención básica de obstetricia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión servicios para abortos seguros hasta el máximo alcance permitido por la ley.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión para apoyo psicosocial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión para servicios de salud mental especializados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Servicios	Sí	No	¿Quién presta este servicio, y qué proporciona específicamente?	¿Dónde está ubicada esta remisión?	¿Este servicio cumple los estándares de calidad?*(S/N)	¿A qué horas están abiertos? (24/7)	Contacto
Remisión para albergue y protección, incluida protección comunitaria para las personas sobrevivientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a la policía y mecanismos de justicia comunitarios o tradicionales.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a asistencia jurídica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a organizaciones comunitarias que puedan apoyar a las personas sobrevivientes (grupos de mujeres, adolescentes y juventud, organizaciones de personas discapacitadas, grupos de apoyo LGBTQI+, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Remisión a otros apoyos sociales (rehabilitación, reintegración, generación de ingresos, educación, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

**Solo los servicios y organizaciones cuya calidad haya sido evaluada (especialmente la capacidad de mantener la confidencialidad) de acuerdo con los estándares existentes serán involucrados como parte de la red de remisión del piloto.*

Si las remisiones para atención postaborto no están disponibles en el lugar, incluidos los servicios de aspiración por vacío para abortos de primer trimestre, los trabajadores sanitarios comunitarios no deben suministrar abortos con medicamentos a las personas embarazadas. Debe haber disponible un sistema de respaldo, en caso de evacuación fallida o incompleta de los productos uterinos. Los métodos de aborto recomendados para el primer trimestre son la aspiración por vacío manual o eléctrica, o métodos con medicamento que utilizan una combinación de mifepristona y misoprostol seguida de misoprostol. Cuando no hay disponible mifepristona, la evidencia indica el uso de solo misoprostol, aunque es menos efectivo que al usarse junto con mifepristona, y menos efectivo que la aspiración por vacío.²⁸ Las terminaciones en el segundo trimestre están por fuera del alcance de los trabajadores sanitarios comunitarios, y deben ser remitidas a un hospital para dilatación, evacuación y métodos basados en misoprostol (mifepristona además de misoprostol o solomisoprostol).

28 Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis, "Chapter 8: Comprehensive Abortion Care." [Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings \[Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios\]](#), 2018.

Selección de los trabajadores sanitarios comunitarios participantes

El rol de los trabajadores sanitarios comunitarios puede ser diferente en cada lugar del piloto, dependiendo de las políticas nacionales, la infraestructura sanitaria local y los conjuntos de habilidades que estos ya tienen. En circunstancias donde los proveedores de servicios médicos de mayor nivel, como enfermeras, parteras y médicos están disponibles, los trabajadores sanitarios comunitarios pueden involucrarse únicamente en la remisión de las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima a los servicios adecuados. Sin embargo, en lugares donde no hay proveedores de mayor nivel, no hay acceso a centros médicos, o las personas sobrevivientes afrontan barreras para acceder a atención en centros médicos, los trabajadores sanitarios comunitarios puede tener un rol más grande en el manejo de las personas sobrevivientes de violencia sexual dentro del sistema de salud general. Abajo se muestran las tres categorías de trabajadores sanitarios comunitarios que pueden participar en el proyecto piloto.

Trabajador sanitario comunitario de nivel 1: Los trabajadores sanitarios comunitarios que solo llevan a cabo educación en salud como parte de sus actividades diarias y remiten a las personas sobrevivientes (Módulos 2 a 4). **Los trabajadores sanitarios comunitarios no alfabetizados están en esta categoría.** Los criterios de elegibilidad son:

- No requiere alfabetización o habilidades numéricas.
- Experiencia limitada en el trabajo como trabajador sanitario comunitario: pueden ser voluntarios o personal de promoción de salud.
- Compasión, empatía y deseos de cuidar a las personas sobrevivientes.
- Comprensión de la importancia y capacidad para mantener la confidencialidad de las personas sobrevivientes.

Trabajador sanitario comunitario de nivel 2: Trabajadores sanitarios comunitarios involucrados en la prestación de tratamientos básicos y atención de seguimiento a las personas sobrevivientes (Módulos 2 a 6). **Muchos trabajadores sanitarios comunitarios están en esta categoría,** cuyos criterios de elegibilidad son:

- Cierta nivel de alfabetización en lectura y escritura (no analfabeto) para leer instrucciones y llenar los registros y formularios de los pacientes.
- Habilidades numéricas básicas para contar días y horas, y medir dosis.
- Capacitación básica en atención sanitaria básica basada en las políticas nacionales.
- Comprensión de la importancia y capacidad para mantener la confidencialidad de las personas sobrevivientes y de todos los datos recopilados.
- Demostrar compasión, empatía y deseos de cuidar a las personas sobrevivientes.
- Capacidad para proporcionar documentación mínima si la persona sobreviviente desea un registro para ella.

Trabajador sanitario comunitario de nivel 3: Trabajadores sanitarios comunitarios que prestan atención de mayor nivel (Módulo 2 a módulo 8 avanzado). Esta categoría solo es pertinente para contextos donde los trabajadores sanitarios comunitarios tienen roles²⁹ avanzados con experiencia y habilidades clínicas, que también tienen capacidades robustas de seguimiento y supervisión. Los criterios de elegibilidad son:

- Alfabetización y habilidades numéricas básicas

29 Como, "trabajadores de salud materna" en Mullany LC, Lee CI, Paw P, Shwe Oo EK, Maung C, et al. [The MOM project: delivering maternal health services among internally displaced populations in eastern Burma \[Proyecto MOM: prestación de servicios de salud maternos para personas desplazadas internamente en el este de Burma\]](#). *Reprod Health Matters* 2008, 16:44-56.

- Capacitación avanzada y experiencia en la prestación de atención clínica de salud sexual y reproductiva basada en las políticas nacionales o internacionales.
- Comprensión de la importancia y capacidad para mantener la confidencialidad de las personas sobrevivientes (por ejemplo, mediante experiencia previa con pruebas de VIH).
- Demostrar compasión, empatía y deseos de cuidar a las personas sobrevivientes.
- Capacidad para proporcionar documentación mínima bajo pedido.

Para crear un entorno habilitador para que todas las personas sobrevivientes se sienta cómodas al buscar atención, para el piloto será muy importante reclutar y capacitar una cohorte diversa de trabajadores sanitarios comunitarios, incluidos aquellos con discapacidades, los que se identifica con orientación sexual o identidad de género diferentes, o representan comunidades minoritarias o en riesgo.

Si los trabajadores sanitarios comunitarios carecen de habilidades específicas relacionadas con la atención sanitaria, como higiene básica, nutrición, vacunación, tratamiento de enfermedades comunes o primeros auxilios básicos, el facilitador puede consultar esto temas en el currículo de capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios existente. Algunos ejemplos son:

- OMS/UNICEF, [Integrated management of childhood illness: caring for newborns and children in the community](#) [Manejo integrado de enfermedades infantiles: atención a recién nacidos, niños y niñas en la comunidad], 2011.
 - Notas para el facilitador
 - Manual para trabajadores sanitarios comunitarios
- OMS, [Community case management during an influenza outbreak: A training package for community health workers](#) [Manejo comunitario de casos durante una epidemia de influenza: Un paquete de capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios], 2011.
 - Guía del capacitador
 - Cuaderno del participante
 - Papelógrafo para los trabajadores sanitarios comunitarios
- OMS/UNICEF, [Caring for the newborn at home \[Atención de recién nacidos en casa\]](#), 2012.
 - Guía del facilitador
 - Manual para trabajadores sanitarios comunitarios
- IFRC, [International first aid and resuscitation guidelines \[Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación\]](#), 2020.

Consideraciones para el piloto de atención comunitaria para las personas sobrevivientes de violencia sexual

Como los trabajadores sanitarios comunitarios solo ofrecen ciertos elementos de la atención médica para los sobrevivientes de violencia sexual, existirán limitaciones en la atención prestada. En el Anexo I suministramos una herramienta para la toma de decisiones sobre la atención y tareas que se puede esperar que los trabajadores sanitarios comunitarios implementen. En resumen, el alcance del trabajo que determina la capacidad (NO los factores específicos del contexto) es el siguiente:

✓ = Sí

En blanco = No

★ = Solo si existe la capacidad y se garantiza la intervención

Intervención	Trabajador sanitario comunitario de nivel 1	Trabajador sanitario comunitario de nivel 2	Trabajador sanitario comunitario de nivel 3
Llevar a cabo educación en salud sobre violencia sexual, incluidas las formas sexuales de violencia de la pareja íntima, y los beneficios de solicitar ayuda	✓	✓	✓
Reconocer a las personas sobrevivientes de violencia sexual cuando se presentan (identificación pasiva)	✓	✓	✓
Evaluar activamente a las personas sobrevivientes de violencia sexual o formas sexuales de violencia de la pareja íntima <i>La OMS no recomienda la evaluación activa de violencia sexual.</i>			
Proporcionar algo de primeros auxilios básicos para estabilizar a las personas sobrevivientes para su remisión	✓	✓	✓
Remisión de las personas sobrevivientes a personal médico de mayor nivel o a un centro médico para que reciban atención médica	✓	✓	✓
Obtener el consentimiento informado y preparar a la persona sobreviviente		✓	✓
Registrar la historia médica		✓	✓
Recopilar evidencia forense			
Realizar un examen médico mínimo (físico)			★
Realizar un examen médico mínimo (pélvico)			★
Llenar un formulario de admisión simplificado		✓	✓
Generar un certificado médico (duplicar el formulario de admisión)		✓	✓
Tratar lesiones menores		✓	✓
Proporcionar otra atención para heridas de acuerdo a lo posible			★
Obtener una prueba de embarazo	✓	✓	✓
Proporcionar información sobre las opciones de embarazo y remitir para atención para aborto seguro		✓	✓
Proporcionar tratamiento presuntivo de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia para prevención de embarazo y asesoría de apoyo (incluidos primeros auxilios y apoyo emocional básico)		✓	✓

Intervención	Trabajador sanitario comunitario de nivel 1	Trabajador sanitario comunitario de nivel 2	Trabajador sanitario comunitario de nivel 3
Llevar a cabo asesorías y pruebas de VIH		✓	✓
Iniciar profilaxis postexposición*			★
Proporcionar profilaxis postexposición una vez iniciada		✓	✓
Suministrar vacuna antitetánica o toxoide tetánico		★	✓
Suministrar vacuna de hepatitis B		★	✓
Proporcionar vacuna contra el virus de papiloma humano, si está disponible**		★	★
Evaluar la seguridad, y remitir la persona para que reciba más apoyo	✓	✓	✓
Proporcionar atención de seguimiento a las personas sobrevivientes		✓	✓
Proporcionar atención para aborto seguro (medicamentos) para embarazos hasta de 12 semanas, hasta el máximo alcance permitido por la ley***			★
Manejar las enfermedades de transmisión sexual (manejo sintomático)			★

*Como las orientaciones actuales solo permiten que enfermeras o personal de mayor nivel inicien la profilaxis postexposición para VIH, si los trabajadores sanitarios comunitarios realizan esta actividad, deberán ser apoyados por un sistema de seguimiento y supervisión riguroso.

** Esta intervención está incluida en las orientaciones de *Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia sexual* de IAFM, pero no de la OMS 2019. Por lo tanto, en este momento no es una intervención prioritaria.

*** De acuerdo con las orientaciones de 2015 de la OMS sobre *roles de los trabajadores sanitarios en la prestación de atención para aborto seguro y anticoncepción postaborto*, la "evaluación de elegibilidad para aborto médico" de los trabajadores sanitarios legos, la "administración de medicamentos y el manejo del proceso y los efectos secundarios comunes independientemente" y la "evaluación de la terminación del procedimiento y necesidad de mayor seguimiento clínico" están incluidos en el contexto de las "recomendaciones en el contexto de la investigación rigurosa".

Aunque las orientaciones para los proveedores clínicos incluyen los exámenes físicos y genitales, los trabajadores sanitarios comunitarios NO serán entrenados para realizarlos como parte de la admisión o seguimiento, ya que remitirán a las personas sobrevivientes a un nivel de atención superior si presentan síntomas preocupantes, y tampoco tendrán la responsabilidad de recopilar evidencia forense. Frecuentemente, los hallazgos pueden ser sutiles, y puede ser difícil para el trabajador sanitario comunitario determinar lo que debe hacer con la información, lo que puede ocasionar remisiones innecesarias que puede que las personas sobrevivientes no deseen, o ponerlas en la difícil situación de decidir si un hallazgo es normal o anormal. Aún así pueden proporcionar atención de primera línea a las personas sobrevivientes de violencia sexual y violencia de la pareja íntima, donde el acceso a la atención en centros médicos puede ser difícil.

La excepción de los exámenes genitales es para los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3, si son el proveedor de último recurso, tienen capacitación previa en atención relacionada con embarazo, y deben suturar heridas o proporcionar otra atención de emergencia. Esta capacitación no cubre los exámenes genitales para niños, niñas o adultos.

Para minimizar los errores al proporcionar tratamiento, las organizaciones implementadoras deben considerar preempaquetar los paquetes de tratamiento estándar. Los paquetes de tratamiento deben estar codificados por colores y preparados para las personas sobrevivientes adultas que llegan a los tres, cinco y treinta días del hecho violento. De esta manera, el trabajador sanitario comunitario no tiene que dosificar los medicamentos para cada

sobreviviente, sino que puede entregar el paquete codificado por colores adecuado y proporcionar instrucciones simples al paciente. El formulario para el paciente está disponible en el paquete para las personas participantes, donde los trabajadores sanitarios comunitarios pueden anotar los medicamentos suministrados, además de otra información. Para niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, mujeres transgénero o sobrevivientes masculinos, los trabajadores sanitarios comunitarios pueden trabajar utilizando los paquetes de tratamiento preempaquetados y quitar o añadir medicamentos de acuerdo a lo necesario.

Mantener una estrategia de comunicaciones robusta para crear conciencia en la comunidad

Un componente importante del proyecto piloto es crear conciencia sobre la violencia sexual, incluidas las formas sexuales de violencia de la pareja íntima, y la importancia y los beneficios de buscar atención en los diferentes actores de la comunidad.

- *Qué* es violencia sexual, incluidas las formas sexuales de violencia de la pareja íntima;
- *Quién* puede sufrir violencia sexual;
- *Por qué* sucede la violencia sexual;
- *Qué* deben hacer las personas sobrevivientes luego de sufrir de violencia sexual;
- *Qué* deben hacer las demás personas si saben que alguien ha sufrido de violencia sexual;
- *Cuáles* son los beneficios para las personas sobrevivientes de buscar atención médica tan pronto como sea posible luego de sufrir violencia sexual (prevenir el embarazo, VIH y enfermedades de transmisión sexual; recibir apoyo emocional básico);
- A *dónde* pueden acudir las personas sobrevivientes de violencia sexual para recibir servicios;
- *Qué* deben esperar las personas sobrevivientes de violencia sexual si buscan atención médica;
- Los servicios médicos son gratuitos, privados, voluntarios, seguros y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.³⁰

Algunas opciones para llegar a los diferentes grupos son:

- Capacitaciones presenciales o sesiones de creación de conciencia. Estas pueden ser realizadas por trabajadores sanitarios comunitarios o educadores o líderes pares en escuelas, clubes de juventud, instalaciones religiosas, grupos de apoyo para comunidades específicas y otros foros donde se congregan personas.
- Material impreso, como folletos, volantes, carteles, etc.
- Teatro o dramatización.
- Radio o televisión.
- Mensajes por teléfono celular.
- Redes sociales.

La siguiente tabla puede ser útil para que el programa identifique la circunscripción potencial de la comunidad, y cómo se pueden contactar. La tabla es importante, ya que los trabajadores sanitarios comunitarios serán

30 OMS, FNUP, ACNUR, *Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: Developing protocols for use in humanitarian settings. [Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia a la pareja íntima: desarrollo de protocolos para uso en contextos humanitarios]*, 2019.

responsables por la educación médica como parte de sus actividades cotidianas, y todos los miembros de la comunidad pueden influenciar la existencia, o no, de un entorno habilitador para las personas sobrevivientes. La circunscripción puede ser de personas sobrevivientes, pero también da forma a las normas y roles de la comunidad.

Circunscripción	¿Quiénes son?	¿Cómo se pueden comunicar los mensajes a este grupo? (métodos)	¿Cómo pueden impedir o facilitar el acceso de las personas sobrevivientes a la atención?	¿Cuáles son los mensajes clave que se deben comunicar a esta circunscripción para facilitar el acceso de las personas sobrevivientes a la atención?	
Mujeres (de 20 o más años)					
Hombres (de 20 o más años)					
Adultos con discapacidades					
Adultos con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales <ul style="list-style-type: none"> • Personas homosexuales • Lesbianas • Personas bisexuales • Personas transgénero • Personas queer • Personas intersexuales • Personas con inconformidad de género 					
Adultos mayores					
Niñas adolescentes (de 10 a 19 años), incluidas las niñas adolescentes casadas <ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana (10 a 14 años) • Adolescencia media (15 a 17 años) • Adolescencia tardía (18 a 19 años) 					
Niños adolescentes (de 10 a 19 años) <ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana (10 a 14 años) • Adolescencia media (15 a 17 años) • Adolescencia tardía (18 a 19 años) 					

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Circunscripción	¿Quiénes son?	¿Cómo se pueden comunicar los mensajes a este grupo? (métodos)	¿Cómo pueden impedir o facilitar el acceso de las personas sobrevivientes a la atención?	¿Cuáles son los mensajes clave que se deben comunicar a esta circunscripción para facilitar el acceso de las personas sobrevivientes a la atención?
Adolescentes con diversa orientación sexual, identidad o expresión de género, y características sexuales <ul style="list-style-type: none"> • Personas homosexuales • Lesbianas • Personas bisexuales • Personas transgénero • Personas queer • Personas intersexuales • Personas con inconformidad de género 				
Adolescentes con discapacidades				
Niñas (de 5 a 9 años)				
Niños (de 5 a 9 años)				
Niños y niñas con discapacidades				
Personas trabajadoras sexuales				
Líderesas comunitarias, lo que incluye grupos de mujeres y mujeres destacadas				
Organizaciones comunitarias locales				
Grupos de apoyo para poblaciones específicas				
Funcionarios del ministerio de salud nacional				
Proveedores de servicios de salud tradicionales				
Departamentos de policía y otros funcionarios de cumplimiento de la ley				
Maestros o trabajadores sociales				
Grupos religiosos				
Otros				

Trabajo con proveedores de atención en salud con centros médicos que reciben remisiones de los trabajadores sanitarios comunitarios

Aunque los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 serán capacitados para proporcionar atención médica básica a las personas sobrevivientes de violencia sexual, también lo serán sobre cómo facilitar remisiones para atención médica de mayor nivel cuando esté disponible. Algunos casos necesitan remisiones inmediatas de los trabajadores sanitarios comunitarios de todos los niveles (especialmente 1 y 2), mientras que otros serán realizadas principalmente por los de nivel 2 y 3 como parte de su trabajo de rutina para proporcionar atención inicial o de seguimiento a las personas sobrevivientes.

Remisiones a atención médica en centros médicos realizadas por los trabajadores sanitarios comunitarios

Remisión inmediata basada en observaciones.*	Remisión al recibir la historia:	Remisión durante la atención de seguimiento:
<ul style="list-style-type: none"> • Si la persona sobreviviente es un infante • Hinchazón o dureza en el abdomen (barriga o panza) • Dolor en el abdomen (barriga o panza) • Dolor fuerte en la espalda, pecho, brazos, piernas o cabeza • Vómito con sangre • Sangrado fuerte de la vagina o ano • Sangrado fuerte de otras partes del cuerpo • Posible objeto alojado en la vagina o ano • Estado mental alterado o confusión • Piel pálida, azul o gris • En los niños y niñas pequeños, respiración rápida o difícil • Si la persona sobreviviente está inconsciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Si la persona sobreviviente es un infante • Preocupación de posible sangrado interno • Heridas infectadas • Heridas abiertas donde la piel no cierra sola • Incontinencia de orina o heces • Objeto en la vagina o ano • Sangrado de la vagina o ano • Dolor fuerte • Cualquier dolor abdominal o de barriga o panza • Sangrado vaginal** • Descarga vaginal** • Pruebas de VIH** • Vacuna contra el tétano** • Vacuna de hepatitis B** 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos secundarios graves de medicamentos • Las señales de enfermedades de transmisión sexual pueden ser resultado de tratamientos fallidos o una infección recurrente • Pruebas del VIH del conyugue • Terminación del embarazo, si está disponible** • Otros casos que los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 no pueden tratar
<p>*Los trabajadores sanitarios comunitarios no llenarán un formulario de admisión si se realiza una remisión inmediata a un centro médico, ni proporcionarán tratamiento.</p>	<p>** Los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 pueden asumir este nivel de atención</p>	<p>** Los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 pueden asumir este nivel de atención</p>

Los medios para la remisión pueden ser diferentes en cada contexto, y es necesario que el programa y el centro médico receptor los ajusten. Dependiendo de la condición de la persona sobreviviente, puede ser necesario emplear una ambulancia, si hay una disponible en el centro médico. El personal del programa debe informar por adelantado a los proveedores de atención en salud de los centros médicos que reciben remisiones del proyecto sobre el rol de prestación de atención a las personas sobrevivientes de los trabajadores sanitarios comunitarios, y qué atención se espera que proporcionen a nivel comunitario, para que las remisiones sean fáciles y simples.

Más específicamente, los trabajadores sanitarios comunitarios deben ser capacitados para proporcionar el siguiente tratamiento para los diferentes tipos de violencia sexual:

- Aunque por lo general la anticoncepción de emergencia no es necesaria para la violación oral o anal, dado que los trabajadores sanitarios comunitarios no harán preguntas detalladas sobre la violación para determinar el riesgo de que el semen migre a la vagina; la posición de la violación o el lugar de la eyaculación; y las personas sobrevivientes pueden no estar familiarizadas con su anatomía reproductiva, en el marco del proyecto piloto, estos también se deben capacitar para que suministren anticoncepción de emergencia en casos de violación anal.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

- Para la violación oral, se debe suministrar la vacuna contra el tétano únicamente si hay heridas en la boca o su alrededor, o si la persona sobreviviente no ha sido vacunada en los últimos 10 años.
- Aunque generalmente se pregunta a las personas sobrevivientes si utilizan o no un método de planificación familiar, los trabajadores sanitarios comunitarios no harán esta pregunta, debido a los desafíos adicionales para determinar si la anticoncepción de emergencia es necesaria, o si existe el riesgo de embarazo. Por esto, en este piloto, la anticoncepción de emergencia será suministrada a todas las sobrevivientes en edad reproductiva que hayan sufrido violación vaginal o anal, incluso si utilizaban un método de planificación familiar en el momento de la violación.

Durante el comienzo del piloto, el formulario más importante que se debe revisar con los proveedores de atención en salud, que sirve como punto para la remisión es el **formulario de admisión**. Los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 serán capacitados para completar el formulario de admisión para cada persona sobreviviente de la que se tome la historia médica, incluso si las personas sobrevivientes llegan luego de cinco días de la violación. Si la persona sobreviviente consiente recibir otros servicios del centro médico, se le suministrará una copia del formulario de admisión para que la entreguen al personal a donde se remite.

Los proveedores necesitan confiar en la información registrada en el formulario de admisión, para no tener que preguntarle de nuevo a la persona sobreviviente sobre temas ya hablados. Esto incluye:

- El tipo de agresión que ha sufrido la persona (agresión vaginal, anal y/o oral).
- Si la persona sobreviviente está vacunada contra el tétano.
- Si la persona sobreviviente está vacunada contra la hepatitis B.
- Si el tratamiento que la persona sobreviviente recibió del trabajador sanitario comunitario (prueba de embarazo, pruebas voluntarias y asesoría sobre VIH, anticoncepción de emergencia, profilaxis postexposición, antibióticos para enfermedades de transmisión sexual, atención básica de heridas, asesoría básica, atención para aborto seguro si el embarazo tiene menos de 12 semanas, etc.).
- El tipo de remisión médica que la persona sobreviviente busca (VIH, vacunas, atención avanzada para heridas, atención para aborto seguro, etc.).
- Qué otras remisiones ha consentido recibir la persona sobreviviente.

Los proveedores de atención en salud que reciben remisiones deben asegurarse de comprender el formulario de admisión y saber cómo comunicarse con el trabajador sanitario comunitario en caso de tener preguntas. Además, para fines legales, si es adecuado y válido en el contexto, el proveedor de atención en salud puede firmar el formulario de admisión para certificar que ha sido firmado por una instancia médica acreditada. Los centros médicos deben asegurarse de mantener sus propios registros de toda la atención prestada a las personas sobrevivientes a nivel del centro médico, similar a los protocolos para todos los pacientes que atienden.

Los centros médicos proveedores también pueden aprovechar la capacidad de los trabajadores sanitarios comunitarios para ofrecer seguimiento comunitario a las personas sobrevivientes, a las dos semanas de la primera visita, aunque es preferible luego de una. Aunque los centros médicos deben seguir el protocolo existente al realizar su propio seguimiento de las personas sobrevivientes, si un proveedor determina que la condición de la persona puede ser manejada mejor por un trabajador sanitario comunitario, este puede asesorarla sobre los temas que puede hablar con el trabajador sanitario comunitario cuando comience el proceso de curación. Los proveedores trabajan con los trabajadores sanitarios comunitarios cuando sea posible para asegurarse de que la persona sobreviviente reciba una atención tan buena como lo permita el entorno, y de que no pasen desapercibidas.

Mitigación de riesgos antes de la implementación del piloto

Además de determinar el alcance del trabajo de los trabajadores sanitarios comunitarios en el contexto, es importante para el piloto solucionar todas las posibles consecuencias negativas de la atención comunitaria, especialmente si los trabajadores sanitarios comunitarios son los proveedores de atención principales (niveles 2 y 3).

Ejemplo de matriz de mitigación de riesgos:

Posibles consecuencias negativas	Ejemplo de soluciones para prevenir las consecuencias antes de que surjan	Posibles planes de acción para el proyecto en caso de que ocurran las consecuencias
La persona sobreviviente presenta un trauma significativo que supera la capacidad de tratamiento del trabajador sanitario comunitario.	Acordar el protocolo de las medidas de primeros auxilios y remisiones mediante los medios existentes y disponibles en la comunidad.	Seguir el protocolo acordado para las remisiones a centros médicos de mayor nivel. Los trabajadores sanitarios comunitarios deben documentar todas las remisiones en sus formularios de admisión.
La persona sobreviviente está en riesgo de sufrir más perjuicios o represalias por parte de uno o varios perpetradores debido al incumplimiento de la confidencialidad.	Asegurar que los trabajadores sanitarios comunitarios estén conscientes de las consecuencias de no mantener la confidencialidad. Acordar y definir canales de comunicación para abordar las inquietudes de protección, incluida la reubicación de las personas sobrevivientes si lo solicitan y es factible. Asegurar que los trabajadores sanitarios comunitarios puedan apoyar a las personas sobrevivientes en la toma de decisiones sobre la divulgación, para proteger la confidencialidad.	Hablar y tomar medidas de protección activas. El personal del programa debe debatir con el trabajador sanitario comunitario la importancia de mantener la confidencialidad.
La persona sobreviviente está en riesgo de sufrir más perjuicios físicos debido a discriminación basada en discapacidad, orientación sexual, etc.	Reclutar y capacitar una cohorte diversa de trabajadores sanitarios comunitarios, incluidos aquellos que tengan discapacidades y orientación sexual o identidad de género diferentes. Realizar actividades de aclaración y transformación de valores con los trabajadores sanitarios comunitarios cuando sea adecuado y factible. Llevar a cabo promoción en la comunidad que fomente la inclusión social.	Tomar medidas de protección activas.
Una persona sobreviviente sufre de ataques físicos no relacionados al buscar atención de un trabajador sanitario comunitario, que no habría solicitado si no se hubiese implementado el piloto.	Seleccionar un lugar con estabilidad moderada para minimizar los riesgos conocidos. Identificar proactivamente los medios de comunicación, transporte y lugares a los que pueden tener acceso de manera segura las personas sobrevivientes y los trabajadores sanitarios comunitarios.	Proporcionar atención y protección cuando sea factible. Cuando sea factible, presupuestar el apoyo para transporte de los trabajadores sanitarios comunitarios para minimizar los riesgos y costos para las personas sobrevivientes.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Posibles consecuencias negativas	Ejemplo de soluciones para prevenir las consecuencias antes de que surjan	Posibles planes de acción para el proyecto en caso de que ocurran las consecuencias
<p>El trabajador sanitario comunitario rehúsa prestar atención postviolación por temor a represalias o por creencias personales (por ejemplo, se opone a proporcionar anticoncepción de emergencia).</p>	<p>Evaluar los desafíos posibles que suponen las creencias personales de los trabajadores sanitarios comunitarios durante su identificación y capacitación. Durante la capacitación, crear conciencia y capacitar a los trabajadores sanitarios comunitarios sobre temas de género y los beneficios de prestar atención a las personas sobrevivientes, etc. Realizar actividades de aclaración y transformación de valores con los trabajadores sanitarios comunitarios cuando sea adecuado y factible.</p> <p>Capacitar a los trabajadores sanitarios comunitarios para que puedan informar al supervisor (personal del programa) y hacerle saber todas las inquietudes que tengan sobre proporcionar esta atención. Identificar proactivamente los medios de comunicación, transporte y lugares a los que pueden tener acceso de manera segura las personas sobrevivientes y los trabajadores sanitarios comunitarios.</p>	<p>Reevaluar la inclusión del trabajador sanitario comunitario en este piloto hablando sobre las razones por las cuales rehúso prestar la atención. Asegurarse de que la atención sea suministrada a la persona sobreviviente de manera oportuna, sin importar la renuencia del trabajador sanitario comunitario a prestarla.</p>
<p>El trabajador sanitario comunitario rehúsa a proporcionar atención o remisión para aborto seguro hasta el máximo alcance permitido por la ley.</p>	<p>Evaluar los desafíos posibles que suponen las creencias personales de los trabajadores sanitarios comunitarios durante su identificación y capacitación.</p> <p>Llevar a cabo ejercicios de aclaración de valores durante las capacitaciones de los trabajadores sanitarios comunitarios.</p>	<p>Reevaluar la inclusión del trabajador sanitario comunitario en este piloto hablando sobre las razones por las cuales rehúso prestar la atención. Asegurarse de que la atención sea suministrada a la persona sobreviviente de manera oportuna, sin importar la renuencia del trabajador sanitario comunitario a prestar atención relacionada con servicios para aborto seguro.</p>
<p>El trabajador sanitario comunitario viola la confidencialidad.</p>	<p>Admitir únicamente a los trabajadores sanitarios comunitarios que demuestren competencias ya adquiridas para desempeñar un papel en el manejo de personas sobrevivientes. Durante las capacitaciones de los trabajadores sanitarios comunitarios, enfatizar en la importancia de mantener la confidencialidad. Identificar y abordar todas las iniciativas para los trabajadores sanitarios comunitarios que puedan conducir a violaciones de confidencialidad.</p>	<p>Reevaluar la inclusión del trabajador sanitario comunitario en el proyecto hablando sobre las circunstancias bajo las cuales se violó la confidencialidad. Identificar y minimizar los riesgos para la persona sobreviviente que resulten de la violación de la confidencialidad.</p>
<p>Un caso se hace público y la comunidad intenta buscar medios de reparación oficiales o tradicionales, contra los deseos de la persona sobreviviente.</p>	<p>Determinar previamente cómo satisfacer mejor los intereses de la persona sobreviviente en el contexto de los medios de reparación oficiales y tradicionales.</p> <p>Identificar e incluir medios de reparación oficiales y tradicionales como parte del mapeo comunitario. Incluir la información relacionada con estos mecanismos como parte de la asesoría para las personas sobrevivientes, incluidas las conversaciones sobre la divulgación y reportes obligatorios. Identificar proactivamente dónde pueden los trabajadores sanitarios comunitarios prestar atención a las personas sobrevivientes en lugares confidenciales y privados.</p>	<p>Ayudar a que se respeten los deseos de la persona sobreviviente, si es factible, y asegurar su protección. Trabajar con la persona sobreviviente para determinar cómo desea que se aborde la situación. Involucrar a personas respetadas, cuando sea pertinente y adecuado, y con el consentimiento de la persona sobreviviente realizar control de daños en la comunidad.</p>

Posibles consecuencias negativas	Ejemplo de soluciones para prevenir las consecuencias antes de que surjan	Posibles planes de acción para el proyecto en caso de que ocurran las consecuencias
Una persona sobreviviente solicita un certificado médico, pero un familiar o tercero encuentra el documento.	Revisar el formulario de admisión y determinar previamente lo que será documentado para la persona sobreviviente. Informar a la persona sobreviviente los posibles riesgos para su seguridad si se descubre el documento. Hablar con la persona sobreviviente sobre las opciones para guardar el certificado médico de la manera más segura posible.	Identificar y minimizar los riesgos inmediatos para la persona sobreviviente y tomar acciones dentro de los límites del contexto.
La documentación que conserva el trabajador sanitario comunitario es robada o encontrada.	Mantener la documentación y registros al mínimo, y sin información que identifique el nombre, edad, sexo y población de la persona sobreviviente. Identificar dónde y cómo serán almacenados los documentos de manera segura y protegida antes de comenzar a prestar el servicio. Definir un plan de contingencia para la evacuación o destrucción segura de la documentación en caso de emergencia (por ejemplo, si el lugar tiene que ser evacuado debido a inseguridad).	Identificar y minimizar los riesgos inmediatos para las personas sobrevivientes. Reevaluar el almacenamiento de los registros para evitar que ocurra de nuevo.
Los perpetradores descubren el papel del trabajador sanitario comunitario en el suministro de atención postviolación, y se torna preocupante su seguridad física.	Acordar y definir canales de comunicación para abordar las preocupaciones de protección. Reforzar en la comunidad el rol general de los trabajadores sanitarios comunitarios.	Ayudar a los trabajadores sanitarios comunitarios a abordar la situación, posiblemente reubicándolos.
La comunidad comienza a sospechar del trabajador sanitario comunitario que repentinamente entra en contacto estrecho con la persona sobreviviente, que puede no tener razón para encontrarse con ella.	Predeterminar los medios para que la atención de seguimiento monitoree y aborde las consecuencias no intencionales. Identificar lugares seguros, privados y neutrales donde los trabajadores sanitarios comunitarios puedan prestar atención a las personas sobrevivientes, si no pueden hacerlo en sus hogares.	Aumentar la comprensión de la comunidad sobre el rol que tienen los trabajadores sanitarios comunitarios en la prestación de servicios para la atención de problemas de salud primarios. Para una situación particular, garantizar la seguridad del trabajador sanitario comunitario mientras se soluciona el problema.
Un trabajador sanitario comunitario se rehúsa a continuar suministrando atención, luego de descubrir los posibles riesgos para la seguridad de su familia. Se ha creado una solicitud de atención postviolación, sin embargo, ninguna persona sobreviviente se ha presentado.	Hablar sobre los riesgos potenciales y definir protocolos de seguridad y protección con los trabajadores sanitarios comunitarios antes de permitirles asumir responsabilidades, e identificar formas responsables para renunciar a los deberes. Abordar los problemas de incentivos para el trabajador sanitario comunitario para mantenerlo motivado. Capacitar varios trabajadores sanitarios comunitarios para cada lugar.	Abordar la motivación para asegurar que los trabajadores sanitarios comunitarios restantes sigan suministrando la atención.

Recursos para aclaración de valores y transformación de actitudes

Los trabajadores sanitarios comunitarios tienen un papel fundamental en la prestación y remisión de servicios que salvan vidas, incluida anticoncepción de emergencia, atención postaborto, atención para aborto seguro y para asegurarse de que la atención esté disponible para las personas sobrevivientes en toda su diversidad. Las organizaciones que implementan pueden consultar los siguientes recursos para apoyar las actividades de aclaración de valores y transformación de actitudes (AVTA) para los trabajadores sanitarios comunitarios y el personal del programa.

- Ipas, [Abortion Attitude Transformation: A values clarification toolkit for humanitarian audiences \[Caja de herramientas para aclaración de valores para público humanitario\]](#), 2018.
- Ipas, [Disability inclusion in reproductive health programs: An orientation and values clarification toolkit \[Inclusión de discapacidad en los programas de salud reproductiva: Caja de herramientas para orientación y aclaración de valores\]](#), 2021.

Seguimiento de la atención comunitaria

Debido a la naturaleza piloto del proyecto, las siguientes preguntas se pueden monitorear y evaluar a intervalos claves durante el curso de la implementación del proyecto:

- ¿La prestación de los servicios por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios fue **segura** (de acuerdo al protocolo médico, etc.) y **factible** (en términos de su capacidad para conectarse con las personas sobrevivientes para prestar los servicios, mantener la confidencialidad, construir confianza en la comunidad, etc.)?
- ¿Hasta qué punto la divulgación y aceptación de los servicios multisectoriales para violencia de género aumentó en las áreas intervenidas?
- ¿Cuál es el nivel de satisfacción de las personas sobrevivientes y participantes con las intervenciones?
- Como resultado de la capacitación e intervención, ¿qué cambios han ocurrido en lo relacionado con conocimiento, actitudes y comportamientos entre los proveedores de servicios, incluidos los trabajadores sanitarios comunitarios?

Se pueden utilizar herramientas cualitativas y cuantitativas para evaluar los cambios en los reportes de violencia sexual y otras formas de violencia de la pareja íntima e identificar los cuellos de botella en la accesibilidad de los servicios y las barreras para “romper el silencio” sobre violencia sexual y violencia de la pareja íntima.

El seguimiento de los datos recogidos durante el proyecto debería monitorear el acceso, calidad y utilización de los servicios. Algunas sugerencias de indicadores son:

Indicador	Numerador	Denominador	Fuentes	Tipo de indicador	Objetivo
Porcentaje de las personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención en el lugar del proyecto piloto y que reciben un paquete de atención para violencia sexual de acuerdo al protocolo del proyecto	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben tratamiento y atención de manera oportuna* (1)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)**	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Resultado	100 %
Cambio en el porcentaje de los miembros de la comunidad (desagregado por género, edad y estado civil) que reportan más actitudes de igualdad de género para abordar la violencia de género en su comunidad	--	--	Encuesta cuantitativa de línea de base y final	Resultado	60 %
Porcentaje de cambio en los miembros de la comunidad (desagregados por edad y género) que reportan haber accedido a atención médica por violencia sexual si es necesario	--	--	Encuesta cuantitativa de línea de base y final	Resultado	40 %
Porcentaje de cambio en los miembros de la comunidad (desagregados por edad y género) que reportan haber accedido a atención psicosocial por violencia sexual si es necesario	--	--	Encuesta cuantitativa de línea de base y final	Resultado	40 %
Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	--	--	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--
Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares en menos de 72 horas (para recibir profilaxis postexposición) (B)	--	--	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--
Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares en menos de 120 horas (para recibir anticoncepción de emergencia) (C)	--	--	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--
Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual a quienes los trabajadores sanitarios comunitarios piden consentimientos informados	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual a quienes los trabajadores sanitarios comunitarios piden consentimientos informados (2)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Indicador	Numerador	Denominador	Fuentes	Tipo de indicador	Objetivo
Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben tratamiento presuntivo para enfermedades de transmisión sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios de acuerdo al protocolo local	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben tratamiento presuntivo para enfermedades de transmisión sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios de acuerdo al protocolo local (3)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben anticoncepción de emergencia en menos de 120 horas de los trabajadores sanitarios comunitarios	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben anticoncepción de emergencia en menos de 120 horas de los trabajadores sanitarios comunitarios (4)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares en menos de 120 horas (C)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben profilaxis postexposición en menos de 72 horas de los trabajadores sanitarios comunitarios	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben profilaxis postexposición en menos de 72 horas de los trabajadores sanitarios comunitarios (5)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares en menos de 72 horas (B)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben atención básica por heridas (primeros auxilios) de los trabajadores sanitarios comunitarios	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben atención básica por heridas de los trabajadores sanitarios comunitarios (6)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben apoyo emocional básico de los trabajadores sanitarios comunitarios	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben apoyo emocional básico de los trabajadores sanitarios comunitarios (7)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual remitidos por los trabajadores sanitarios comunitarios para recibir vacunas antitetánica o toxoide tetánico, hepatitis B u otras (donde están disponibles)	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual para quienes los trabajadores sanitarios comunitarios hicieron remisiones (8)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--

Indicador	Numerador	Denominador	Fuentes	Tipo de indicador	Objetivo
Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual remitidas por los trabajadores sanitarios comunitarios a otros servicios médicos, psicosociales, de protección, etc. (donde están disponibles)	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual para quienes los trabajadores sanitarios comunitarios hicieron remisiones (9)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual vistas por un trabajador sanitario comunitario con quien se trataron sus problemas de seguridad y protección personal	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual vistas por un trabajador sanitario comunitario que reciben asesoría sobre seguridad y protección personal (10)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que solicitan una copia de sus registros médicos utilizando un formulario normalizado y mínimo	Cantidad de personas sobrevivientes de violencia sexual que solicitan registros médicos (11)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	--
Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que solicitan atención y reciben visitas de seguimiento a las dos semanas de los trabajadores sanitarios comunitarios	Porcentaje de personas sobrevivientes de violencia sexual que reciben visitas seguimiento a las dos semanas de los trabajadores sanitarios comunitarios (12)	Cantidad total de personas sobrevivientes de violencia sexual que buscan atención médica para violencia sexual de los trabajadores sanitarios comunitarios en los lugares (A)	Formulario de seguimiento de trabajadores sanitarios comunitarios	Proceso	100 %
Cambio porcentual de los miembros de la comunidad (desagregados por género, edad y estado civil) que demuestran conocimiento sobre violencia de género, sus consecuencias y los beneficios de buscar atención oportunamente, y si estos pueden presentarse para recibir apoyo o servicios	--	--	Encuesta cuantitativa de línea de base y final	Resultado	85 %
Cantidad de trabajadores sanitarios comunitarios por cada 1000 mujeres en edades entre 15 y 49 años capacitados en la población objeto del programa específicamente para este proyecto piloto	Cantidad de trabajadores sanitarios comunitarios	Cantidad de mujeres de 15 a 49 años en la población objetivo	Lista de capacitación, información de la población, organización local	Proceso	2 por cada 1000 personas
Porcentaje de trabajadores sanitarios comunitarios que asisten a la capacitación y aprueban la prueba final para comenzar el proyecto piloto	Cantidad de trabajadores sanitarios comunitarios que aprueban	Cantidad total de trabajadores sanitarios comunitarios que asisten a la capacitación	Lista de capacitación, calificaciones de pruebas finales	Proceso	100 %

*Atención oportuna se refiere al tratamiento médico adecuado para el momento en que la persona sobreviviente solicitó atención. Si la persona sobreviviente se presenta demasiado tarde (3) de acuerdo al protocolo de tratamiento presuntivo para enfermedades de transmisión sexual (si aplican restricciones); (4) para anticoncepción de emergencia, o (5) para profilaxis postexposición, entonces atención "oportuna" (1) no incluye (3), (4) o (5).

** (A) es la cantidad total de sobrevivientes que buscan cualquier tipo de atención médica de un trabajador de atención en salud por violencia sexual.

Aspectos fundamentales: Preparación para la capacitación de trabajadores sanitarios humanitarios

Es importante planificar cuidadosamente, lo que debe comenzar varias semanas antes de la capacitación.

Planificación inicial

- Unificar los objetivos de la capacitación.
- Obtener los permisos necesarios de las autoridades y la comunidad local. Esto puede realizarse mediante reuniones con los líderes comunitarios o representantes del gobierno local, para explicar el propósito del proyecto y obtener todas las aprobaciones necesarias, incluida la documentación, si es un requisito.
- Completar todas las actividades de preparación de acuerdo a lo descrito anteriormente, incluido:
 - Identificar las barreras legales, políticas y sociales para que las personas sobrevivientes accedan a atención médica, especialmente la obligatoriedad real o percibida de reportar, tener certificado de matrimonio, obtener el permiso del esposo, reportar a la policía, etc.
 - Revisar o definir los protocolos de atención para las personas sobrevivientes que aborden o superen las barreras y desafíos, como se sugiere anteriormente.
- Determinar el costo por participante, con relación a alimentación, alojamiento, transporte y materiales.

Capacitadores y persona de apoyo necesario

- Identificar de 1 a 3 facilitadores que tengan experiencia en dictar capacitaciones clínicas a trabajadores sanitarios comunitarios.
- Considerar la inclusión del personal de la organización que implementa o las organizaciones aliadas como parte del equipo facilitador, para aplicar su conocimiento experto en el contexto local, especialmente en términos de los referidos disponibles y la coordinación de la atención para las personas sobrevivientes.

Identificación de las personas participantes

- Identificar a los posibles participantes o capacitados y definir los criterios de su participación.
- Hacer un esfuerzo concertado para contactar a personas que se identifican con grupos en riesgo específicos (discapacitados, personas con orientación sexual o identidad de género diferentes, personas trabajadoras sexuales, etc.) para desarrollar sus capacidades como trabajadores sanitarios comunitarios y facilitar su papel en la prestación de la atención.
- Conocer las necesidades de capacitación de las personas participantes, especialmente sus niveles de alfabetización y necesidades de acomodación, y tener una comprensión clara de los roles esperados en el manejo de personas sobrevivientes de violencia sexual en la comunidad.
- Asegurar la asistencia de las personas participantes comunicándose directamente con ellas o enviándoles una invitación.
- Hacer seguimiento de las personas participantes para confirmar su asistencia.

Idioma, interpretación y traducción

- Se debe considerar el idioma y el dialecto en que se debe entregar la capacitación. Si es necesario se puede emplear un intérprete. La elección del idioma es fundamental para mantener la competencia y sensibilidad cultural en el contexto local. También, se debe considerar la interpretación de señas para las personas participantes que utilizan lengua de señas.
- Asegure que todos los materiales se traduzcan adecuadamente para que las personas participantes puedan interactuar completamente. Es fundamental planificar con tiempo y financiación suficientes para las traducciones y su revisión.

Accesibilidad y acomodaciones

- Al identificar e interactuar con las personas participantes, pídale que comuniquen sus necesidades de acomodación específicas, y conozca cómo facilitar mejor su participación activa. Las solicitudes comunes pueden ser transporte desde y hacia el lugar de la capacitación, interpretación de lengua de señas, recursos electrónicos, baños accesibles o asistentes personales. Pregunte si hay adaptaciones particulares que en el pasado hayan funcionado para las personas participantes. Se puede animar a las personas participantes a llevar sus propios dispositivos o a trabajar con personas que estén familiarizadas con sus necesidades. La capacitación puede abordar mejor la inclusión si hay presupuesto para accesibilidad y acomodaciones.

Elección del lugar de la capacitación

- Decida la fecha y lugar de la capacitación que funcione para las personas participantes, facilitadores y otros interesados.
- Reserve el lugar de la capacitación y haga todo lo posible para que sea adecuada para el aprendizaje (buena ventilación e iluminación, y poco ruido externo).

Otros puntos a considerar al identificar el espacio para la capacitación son:

- Ubicación fácil de llegar en transporte público u otros medios de transporte accesible si las personas participantes deben desplazarse diariamente al lugar.
- Ubicación neutra para una gama diversa de personas participantes. Evite realizar la capacitación en un lugar (organización, oficina gubernamental, etc.) donde puede haber tensiones o incomodidad entre participantes y el personal del lugar de la capacitación.
- Lugar con servicios o la posibilidad de hacer acomodaciones, como accesibilidad para las personas con discapacidades, baños adecuados y espacio para oración si es necesario.
- Ubicación que ofrezca privacidad para que las personas participantes pueden compartir sus ideas y participar en actividades grupales sin temor de ser escuchadas.

Protocolos de bioseguridad para COVID-19

La capacitación se debe organizar de acuerdo con las restricciones locales y nacionales por la COVID-19, y de conformidad con las últimas recomendaciones de las autoridades sanitarias mundiales y nacionales. Esto puede incluir:

- Cuando sea factible, solicitar vacunación y pruebas a los facilitadores y los trabajadores sanitarios comunitarios participantes.
- Reducir la cantidad de participantes en las sesiones de capacitación.
- Realizar las capacitaciones en exteriores o lugares con ventilación adecuada.

- Organizar y adaptar las actividades para mantener una distancia de dos metros entre las personas participantes.
- Solicitar que participantes y facilitadores siempre utilicen mascarillas.

Revisión de la herramienta de capacitación

Seleccione los módulos y sesiones pertinentes para usarlas en la capacitación, con base en:

- Cuántos han aprendido de primeros auxilios básicos las personas participantes para estabilizar personas en condiciones que amenazan la vida antes de remitirlas y determinar los materiales que se utilizarán.
- Experiencias de las personas participantes en el suministro preciso y seguro de medicamentos.
- Medidas estándar de prevención y precaución contra infecciones usadas en el proyecto.
- Información sobre procedimientos de almacenamiento y manejo de información, incluido dónde se almacenarán los formularios, quién tiene acceso y cómo se enviará la información de manera segura y confidencial a ubicaciones centralizadas de acuerdo a lo adecuado.
- Protocolos de tratamiento para prevención de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia y profilaxis postexposición.
- Si y dónde hay disponibles dispositivos intrauterinos para prevención de embarazo.
- Si y dónde hay disponibles remisiones para vacunas contra tétano y hepatitis B, si los trabajadores sanitarios comunitarios no las suministran.
- Si hay disponibles pruebas de embarazo y qué tan temprano pueden detectar embarazos.
- Indicaciones legales para la atención para aborto seguro.
- Si hay disponible una cadena de frío para inyecciones contra tétano, hepatitis B y virus de papiloma humano, y si los trabajadores sanitarios comunitarios pueden administrar las inyecciones.

Recopile información sobre:

- Todas las prácticas tradicionales perjudiciales que ocurren en la comunidad, y su prevalencia, si se conocen.
- Leyes pertinentes respecto a violencia sexual, incluida la edad para consentir, leyes que rigen la edad legal para contraer matrimonio, y si la ley reconoce la violación marital.
- Enfermedades de transmisión sexual comunes en la comunidad, y sus datos de prevalencia.
- Prevalencia de VIH, rutas principales de su transmisión en la comunidad, si se conocen.

Adaptar de acuerdo a lo necesario, fotocopiar y obtener de cualquier otra manera folletos, cuadernos, modelos para demostraciones y otros materiales de referencia para usarlos y distribuirlos en la capacitación, incluido:

- Formularios de admisión, historia médica y seguimiento basados en los servicios que se ofrecerán.
- Folletos de los medicamentos, basados en el contexto local.
- Prevención de infecciones de acuerdo al protocolo del proyecto.
- Revise y adapte las metodologías y actividades de las sesiones de acuerdo a lo necesario, tomando en consideración los niveles de alfabetización, experiencia previa y las capacidades de los trabajadores sanitarios comunitarios participantes.

- Prepare papelógrafos, marcadores, lápices y bolígrafos. Prepare materiales que sean aplicables y más adecuados para el lugar de la capacitación.

Sensibilidad y flexibilidad en contextos de crisis³¹

La sensibilidad y la flexibilidad son fundamentales en contextos de crisis. Al planificar esta capacitación, tenga en cuenta los siguientes puntos:

- Tenga en consideración los turnos de trabajo largos o dobles que pueden estar trabajando las personas participantes. Recuerde que algunos participantes pueden haber viajado largo tiempo o tener otras prioridades en casa. Es importante ser pacientes y comprensivos.
- Prepárese para que las personas participantes tengan una diversidad de habilidades y experiencias: algunos pueden ser nuevos en el contexto.
- Sea sensible al bienestar y la salud mental y emocional de las personas participantes: muchas pueden haber sufrido el impacto de crisis y desplazamiento.
- Tenga presente que los trabajadores sanitarios comunitarios mismos pueden ser personas sobrevivientes, y asegúrese de tener recursos disponibles para apoyar a cualquier de los proveedores o participantes que estén en riesgo de sufrir angustia o que también necesiten los servicios.

Defina sistemas de apoyo para las personas participantes durante la capacitación

Participar en capacitaciones sobre violencia sexual puede ser angustioso, y los trabajadores sanitarios comunitarios también pueden ser personas sobrevivientes de violencia sexual. Es fundamental estar preparados para apoyar a las personas participantes que sufran de angustia durante el taller o que necesiten remisiones para servicios apoyo psicosocial o salud mental.

- Antes de la capacitación, debe identificar a las organizaciones de la comunidad que puedan proporcionar apoyo psicosocial a los trabajadores sanitarios comunitarios.
- Prepárese para remitir las personas participantes que necesiten o deseen tener acceso a estos servicios.
- Comparta información sobre los servicios y remisiones con las personas participantes al comienzo de la capacitación.
- Los facilitadores deben acordar normas de trabajo entre todas las personas participantes relacionadas con mantener confidenciales sus debates, y que estos no deben hablar con personas externas a la capacitación de ningún detalle sobre lo que personas específicas hayan mencionado durante la capacitación.

Evaluación de la capacitación

Las evaluaciones de los trabajadores sanitarios comunitarios se realizan usando cuestionarios de evaluación previa y final, y situaciones de ejemplo. Los trabajadores sanitarios comunitarios de los niveles 2 y 3 también presentan una evaluación clínica al final de la capacitación. Las preguntas se basan en los objetivos de la sesión. Comparar los resultados de las pruebas ofrece al facilitador información general sobre el conocimiento adquirido por las personas participantes.

Los puntajes de aprobación de las pruebas finales son:

- Trabajador sanitario comunitario de nivel 1 Por lo menos 70 % en la prueba final de los módulos 2 a 4

31 Adaptado de Inter-Agency Working Group (IAWG) on Reproductive Health in Crises, [Clinical Management of Sexual Violence Survivors in Crisis Settings \[Manejo clínico de personas sobrevivientes de violencia sexual en contextos de crisis\]](#), 2021.

Trabajador sanitario comunitario de nivel 2

- Por lo menos 70 % en la prueba final de los módulos 2 a 4
- Por lo menos 80 % en la prueba final de los módulos 2 a 6
- Trabajador sanitario comunitario de nivel 3
 - Por lo menos 70 % en la prueba final de los módulos 2 a 4
 - Promedio de 80 % en las pruebas finales de los módulos 2 a 6 y el módulo avanzado 8

Los puntajes aprobatorios de la evaluación clínica presentada al final de la capacitación son los siguientes:

- Trabajador sanitario comunitario de nivel 2 80 %
- Trabajador sanitario comunitario de nivel 3 80 %

Si el participante no obtiene el puntaje suficiente, debe recibir más capacitación antes de presentar de nuevo las pruebas.

Supervisión y evaluación permanente de los trabajadores sanitarios comunitarios

La supervisión de apoyo permanente para los trabajadores sanitarios comunitarios durante el proyecto es fundamental para garantizar su buen desempeño y que puedan aplicar correctamente las habilidades aprendidas durante la capacitación. El personal del programa y los supervisores pueden evaluar el desempeño de los trabajadores sanitarios comunitarios realizando visitas de supervisión presenciales y reuniéndose mensualmente con ellos para demostrar y refrescar las habilidades. Esto se puede llevar a cabo mediante simulaciones de situaciones y reuniones de supervisión presenciales. Los temas que necesitan mayor atención se deben abordar mediante capacitaciones en el trabajo y de repaso.

Luego de los tres primeros meses de la prestación del servicio, las organizaciones que implementan debe realizar evaluaciones de seguimiento de los trabajadores sanitarios comunitarios utilizando la herramienta de evaluación, que consiste de preguntas cualitativas, un cuestionario cualitativo, y para los de niveles 2 y 3, una evaluación clínica (similar a la administrada al final de la capacitación). Las mismas herramientas se pueden utilizar a intervalos diferentes durante la implementación para asegurarse de que los trabajadores sanitarios comunitarios conserven las habilidades críticas.

Seguimiento durante la implementación

- Asegure la mentoría, supervisión y seguimiento de los trabajadores sanitarios comunitarios.
- Acuerde con los trabajadores sanitarios comunitarios reuniones rutinarias para reportar y debatir los desafíos y problemas emergentes.
- Haga seguimiento a las personas sobrevivientes cuando sea necesario.
- Recopile y reporte la información de acuerdo con los planes de investigación, seguimiento y evaluación y realice análisis de los datos.

Recursos adicionales:

- Capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios: Manual del facilitador
- Capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios: Paquete para las personas participantes
- Capacitación para trabajadores sanitarios comunitarios: Folletos para las personas participantes

Determinación de los medicamentos que pueden utilizarse en la fase piloto

(Todas las tablas proceden del *Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios] de 2018 o de *Clinical Management of Rape and violencia de la pareja íntima Survivors* [Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia sexual] publicado por la OMS en 2019)

Revise sobre los protocolos que figuran a continuación para el tratamiento presuntivo de las infecciones de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia, profilaxis postexposición, VIH y aborto mediante medicamentos. Compare con el protocolo local y los medicamentos o regímenes disponibles marcando todos los medicamentos utilizados durante la fase piloto, y luego rellene la última columna. Siga siempre los protocolos locales de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y utilice medicamentos y dosis adecuados para niños, adolescentes y mujeres embarazadas.

Tratamiento preventivo de las enfermedades de transmisión sexual en ADULTOS

Enfermedades de transmisión sexual	Protocolo de la OMS ³² Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto	Notas	Medicamentos locales y dosificación, si son diferentes de los de la OMS, que se utilizarán durante la fase piloto
Gonorrea	cefixima 400 mg oral, dosis única o ceftriaxona 125 mg intramuscular, dosis única	Si la persona sobreviviente se presenta en los 30 días siguientes al incidente, puede omitirse la bencilpenicilina benzatínica si la pauta de tratamiento incluye azitromicina 1 g en dosis única , que es eficaz tanto contra la sífilis en incubación como contra las infecciones por clamidia. Si la persona sobreviviente se presenta más de 30 días después del incidente, la azitromicina 2 g en dosis única es suficiente para el tratamiento presuntivo de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de < 2 años de duración y también cubre las infecciones por clamidia.	
Infección por clamidia	azitromicina 1 g por vía oral, en una dosis única (Este antibiótico también es eficaz contra la sífilis en incubación en los 30 días siguientes a la exposición). o doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días (contraindicado en el embarazo)		
<i>Infección por clamidia en mujeres embarazadas</i>	azitromicina 1 g por vía oral, en una dosis única [Este antibiótico también es eficaz contra la sífilis en incubación (durante los 30 días siguientes a la exposición)] o eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o amoxicilina 500 mg por vía oral, 3 veces al día durante 7 días		

32. Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis (IAWG). [Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings](#) [Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios]. IAWG; 2010.

Determinación de los medicamentos que pueden utilizarse en la fase piloto (continued)

Enfermedades de transmisión sexual	Protocolo de la OMS ³² Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto	Notas	Medicamentos locales y dosificación, si son diferentes de los de la OMS, que se utilizarán durante la fase piloto
Sífilis	bencilpenicilina benzatínica* 2,4 millones de UI, intramuscular, dosis única (<i>administrada en dos inyecciones en sitios diferentes</i>) o azitromicina 2 g por vía oral en dosis única (<i>para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de < 2 años de duración</i>). <i>(Este antibiótico también es eficaz contra las infecciones por clamidia).</i>		
<i>Sífilis, paciente alérgico a la penicilina</i>	azitromicina 2 g por vía oral en dosis única (<i>para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de < 2 años de duración</i>). o doxiciclina 100 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días <i>(contraindicado en el embarazo)</i> <i>Tanto la azitromicina como la doxiciclina son eficaces contra las infecciones por clamidia</i>		
<i>Sífilis en mujeres embarazadas con alergia a la penicilina</i>	azitromicina 2 g por vía oral en dosis única (<i>para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana de < 2 años de duración</i>). o eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 14 días <i>Tanto la azitromicina como la eritromicina son eficaces contra las infecciones por clamidia</i>		
Tricomoniasis	metronidazol 2 g por vía oral como dosis única o tinidazol 2 g por vía oral como dosis única o metronidazol 400 o 500 mg por vía oral, 2 veces al día durante 7 días <i>Se debe evitar el metronidazol y el tinidazol en el primer trimestre del embarazo</i>		

Determinación de los medicamentos que pueden utilizarse en la fase piloto (continued)

Tratamiento preventivo de las enfermedades de transmisión sexual para NIÑOS, NIÑAS y JÓVENES

Enfermedades de transmisión sexual	Peso o edad	Protocolo de la OMS		Notas	Medicamentos locales y dosificación, si son diferentes de los de la OMS, que se utilizarán durante la fase piloto
		Medicamento	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto		
Gonorrea	<45 kg	ceftriaxona 125 mg intramuscular, dosis única o espectinomicina 40 mg/kg de peso corporal, intramuscular (hasta un máximo de 2 g), dosis única. o cefixima 8mg/kg de peso corporal por vía oral, dosis única	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto	Si la persona sobreviviente se presenta en los 30 días siguientes al incidente, el tratamiento presuntivo con penicilina benzatina para la sífilis puede omitirse si el régimen de tratamiento incluye azitromicina , que es eficaz tanto contra la sífilis en incubación como contra las infecciones por clamidia.	
	>45 kg	Tratamiento según el protocolo para adultos			
Infección por clamidia	<45 kg	azitromicina 20 mg/kg por vía oral, dosis única o eritromicina 50 mg/kg de peso corporal al día, por vía oral (hasta un máximo de 2 g), dividido en 4 dosis, durante 14 días.	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto		
	>12 años	Tratamiento según el protocolo para adultos			
	>45 kg pero <12 años	eritromicina 500 mg por vía oral, 4 veces al día durante 7 días o azitromicina 1 g oral, dosis única	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto		
Sífilis		penicilina benzatina* 50.000 UI/kg IM (hasta un máximo de 2,4 millones de UI), dosis única	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto		
Sífilis, paciente alérgico a la penicilina		eritromicina 50 mg/kg de peso corporal al día, por vía oral (hasta un máximo de 2 g), dividido en 4 dosis, durante 14 días.	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto		
Tricomoniasis	<12 años	metronidazol 5 mg/kg de peso corporal, por vía oral, tres veces al día durante 7 días	Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto		
	>12 años	Tratamiento según el protocolo para adultos			

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Determinación de los medicamentos que pueden utilizarse en la fase piloto (continued)

Anticoncepción de emergencia	Composición de la píldora	Marcas comunes <i>Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto</i>	Primera dosis: Se debe tomar lo antes posible, hasta 120 horas	Segunda dosis: Tomar 12 horas después	Medicamentos locales y dosis (si son diferentes) que se utilizarán durante la fase piloto
Levonorgestrel ECP solamente	1,5 mg de LNG	NorLevo 1.5 (en ksti RH), Escapelle, Plan B One-Step, Postpill, Pregnon 1.5, Vikela, Postinor 1	1 tableta	0 tabletas	
	0,75 mg de LNG	Postinor 2, Levonelle-2, NorLevo 0,75, Pregnon, Next Choice	2 tabletas	0 tabletas	
Píldora anticonceptiva de levonorgestrel solamente	30 mcg	Microlut, Microval, Norgeston	50 tabletas	0 tabletas	
	37,5 mcg	Overette	40 tabletas	0 tabletas	
Acetato de ulipristal ECP	30 mg de UPA	Ella, ellaOne	1 tableta	0 tabletas	
Acetato de ulipristal	5 mg	Fibristal	6 tabletas	0 tabletas	
Píldoras anticonceptivas combinadas	EE 50 mcg plus LNG 250 mcg o NG 500 mcg	Eugynon 50, Fertilan, Neogynon, Noral, Nordiol, Ovidon, Ovral, Ovran, Tetragynon, E-Gen-C, Neo-Primovlar 4	2 tabletas	2 tabletas	
	EE 30 mcg plus LNG 150 mcg o NG 300 mcg	Lo/Femenal, Microgynon, Nordete, Ovral L, Rigevidon	4 tabletas	4 tabletas	
	EE 20 mcg plus LNG 100 mcg o NG 200 mcg	Loette	5 tabletas	5 tabletas	

Profilaxis postexposición para adultos y adolescentes mayores de 10 años (más de 30 kg)

Se recomienda un régimen de tres medicamentos	Dosis/tableta	Dosificación	Duración	Medicamentos locales y dosis (si son diferentes) que se utilizarán durante la fase piloto
Lamivudina + tenofovir	300 mg/300 mg	1 comprimido una vez al día	28 días	
Más				
Dolutegravir	50 mg	1 comprimido una vez al día	28 días	

Terapias recomendadas de dos fármacos combinados para la profilaxis postexposición y VIH (personas <40 kg)

Peso o edad	Protocolo de la OMS ³³ <i>Medicamento circular utilizado en el contexto de la fase piloto</i>	Prescripción <i>Deseche la botella de jarabe 15 días después de abrirla</i>	Suministro para 28 días	Medicamentos locales y dosis (si son diferentes) que se utilizarán durante la fase piloto
Niños <2 años o de 5 a 9 kg	Zidovudina (ZDV/AZT) jarabe* 10 mg/ml	7,5 mL dos veces al día	420 mL (cinco botellas de 100 mL o tres de 200 mL)	
	más	más	más	
Niños y niñas de 10 a 19 kg	Lamuvudina (3 TC) jarabe 10 mg/ml	2,5 mL dos veces al día	140 mL (dos botellas de 100 mL o una de 200 mL)	
	Zidovudina (ZDV/AZT) 100 mg cápsula	1 cápsula tres veces al día	84 cápsulas	
Niñas, niños y adolescentes de 20 a 39 kg	más	más	más	
	Lamuvudina (3 TC) 150 mg comprimido	½ comprimido dos veces al día	28 tabletas	
Niñas, niños y adolescentes de 20 a 39 kg	Zidovudina (ZDV/AZT) 100 mg cápsula	2 cápsulas tres veces al día	168 cápsulas	
	más	más	más	
	Lamuvudina (3 TC) 150 mg comprimido	1 comprimido dos veces al día	56 tabletas	

33 Reproducido y adaptado de Grupo de trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva durante las Crisis. [Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings \[Manual de campo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios\]](#). IAWG; 2010.

Mifepristona y misoprostol para la interrupción del embarazo hasta las 12 semanas (IAFM).

Edad gestacional	Dosis de mifepristona	Dosis, administración y momento de administración del misoprostol
Hasta 10 semanas	200 mg oral	Después de 24 a 48 horas, 800 mcg por vía bucal, sublingual o vaginal para una dosis.
10 a 12 semanas	200 mg oral	Después de 36 a 48 horas, 800 mcg por vía vaginal, seguido de 400 mcg por vía vaginal o sublingual cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis de misoprostol.

Tratamientos con misoprostol puro para abortos de hasta 12 semanas (IAFM)

Dosis	Vía de administración	Momento de administración
Misoprostol 800 mcg (cuatro comprimidos de 200 mcg) O	Vaginal	Cada 3 a 12 horas durante un máximo de 3 dosis.
Misoprostol 800 mcg (cuatro comprimidos de 200 mcg)	Sublingual	Cada 3 horas durante un máximo de 3 dosis.

Misoprostol para el aborto incompleto hasta las 13 semanas de gestación (IAFM).

Dosis	Vía de administración	Momento de administración
Misoprostol 600 mcg (tres comprimidos de 200 mcg) O	Oral	Una sola dosis.
Misoprostol 400 mcg (dos comprimidos de 200 mcg)	Sublingual	Una sola dosis.

Anexo I

Herramienta para la toma de decisiones sobre la atención y las tareas que serán asumidas por los trabajadores sanitarios comunitarios

INTERVENCIONES Y CONSIDERACIONES	SÍ	NO
<p>Educación en salud sobre violencia sexual, incluidas las formas sexuales de violencia de la pareja íntima, y los beneficios de solicitar ayuda</p> <p>A. ¿Existe atención médica para las personas sobrevivientes de violencia sexual en este contexto (durante la fase piloto o de otro modo)?</p> <p>Si la respuesta es “sí”, la intervención A puede ser ofrecida por los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 1, 2 y 3. (Consulte el Módulo 2, Sesión 2.3)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Reconocer a las personas sobrevivientes de violencia sexual cuando se presentan (identificación pasiva)</p> <p>A. ¿Hay atención médica para las personas sobrevivientes de violencia sexual en este contexto?</p> <p>Si la respuesta es “sí”, la intervención A puede ser ofrecida por los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 1, 2 y 3. Los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 1 deben remitir a los servicios médicos. (Consulte el Módulo 4)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Evaluar activamente a las personas sobrevivientes de violencia sexual o formas sexuales de violencia de la pareja íntima</p> <p>A. ¿Existe un sistema para brindar respuestas a las personas sobrevivientes de violencia sexual?</p> <p>B. ¿Tienen los trabajadores sanitarios comunitarios experiencia y habilidades para trabajar con las personas sobrevivientes?</p> <p>Incluso si una de estas preguntas puede responderse con un “no”, esta intervención no debería llevarse a cabo y los trabajadores sanitarios comunitarios deberían confiar en el autoinforme de las personas sobrevivientes para la atención. Las orientaciones de la OMS también desaconsejan evaluar siempre la violencia de la pareja íntima.</p>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>Proporcionar algo de primeros auxilios básicos para estabilizar a las personas sobrevivientes para su remisión</p> <p>A. ¿Se puede enseñar primeros auxilios a los trabajadores sanitarios comunitarios?</p> <p>Si es así, se pueden aprender los primeros auxilios básicos para estabilizar a las personas sobrevivientes hasta que puedan llegar a servicios de nivel superior. Para los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 1, esto debería ser un mínimo. (Consulte los folletos del Módulo 4, Sesión 4.2, Sección 1.3)</p> <p>Remisión de las personas sobrevivientes a personal médico de mayor nivel o a un centro médico para que reciban atención médica</p> <p>A. ¿Existe un sistema de remisión?</p> <p>Si la respuesta es “sí”, esta medida puede ser llevada a cabo por los trabajadores sanitarios comunitarios de los niveles 1, 2 y 3. (Consulte el Módulo 4, Sesión 4.2)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

INTERVENCIONES Y CONSIDERACIONES	SÍ	NO
Obtener el consentimiento informado y preparar a la persona sobreviviente		
A. ¿Proporcionarán los trabajadores sanitarios comunitarios atención clínica a las personas sobrevivientes si otorgan su consentimiento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la respuesta es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 pueden solicitar el consentimiento informado. Los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 1 no deben participar en la obtención del consentimiento informado, ya que no tratarán a las personas sobrevivientes de violencia sexual.		
Registrar la historia médica		
A. ¿Proporcionan los trabajadores sanitarios comunitarios atención después de registrar la historia clínica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la respuesta es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 pueden registrar la historia clínica de las personas sobrevivientes. Los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 1 no debe participar en la prestación de ninguna parte de los siguientes servicios asistenciales. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2, Sección 2)		
Recopilar evidencia forense		
A. ¿Existe capacidad para la recopilación de pruebas forenses (capacidad de laboratorio o de cadena de pruebas) en el contexto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Existe la posibilidad de utilizar la información recopilada (posibilidad de utilizar las pruebas en los tribunales)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 1, 2 y 3 NO deben recopilar pruebas forenses, aunque respondan afirmativamente en A y B, dado el alcance de su trabajo y las prioridades para garantizar la atención médica. Sin embargo, los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 pueden documentar brevemente las observaciones generales en el formulario de admisión. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.1, Sección 3 y Sesión 5.2, Sesión 2)		
Realización de un examen mínimo de cuerpo y pelvis		
A. ¿Los trabajadores sanitarios comunitarios son el último recurso en este entorno (es decir, no es posible remitir a un nivel superior de atención médica)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la respuesta es "no", los trabajadores sanitarios comunitarios NO deben realizar los exámenes físicos o genitales. Los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 deben limitar su investigación a la observación básica y al tratamiento presuntivo. Cualquier condición que requiera una investigación o un tratamiento más exhaustivo debe remitirse a un centro de nivel superior.		
Si la respuesta es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 (con conocimientos avanzados) solo deben realizar exámenes físicos si no pueden proporcionar el tratamiento en cuestión de otro modo, y solo con el consentimiento de la persona sobreviviente. Debe evitarse, en la medida de lo posible, cualquier actividad invasiva.		
Llenar un formulario de admisión simplificado		
A. ¿Los trabajadores sanitarios comunitarios están alfabetizados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Se pueden guardar los formularios de admisión de forma segura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la respuesta a las dos preguntas es "no", los trabajadores sanitarios comunitarios no deben llenar los formularios de admisión.		
Si se responde afirmativamente a las dos preguntas, los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 pueden llenar los formularios de admisión. Sin embargo, si la respuesta en A es "Sí" pero no a B, durante la fase piloto se permite que los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 completen un formulario de seguimiento que resuma toda la información recopilada. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.1, Sección 3)		
Tenga en cuenta que el formulario de admisión no contiene ninguna información sobre el perpetrador ni datos de identificación de la persona sobreviviente. Esto es para minimizar los riesgos de seguridad para las personas sobrevivientes y los trabajadores sanitarios comunitarios; sin embargo, también limita la capacidad de las personas sobrevivientes para emprender acciones legales en una fase posterior.		

INTERVENCIONES Y CONSIDERACIONES	SÍ	NO
<p>Generar un certificado médico (duplicar el formulario de admisión)</p> <p>A. ¿Se puede garantizar la seguridad de la documentación?</p> <p>B. ¿Se utiliza esta información en la institución?</p> <p>Si la respuesta a las dos preguntas es afirmativa, los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 pueden proporcionar una copia del formulario de admisión (si se utiliza), pero solo si se solicita y después de discutir los posibles riesgos de seguridad con la persona sobreviviente. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2, Sección 9.8)</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Tratar lesiones menores</p> <p>A. ¿Puede tratarse la herida o afección observada con primeros auxilios simples?</p> <p>Si la respuesta a la pregunta A es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 pueden prestar primeros auxilios básicos. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2, Sección 6)</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
<p>Proporcionar otra atención para heridas de acuerdo a lo posible</p> <p>A. ¿La herida debe ser suturada y existe una atención de mayor nivel a nivel local (remisión)?</p> <p>B. ¿La herida debe ser suturada y no existe una atención de mayor calidad en la zona?</p> <p>Si la respuesta a la pregunta A es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 deben remitir la persona a un nivel de atención superior.</p> <p>Si la respuesta a la pregunta B es "sí", solo los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 deberían ocuparse de ella si son el último recurso, y solo si hay capacidad para este tipo de atención.</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Obtener una prueba de embarazo</p> <p>A. ¿Hay pruebas de embarazo disponibles en el centro?</p> <p>Si la respuesta es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 pueden ser incluidos en este esfuerzo.</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
<p>Proporcionar información sobre las opciones de embarazo y remitir para atención para aborto seguro</p> <p>A. ¿Es legal la atención para el aborto en condiciones de seguridad a nivel local?</p> <p>Si la respuesta es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 1, 2 y 3 pueden ser utilizados en el asesoramiento sobre la opción y en el suministro de información para la remisión a los servicios para aborto seguro.</p>	<p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p>
<p>Proporcionar tratamiento presuntivo de enfermedades de transmisión sexual, anticoncepción de emergencia para prevención de embarazo y asesoría de apoyo (incluidos primeros auxilios y apoyo emocional básico)</p> <p>A. ¿Habrá una supervisión de apoyo para los trabajadores sanitarios comunitarios?</p> <p>B. ¿Puede el centro adquirir adecuadamente los bienes necesarios para el tratamiento?</p> <p>Si la respuesta es "sí", los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 pueden ser incluidos en este esfuerzo. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2)</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

INTERVENCIONES Y CONSIDERACIONES	SÍ	NO
Llevar a cabo asesorías y pruebas de VIH		
A. ¿Tiene el centro la capacidad necesaria para realizar las pruebas de VIH?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la respuesta es “no”, esta medida no debe aplicarse.		
Si la respuesta es “sí”, los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 pueden ser incluidos en este esfuerzo.		
Iniciar la profilaxis postexposición		
A. ¿Habrá trabajadores sanitarios de nivel superior que puedan supervisar el inicio de la profilaxis postexposición por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios?		
B. ¿Puede diseñarse la fase piloto específicamente para evaluar la seguridad y la viabilidad de la iniciación de la profilaxis postexposición por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios cuando las orientaciones actuales de la OMS no avalan este nivel de actividad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿La prevalencia del VIH es relativamente alta o hay otras razones que justifican la administración de la profilaxis postexposición? (Un buen indicador es si los centros médicos de la zona ofrecen profilaxis postexposición de forma rutinaria o solo en función de cada caso).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. ¿Se puede empaquetar la profilaxis postexposición con antelación para que los trabajadores sanitarios comunitarios la distribuyan fácilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. ¿Se puede hacer seguimiento a las personas sobrevivientes a la semana de empezar la profilaxis postexposición?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguna de las cinco preguntas se responde con un “no”, la profilaxis postexposición debe ser iniciada por una enfermera o personal de nivel superior.		
Si se responde afirmativamente a las cinco preguntas, se puede considerar a los trabajadores sanitarios comunitarios 3 (con conocimientos avanzados) para esta tarea. (Consulte el Módulo avanzado 8)		
Proporcionar profilaxis postexposición una vez iniciada		
A. ¿Puede el centro adquirir adecuadamente la profilaxis postexposición (es decir, habrá lagunas problemáticas en la cadena de suministro)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Se puede empaquetar la profilaxis postexposición para facilitar su distribución por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si responde “no” a cualquiera de las dos preguntas, esta medida no debe implementarse.		
Si la respuesta a las dos preguntas es afirmativa, los trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 2 y 3 pueden ser incluidos en este esfuerzo. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2, Sección 5)		
Proporcionar toxoide tetánico o vacuna contra la hepatitis B		
A. ¿La cadena de frío está disponible?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. ¿Se pueden cumplir las normas de prevención de infecciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. ¿Pueden los trabajadores sanitarios comunitarios administrar inyecciones in situ (política o experiencia existente)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si la respuesta a cualquiera de las tres preguntas es “no”, esta intervención no debe llevarse a cabo y los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 deben remitir a la persona sobreviviente a un centro médico. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2, Sección 8)		
Si se responde afirmativamente a las tres preguntas, se puede utilizar el trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 (con conocimientos avanzados) para esta tarea. (Consulte el Módulo avanzado 8, sesiones 1 y 2)		

INTERVENCIONES Y CONSIDERACIONES	SÍ	NO
<p>Proporcionar la vacuna contra el papilomavirus humano</p> <p>A. ¿Se puede conseguir fácilmente la vacuna?</p> <p>B. ¿Se pueden cumplir las normas de prevención de infecciones?</p> <p>C. ¿Pueden los trabajadores sanitarios comunitarios administrar inyecciones in situ (política o experiencia existente)?</p> <p>Si la respuesta a cualquiera de las tres preguntas es “no”, esta intervención no debe llevarse a cabo y los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 deben remitir a la persona sobreviviente a un centro médico. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.2, Sección 8)</p> <p>Si se responde afirmativamente a las tres preguntas, se puede utilizar el trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 (con conocimientos avanzados) para esta tarea. (Consulte el Módulo avanzado 8, sesiones 1 y 2)</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Evaluar la seguridad y remitir la persona para que reciba más apoyo</p> <p>A. En el contexto hay lugares seguros para planificar la seguridad.</p> <p>B. La remisión a servicios médicos de nivel superior y a otros servicios de apoyo (protección, apoyo social, atención psicosocial, etc.) está disponible para satisfacer las necesidades de las personas sobrevivientes.</p> <p>Si se responde afirmativamente a las dos preguntas, se pueden incluir los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 en este esfuerzo.</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Seguimiento de las personas sobrevivientes (2 semanas, preferiblemente 1 semana si reciben profilaxis postexposición).</p> <p>A. El contexto ofrece suficiente estabilidad para que los trabajadores sanitarios comunitarios puedan hacer seguimiento.</p> <p>B. La remisión a servicios médicos de nivel superior y a otros servicios de apoyo (protección, apoyo social, atención psicosocial, etc.) está disponible para satisfacer las necesidades de las personas sobrevivientes.</p> <p>Si se responde afirmativamente a las dos preguntas, se pueden incluir los trabajadores sanitarios comunitarios de niveles 2 y 3 en este esfuerzo. (Consulte el Módulo 5, Sesión 5.3)</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Garantizar una atención para el aborto seguro (gestión de la medicación) en el marco de las disposiciones legales</p> <p>A. El aborto con medicamentos es legal en este contexto.</p> <p>B. El seguimiento es posible para las sobrevivientes que deciden interrumpir su embarazo.</p> <p>Si la respuesta a las dos preguntas es afirmativa, se puede considerar la posibilidad de contratar trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 (con conocimientos avanzados) para esta tarea.</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>
<p>Tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual recurrentes</p> <p>A. ¿Los trabajadores sanitarios comunitarios son el último recurso en este entorno (es decir, no es posible remitir a un nivel superior de atención médica)?</p> <p>B. ¿Puede el centro adquirir adecuadamente los bienes necesarios para el tratamiento?</p> <p>Si se responde afirmativamente a las dos preguntas, se pueden emplear trabajadores sanitarios comunitarios de nivel 3 (con conocimientos avanzados) para esta tarea. (Consulte el Módulo avanzado 8, sesión 3)</p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>	<p><input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/></p>

Anexo II

Revisión de la evidencia

La siguiente tabla muestra la base de evidencias para la orientación sobre distribución de tareas en las intervenciones que implican atención médica para las personas sobrevivientes de violencia sexual.

Tabla de intervención para casos de violencia sexual^{34 3536}

Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Nivel	Explicación
	Remisión	Este nivel de intervención se refiere a los hospitales en general. Pueden ser hospitales de distrito u hospitales para remisión.
	Principal	Centros de atención primaria equipados para proporcionar atención clínica.
	Comunidad	Servicios comunitarios a través de los trabajadores sanitarios comunitarios y de divulgación.
Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Tipo de trabajador sanitario	Otros títulos de los cargos
	Médicos clínicos	Médicos especialistas Médicos generales
	Clínicos no médicos	Clínicos asociados de nivel avanzado Clínicos asociados Asistentes médicos Profesionales en enfermería
	Obstetras	
	Personal de enfermería	
	Auxiliares de enfermería y obstetras	
	Enfermeras auxiliares	
	Trabajadores médicos legos	Trabajadores sanitarios comunitarios Trabajador sanitario de la población
	Personal de farmacia	

34 OMS, [A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health: A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health \[Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño: Una revisión global de las principales intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil\]](#), 2011.

35 OMS, [Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas](#), 2012.

36 IPPF, [IPPF Medical Bulletin: IMAP Statement on Task Sharing in Sexual and Reproductive Health \[Boletín Médico de la IPPF: Declaración de la IMAP sobre la distribución de tareas en materia de salud sexual y reproductiva\]](#), 2013.

Intervenciones contra la violencia sexual

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Educación sanitaria sobre violencia sexual, incluida la violencia de la pareja íntima, y los beneficios de buscar ayuda	Todos los niveles	Todo	Materiales de la CEI	<p>Gatuguta A, Katusiime B, Seeley J, Colombini M, Mwanzo I, Devries K. Should community health workers offer support healthcare services to survivors of sexual violence? a systematic review [¿Los trabajadores sanitarios comunitarios deben ofrecer servicios de atención en salud asistenciales a las personas sobrevivientes de violencia sexual?]. <i>BMC Int Health Hum Rights</i>. 2017;17(1):28. Publicado el 12 de octubre de 2017.</p> <p>IASC, Orientaciones para integrar intervenciones de violencia de género en la acción humanitaria: reducir el riesgo, promover la resiliencia y ayudar a la recuperación, 2015.</p> <p>OMS, Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas, 2012.</p>	Se anima a los trabajadores sanitarios comunitarios a que proporcionen y promuevan la educación sanitaria y sobre violencia sexual y de la pareja íntima.
Detección de personas sobrevivientes de la violencia sexual (identificación pasiva), incluidas las formas sexuales de la violencia de la pareja íntima.	Todos los niveles	Todo	Ninguno	<p>OMS. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Orientaciones clínicas y políticas de la OMS], 2013.</p> <p>IPPF, Boletín Médico de la IPPF: IMAP Statement on Task Sharing in Sexual and Reproductive Health [Declaración de la IMAP sobre la distribución de tareas en materia de salud sexual y reproductiva], 2013.</p>	<p>Los proveedores de atención médica deben preguntar sobre la exposición a la violencia de la pareja íntima cuando evalúen las condiciones que pueden ser causadas o exacerbadas por la violencia de la pareja íntima para mejorar el diagnóstico, identificación y atención posterior. -Stark</p> <p>Sin embargo, solo deben preguntar si existen sistemas para responder a las personas sobrevivientes identificadas.</p>
Evaluar activamente a las personas sobrevivientes de violencia sexual o formas sexuales de violencia de la pareja íntima	No se indica en las orientaciones.	No se indica en las orientaciones.	Ninguno	<p>OMS, UNFPA, ACNUR, Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings [Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia a la pareja íntima: desarrollo de protocolos para uso en contextos humanitarios], 2019.</p> <p>OMS. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines [Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Orientaciones clínicas y políticas de la OMS], 2013.</p> <p>Wirtz AL, Glass N, Pham K, et al. Comprehensive development and testing of the ASIST-GBV, a screening tool for responding to gender-based violence among women in humanitarian settings. [Desarrollo integral y pruebas del ASIST-GBV, una herramienta de detección para responder a la violencia de género entre las mujeres en contextos humanitarios]. <i>Confl Health</i>. 2016;10:7. Publicado el 20 de abril de 2016.</p> <p>Vu A, Wirtz A, Pham K, et al. Psychometric properties and reliability of the Assessment Screen to Identify Survivors Toolkit for Gender Based Violence (ASIST-GBV): results from humanitarian settings in Ethiopia and Colombia [Propiedades psicométricas y fiabilidad de la herramienta Assessment Screen to Identify Survivors Toolkit for Gender Based Violence (ASIST-GBV): resultados en escenarios humanitarios de Etiopía y Colombia]. <i>Confl Health</i>. 2016;10:1. Publicado el 9 de febrero de 2016.</p>	<p>La guía no está adaptada específicamente para los trabajadores sanitarios comunitarios.</p> <p>La "evaluación universal" o "interrogatorio rutinario" (es decir, interrogar a las mujeres en todas las visitas médicas) no debe llevarse a cabo.</p> <p>-Condición</p> <p>La herramienta de detección de la violencia de género ASIST-GBV ha demostrado su utilidad y validez para la identificación confidencial y la remisión de personas refugiadas y desplazadas internamente afectadas por la violencia de género (amenazas de violencia, violencia física, sexo forzado, explotación sexual, embarazo forzado, aborto forzado y matrimonio precoz o forzado).</p>

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Proporcionar algo de primeros auxilios básicos para estabilizar a las personas sobrevivientes para su remisión	Todos los niveles	Todo	Kit de primeros auxilios.	IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. [Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja]. International first aid and resuscitation guidelines 2020. [Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación 2020] , 2020. Fundación Hesperian, Where There is No Doctor [Donde no hay médicos] , 2020.	Las orientaciones de la IFRC y de la Fundación Hesperian se dirigen a personas legas
Remisión de las personas sobrevivientes a personal médico de mayor nivel o a un centro médico para que reciban atención médica	Todos los niveles	Todo	Transporte.	IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. [Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja]. International first aid and resuscitation guidelines 2020. [Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación 2020] , 2020.	Las orientaciones de la IFRC están dirigidas a personas legas y voluntarios.
Obtener el consentimiento informado y preparar a la persona sobreviviente	Todos los niveles	Todos (presuntos)	Guiones para el consentimiento	IASC, Orientaciones para integrar intervenciones de violencia de género en la acción humanitaria: reducir el riesgo, promover la resiliencia y ayudar a la recuperación , 2015.	La guía no está adaptada específicamente para los trabajadores sanitarios comunitarios, aunque se supone que es una tarea factible y segura si están capacitados.
Registrar la historia	Todos los niveles	Todos (presuntos)	Formulario de admisión, papelógrafo	OMS, UNFPA, ACNUR, Clinical management of rape and intimate partner violence survivors: developing protocols for use in humanitarian settings [Manejo clínico de las personas sobrevivientes de violación y violencia a la pareja íntima: desarrollo de protocolos para uso en contextos humanitarios] , 2019.	La guía no está adaptada específicamente para los trabajadores sanitarios comunitarios, aunque se supone que es una tarea factible y segura si están capacitados.
Recopilación de un mínimo de evidencia forense	No es específica en las orientaciones	No es específico, aunque las orientaciones existentes mencionan a "clínicos y enfermeras" (presumiblemente médicos clínicos, clínicos no médicos y enfermeras).	Peine, portaobjetos, hojas de papel y bolsas Espéculo Juego de ropas de repuesto Cinta métrica para medir hematomas, laceraciones, etc.	OMS, UNODC. Strengthening the medico-legal response to sexual violence [Fortalecimiento de la respuesta médico-legal a la violencia sexual] , 2015. OMS, Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence [Orientaciones para la atención médico-legal de las víctimas de violencia sexual] , 2003.	No existe ninguna orientación para la recopilación de un mínimo de evidencia forense por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios. La utilidad de esta medida para los trabajadores sanitarios comunitarios es cuestionable dadas las prioridades, sus capacidades y el uso de la información. Los trabajadores sanitarios deben tener una formación especial y experiencia en supervisión para realizar los exámenes médicos forenses. Aunque la labor de los trabajadores sanitarios sea documentar las lesiones y recopilar otras formas de pruebas médico-legales, no es su trabajo determinar si se ha producido una agresión sexual.

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Realizar el examen físico y genital	No se especifica en las orientaciones	No es específico, aunque las orientaciones existentes mencionan a "clínicos y enfermeras" (presumiblemente médicos clínicos, clínicos no médicos y enfermeras).	Espéculo Bata, paño o sábana para cubrir a la persona sobreviviente durante el examen	OMS, Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence [Orientaciones para la atención médico-legal de las víctimas de violencia sexual] , 2003.	No existen orientaciones para que los trabajadores sanitarios comunitarios realicen un examen médico mínimo.
Tratamiento de lesiones menores (quemaduras, hemorragias, lesiones en la cabeza y columna vertebral, lesiones torácicas y abdominales, lesiones en las extremidades, heridas y abrasiones, lesiones dentales, lesiones oculares).	Todos los niveles	Todo	Kit de primeros auxilios o similar, paracetamol, etc. para aliviar el dolor	IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. [Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja]. International first aid and resuscitation guidelines 2020. [Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación 2020] , 2020. Fundación Hesperian, Where There is No Doctor [Donde no hay médicos] , 2020.	Las orientaciones de la IFRC y de la Fundación Hesperian se dirigen a personas legas
Cuidado de las heridas que necesitan sutura (Sutura de pequeñas laceraciones perineales o genitales)	Principal Remisión	Médicos generales, residentes avanzados Médicos, obstetras, enfermeras o enfermeros, Ayudantes de obstetra, auxiliares de enfermería Enfermera	Instrumentos médicos estériles para la reparación de desgarros y suturas Anestesia local Antibióticos para el cuidado de las heridas	Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas , 2012.	Las recomendaciones de la OMS de 2012 concluyen que esta tarea no es competencia de los trabajadores sanitarios legos.
Obtener una prueba de embarazo	Todos los niveles	Todo	Prueba de embarazo en orina	IPPF, Boletín Médico de la IPPF: IMAP Statement on Task Sharing in Sexual and Reproductive Health [Declaración de la IMAP sobre la distribución de tareas en materia de salud sexual y reproductiva] , 2013. Recomendaciones de la OMS: Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave para la salud materna y neonatal a través del cambio de tareas , 2012.	Todos los niveles de trabajadores clínicos pueden confirmar el embarazo. Las pruebas de embarazo en orina son de venta libre en la mayoría de los lugares.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Proporcionar información sobre las opciones de embarazo y remisión a un tratamiento para aborto seguro hasta el máximo alcance permitido por la ley	Todos los niveles	Todo	Ninguno	OMS, Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception . [Funciones de los trabajadores sanitarios en la prestación de servicios de aborto seguro y anticoncepción postaborto], 2015.	Trabajadores médicos legos: Información sobre proveedores seguros y leyes: Recomendado.
Prestación de asesoramiento de apoyo (incluidos primeros auxilios psicológicos básicos)	Todos los niveles	Todo	Ninguno	IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies . [Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja]. International first aid and resuscitation guidelines 2020 . [Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación 2020], 2020. IASC, IASC Guidelines on Mental health and Psychosocial support in emergency settings . [Orientaciones sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia], 2007.	Los trabajadores sanitarios comunitarios son proveedores importantes de atención psicosocial.
Suministro de anticoncepción de emergencia	Todos los niveles	Todo	Píldoras anti-conceptivas de emergencia Anticonceptivos orales (solo progestágenos y combinados)	OMS, Resumen Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception . [Compartir tareas para mejorar el acceso a la planificación familiar y la anticoncepción], 2020.	Los trabajadores sanitarios comunitarios pueden prestar los siguientes servicios anticonceptivos de forma segura y eficaz: educación y asesoría, información sobre toma de decisiones compartida, métodos E36 y de amenorrea de la lactancia, anticonceptivos orales, preservativos e inyectables hormonales, en el marco de seguimiento y evaluación específica. En estas recomendaciones aún no se especifica el suministro de anticoncepción de emergencia. Aunque las píldoras de anticoncepción de emergencia son muy seguras y tienen pocas limitaciones, no hay o no ha sido revisada la evidencia del suministro por parte de trabajadores sanitarios legos. No obstante, la OMS permite la introducción y distribución de anticonceptivos orales combinados, píldoras con solo progestina y anticoncepción de emergencia por parte de trabajadores sanitarios legos.

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
<p>Tratamiento preventivo y manejo de enfermedades de transmisión sexual</p> <p>Infecciones (enfermedades de transmisión sexual)</p>	Todos los niveles	Todo	<p>Material para el asesoramiento</p> <p>Preservativos (para hombres y mujeres)</p> <p>Antibióticos de acuerdo con las directrices de medicamentos esenciales</p>	<p>OMS, Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child Health [Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño: Una revisión global de las principales intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil], 2011.</p> <p>OMS, Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis [Orientaciones para el tratamiento de Chlamydia trachomatis], 2016.</p> <p>OMS, Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae [Orientaciones para el tratamiento de Neisseria gonorrhoeae], 2016.</p> <p>OMS, Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis) [Orientaciones para el tratamiento del Treponema pallidum (sífilis)], 2016.</p> <p>OMS, Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice [Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: guía para la práctica básica], 2005.</p>	La OMS permite que los antibióticos sean suministrados de acuerdo con las Orientaciones de Medicamentos Esenciales por todos los niveles de trabajadores sanitarios.
Asesoría sobre el VIH antes y después de la prueba	Todos los niveles	Todo	Material para el asesoramiento	<p>OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública], segunda edición, 2016.</p> <p>IPPF, Medical Bulletin: IMAP Statement on Task Sharing in Sexual and Reproductive Health [Boletín Médico de la IPPF: Declaración de la IMAP sobre la distribución de tareas en materia de salud sexual y reproductiva], 2013.</p> <p>WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales], 2008.</p>	Se anima a los trabajadores sanitarios comunitarios a realizar un asesoramiento más intensivo tras la prueba.

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Pruebas de VIH	Todos los niveles	Todo	Pruebas rápidas de diagnóstico de VIH	<p>Kennedy CE, Yeh PT, Johnson C, Baggaley R. Should trained lay providers perform HIV testing? A systematic review to inform World Health Organization guidelines. [¿Deben los proveedores legos capacitados realizar las pruebas de VIH? Una revisión sistemática para aportar a las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud.] <i>AIDS Care</i>. 2017;29(12):1473-1479.</p> <p>OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública], segunda edición. 2016.</p> <p>IPPF Medical Bulletin: IMAP Statement on Task Sharing in Sexual and Reproductive Health [Boletín Médico de la IPPF. Declaración de la IMAP sobre la distribución de tareas en materia de salud sexual y reproductiva], 2013.</p> <p>WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales], 2008.</p>	<p>Basándose en las pruebas que apoyan el uso de trabajadores legos capacitados, un panel de expertos de la OMS recomendó que se les permita a realizar las pruebas rápidas de VIH.</p> <p>Los proveedores legos capacitados y supervisados pueden proporcionar de forma independiente y eficaz pruebas del VIH mediante pruebas diagnósticas rápidas (RDT) (recomendación fuerte, evidencia de calidad moderada).</p> <p>El personal no perteneciente al laboratorio, incluido el personal lego, puede realizar la recopilación de huellas dactilares.</p> <p>No se recomienda que los trabajadores sanitarios comunitarios pidan pruebas de CD4 o que recojan y preparen sangre para pruebas de CD4.</p>
Recomendación de dos o más tratamientos de profilaxis postexposición con terapia antirretroviral	Principal Remisión	Médicos clínicos, clínicos no parteras, enfermeras y enfermeros	Ninguno	<p>OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública], segunda edición. 2016.</p> <p>WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales], 2008.</p>	Las orientaciones de la OMS no permiten que los trabajadores sanitarios comunitarios recomienden regímenes de medicamentos para la profilaxis postexposición, especialmente porque esto incluye pruebas de coinfección con hepatitis B,

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Inicio de dos o más tratamientos de profilaxis postexposición con medicamentos antirretrovirales	Principal Remisión	Médicos clínicos, clínicos no parteras, enfermeras y enfermeros	Profilaxis postexposición	<p>OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública], segunda edición, 2016.</p> <p>OMS, OIT. Profilaxis postexposición para prevenir la infección por VIH: Joint WHO/ILO Guidelines on post-exposure prophylaxis (profilaxis postexposición) to prevent HIV infection [Orientaciones conjuntas de la OMS y la OIT sobre la profilaxis postexposición (PEP) para prevenir la infección por VIH], 2007.</p> <p>OMS, Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child Health [Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño. Una revisión global de las principales intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil], 2011.</p> <p>OMS, Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants [Asesoramiento rápido: uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de mujeres embarazadas y prevención de la infección por VIH en los lactantes], 2010.</p> <p>OMS, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales], 2008.</p>	<p>Los trabajadores sanitarios comunitarios pueden suministrar terapia antirretroviral, pero no están autorizados a <i>iniciar</i> la profilaxis postexposición según las orientaciones actuales de la OMS.</p> <p>El personal clínico no médico capacitado, los obstetras y el personal de enfermería pueden iniciar el tratamiento inicial con terapia antirretroviral (recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada).</p> <p>Los protocolos locales podrían permitir el inicio de la profilaxis postexposición a nivel de distrito (es decir, el suministro de un paquete inicial), seguido, si es necesario, de la remisión a un centro de nivel terciario para una evaluación completa del riesgo y el manejo clínico. La atención y el apoyo de seguimiento podrían proporcionarse en contextos clínicos apropiados, preferiblemente lo más cerca posible de la comunidad local, a menos que la persona deba ser evacuada o protegida por razones de seguridad.</p>

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Suministro de profilaxis postexposición tan pronto como se haya iniciado	Todos los niveles	Todo	Profilaxis postexposición	<p>OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública], segunda edición. 2016.</p> <p>Equipo de trabajo interinstitucional sobre el VIH en emergencias humanitarias, Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) in Humanitarian Settings: Part II Implementation Guide [Prevención de la transmisión materno-infantil (PMTCT) en contextos humanitarios: Guía de implementación, Parte II], 2015.</p>	<p>Los proveedores legos que cuenten con formación y que estén bajo supervisión pueden administrar terapia antirretroviral a los adultos, adolescentes, niños y niñas que tengan VIH (fuertemente recomendado, evidencia de baja calidad).</p> <p>Los clínicos no médicos capacitados, los obstetras y el personal de enfermería pueden llevar a cabo la terapia antirretroviral (fuerte recomendación, calidad de la evidencia moderada).</p> <p>Los trabajadores sanitarios comunitarios capacitados y supervisados pueden administrar terapia antirretroviral entre visitas regulares al médico (recomendación fuerte, calidad de la evidencia moderada).</p> <p>Estas recomendaciones se aplican a todos los adultos, adolescentes, niñas y niños que trabajan con VIH.</p> <p>Trasladar las tareas a trabajadores sanitarios menos cualificados y del personal sanitario calificado al personal lego es una solución viable.</p>
Proporcionar orientación y apoyo para profilaxis postexposición	Todos los niveles	Todo	Ninguno	WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales] , 2008.	Se anima a los trabajadores sanitarios comunitarios a que lleven a cabo el asesoramiento sobre la terapia antirretroviral con el paciente individual o con el cuidador si el paciente es niño o niña.

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Profilaxis con cotrimoxazol	Todos los niveles	Todos (presuntos)	Cotrimoxazol	<p>OMS, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Orientaciones consolidadas sobre el uso de drogas antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública], segunda edición. 2016.</p> <p>OMS, Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children [Directrices sobre la profilaxis posterior a la exposición al VIH y el uso de la profilaxis con cotrimoxazol para las infecciones relacionadas con el VIH entre adultos, adolescentes, niñas y niños]. 2014.</p>	<p>El cotrimoxazol previene y trata una amplia gama de infecciones bacterianas, fúngicas y protozoarias. Recientemente, han surgido nuevas pruebas de que, con la ampliación efectiva del terapia antirretroviral, la profilaxis con cotrimoxazol tiene un beneficio más amplio que la prevención de la neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i> y la reducción de la mortalidad asociada al VIH entre las personas con recuentos bajos de CD4. En particular, el valor de la profilaxis con cotrimoxazol para la prevención de la malaria y las infecciones bacterianas graves en adultos, niñas y niños con VIH se revisó cuando se elaboró la evidencia sistemática para esta nueva directriz.</p> <p>Las orientaciones existentes no especifican qué personal puede prestar estos cuidados.</p>
Suministro de la vacuna contra la hepatitis B	Todos los niveles	Todo	Vacuna	<p>Otto, B. F., Made Suarnawa, I., Stewart, T., Nelson, C., Ruff, T.A., Widjaya, A. y Maynard, J.E.: At-birth immunization against hepatitis B using a novel pre-filled immunization device stored outside the cold chain [Vacunación contra la hepatitis B al nacer con un novedoso dispositivo de vacunación precargado y almacenado sin cadena de frío]. <i>Vaccine</i> 1999(18):498-502.</p>	<p>Existen pruebas de investigación en el contexto del desarrollo de vacunas contra la hepatitis B mediante el uso seguro y adecuado del dispositivo Uniject, que ha sido precalificado por la OMS.</p>
Suministro de toxoide tetánico	Todos los niveles	Todo	Vacuna (vacuna TT)	<p>OMS, Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child Health [Intervenciones, productos y directrices esenciales para la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño: Una revisión global de las principales intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil], 2011.</p> <p>OMS, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide to essential practice [Atención para el embarazo, parto, posparto y neonatal: guía de prácticas esenciales], 2005.</p> <p>Quiroga, R., Halkyer, P., Gil, F., Nelson, C., & Kristensen, D. A prefilled injection device for outreach tetanus immunization by Bolivian traditional birth attendants [Un dispositivo de inyección precargada para campañas de vacunación antitetánica realizada por parteras tradicionales en Bolivia]. <i>Pan Am J Public Health</i>, 1998;4(1):20-25.</p> <p>Sutanto, A., Suarnawa, I.M., Nelson, C.M., Stewart, T. e Indijati Soewarso, T. "Home delivery of heat-stable vaccines in Indonesia: outreach immunization with a prefilled, single-use injection device." ["Entrega a domicilio de vacunas termoestables en Indonesia: campaña de vacunación con un dispositivo de inyección precargado de un solo uso"]. <i>Bulletin of the World Health Organization</i>, [Boletín de la Organización Mundial de la Salud], 1999;77 (2):119-126.</p>	<p>Hay investigación disponible en el contexto del desarrollo sobre la administración del toxoide tetánico mediante el uso seguro y adecuado del dispositivo Uniject, que ha sido precalificado por la OMS.</p>

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Prevención papilomavirus humano	Todos los niveles	Todo	Vacuna contra el papilomavirus humano	No hay orientaciones específicas.	Dado que los trabajadores sanitarios comunitarios pueden administrar las vacunas de forma segura en jeringuillas precargadas con el seguimiento y supervisión adecuados, es probable que también puedan suministrar las vacunas contra el papilomavirus humano.
Manejo de los efectos secundarios autolimitantes de los medicamentos antirretrovirales en los regímenes de profilaxis postexposición (Atención de seguimiento)	Todos los niveles	Todo	Ninguno	WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales] , 2008.	
Manejo las toxicidades graves de los medicamentos antirretrovirales en los regímenes de profilaxis postexposición (Atención de seguimiento)	No se indica en las orientaciones, pero probablemente sea una remisión.	Médicos clínicos, clínicos no médicos	Ninguno	WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales] , 2008.	
Realización y evaluación pruebas de VIH postexposición (atención de seguimiento)	Todos los niveles	Todo	Prueba del VIH	WHO, Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines [Cambio de tareas: Recomendaciones y orientaciones mundiales] , 2008.	

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Prestación de servicios para aborto seguro (medicación) hasta el máximo alcance permitido por la ley	Todos los niveles	Todo	Misoprostol Mifepristona	<p>OMS, Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception [Funciones de los trabajadores sanitarios en la prestación de servicios de aborto seguro y anticoncepción postaborto], 2015.</p> <p>OMS, Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition [Aborto sin riesgos: orientación técnica y política para los sistemas de salud, segunda edición], 2012.</p>	<p>Trabajadores médicos legos:</p> <p>Asesoramiento previo y posterior al aborto: se recomienda en determinadas circunstancias.</p> <p>Tratamiento del aborto incompleto no complicado o aborto involuntario con misoprostol: recomendación en el contexto de una investigación rigurosa.</p> <p>Subtareas del aborto médico en el primer trimestre: No se hace ninguna recomendación para la realización independiente de abortos médicos en el primer trimestre para los trabajadores sanitarios legos, pero se hacen recomendaciones para las siguientes subtareas:</p> <p>Evaluación de la idoneidad del aborto con medicamentos: se recomienda en el contexto de una investigación rigurosa.</p> <p>Administración independiente de la medicación y manejo independiente del proceso y de los efectos secundarios más comunes: recomendada como parte de una investigación rigurosa.</p> <p>Evaluación de la finalización del procedimiento y de la necesidad de un seguimiento clínico posterior: recomendado en el contexto de una investigación rigurosa.</p> <p>Papel de los enfoques de automanejo</p> <p>Aborto médico del embarazo en el primer trimestre: Ninguna recomendación para la tarea general</p> <p>Autoevaluación de la elegibilidad: se recomienda como parte de una investigación rigurosa.</p> <p>Administración de los medicamentos mifepristona y misoprostol sin supervisión directa de un profesional sanitario: se recomienda en determinadas circunstancias.</p> <p>Autoevaluación de la integridad del proceso de aborto: se recomienda en determinadas circunstancias.</p> <p>Autoadministración de anticonceptivos inyectables: se recomienda en determinadas circunstancias.</p> <p>El uso doméstico del misoprostol es una opción segura para las mujeres. Cada vez más, las mujeres reciben misoprostol para autoadministrarse en casa en las 24 a 48 horas siguientes al tratamiento con mifepristona en la clínica. Las mujeres que utilizan el misoprostol en casa pueden abandonar el centro poco después de tomar la mifepristona. Deben recibir información sobre lo que pueden esperar en cuanto a hemorragias vaginales y expulsión de los productos de la fecundación después de utilizar el misoprostol, cómo reconocer las complicaciones y a quién dirigirse en caso de que se produzcan. Para las pocas mujeres que sangran, es importante explicar que la dosis de misoprostol debe tomarse según lo indicado, independientemente de que se produzca una hemorragia después de la mifepristona.</p>

Los trabajadores sanitarios comunitarios

Cómo empezar

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Anticoncepción postaborto (Atención de seguimiento)	Todos los niveles	Todo	Preservativos Anticonceptivos orales Inyectables hormonales	<p>OMS, Resumen. Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception. [Compartir tareas para mejorar el acceso a la planificación familiar y la anticoncepción], 2020.</p> <p>OMS, Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception [Funciones de los trabajadores sanitarios en la prestación de servicios de aborto seguro y anticoncepción postaborto], 2015.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS) Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg/Centro de Programas de Comunicación (CCP) Proyecto Conocimiento para la Salud, Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores (actualización 2018), 2018.</p> <p>Okegbe T, Affo J, Djihoun F, et al. Introduction of Community-Based Provision of Subcutaneous Depot Medroxyprogesterone Acetate (DMPA-SC) in Benin: Programmatic Results [Introducción de la administración comunitaria de acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutáneo (DMPA-SC) en Benin: Programmatic Results [Introducción a la administración comunitaria de acetato de medroxiprogesterona (DMPA-SC) en Benin]. Glob Health Sci Pract. 2019;7(2):228-239. Publicado el 27 de junio de 2019.</p> <p>Tilahun Y, Lew C, Belayihun B, Lulu Hagos K, Asnake M. Improving Contraceptive Access, Use, and Method Mix by Task Sharing Implanon Insertion to Frontline Health Workers: The Experience of the Integrated Family Health Program in Ethiopia [Mejorar el acceso, uso y combinación de métodos anticonceptivos mediante la distribución de tareas de inserción de Implanon a los trabajadores sanitarios de primera línea: The Experience of the Integrated Family Health Program in Ethiopia. [Mejorar el acceso, uso y método de mezcla de anticonceptivos compartiendo tareas de implantación e inserción con los trabajadores sanitarios de primera línea: La experiencia del programa de salud familiar integrado en Etiopía] Glob Health Sci Pract. 2017;5(4):592-602. Publicado el 28 de diciembre de 2017.</p>	<p>- Los trabajadores sanitarios comunitarios pueden prestar los siguientes servicios anticonceptivos de forma segura y eficaz: educación y asesoría, información sobre toma de decisiones compartida, métodos E36 y de amenorrea de la lactancia, anticonceptivos orales, preservativos e inyectables hormonales, en el marco de seguimiento y evaluación específica.</p> <p>Suministro de anticonceptivos postaborto:</p> <p>Inserción y extracción de implantes: se recomienda en el marco de una investigación rigurosa.</p> <p>Iniciación e interrupción de anticonceptivos inyectables: se recomienda en determinadas circunstancias.</p> <p>Las siguientes consideraciones son importantes a la hora de ofrecer la opción de autoinyección:</p> <p>Preparativos adecuados para el almacenamiento y custodia de objetos punzantes en el hogar.</p> <p>Formación y provisión de mecanismos para la eliminación segura de los anticonceptivos inyectables usados (especialmente en zonas con alta prevalencia de VIH).</p> <p>Garantizar una forma de obtener anticonceptivos inyectables con regularidad sin tener que acudir repetidamente a un centro médico.</p> <p>Desde 2016, el proyecto Advancing Partners & Communities (APC) ha apoyado al Ministerio de Salud de Benín con el suministro de DMPA-SC subcutáneo (marca Sayana Press) a través de proveedores de salud en centros médicos y trabajadores sanitarios comunitarios, conocidos como <i>relais communautaires</i> (RC).</p>

Intervención	Nivel de atención en el que se puede prestar atención	Tipo de trabajador sanitario que puede realizar la intervención	Materiales importantes	Actualización de orientaciones prácticas, manuales de formación y evidencia	Notas sobre los trabajadores sanitarios comunitarios
Remisión a servicios de protección, apoyo jurídico, albergues, ayuda psicosocial, salud mental y otros	Todos los niveles	Todo	Ninguno	<p>IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. [Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja]. International first aid and resuscitation guidelines 2020. [Orientaciones internacionales de primeros auxilios y resucitación 2020], 2020.</p> <p>IASC, Orientaciones para integrar intervenciones de violencia de género en la acción humanitaria: reducir el riesgo, promover la resiliencia y ayudar a la recuperación, 2015.</p> <p>OMS, UNHCR, mhGAP humanitarian intervention guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies [Guía de intervención humanitaria mhGAP (mhGAP-HIG): gestión clínica de las afecciones mentales, neurológicas y uso de sustancias en las emergencias humanitarias], 2015.</p> <p>IPPF Medical Bulletin: IMAP Statement on Task Sharing in Sexual and Reproductive Health [Boletín Médico de la IPPF: Declaración de la IMAP sobre la distribución de tareas en materia de salud sexual y reproductiva], 2013.</p>	Los trabajadores sanitarios comunitarios desempeñan un papel importante en la prestación de apoyo psicosocial y la remisión a otros servicios.

Acknowledgements

Reconocimientos

En el año 2014 se desarrolló una herramienta de capacitación para ser implementada por UNICEF, con aliados de Somalia y Sudán del Sur. La herramienta original estaba basada en los aprendizajes de la Comisión de Mujeres Refugiadas, el Programa Mundial de Acceso a la Salud (GHAP), la Asociación Médica de Burma (BMA) y el proyecto piloto del Departamento de Salud y Beneficencia Karen (KDHW) sobre la atención comunitaria para las personas sobrevivientes de agresión sexual, que fue implementado en el estado Karen, en Myanmar oriental. La Comisión de Mujeres Refugiadas agradece el invaluable trabajo de GHAP, BMA, KDHW, UNICEF y los trabajadores sanitarios comunitarios, quienes han estado en la primera línea para asegurar que las mujeres y niñas que han sufrido de violencia sexual tengan disponible atención médica en sus comunidades.

La realización de la actualización de la herramienta de capacitación ha sido posible gracias a la ayuda del gobierno de Reino Unido, como parte del Consorcio ACCESS, liderado por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF).

Declaración de la Comisión de Mujeres Refugiadas

La Comisión de Mujeres Refugiadas es una organización de investigación y promoción con sede en Estados Unidos. Mejora las vidas y protege los derechos de mujeres, niños, niñas, jóvenes y otros grupos marginalizados que han sido desplazados por los conflictos y crisis. La Comisión de Mujeres Refugiadas investiga sus necesidades, identifica soluciones y promueve programas y políticas para fortalecer su resiliencia y generar cambios en la práctica humanitaria.

Acerca del Consorcio ACCESS

El Consorcio Approaches in Complex and Challenging Environments for Sustainable Sexual and Reproductive Health Rights (ACCESS) tiene como fin aumentar el acceso a salud sexual y reproductiva integral de la población excluida, y garantizar el progreso hacia derechos y la salud sexual y reproductiva universal. El Consorcio ha estudiado enfoques escalables y basados en evidencia para movilizar a la población marginada y desatendida en todos los contextos del desarrollo humanitario de Líbano, Mozambique, Nepal y Uganda.

Autores del currículo

Este currículo fue desarrollado por la Comisión de Mujeres Refugiadas. Las opiniones expresadas no necesariamente representan las políticas oficiales del gobierno de Reino Unido, UNICEF ni de todos los socios del Consorcio.

Communities Care: Transforming Lives and Preventing Violence

© UNICEF, 2024. All rights reserved.



United Nations Children's Fund
Programme Division, Child Protection in Emergencies
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017
Email: mmarsh@unicef.org
Website: www.unicef.org



**WOMEN'S
REFUGEE
COMMISSION**

Women's Refugee Commission
15 West 37th Street, 9th Floor
New York, NY 10018
+1 (212) 551-3115
Email: info@wrcommission.org
Website: womensrefugeecommission.org