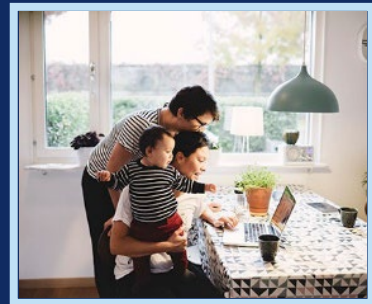




ASPR
ASSISTANT SECRETARY FOR
PREPAREDNESS AND RESPONSE



HHS Herramientas de planificación para emergencias de salud materno-infantil

Mayo 2021



HHS HERRAMIENTAS DE PLANIFICACIÓN PARA EMERGENCIAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Mayo 2021

Tabla de contenidos

Introducción.....	5
Propósito y audiencia.....	5
Descripción general de las poblaciones de MCH.....	6
Estructura, marcos y conceptos clave.....	10
Legislación y reglamentos pertinentes.....	13
Módulo 1: Preparación.....	14
Consideraciones generales de planificación para las poblaciones de MCH.....	14
Plan para la continuidad de las operaciones y el acceso a los servicios.....	19
Preparación para mujeres embarazadas, en posparto y/o en lactancia.....	22
Lista de recursos – Preparación.....	33
Módulo 2: Respuesta.....	34
Consideraciones generales sobre la respuesta para las poblaciones de MCH.....	34
Continuidad de operaciones y acceso a los servicios.....	35
Consideraciones sobre la equidad en salud durante la respuesta a la emergencia.....	37
Consideraciones sobre la respuesta para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes.....	41
Consideraciones de respuesta para bebés y niños pequeños.....	45
Listado de recursos – Respuesta.....	50
Modulo 3: Recuperación.....	51
Consideraciones generales sobre la recuperación de las poblaciones de MCH.....	51
Continuidad de operaciones posteriores a una emergencia.....	53
Recuperación para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes.....	56
Recuperación para bebés y niños pequeños.....	59
Mitigación y resiliencia comunitaria.....	63
Lista de recursos - Recuperación.....	65
Módulo 4: Estudios de casos.....	66
Estudio de caso 1.....	66
Estudio de caso 2.....	68
Estudio de caso 3.....	70
Estudio de caso 4.....	72
Conclusión.....	74
Apéndice A: Objetivos SDOH de <i>Healthy People</i> 2030.....	75
Apéndice B: Resumen del ciclo de gestión de emergencias.....	77
Apéndice C: Enfoque informado sobre el trauma.....	78
Apéndice D: Consideraciones sobre la lactancia y la fórmula para bebés en situaciones de emergencia.....	79
Apéndice E: Acrónimos.....	80
Apéndice F: Glosario de términos.....	82
Apéndice G: Referencias.....	86

Lista de figuras

Figura 1: Poblaciones de MCH en este set de herramientas.....	6
Figura 2: Salud materno-infantil en los Estados Unidos.....	7

Figura 3: Inequidad en la mortalidad materna e infantil entre grupos demográficos y la geografía.....	9
Figura 4: Ciclo de gestión de emergencias.....	10
Figura 5: Marcos para abordar las necesidades de las poblaciones de MCH	10
Figura 6: Ejemplo de socios de MCH y partes interesadas de MCH	14
Figura 7: Kit de emergencia en el hogar	18
Figura 8: Preparación para la continuidad de las operaciones.....	19
Figura 9: Lista de reservas locales de emergencia para bebés y niños pequeños	27
Figura 10: El marco CMIST.....	36
Figura 11: Continuidad de las operaciones durante la recuperación	54

Lista de tablas

Tabla 1: Audiencia de las herramientas para la planificación de emergencia de MCH de HHS.....	5
Tabla 2: Conceptos clave de las herramientas para la planificación de emergencias de MCH	6
Tabla 3: Programas y recursos con apoyo federal disponibles a nivel estatal.....	15
Tabla 4: Consideraciones sobre la preparación de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia	24
Tabla 5: Consideraciones de preparación para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia.....	31
Tabla 6: Consideraciones de respuesta para las mujeres embarazadas, en posparto y/ lactantes en varios escenarios de emergencia	44
Tabla 7: Consideraciones de respuesta para lactantes y niños pequeños en varios escenarios de emergencia	48
Tabla 8: Consideraciones de recuperación para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia.....	58
Tabla 9: Consideraciones de recuperación para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia	62

Introducción

Propósito y audiencia

El propósito de las herramientas de planificación para emergencias de salud materno-infantil (MCH, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés) presentadas en este documento, es el de mejorar la capacidad de los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales para abordar la salud materna e infantil en las actividades de preparación, respuesta, recuperación y mitigación de emergencias.¹ Este conjunto de herramientas describe los pasos básicos de planificación, destaca los recursos clave, las prácticas más favorables, y explica información y datos críticos sobre la salud materno-infantil para integración en todo el ciclo de manejo de emergencias.

Este conjunto de herramientas está dirigido a proveedores que atienden a poblaciones de MCH, sin embargo, la información también es relevante para otros grupos de partes interesadas (ver **Tabla 1**). Se hace referencia a otros socios de MCH en **la Figura 6: Ejemplo de socios y partes interesadas de MCH**.

Tabla 1: Audiencia de las herramientas para la planificación de emergencia de MCH de HHS

AUDIENCIA PRIMARIA	AUDIENCIA SECUNDARIA
<ul style="list-style-type: none">• Proveedores de servicios de salud• Funcionarios de salud pública• Proveedores de servicios sociales• Beneficiarios del Servicio de Salud Materno-infantil Título V de la subvención en bloque y beneficiarios federales relacionados• Proveedores de servicios directos para poblaciones de MCH• Trabajadores de salud comunitarios/promotores de salud	<ul style="list-style-type: none">• Socios y organizaciones de la comunidad• Administradores de emergencias• Visitantes a hogares• Individuos y familias

Un objetivo principal de salud pública del gobierno de los Estados Unidos es mejorar la salud materna. HHS emitió un [Plan de Acción](#) (enlace en inglés), en diciembre de 2020 que proporciona una guía para abordar los factores de riesgo antes y durante el embarazo, mejorar la calidad y el acceso a la atención materna y posparto. El Plan de Acción describe tres objetivos específicos para mejorar los resultados de la salud materna de la nación para 2025, incluida *la reducción de la tasa de mortalidad materna en un 50%*.² El Cirujano General de los Estados Unidos emitió [un llamado a mejorar la salud materna](#), (enlace en inglés) que enfatiza las marcadas disparidades raciales, étnicas y geográficas en el estado actual de la mortalidad y morbilidad materna.

Aunque se han logrado avances sustanciales para mejorar la salud y el bienestar de todos los americanos, las desigualdades entre grupos poblacionales y áreas geográficas han persistido y siguen siendo marcadas. El término "equidad" significa el trato justo, equitativo e imparcial consistente y sistemático de todas las personas, incluidas las personas que pertenecen a comunidades marginadas a las que se les ha negado dicho trato, como las personas negras, latinas, indígenas y nativas americanas, los asiático-americanos y los isleños del Pacífico y otras personas de color; miembros de minorías religiosas; lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero y *queer* (LGBTQ+); personas con discapacidades; las personas que viven en zonas rurales; y las personas afectadas negativamente por la persistencia de la pobreza o la desigualdad.³

¹ Estas herramientas fueron desarrolladas por el Programa para personas en riesgo del HHS/ASPR en colaboración con el Comité Interagencial Federal (FICEMS) y otros socios en los campos de salud pública, salud materno-infantil y manejo de emergencias

² Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) (2021). [El HHS describe nuevos planes y una asociación para reducir las muertes relacionadas con el embarazo en los Estados Unidos](https://www.hhs.gov/about/news/2020/12/03/hhs-outlines-new-plans-to-reduce-us-pregnancy-related-deaths.html) (enlace en inglés). <https://www.hhs.gov/about/news/2020/12/03/hhs-outlines-new-plans-to-reduce-us-pregnancy-related-deaths.html>

³ La Casa Blanca (Pres. Joseph R. Biden). Orden Ejecutiva No. 13985, 20 de enero de 2021. [Orden Ejecutiva Para Fomentar la Equidad Racial y el Apoyo para las Comunidades Marginadas a través del Gobierno Federal](https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/01/20/executive-order-advancing-racial-equity-and-support-for-underserved-communities-through-the-federal-government/) (enlace en inglés). <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/01/20/executive-order-advancing-racial-equity-and-support-for-underserved-communities-through-the-federal-government/>

Debido a estas disparidades, este conjunto de herramientas destaca las consideraciones adicionales de atención médica y planificación que las comunidades marginadas pueden requerir a lo largo del ciclo de manejo de emergencias.

El término "comunidades marginadas" se refiere a las poblaciones que comparten una característica particular, así como a las comunidades geográficas, a las que se les ha negado sistemáticamente una oportunidad plena de participar en aspectos de la vida económica, social y cívica, como lo ejemplifica la lista en la definición anterior de "equidad."⁴

PROGRAMA DEL TÍTULO V DE LA SUBVENCIÓN EN BLOQUE DE MCH

El Programa del Título V de la Subvención en Bloque, administrado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés), es una asociación federal-estatal con 59 estados y jurisdicciones para mejorar la salud materno-infantil. El programa proporciona fondos para abordar las necesidades de salud actuales y emergentes de las poblaciones de MCH.

Los programas del Título V se asocian con entidades federales, estatales y locales para implementar Planes de Acción Estatales de cinco años. Estas asociaciones incluyen programas administrados por el gobierno federal, programas estatales y locales de MCH, tribus y organizaciones tribales, programas educativos de salud pública y profesionales de la salud, y organizaciones públicas y privadas de MCH. Cada estado tiene un Coordinador de los Servicios del Título V de la Subvención Bloque de MCH que puede proporcionar información útil para la planificación de emergencias, como datos sobre las poblaciones de MCH y otras partes interesadas de MCH para incluir en los esfuerzos de preparación para las poblaciones de MCH.

Obtenga más información y póngase en contacto con [Director de MCH de su estado o jurisdicción](#) (enlace en inglés), a través de la página Web del [Programa de la Subvención en Bloque de los Servicios de MCH de HRSA](#) (enlace en inglés)

Descripción general de las poblaciones de MCH

MCH es un subcampo de la salud pública especializado en una población susceptible a los resultados de una salud deficiente, que se centra en crear sistemas equitativos para apoyar a la población. La salud materna es la salud de las mujeres antes y durante el embarazo, el parto y los períodos posparto.⁵ La salud infantil es el bienestar físico, mental, emocional y social de los niños desde la infancia hasta la adolescencia. Los cambios físicos, emocionales y sociales ocurren antes, durante y después del embarazo, durante la infancia y la niñez. Debido a la inseparabilidad de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y los bebés y niños pequeños como una unidad biológica y social, este conjunto de herramientas proporciona información y recursos para apoyar a cada una de estas poblaciones. Ver **Figura 1** para la descripción específica que este set de herramientas utiliza para cada una de las poblaciones.

Figura 1: Poblaciones de MCH en este set de herramientas



⁴ *Ibidem*

⁵ Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2020). [El Llamado a Mejorar la Salud Materna del Cirujano General](#) (enlace en inglés). <https://www.hhs.gov/sites/default/files/call-to-action-maternal-health.pdf>

Estas herramientas proporcionan orientación y asesoramiento para abordar las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, y para los bebés y niños pequeños en desarrollo típico, durante las emergencias. Este conjunto de herramientas no proporciona orientación integral para niños mayores de 5 años, niños con necesidades especiales de atención médica, miembros de la familia, cuidadores, mujeres que planifican quedar embarazadas, mujeres entre embarazos, o sobre las complejidades del cuidado de varios niños. Sin embargo, se presentará información limitada, y los sets de herramientas y recursos futuros pueden incluir información adicional para apoyar a estos grupos.

El término “cuidador” se utiliza en todo este conjunto de herramientas para describir a los adultos responsables de la salud, la seguridad y el cuidado de bebés y niños pequeños. Los cuidadores pueden incluir, entre otros, madres, padres, abuelos, parientes, tutores legales y proveedores de cuidado infantil de confianza (por ejemplo, educadores y maestros de la niñez temprana). Aunque los términos mujeres embarazadas, en posparto y lactantes se usan en este set de herramientas, no todas las personas que están embarazadas, en posparto o lactantes se identifican como mujeres y pueden usar pronombres que no sean ella/de ella, como él/ de él o elle/de elle. Sin embargo, la información en este set de herramientas puede ser útil para sus necesidades.

¿Por qué enfocarse en las poblaciones de MCH?

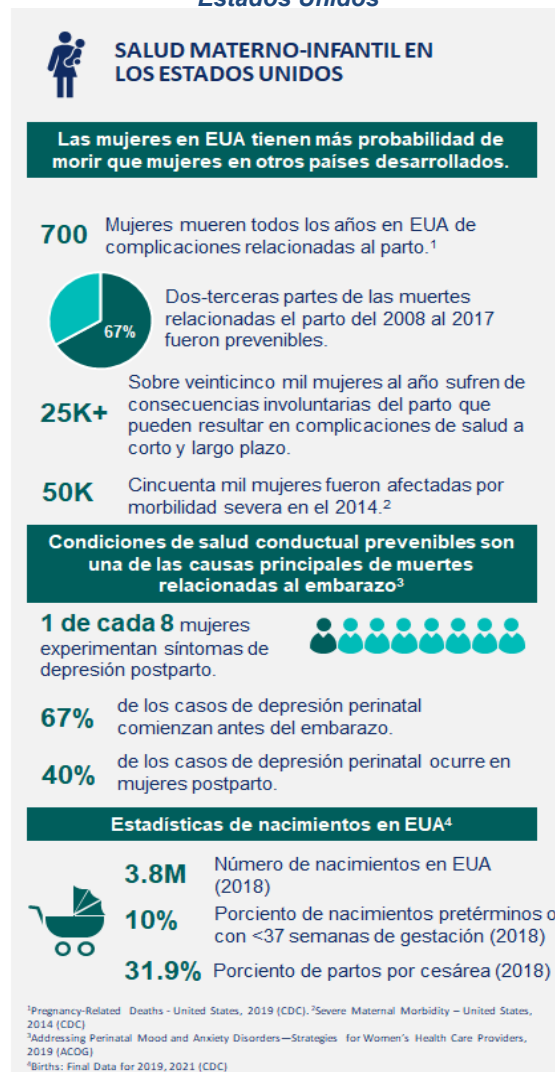
Las mujeres embarazadas, posparto, lactantes y los bebés y niños pequeños tienen [necesidades funcionales y de acceso](#) (enlace en inglés) que deben tenerse en cuenta al planificar y prestar apoyo durante y después de una emergencia. Además, la salud de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, los bebés y niños pequeños puede verse afectada significativamente por amenazas nuevas o emergentes. Hay evidencias que sugieren que las emergencias, como los desastres naturales (por ejemplo, los incendios forestales) y los desastres causados por el ser humano (por ejemplo, los actos de terrorismo), causan estrés que puede resultar en un aumento de los riesgos, como abortos espontáneos, partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. Para los cuidadores de bebés y niños pequeños, el acceso limitado al agua potable, la electricidad y la privacidad puede interrumpir la lactancia materna y/o el suministro de fórmula así como la capacidad de alimentar a los bebés de manera segura. El estrés experimentado durante una emergencia también puede afectar a las familias que amamantan y es posible que necesiten apoyo adicional.

Si bien una emergencia puede ser devastadora para cualquier población afectada, las mujeres embarazadas y en posparto requieren consideraciones adicionales dadas las necesidades físicas y psicosociales únicas asociadas con el embarazo tanto en escenarios de emergencia como los que no. Las mujeres que están en posparto están en riesgo de complicaciones, lo que incluye infección y sangrado abundante.

Los bebés y los niños pequeños están en riesgo durante las emergencias, siendo los bebés más pequeños los que corren mayor riesgo de enfermedad y muerte. Los bebés tienen necesidades específicas de alimentos y líquidos, un sistema inmunológico inmaduro, son propensos a la deshidratación y dependen de otros para su cuidado.

Estas características interactúan con las condiciones ambientales asociadas con emergencias como un saneamiento deficiente, escasez de alimentos y agua, la escasez de energía, el hacinamiento, la

Figura 2: Salud materno-infantil en Estados Unidos



interrupción del funcionamiento familiar y el acceso limitado a la atención médica, y crean situaciones en las que los bebés corren un mayor riesgo de enfermedad y muerte. Es imperativo considerar cómo abordar las necesidades de esta población durante cada fase del ciclo de manejo de emergencias, e involucrar a los socios locales, estatales y federales que puedan interactuar con las poblaciones de MCH de distintas formas.

En una emergencia, las poblaciones de MCH pueden experimentar, por ejemplo:

- Mayor susceptibilidad a infecciones y enfermedades
- Cambios en los planes del parto, particularmente si las mujeres no tienen acceso a sus proveedores de servicios médicos y a sus centros médicos habituales
- Reducción del acceso a la atención en materias de control de la natalidad y salud reproductiva
- Aumento del estrés psicológico
- Agudización de las condiciones de salud mental y/o uso de sustancias
- Separación de la familia y de los sistemas de apoyo, incluida la separación de los niños y sus cuidadores
- Exposición a la violencia de género
- Exposición a enfermedades infecciosas o toxinas ambientales
- Nuevas o agravadas inseguridades alimentarias y el acceso al agua potable
- Dificultades para lograr una atención de posparto óptima para pacientes embarazadas
- Problemas para encontrar un proveedor de atención médica para asumir la responsabilidad principal de la atención continua de las afecciones de salud crónicas en su hogar médico primario
- Preocupaciones sobre amamantar a los bebés después de una exposición a productos químicos en las aguas provenientes de inundaciones o cuando experimentan diarrea o una enfermedad transmitida por los alimentos
- Preocupación por el acceso a agua limpia para la hidratación materna y el suministro de leche materna, para la limpieza de los artículos de alimentación infantil y para la alimentación con fórmula infantil en polvo
- Dificultad para obtener los suministros para el cuidado infantil, ya sea debido a la pérdida de suministros para el hogar o a la interrupción de la cadena de suministro
- Interrupción en el contacto madre/bebé para prevenir el contagio del bebé (por ej., durante emergencias de enfermedades infecciosas)
- Disminución del acceso a la atención de niños sanos y el cuidado intensivo para los bebés

Las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y los bebés y niños pequeños son sensibles al estrés y las presiones de las situaciones de emergencia. Por ejemplo, experimentar o presenciar un evento traumático que amenaza la vida o la seguridad física de uno mismo o de un ser querido puede ser traumático, especialmente para los niños pequeños. El período perinatal, o el tiempo inmediatamente antes y después del nacimiento, es ideal para la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos perinatales del estado de ánimo y la ansiedad.⁶ La salud física y mental de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes también afecta la salud de los bebés y los niños pequeños.



Existen marcadas diferencias en los resultados de la salud materno-infantil entre grupos demográficos y geográficos (**Figura 3**). Las diferencias en el riesgo de muerte por raza/etnia puede deberse a múltiples factores, incluyendo el acceso y la calidad de la atención, la prevalencia de enfermedades crónicas, el racismo estructural, los prejuicios implícitos y las diferencias sistémicas en las oportunidades para obtener información y el acceso y uso de los recursos ofrecidos.

Recomendación para la implementación: Incluir la equidad en salud en la planificación de emergencias para:

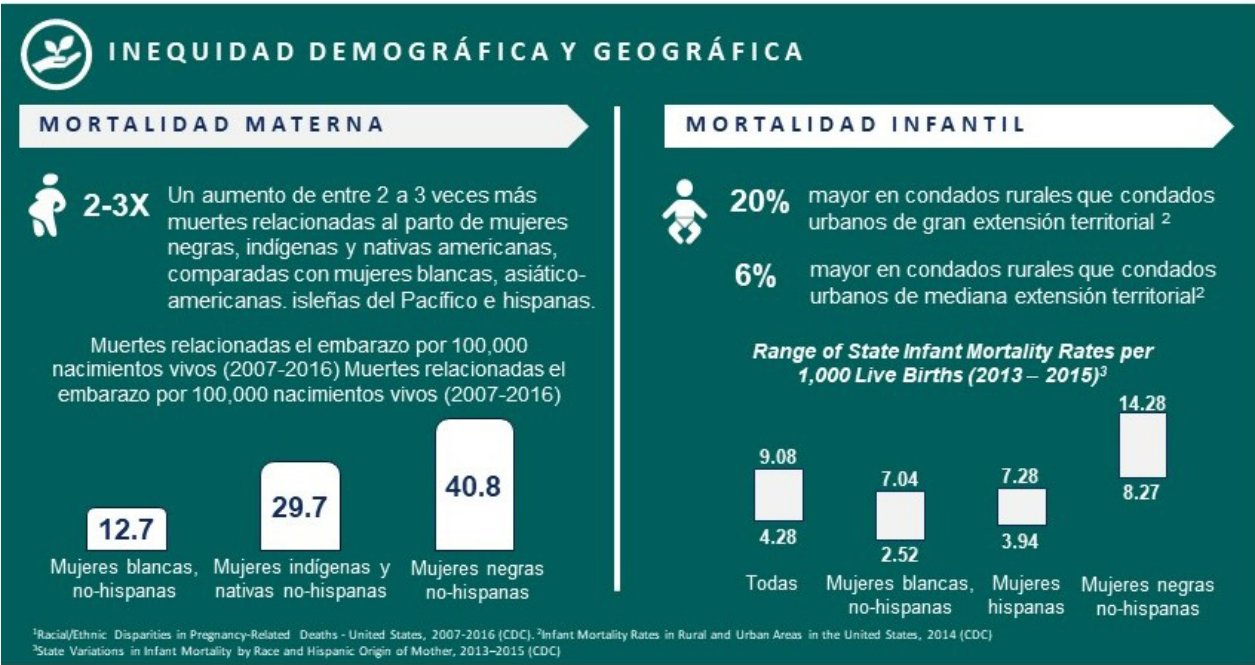


- Realizar capacitaciones sobre equidad
- Identificar los vacíos en el sistema y las estrategias para abordar las necesidades de las poblaciones de MCH
- Involucrar a los miembros de las poblaciones en riesgo y a los socios de la comunidad de MCH
- Incorporar organizaciones de fe, el sector privado, y organizaciones comunitarias en los procesos de diseño y planificación.

⁶ El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2019). [Addressing Perinatal Mood and Anxiety Disorders-Strategies for Women's HealthCare Providers](https://www.acog.org/education-and-events/webinars/addressing-perinatal-mood-and-anxiety-disorders) (enlace en inglés) <https://www.acog.org/education-and-events/webinars/addressing-perinatal-mood-and-anxiety-disorders>

Los factores socioeconómicos, como el acceso limitado o la falta de acceso a la atención médica, tener diversos orígenes culturales y lingüísticos, pertenecer a un grupo minoritario racial o étnico o ser miembro de un hogar de bajos ingresos, empeoran el impacto de una situación de emergencia en las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y en los bebés y niños pequeños. Las políticas sistémicas pueden dar lugar a un acceso desproporcionado a los servicios de salud pública y a la atención de la salud, así como a disparidades en los resultados de salud. Es importante incorporar y operacionalizar la equidad en salud en las actividades de preparación para fomentar la planificación de emergencias que expliquen y trabajen para abordar las desigualdades.

Figura 3: Inequidad en la mortalidad materna e infantil en grupos demográficos y la geografía



Estructura, marcos y conceptos clave

Estructura general

Este set de herramientas sigue las cuatro fases del ciclo de manejo de emergencias, empleado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés), con módulos distintos sobre preparación, respuesta y recuperación, y con componentes de mitigación entrelazados en todas partes. Cada módulo proporciona consideraciones e información clave para abordar las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, y bebés y niños pequeños durante la fase específica de este ciclo. La planificación sienta las bases para todos los esfuerzos de gestión de emergencias, y la planificación para abordar las necesidades funcionales y de acceso de las personas en riesgo, como las poblaciones de MCH, es crucial a todo lo largo del ciclo de manejo de emergencias. *Para obtener más información sobre el Ciclo de Manejo de Emergencias, vea el Apéndice B: Consideraciones generales del ciclo de manejo de emergencias*

Figura 4: Ciclo del manejo de emergencias



Este conjunto de herramientas está destinado a aplicarse a una variedad de escenarios de emergencia en un acercamiento de todo riesgo (*all-hazards scenario*) y no es específico a un determinado tipo de emergencia. Dentro de cada módulo, se proporciona información y recursos específicos para los brotes de enfermedades infecciosas, emergencias localizadas (por ejemplo, fallas en los servicios municipales) y desastres naturales y aquellos causados por el hombre, que requieran o no evacuación.

Dada la superposición en la información requerida para abordar las necesidades de las poblaciones de MCH a lo largo del ciclo de manejo de emergencias, la información se puede encontrar en una sección diferente a la esperada. Explore cada sección para identificar todos los recursos relevantes que pueden respaldar su trabajo.



Recomendación para la implementación: Asigne a una persona o grupo pequeño de su organización para que revise el contenido de este set de herramientas, distribuya información relevante y trabaje con los líderes para determinar e implementar los próximos pasos.

Marcos de referencia

Este set de herramientas utiliza tres marcos principales para discutir las consideraciones clave de MCH: el enfoque de etapas de vida, el enfoque informado sobre el trauma y los determinantes sociales de la salud. Verá los iconos a lo largo de este set de herramientas cuando se resalte la información relevante para el marco.

Figura 5: Marcos para abordar las necesidades de las poblaciones de MCH



Conceptos clave

Los conceptos clave definidos en la **Tabla 2** a los que se hace referencia a lo largo de este documento y que se incluyen en el [Glosario](#) son fundamentales para contextualizar y utilizar la información de este conjunto de herramientas. Revise todos los conceptos clave para comprender mejor las poblaciones de MCH, el manejo de emergencias, la equidad en la salud y las prioridades de salud pública.

Tabla 2: Conceptos clave de las herramientas para la planificación de emergencias de MCH

Concepto	Descripción
Personas en riesgo	Las personas en riesgo incluyen bebés y niños, personas de la tercera edad, mujeres embarazadas o en posparto, y personas que tienen necesidades funcionales o de acceso y pueden necesitar asistencia de respuesta adicional en caso de una emergencia de salud pública (por ejemplo, personas con problemas médicos crónicos, discapacidades del desarrollo/discapacidades intelectuales, movilidad limitada, condiciones de salud mental, o trastorno por uso de sustancias). ^{7,8} Antes, durante y después de un incidente, las personas en riesgo pueden tener necesidades adicionales en una o más de las siguientes áreas funcionales: comunicación, atención médica, mantenimiento de la autonomía, supervisión y transporte.

⁷ [42 USC 300hh-1\(b\)\(4\): National Health Security Strategy](#) (enlace en inglés) <https://uscode.house.gov/view.xhtml?hl=false&edition=prelim&req=granuleid%3AUSC-prelim-title42-section300hh-1>

⁸ [42 USC 300hh-16: At-risk individuals](#) (enlace en inglés) <https://uscode.house.gov/view.xhtml?hl=false&edition=prelim&req=granuleid%3AUSC-prelim-title42-section300hh-16>

Concepto	Descripción
Necesidades funcionales y de acceso (AFN, por sus siglas en inglés)	El término "necesidades funcionales y de acceso" incluye una amplia gama de poblaciones que pueden tener necesidades adicionales antes, durante o después de una emergencia, e informa los esfuerzos integrales de preparación, respuesta y recuperación ante emergencias. (Marco Nacional de Respuesta (National Response Framework) , enlace en inglés). Independientemente de un determinado diagnóstico, estado o calificación, las necesidades funcionales y de acceso pueden interferir con la capacidad de una persona para acceder o recibir atención médica o limitar la capacidad de una persona para actuar antes, durante o después de una emergencia. Los ejemplos de individuos que tienen necesidades funcionales y de acceso incluyen personas con discapacidades, aquellos que viven en entornos institucionalizados, adultos mayores, niños, mujeres embarazadas, personas de diversas culturas, que tienen un dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) o no hablan inglés, aquellos que están en desventaja de transporte, tienen falta de vivienda, tienen trastornos médicos crónicos o tienen una dependencia farmacológica. ⁹ Tener en cuenta las necesidades funcionales y de acceso al momento de planificar, fomenta la inclusión de toda la comunidad (National Disaster Recovery Framework , enlace en inglés). Para obtener más información sobre las necesidades funcionales y de acceso, consulte la Capacitación de Necesidades Funcionales y de Acceso del HHS/ASPR (enlace en inglés)
Marco CMIST	El Marco CMIST es un enfoque recomendado para integrar las necesidades funcionales y de acceso de las personas en riesgo que pueden tener necesidades adicionales que deben considerarse al planificar, responder y recuperarse de un desastre o emergencia de salud pública. CMIST es un acrónimo de las siguientes cinco categorías: Comunicación, Mantenimiento de la salud, Independencia, Apoyo y Seguridad, y Transporte. El Marco CMIST proporciona un enfoque flexible y transversal para la planificación para abordar un amplio conjunto de AFN comunes sin tener que definir un diagnóstico, estado o etiqueta específicos. ¹⁰
Manejo de emergencias	El manejo de emergencias es la gestión encargada de crear el marco dentro del cual las comunidades reducen la vulnerabilidad a los peligros y hacen frente a los desastres. Busca equipar a las comunidades con la capacidad de hacer frente a los peligros y desastres para promover y priorizar la seguridad de todos, especialmente las personas en riesgo, durante una emergencia o desastre. El manejo de emergencias protege a las comunidades al coordinar e integrar todas las actividades necesarias para construir, mantener y mejorar la capacidad de mitigar, prepararse, responder y recuperarse de las emergencias. La salud pública y los servicios sociales desempeñan un papel en la gestión y planificación de emergencias al garantizar la continuidad de los servicios antes, durante y después de una emergencia. FEMA señala que un enfoque enfocado en "toda la comunidad" ayuda a construir un camino más efectivo hacia la seguridad social y la resiliencia. Este enfoque es un medio por el cual los residentes, los profesionales del manejo de emergencias, los líderes organizacionales y comunitarios, y los funcionarios gubernamentales pueden comprender y evaluar colectivamente las necesidades de sus respectivas comunidades y determinar las mejores formas de organizar y fortalecer sus activos, capacidades e intereses. ¹¹
Equidad en salud	La equidad en salud se logra cuando cada persona tiene la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud y nadie está en desventaja de alcanzar este potencial debido a la posición social u otras circunstancias socialmente determinadas. ¹² Se encuentran disparidades sustanciales por determinantes sociales para una serie de indicadores de salud, incluida la mortalidad infantil, la esperanza de vida, el acceso y la utilización de la atención médica, el seguro de salud, la discapacidad, la salud mental, los servicios de salud preventiva y las lesiones no intencionales. ¹³ Este conjunto de herramientas tiene en cuenta las normas y objetivos nacionales que trabajan para lograr equidad en salud y destacará los efectos acumulativos de las disparidades socioeconómicas en las poblaciones de MCH que resultan en inequidades antes, durante y

⁹ U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (HHS ASPR). [At-Risk Individuals](https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/atrisk.aspx). (enlace en inglés)

¹⁰ U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (HHS ASPR). [The CMIST Framework](https://www.phe.gov/emergency/events/COVID19/atrisk/discharge-planning/Pages/CMIST-framework.aspx).

¹¹ FEMA. (2011). [A Whole Community Approach to Emergency Management: Principles, Themes and Pathways for Action](https://www.fema.gov/sites/default/files/2020-07/whole_community_dec2011_2.pdf).

¹² CDC Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud. [Health Equity](https://www.cdc.gov/chronicdisease/healthequity/index.htm).

¹³ Health Resources and Services Administration Office of Health Equity (HRSA OHE). (2019-2020). [Health Equity Report 2019-2020](https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/health-equity/HRSA-health-equity-report.pdf).

Concepto	Descripción
	después de las emergencias. Varias agencias federales de salud, incluidos HHS, FEMA y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), han desarrollado marcos y programas para impulsar el objetivo de reducir las disparidades de salud en los Estados Unidos, como los Estándares de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS por sus siglas en inglés), el Marco CMIST y los Objetivos SDOH de <i>Healthy People 2030</i> que se discuten en este conjunto de herramientas.
Oficina de Salud de las Minorías (OMH, por sus siglas en inglés) del HHS Estándares de Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados (CLAS, por sus siglas en inglés)	Incorporar los estándares CLAS en la preparación y respuesta ante emergencias significa considerar las creencias culturales de salud, los idiomas preferidos, los niveles de alfabetización en salud y las necesidades de comunicación. Las poblaciones relevantes incluyen aquellas con LEP, personas sordas o con problemas de audición, inmigrantes, personas con creencias culturales específicas, etc. Los CLAS son respetuosos y receptivos a la cultura y la necesidad de comunicación de cada persona. La incorporación de los estándares CLAS en la planificación de emergencias ayudará a mejorar la calidad de los servicios prestados a todas las personas, reduciendo las disparidades de salud. El estándar principal es "proporcionar atención y servicios de calidad efectivos, equitativos, comprensibles y respetuosos que respondan a diversas creencias y prácticas culturales de salud, idiomas preferidos, alfabetización en salud y otras necesidades de comunicación". ¹⁴
Objetivos de los SDOH <i>Healthy People 2030</i>	Los objetivos de <i>Healthy People 2030</i> incluyen prevenir las complicaciones del embarazo y las muertes maternas y ayudar a las mujeres a mantenerse saludables antes, durante y después del embarazo. La salud de las mujeres antes, durante y después del embarazo puede tener un gran impacto en la salud y el bienestar de los bebés. Cada objetivo se sugiere como un posible punto de referencia. Revise los objetivos de <i>embarazo y parto de Healthy People 2030</i> en el Apéndice A: Objetivos de los SDOH <i>Healthy People 2030</i> .
Trauma	El trauma individual es el resultado de un evento, una serie de eventos o un conjunto de circunstancias que un individuo experimenta como física o emocionalmente dañino o potencialmente mortal y que tiene efectos adversos duraderos en el funcionamiento y el bienestar mental, físico, social, emocional o espiritual del individuo. Este conjunto de herramientas incorpora un marco de enfoque informado sobre el trauma. Para obtener más información, consulte Figura 5 .

Legislación y reglamentos pertinentes

La ley federal exige abordar las necesidades funcionales y de acceso de las personas en riesgo, incluidas las mujeres embarazadas y los niños, en caso de desastre o emergencia de salud pública. En 2006, la Ley de Preparación para Pandemias y Todo Riesgo (*Pandemic and All-Hazards Preparedness Act*, PAHPA, por sus siglas en inglés), condujo a la creación de la Oficina del Subsecretario de Preparación y Respuesta (*Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response*, ASPR, por sus siglas en inglés), para liderar a la nación en la prevención, preparación y respuesta a los efectos adversos para la salud en las emergencias. La Ley de Servicios de Salud Pública (*Public Health Service Act*), enmendada por la PAHPA en 2006, La Ley de Reautorización de Preparación para Pandemias y Todo Riesgo (*the Pandemic and All-Hazards Preparedness Reauthorization Act*, PAHPRA, por sus siglas en inglés) de 2013, y la [Ley de Preparación para Pandemias y Todo Riesgo y el Avance de la Innovación \(*Pandemic and All-Hazards Preparedness and Advancing Innovation Act*, PAHPAIA, por sus siglas en inglés. Enlace en inglés\)](#), de 2019, establecieron una variedad de requisitos para abordar las necesidades de las personas en riesgo en la preparación y respuesta ante emergencias de salud pública. Estos requisitos incluyen el monitoreo de los problemas y preocupaciones emergentes en relación con la preparación y respuesta médica y de salud pública para las personas en riesgo, incluidas las mujeres embarazadas y en posparto y los niños, y la difusión y actualización de las mejores prácticas para buscar y cuidar de las personas en riesgo, antes durante y después de las emergencias de salud pública. La Ley de Derechos Civiles, la Ley de Rehabilitación, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), y otras leyes federales contra la discriminación, protegen a ciertos grupos de leyes, prácticas y políticas discriminatorias. Bajo las leyes federales contra la discriminación,

¹⁴ U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health (HHS OMH). [National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services \(CLAS\) in Health and Health Care](https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf). (enlace en inglés) <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/EnhancedNationalCLASStandards.pdf>

estas llamadas "clases protegidas" incluyen los siguientes grupos: edad, raza, color, origen nacional, creencias religiosas, género, discapacidad, embarazo y estado de veterano. Es importante comprender estas leyes y regulaciones que establecen requisitos para abordar las necesidades de las personas en riesgo para una planificación comunitaria inclusiva.

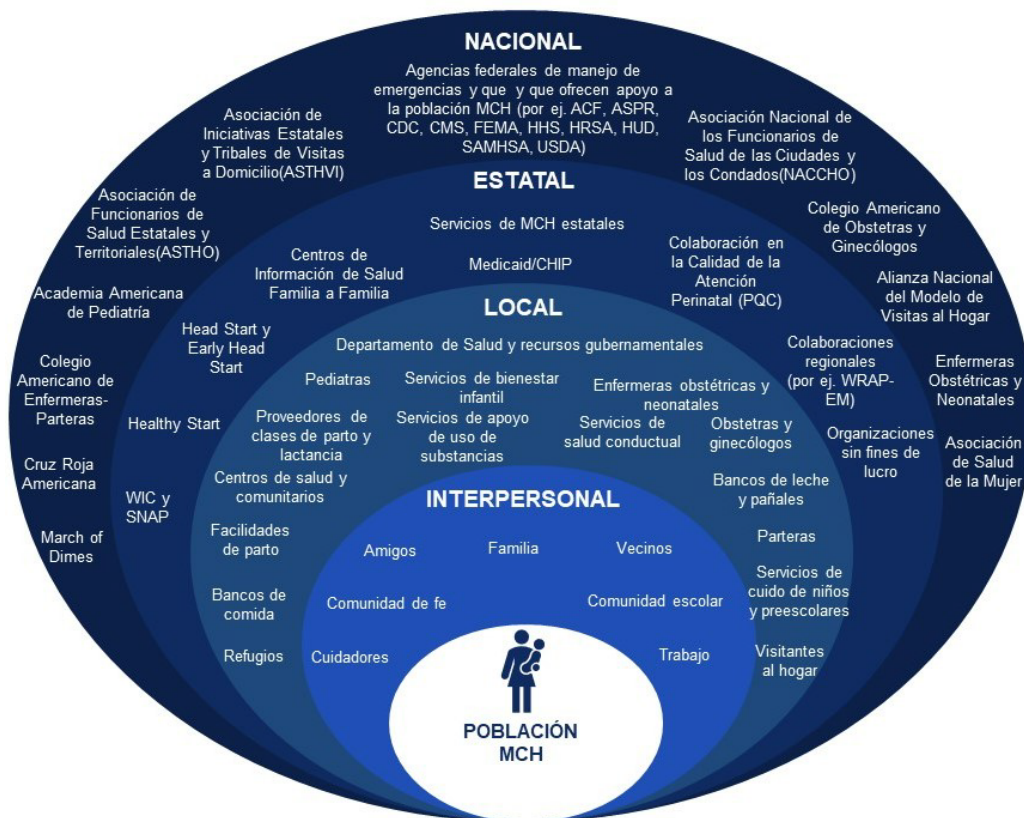
Módulo 1: Preparación

Consideraciones generales de planificación para las poblaciones de MCH

Integrar a los socios y partes interesadas de MCH en la planificación de emergencias

Es vital construir asociaciones, colaboración y comunicación entre organizaciones interpersonales, locales, estatales y nacionales que atienden a las poblaciones de MCH para satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y los bebés y niños pequeños, en caso de una emergencia. Al formar estas asociaciones antes de que ocurra una emergencia se reduce el impacto de las emergencias en la comunidad.

Figura 6: Ejemplo de socios de MCH y partes interesadas¹⁵



Los administradores de emergencias deben trabajar con los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales para interactuar con múltiples partes interesadas y así conocer y coordinar los servicios, capacidades y programas disponibles para las poblaciones de MCH con fines de referencia y colaboración. Cuando estos socios trabajan juntos, pueden ayudar más rápidamente a las personas a ser referidas a los servicios y programas apropiados a nivel local, estatal y nacional.

Las asociaciones público-privadas son otra relación valiosa que puede beneficiar a las poblaciones de MCH en la preparación y respuesta ante emergencias. [Text4Baby](#), (enlace en inglés), el primer servicio gratuito de mensajes de texto de salud en los Estados Unidos es un ejemplo de un recurso conjunto del gobierno federal y socios privados para ayudar a las mujeres que están embarazadas, en posparto o

¹⁵ Esta no es una lista completa de partes interesadas y socios de MCH.

lactando para que aprendan más sobre su propia salud y aprendan cómo dar a los bebés el mejor comienzo posible en la vida. Además, una asociación de varios años entre el HHS y *March of Dimes* que comenzó en 2020 aborda la disparidad en los resultados de salud materna para las mujeres negras a través de la implementación de las mejores prácticas basadas en la evidencia para mejorar la calidad de la atención médica en entornos hospitalarios. La asociación mejora los resultados de salud para las mujeres en todo el país y reduce las disparidades en la salud materna.¹⁶



Recomendación para la implementación: Establecer una amplia red de apoyo y entendimiento de los servicios MCH durante condiciones estables. Una red sólida fomenta la resiliencia, ya que facilita el acceso a la ayuda y los referidos durante y después de una emergencia.

La **Tabla 3** proporciona una muestra de programas y recursos respaldados por el gobierno federal a nivel estatal, que aumentan el acceso a la educación, la nutrición, los recursos, entre otros. Visite los sitios web del programa que hay en la tabla para obtener más información y para encontrar programas en su área.

Tabla 3: Programas y recursos con apoyo federal disponibles a nivel estatal

Programa	Información	Conozca más (enlaces en inglés)
Head Start y Early Head Start	<i>Early Head Start</i> atiende a mujeres embarazadas y familias con niños menores de 3 años, y los programas <i>Head Start</i> atienden a niños de entre 3 y 5 años. Los programas <i>Head Start</i> promueven la preparación escolar de bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar de familias de bajos ingresos. Los servicios se brindan en una variedad de entornos, incluidos centros, cuidado infantil familiar y el propio hogar del niño. Los programas <i>Head Start</i> también involucran a los padres u otros miembros clave de la familia en relaciones positivas, con un enfoque en el bienestar familiar. Los programas <i>Head Start</i> están disponibles sin costo para niños de familias de bajos ingresos, desde el nacimiento hasta los 5 años, y los programas pueden proporcionar transportación a los centros. Las familias y los niños sin hogar y los niños en el sistema de cuidado de crianza también son elegibles.	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de HeadStart • Información General de Head Start y Early Head Start
Healthy Start	<i>Healthy Start</i> es un programa federal que opera 101 proyectos <i>Healthy Start</i> en 34 estados, Washington, DC y Puerto Rico para fortalecer las bases a nivel comunitario, estatal y nacional para ayudar a las mujeres, los bebés y las familias a alcanzar su máximo potencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Healthy Start

¹⁶ March of Dimes. (2020). [March of Dimes signs landmark, multi-year partnership with U.S. Department of Health and Human Services aimed at making the U.S. one of the safest nations in the world for a woman to give birth.](https://www.marchofdimes.org/news/march-of-dimes-signs-landmark-multi-year-partnership.aspx) https://www.marchofdimes.org/news/march-of-dimes-signs-landmark-multi-year-partnership.aspx

Programa	Información	Conozca más (enlaces en inglés)
Centros de Salud	Los Centros de Salud son financiados por HRSA, es uno de los sistemas de atención primaria y preventiva más grandes del país que brinda atención a millones de pacientes independientemente de su capacidad de pago.	<ul style="list-style-type: none"> • Health Centers Website
Programa de visitas domiciliarias para madres, bebés y niños de la primera infancia	El Programa de visitas domiciliarias para madres, bebés y niños en la primera infancia brinda a las mujeres embarazadas y a las familias, particularmente a las consideradas en riesgo, los recursos y habilidades necesarios para criar a los niños que están física, social y emocionalmente sanos y listos para aprender.	<ul style="list-style-type: none"> • Home Visiting Website • State FactSheets
Colaboración de Calidad Perinatal (Perinatal Quality Collaborative)	Los PQC (por sus siglas en inglés) son redes estatales o multi-estatales de equipos que trabajan para mejorar la calidad de la atención a las madres y los bebés.	<ul style="list-style-type: none"> • PQC Website • State-Based PQCs
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	El programa TANF proporciona a los estados y territorios flexibilidad en los programas operativos diseñados para ayudar a las familias de bajos ingresos con hijos a lograr la autosuficiencia económica. Los estados utilizan TANF para financiar pagos mensuales de asistencia en efectivo a familias de bajos ingresos con niños, así como una amplia gama de servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • TANF Website
Las Coaliciones del Servicio de Salud, (HCC, por sus siglas en inglés)	Las HCC, están financiadas por el Programa de Preparación Hospitalaria, (<i>Hospital Preparedness Program</i> , HPP, por sus siglas en inglés) de ASPR, son redes de organizaciones públicas y privadas individuales en un área geográfica definida que se asocian para preparar los sistemas de atención médica para responder a emergencias, lo que hace que aumente la resiliencia local y regional.	<ul style="list-style-type: none"> • Encuentre un HCC cerca de usted
Centros de Información de Salud Familia a Familia (Family-to-Family Health Information Centers, F2F)	Los Centros de Información de Salud F2F son organizaciones sin fines de lucro, financiadas por la HRSA, que brindan información, educación, asistencia técnica y apoyo entre pares a familias de niños y jóvenes con necesidades especiales de atención médica y a los proveedores que los atienden.	<ul style="list-style-type: none"> • Information acerca de F2F • Encuentre su F2F en su estado/territorio

Incorporar consideraciones para las poblaciones de MCH en los ejercicios de preparación para emergencias

Es importante que las necesidades de las poblaciones de MCH se incluyan en los planes de emergencia y los ejercicios de preparación desde el nivel local hasta el federal. Los socios y las partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH deben participar en el desarrollo y la ejecución de estos ejercicios de planificación y preparación para emergencias, como ejercicios de mesa y simulacros, para garantizar que se consideren las necesidades de las poblaciones de MCH. Los socios y las partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH deben participar en el desarrollo y la ejecución de estos ejercicios de planificación y preparación para emergencias, como ejercicios de simulacros, y ejercicios de emergencia, para garantizar que se consideren las necesidades de las poblaciones de MCH. Un ejercicio de simulacro es un ejercicio de preparación para emergencias basado en la discusión, realizado por socios involucrados en la gestión de emergencias, que implica hablar sobre las acciones que tomarían varias partes interesadas durante un escenario de emergencia específico. Los simulacros de emergencia implican la ejecución real de planes de emergencia en respuesta a un escenario de práctica. Los ejercicios de preparación facilitan el intercambio de información y la colaboración entre las partes interesadas en la gestión de emergencias y fortalecen los planes mediante la identificación de brechas y áreas de mejora y la asignación de la responsabilidad para mitigar las mismas.

LECCIONES APRENDIDAS

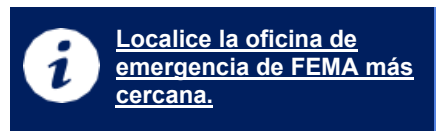
“Las relaciones entre los socios de MCH a veces se basan en conexiones personales en lugar de asociaciones oficiales a nivel de organización o agencia. Las relaciones formalizadas entre las organizaciones apoyan la preparación y la mitigación porque la asociación no depende de una sola persona.”

Especialista en salud del niño y adolescente

Los beneficios de incorporar a las partes interesadas que apoyan a las poblaciones de MCH en los ejercicios de preparación incluyen:

- **Los participantes aprenden unos de otros y amplían su red:** Los socios y las partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH obtienen una mejor comprensión del proceso de manejo de emergencias, y los administradores de emergencias aprenden más sobre las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, y los bebés y niños pequeños en emergencias.
- **Los planificadores identifican brechas y áreas de colaboración:** Los socios y las partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH identifican brechas en los planes de emergencia, como las pruebas a los recién nacidos y los requisitos de transporte, y ayudan a abordar las brechas al conectar los planificadores con recursos y puntos de contacto. Los ejercicios de emergencia también apoyan a los socios y partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH a considerar la información, los recursos y los sistemas de apoyo requeridos durante varios escenarios.
- **Los participantes mejoran los planes de emergencia:** Los socios y las partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH contribuyen con información crítica a los planes de emergencia, tales como listas de suministros, consideraciones de salud mental y de comportamiento, y escenarios como el parto y la alimentación infantil que son críticos para abordar las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y bebés y niños pequeños.

Los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales que atienden a las poblaciones de MCH deben conectarse con sus socios locales de manejo de emergencias para participar en los próximos ejercicios de preparación. Los socios y las partes interesadas que atienden a las poblaciones de MCH pueden abogar de manera local por la preparación al agregar escenarios de MCH a las plantillas de ejercicios existentes, al invitar miembros de poblaciones de MCH para participar en ejercicios y ayudando a organizar ejercicios de preparación para emergencias en su comunidad.



Apoyar el desarrollo de planes de emergencia individuales

Los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales deben trabajar con mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y cuidadores para desarrollar planes de emergencia individuales. Los proveedores pueden ayudar a estas poblaciones a prepararse para una emergencia al tener conversaciones sobre posibles escenarios de emergencia, acciones a tomar y a quién contactar para obtener apoyo adicional, y cómo atender sus necesidades de salud física y de comportamiento en caso de una emergencia.

Los proveedores deben comprender la red de lo que algunos consideran trabajadores de la salud no tradicionales, que pueden ser contratados para proporcionar apoyo adicional o abordar las brechas en los proveedores de servicios de salud disponibles, como parteras, proveedores de apoyo a la lactancia y trabajadores de salud comunitarios (por ejemplo, los promotores de salud), que están capacitados para apoyar a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, bebés y niños pequeños. Los proveedores deben identificar puntos de contacto y socios en la comunicación dentro de estas redes, lo que comúnmente se hace a través de listas de personas registradas o verbalmente. Las Colaboraciones de Calidad Perinatal (PQC por sus siglas en inglés) estatales también son un recurso útil para construir conexiones locales y regionales.

Los proveedores pueden empoderar a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y a cuidadores de bebés y niños pequeños para que desarrollen planes de emergencia que tengan en cuenta:

- Necesidades específicas basadas en si una mujer está embarazada, posparto o lactante
- Personas involucradas en planes de parto, como las parteras, doulas, las parejas
- Consideraciones de cuidado infantil, especialmente si el cuidador está cuidando a varios niños
- Riesgos individuales para la salud y perfiles de salud

- Consideraciones lingüísticas y culturales
- Necesidades de salud conductual, incluidos los recursos para la depresión posparto, la ansiedad perinatal, las evaluaciones de atención virtual, el uso de sustancias y la continuidad de la atención médica
- Desastres naturales, si los hay, que son comunes según la ubicación geográfica (por ejemplo, huracanes, tornados, incendios forestales, inundaciones, terremotos)
- Brotes de enfermedades infecciosas actuales o previstas (por ejemplo, influenza)
- Emergencias localizadas

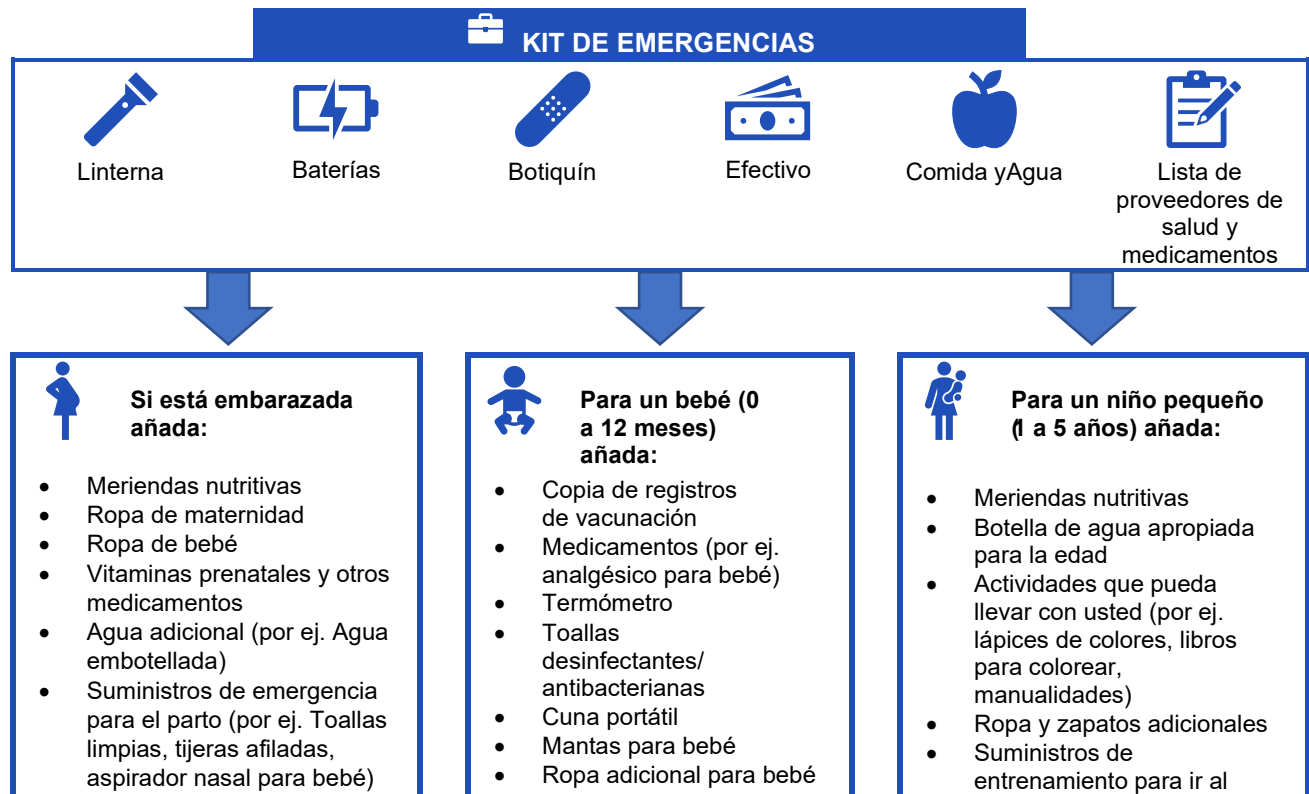
Es posible que los proveedores deban apoyar a las mujeres embarazadas para que cambien sus planes de parto en caso de una emergencia debido a efectos adversos a la infraestructura, restricciones por enfermedades infecciosas, que los proveedores de servicios de salud que no estén disponibles, cierres de instalaciones, etc. Por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19 de 2020, algunas mujeres llegaron a facilidades hospitalarias para dar a luz y las encontraron cerradas. Al considerar posibles cambios en los planes de parto, incluya todos los aspectos del plan de una persona, incluido el apoyo de parteras y doulas, y ubicaciones no tradicionales, como en el hogar y en los centros de parto. Los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales deben desarrollar planes para el cierre de instalaciones que afecten los planes de parto, incluidas las comunicaciones con las mujeres embarazadas.



Recursos de Planificación de Seguridad ante Desastres de los CDC para los nuevos o futuros padres y madres (en inglés)

Los proveedores pueden considerar alentar a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y los cuidadores a que usen las aplicaciones de clínicas que sean seguras y que contienen información médica para facilitar el acceso a los registros médicos en caso de una emergencia. Además, los proveedores deben alentar a las personas y las familias a crear un kit de emergencia en el hogar, que incluya suministros para todos en el hogar, y actualizarlo en función de las necesidades cambiantes durante el embarazo, el período posparto y el desarrollo infantil. **(Figura 7)**. Recuerde a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y a los cuidadores a que traigan su kit de emergencia al momento de evacuar y alerte al personal del refugio si es que están embarazadas o están cuidando a un bebé o niño pequeño.

Figura 7: Kit de emergencias para el hogar



- Mantas de emergencia
- Productos de higiene femenina (por ej. toallas sanitarias, toallas para la incontinencia urinaria)

- Pañales, toallitas y crema para la dermatitis
- Fórmula para bebé lista para consumir, leche maternal, comida para bebés
- Extractor de leche manual o de baterías y materiales para su limpieza
- Electrolitos
- Almohadillas desechables para lactancia
- Portabebés
- Artículos desechables para la alimentación

- baño (por ej. *pull-ups*)
- Artículos desechables para la alimentación (por ej. cucharas, tazas)



Los hogares con bajos ingresos pueden tener dificultades para crear y mantener los sets de emergencia en el hogar. Las organizaciones locales basadas en la comunidad de MCH pueden apoyar a las personas con la adquisición de suministros adicionales. Aquellos que tienen necesidades específicas, como un tipo específico de fórmula infantil que no está ampliamente disponible, puede considerar abastecerse gradualmente de esos artículos.

Plan para la continuidad de las operaciones y el acceso a los servicios


La continuidad de las operaciones se usa comúnmente en el gobierno, a menudo con directivas obligatorias para agencias federales y estatales, para describir la orientación y los planes para el personal, las comunicaciones y las instalaciones en caso de una emergencia. Un Plan de Continuidad de Operaciones (COOP, por sus siglas en inglés) crea resiliencia y mitiga los efectos de una emergencia en una organización y las personas a las que sirve. Crear acuerdos entre socios para compartir información o recursos en caso de emergencia y reforzar el COOP. La mayoría de las siguientes consideraciones de planificación son específicas para las facilidades de prestación de servicios.

Figura 8: Preparación para la continuidad de las operaciones

Preparación para la continuidad de las operaciones	
<p>COMUNICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planifique múltiples métodos de comunicación, como mensajes de texto, correo electrónico, redes sociales, radio y alertas de televisión, para comunicarse con las poblaciones de MCH durante una emergencia. Fomentar la suscripción a comunicaciones relevantes antes de que surja una emergencia • Incorpore los estándares CLAS en los mensajes para dar cuenta de las personas que responden a diferentes canales y mensajes según el idioma, la edad (considere el embarazo, el posparto y la lactancia, adolescentes y personas que cuidan de avanzada edad), y la geografía • Establezca relaciones con socios que atienden a poblaciones de MCH y otras operaciones de apoyo para amplificar las comunicaciones 	<p>DEPENDENCIA DE ENERGÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considere las poblaciones de MCH que dependen de la energía para operar equipos como equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés), extractores de leche y otros suministros o para mantener la viabilidad de los suministros, incluida la refrigeración de la leche materna • Implemente estaciones de carga o cargadores individuales para dispositivos móviles que se puedan usar en los centros comunitarios, durante visitas domiciliarias o en refugios de emergencias • Desarrolle y socialice planes para el acceso continuo a registros médicos, de salud del comportamiento, uso de sustancias y otros tratamientos en caso de un corte de energía • Prepararse para la pérdida de energía en las instalaciones durante un periodo prolongado de tiempo

ACCESO	PERSONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Identifique las funciones esenciales para continuar las operaciones y documente los requisitos mínimos de personal para cumplir con esas funciones esenciales • Desarrolle procedimientos para mantener las operaciones durante al menos 30 días después de una emergencia (por ejemplo, crear asociaciones, identificar proveedores de respaldo) • Desarrolle planes para continuar con los servicios cuando no se pueda usar o acceder a una oficina o sitio de servicio, como la forma en que los proveedores usaron la telesalud y otros procedimientos para la continuidad segura de las operaciones durante el período de COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolle un protocolo para desplegar potencialmente un reducido personal a mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, bebés y niños pequeños que necesitan servicios • Desarrolle acuerdos con organizaciones que atienden a poblaciones de MCH para complementar la fuerza laboral esencial cuando sea necesario • Desarrolle un plan de comunicación con el personal socios que atienden a poblaciones de MCH durante una emergencia, que incluya un método primario de comunicación, tomando en consideración la potencial pérdida de electricidad y de los sistemas de telecomunicación.


EJEMPLOS DE SITUACIONES A TENER EN CUENTA PARA LAS POBLACIONES DE MCH	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos obstétricos y pediátricos en las facilidades • Almacenamiento y preparación de alimentos para infantes; limpieza de los materiales para alimentación • Telesalud, servicios remotos de salud médicos conductual, los requerimientos de vistas presenciales (ej. visitas prenatales, cuidado posparto, cuidado del bebé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de los planes de parto • Suministros de alimentos para bebés y niños pequeños (ej. almacenamiento de alimentos acceso a agua potable y alimento para atender necesidades alimentarias específicas. • Acceso limitado o no existente a récords



Recomendaciones para la implementación: Los hospitales pueden desarrollar los siguientes planes y protocolos de emergencia para aumentar la resistencia, en coordinación con los [HCC](#) locales que apoyan la planificación de emergencias pediátricas de los miembros.

- Algoritmos de triaje de la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, Maternales, Pediátricos y Neonatales
- - Protocolos de evacuación y traslado de la Unidad de Cuidados Intensivos Obstétricos, Maternales, Pediátricos y Neonatales
- - Planes de reunificación familiar (ej., un cuidador y su hijo están en alas separadas, están en diferentes hospitales)

Consideraciones de equidad en salud durante la preparación para emergencias

 Planificar para las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, bebés y niños pequeños que experimentan disparidades e inequidades de salud pueden incluir abordar los desafíos con diversos SDOH, como la falta de mantenimiento de la infraestructura, el acceso deficiente a la atención médica para niveles más altos de atención, y canales de comunicación deficientes. Los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales y los servicios de emergencia que trabajan con poblaciones de MCH deben priorizar las capacitaciones y la educación sobre equidad en salud y los SDOH para garantizar la equidad en salud en emergencias.

Las personas con necesidades funcionales y de acceso, incluidos los residentes de zonas rurales, las personas con discapacidades, las personas sin hogar y las personas que hablan inglés como segundo idioma (ESL), pueden requerir consideraciones específicas durante las emergencias. Las mujeres con discapacidades siguen teniendo un mayor riesgo de complicaciones de salud relacionadas con el embarazo.

Aproximadamente el 12% de las mujeres en edad reproductiva tienen algún tipo de discapacidad.¹⁷ Pueden enfrentar dificultades para acceder a la atención médica y el apoyo adecuados antes, durante y después de sus embarazos. Por ejemplo, la información prenatal puede distribuirse de una manera que sea inapropiada e insuficiente para las mujeres con discapacidad visual. También hay alguna evidencia de que el número de visitas de cuidado prenatales en mujeres con discapacidad auditiva menos visitas prenatales y tienen acceso limitado a la información sobre maternidad. Ciertas discapacidades que no se manifiestan físicamente también pueden requerir consideraciones únicas. Mejorar la accesibilidad de las instalaciones de MCH y los recursos informativos y proporcionar capacitación sobre las necesidades de las poblaciones de MCH con discapacidades son algunas formas de priorizar y apoyar la salud de las mujeres con discapacidades que están embarazadas, posparto y lactantes. La recopilación de datos demográficos y de ubicación sobre el embarazo entre las mujeres con discapacidades a nivel comunitario ayuda a los planificadores y proveedores de emergencias a comprender los requisitos de recursos para satisfacer las necesidades de estas poblaciones en una emergencia. Vea la [Lista de Recursos-Preparación para obtener recursos sobre el apoyo a las mujeres con discapacidad](#).

En las comunidades rurales hay más de 1,300 hospitales de acceso crítico que tienen una sala de emergencias las 24 horas del día, los 7 días de la semana y alrededor de 25 camas de hospitalización de cuidados intensivos por hospital de acceso crítico. Las investigaciones indican que las mujeres que viven en zonas rurales y las mujeres de las minorías raciales y étnicas tienen las tasas más altas de morbilidad y mortalidad. Aproximadamente el 40% de todas las personas que son indígenas son residentes rurales¹⁸, que es un porcentaje sustancialmente más alto que otros grupos raciales/étnicos. Las mujeres embarazadas e indígenas que viven en áreas rurales tienen un riesgo sustancialmente elevado de muerte materna o complicaciones graves en el parto en comparación con las mujeres que son blancas no hispanas o viven en áreas urbanas.

Es importante adherirse a los Estándares CLAS cuando se planifica la emergencia para mujeres embarazadas, posparto, lactantes, bebés y niños pequeños. Las consideraciones de CLAS deben promover la participación y el compromiso de comunidades cultural y lingüísticamente diversas para influir en la comprensión y participación en las acciones de preparación para emergencias de salud pública. Por ejemplo, involucrar en la planificación a los miembros de la comunidad que utilizan lo que algunos consideran apoyos no tradicionales para el parto, como los trabajadores de salud comunitarios (por ejemplo, Promotores de Salud), ayudarán a aumentar la comprensión del proceso y ayudará a garantizar que las personas que apoyan el parto tengan acceso a instalaciones médicas en caso de emergencia.



La familia Ramírez

Preparándose para una tormenta del noreste.

Inequidades de salud compuestas por los SDOH existen e casos de una emergencia. Siga a la familia Ramírez antes, durante y después de una emergencia.

La familia Ramírez vive en la costa este en una ciudad comúnmente afectada por las tormentas de noreste, conocidas localmente como tormentas *nor'easter*, pero su ciudad no ha sido afectada severamente en las últimas décadas. La familia Ramírez es de bajos ingresos y recibe alimentos suplementarios y algunos suplementos para su bebé y dos niños pequeños de un banco de alimentos local. Sus dos hijos pequeños también reciben almuerzos escolares gratuitos, pero debido a su condición de indocumentados, el Sr. Y la Sra. Ramírez dudan en participar en otros programas de beneficios del gobierno porque no quieren poner en peligro el sustento de su familia.

Vea como la familia Ramírez responde a una tormenta del noreste en la próxima sección.



[Localizador de hospitales de acceso crítico](#)



[Programa de competencia cultural para la preparación ante las catástrofes y la respuesta a las crisis \(OMH\)](#)

¹⁷ Horner-Johnson, W., Darney, B. G., Kulkarni-Rajasekhara, S., Quigley, B., & Caughey, A. B. (2016). [Pregnancy among US women: differences by presence, type, and complexity of disability](#). American journal of obstetrics and gynecology, 214(4), 529.e1–529.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.10.929>

¹⁸ Kozhimannil KB. (2020). [Indigenous Maternal Health—A Crisis Demanding Attention](#). JAMA Health Forum. <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2766339>

Los servicios lingüísticos, incluida la interpretación y traducción de información de salud pública y de emergencia, son otra consideración importante en la planificación de emergencias para las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y los niños. Por ejemplo, planifique servicios de interpretación y traducción en refugios y otros lugares donde estos grupos reciben atención médica.



Garantizar el acceso al idioma y la comunicación eficaz durante la respuesta y la recuperación: Lista de cotejo para el personal de emergencia (ASPR)

[Inglés Español](#)



Recomendación para la implementación: Establecer objetivos, políticas y responsabilidad de gestión cultural y lingüísticamente adecuados, e infundirlos en toda la planificación y las operaciones. Esto incluye la adopción de disposiciones para los servicios integrales de asistencia lingüística, la contratación de personal representativo de la comunidad a la que se presta servicio y la incorporación de los CLAS en la misión, la visión y los planes estratégicos a largo plazo de la organización. Realizar evaluaciones continuas de las actividades de la organización relacionadas con CLAS e integrar las medidas relacionadas con CLAS en las actividades de medición y mejora continua de la calidad.

Otros factores ambientales afectan la equidad racial y económica durante las condiciones estables y en emergencias. Por ejemplo, el acceso al agua segura para usar con fórmula en polvo, la proximidad a los contaminantes y la confiabilidad de la red eléctrica afectan desproporcionadamente a las minorías raciales y las poblaciones de bajos ingresos. Estos factores afectan la inocuidad de las comidas y la seguridad alimentaria, sustento económico y el bienestar general.

El riesgo que una emergencia representa para estos grupos no es aislado y las disparidades deben considerarse junto con otros factores socioeconómicos. Los proveedores deben continuar aprendiendo sobre estos problemas en sus comunidades e incorporarlos adecuadamente en las medidas de planificación para ayudar a cerrar la brecha de equidad en salud.



Recomendación para la implementación: Comprenda las desigualdades de su ciudad o pueblo y hágase las siguientes preguntas al elaborar los planes de emergencia:

- ¿Qué comunidades están construidos en áreas inundables y requieren frecuentes evacuaciones?
- ¿Dónde faltan servicios de salud materno-infantil como *Healthy Start* y *Home Visiting*?
- ¿Qué comunidades sufren la interrupción de los servicios eléctricos más frecuentes?

Preparación para mujeres embarazadas, en posparto y/o en lactancia

Al desarrollar planes de preparación para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales y los manejadores de emergencias deben incluir escenarios que sean comunes o posibles en su área (por ejemplo, tornados, huracanes, incendios forestales) y revisar regularmente las estadísticas vitales y de salud locales y regionales para desarrollar planes basados en datos. Las estadísticas vitales y de salud importantes incluyen:

- Número esperado de nacimientos por unidad de tiempo
- Demografía de la población
- Información sobre dónde ocurren típicamente los nacimientos (por ejemplo, hospitales específicos, centros de parto, hogar)
- El número de camas disponibles para pacientes obstétricas (incluidas las camas de trabajo de parto y parto, posparto, camas antes del parto y quirófanos obstétricos disponibles)
- El número de nacimientos que ocurren en el hogar y en los centros de parto

Además, los socios y partes interesadas locales, regionales y estatales de MCH deben redactar y firmar acuerdos colaborativos que definan las funciones y responsabilidades clave entre las organizaciones que cuidan a las poblaciones de MCH para permitir una respuesta y coordinación rápidas en caso de una emergencia.



Es importante considerar las disparidades en la atención médica entre las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, especialmente para aquellas que sufren discriminación y aquellas en áreas rurales, durante la planificación de emergencias. Menos de la mitad de las mujeres que viven en áreas rurales en los Estados Unidos están dentro de una distancia de viaje de 30 millas a un hospital con servicios obstétricos (OB). En estas áreas, las mujeres tienen más probabilidades de tener partos fuera del hospital y de dar a luz en hospitales sin unidades de OB, en comparación con las que viven en condados rurales que mantuvieron servicios de OB en hospitales. Las tasas de mortalidad materna en las zonas rurales pueden ser más altas en parte porque los centros de atención de la salud tienen una capacidad y experiencia limitadas con los cuidados críticos de obstetricia y las situaciones de emergencia.



Recomendación para la implementación: Considerar la posibilidad de convocar un grupo de trabajo de preparación para emergencias, con representantes de diferentes partes de la organización, para desarrollar planes (por ejemplo, puntos clave de contacto, responsabilidades) para tratar a las mujeres embarazadas, en el posparto y lactantes durante varios escenarios de emergencia.

Los planes de emergencia a nivel estatal, local y de la organización deben considerar cómo tratar a las mujeres embarazadas, en posparto y/o en lactancia en hospitales e instalaciones médicas que generalmente no brindan servicios de obstetricia. El departamento de emergencias, u otro departamento designado, debe estar preparado para tratar a las poblaciones de MCH en caso de una emergencia o si un paciente no puede ser transferido a una instalación apropiada debido a problemas de acceso u otras condiciones de emergencia (por ejemplo, daños a la infraestructura, carreteras intransitables, daños a hospitales e instalaciones médicas).



Un enfoque informado sobre el trauma es importante para desarrollar la resiliencia de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes. Desarrollar una fuerza laboral diversa de atención médica, salud pública y servicios sociales durante las condiciones estables que pueda apoyar a las mujeres embarazadas, en posparto, y lactantes, particularmente aquellas que han experimentado traumas previamente, es fundamental para servir a estas poblaciones a lo largo del ciclo de manejo de emergencias. Los proveedores deben educar al personal que puede interactuar con las poblaciones de MCH sobre la posibilidad de que las personas con antecedentes de trauma o abuso experimenten la reactivación de las respuestas al estrés durante una emergencia, para que estén preparados para responder adecuadamente y ayudar a estas personas a reducir su ansiedad y el potencial de retraumatización.

Telemedicina y atención a la salud materna

Incorporar la telemedicina a los protocolos habituales de atención sanitaria para las poblaciones de SMI a fin de normalizar la práctica, aumentar la resistencia y promover la equidad sanitaria. Iniciar los servicios de telemedicina y hacer que estén disponibles para su uso en todo momento, incluso durante el estado estacionario, ayuda a los proveedores y a los pacientes a comprender y mitigar las barreras antes de que se produzca una emergencia. La equidad de la salud materno-infantil

La equidad sanitaria materno-infantil en la telemedicina se ve afectada por el acceso a la banda ancha, el acceso a la tecnología y las barreras lingüísticas.




Consideraciones de preparación para las mujeres que están en el posparto, lactantes y cuidando a los bebés

Las mujeres que están posparto, lactantes y cuidando a un bebé o niño pequeño tienen sus propias necesidades de salud física y conductual y las necesidades de su hijo para planificar en caso de una emergencia. Por ejemplo, las mujeres en posparto y lactantes pueden requerir apoyo de relactación (volver al amamantamiento) durante o después de una emergencia debido a la interrupción de la lactancia materna. Los proveedores de servicios de salud deben informarles a las mujeres que están embarazadas en el último trimestre, en posparto y lactantes lo que sucede después de dar a luz, las pautas de emergencia relacionadas con los planes de parto, las pruebas de detección de recién nacidos, las visitas posparto y otros escenarios, además de los puntos de contacto en caso de una emergencia. Es útil para la mujer y sus proveedores identificar estos puntos de

contacto antes de cualquier emergencia para que puedan obtener de manera rápida y eficiente el apoyo que necesitan.

Los proveedores deben establecer conexiones de red regionales, como a través de un HCC local, para identificar qué hospitales prestan o podrían proporcionar servicios de obstetricia en caso de emergencia, incluidos los servicios para mujeres que están embarazadas, en el momento del parto y mujeres que experimentan complicaciones posparto, lo que es un contribuyente significativo a la mortalidad materna.



Prevalencia de los síntomas depresivos posparto en su estado utilizando el Sistema de Vigilancia de la Evaluación del Riesgo en el Embarazo (PRAMS)

Los proveedores deben ser conscientes de las necesidades de salud del comportamiento que pueden surgir durante el embarazo y el período posparto e identificar recursos para compartir con las mujeres que están en el posparto para desarrollar resiliencia. Un estudio de los CDC publicado en 2020 encontró que a nivel nacional 1 de cada 8 mujeres experimenta síntomas de depresión posparto.¹⁹ Los resultados del estudio mostraron que las tasas de depresión posparto fueron más altas entre las mujeres que tenían 19 años o menos, identificadas como AI/AN, fumaban durante o después del embarazo, experimentaban violencia en relaciones íntimas (IPV por sus siglas en inglés) antes o durante el embarazo, dijeron tener depresión antes o durante el embarazo, o cuyo bebé había muerto desde el nacimiento. Las emergencias pueden exacerbar los desafíos de salud conductual existentes, causar un aumento del estrés o trauma e interrumpir el tratamiento del uso de sustancias. Las mujeres que están posparto con trastorno por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) tienen un alto riesgo de recaída en el primer año después del nacimiento.

Al prepararse para diversas situaciones de emergencia, elabore planes y hable con las mujeres embarazadas, puérperas y lactantes sobre cómo continuar con la alimentación del bebé en caso de emergencia. En la medida de lo posible, los métodos de alimentación de los bebés deben seguir siendo los mismos durante una emergencia. Anime a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes a añadir los suministros de alimentación infantil apropiados a los sets de emergencia caseros para apoyar los métodos de alimentación infantil que ya se utilizan y para proporcionar opciones de respaldo si su método principal no es posible. Por ejemplo, los botiquines de emergencia deben tener agua limpia y baterías adicionales para los extractores de leche para ayudar a las mujeres que amamantan y fórmula adicional, preferiblemente de la misma marca que ya se utiliza, para los bebés alimentados con fórmula. Almacenar en los sets de emergencia leche de fórmula lista para usar en caso de que no se disponga de agua potable para mezclar la fórmula y de biberones y tetinas limpios. Una lista de suministros del kit de emergencia se encuentra en la sección [Preparación, - Apoyar el desarrollo de planes de emergencia individuales.](#)

Consideraciones de preparación para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia.

Los planes de emergencia deben incluir protocolos para atender las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes durante una serie de emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, las emergencias localizadas, las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieran una evacuación, y las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieran una evacuación.

Tabla 4: Consideraciones sobre la preparación de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia

Escenario de emergencia	Consideraciones para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
Brotes de enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un plan de comunicación para difundir información de salud pública fidedigna, específicamente sobre los impactos en las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes. • Tener en cuenta las preocupaciones de seguridad de los diferentes grupos,

¹⁹ Bauman, B. L. et al. (2020). [Vital signs: Postpartum depressive symptoms and Provider discussions about perinatal depression – United States, 2018.](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919a2.htm?s_cid=mm6919a2_w)

Escenario de emergencia	Consideraciones para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
	<p>incluido el personal médico y las parteras.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar la disponibilidad de equipos de protección personal (PPE por sus siglas en inglés) para el personal sanitario, de salud pública, de gestión de emergencias y otro personal que apoye a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en entornos médicos y otros. • Animar a las mujeres embarazadas, en posparto lactantes a que añadan a su set de emergencia caseros elementos como mascarillas o desinfectantes para las manos, que serían importantes durante un brote de enfermedades infecciosas. • Comprender y poner en práctica políticas y directrices de telesalud para apoyar a las poblaciones de MCH antes, durante y después de un brote de enfermedades infecciosas, • Adquirir y planificar la distribución de equipos de apoyo a la telesalud, como equipo para el monitoreo remoto de la presión arterial para pacientes prenatales.
<p>Emergencias localizadas (ej. interrupción de servicios básicos como agua, gas natural, carreteras y transporte)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y desarrollar guías sobre rutas alternas de transporte a los hospitales y centros de atención médica, incluidos los centros con servicios de obstetricia y unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU por sus siglas en inglés). • Coordinar con los socios de salud materno-infantil y las partes interesadas, incluidos otros centros de salud, los planes de preparación para tratar a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, especialmente si el centro no cuenta con servicios de obstetricia. Esto incluye la identificación de instalaciones de respaldo y fuentes de energía en caso de una sobrecarga del sistema de salud o de la energía, una falla en la infraestructura u otras circunstancias que limiten la capacidad del establecimiento para atender a las pacientes. • Identificar documente y comparte la información de contacto de los servicios locales que proporcionan alimentos, medicinas y suplementos prenatales, como los bancos de alimentos y Healthy Start, que pueden apoyar a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en caso de pérdida de energía, pérdida de agua u obstrucción de la infraestructura • Prepárese para posibles cortes de electricidad adquiriendo suministros como baterías, generadores y detectores de monóxido de carbono. Para más información sobre la dependencia de la electricidad, consulte Preparación - Planificación para la continuidad de las operaciones y el acceso a los servicios

Escenario de emergencia	Consideraciones para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
<p>Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieren evacuación (ej. huracanes, incendios forestales)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar relaciones y acuerdos, según sea necesario, con los proveedores de transporte que puedan satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, en particular las que están de parto o viajan con un bebé pequeño, como la limpieza, el espacio para transportar un portabebés y el espacio adicional para los suministros de emergencia. • Establecer servicios de interpretación y traducción médica para su uso en los refugios • Desarrollar planes de evacuación y reunificación que definan cómo mantener a los cuidadores familiares con sus recién nacidos, bebés y niños pequeños durante la evacuación y cómo reconectar a las familias y a los cuidadores familiares si se separan. Para más información sobre la reunificación, véase Preparación – Consideraciones de planificación niños pequeños (1-5 años) y Recuperación – Separación y reunificación familiar. • Animar a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes a set un kit de emergencia y llevarlo consigo durante la evacuación/rescate. • Identificar los servicios que pueden necesitar las evacuadas, como el apoyo a la salud mental y los servicios para las sobrevivientes de la violencia sexual o doméstica, y establecer relaciones para agilizar los referidos correspondientes. • Designar un lugar seguro para las pacientes de parto que no pueden ser transportadas debido a un parto inminente y un protocolo para la transferencia de los registros médicos de las pacientes al centro de recepción. Los planes de los centros de salud y de los refugios deben incluir un lugar alternativo identificado para el parto si la unidad de parto está dañada, además de un sistema para garantizar que el equipo necesario pueda transportarse rápidamente al lugar alternativo. Dependiendo del estado del parto y de la estabilidad médica, es posible que el equipo tenga que "dar a luz/refugiarse en el lugar" hasta que la paciente pueda ser evacuada con seguridad • Revisar las políticas que puedan limitar o impedir el acceso al refugio a los proveedores de atención sanitaria y servicios sociales que atienden a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes (por ejemplo, proveedores de apoyo a la lactancia) • Identificar opciones para proveer a las mujeres que están en posparto con cualquier medicamento necesario durante una emergencia (por ejemplo, vitaminas prenatales, antiácidos, analgésicos, ablandadores de heces, anticonceptivos y anticoncepción de emergencia), así como suministros (por ejemplo, productos de higiene femenina), teniendo en cuenta las opciones de bajo costo. • Colocar generadores en los refugios para víctimas de la violencia doméstica siempre que sea posible, para que las personas puedan refugiarse en su lugar en caso de pérdida de energía.
<p>Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieren evacuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los proveedores de servicios, como los programas <i>Home Visiting</i> y <i>Healthy Start</i>, y las organizaciones locales de salud materno-infantil, cómo mantener el apoyo a las poblaciones de salud materno-infantil en sus hogares, incluyendo la provisión de alimentos suplementarios, apoyo a la lactancia, educación nutricional y referidos de atención médica.

Preparación para bebés y niños pequeños



Al desarrollar planes de preparación para bebés y niños pequeños, es fundamental incorporar perspectivas y partes interesadas que tomen en cuenta los intereses de los niños, como los proveedores de servicios pediátricos y los proveedores de servicios sociales y de bienestar infantil, para garantizar su bienestar físico, mental, emocional y social. Un principio fundamental es que el contexto social y las necesidades de los niños deben tenerse en cuenta en la planificación de emergencias. Esto incluye los planes de emergencia de las guarderías y escuelas públicas y privadas, la prestación de servicios de guardería durante las emergencias y la preservación, en la medida de lo posible, de los espacios públicos que son importantes para el bienestar de los niños, como las áreas de juego y los parques. La planificación de emergencias debe aprovechar los sistemas que atienden a los niños y a sus cuidadores, como las escuelas, los centros comunitarios y los proveedores de servicios de salud pediátrica, como mecanismos de servicios de apoyo a los niños en situaciones de emergencia. Por ejemplo, el desarrollo de planes para el cuidado de niños accesibles después de las emergencias beneficia tanto al niño como al cuidador, ya que da al niño un retorno a la estructura y da a los cuidadores tiempo para navegar por los procesos necesarios, como el seguro, los servicios sociales y el apoyo a la salud conductual. Esto puede incluir la provisión de cuidado infantil en una escuela primaria local, en lugar de una estructura temporal o un edificio público, ya que es más accesible y familiar para los niños y los cuidadores.

LECCIONES APRENDIDAS

"La gente se preocupa por los niños. Las agencias y organizaciones federales, estatales y locales están dispuestas a participar en la planificación de emergencias. Sin embargo, los sistemas más relevantes para el bienestar de los MCH, como los servicios sociales y la atención sanitaria de los MCH, están, en muchos casos, al margen de la inclusión en la planificación de emergencias. Hay que involucrar a esos sistemas, ya que son los pilares de la vida de los niños".

Coordinador de manejo de emergencias

Figura 9: Lista de reservas locales de emergencia para bebés y niños pequeños

Suministro Local de Reservas de Emergencia	
BEBÉS (0-12 MESES)	NIÑOS PEQUEÑOS (1-5 AÑOS)
<input checked="" type="checkbox"/> Asientos para coche	<input checked="" type="checkbox"/> Asientos para coche
<input checked="" type="checkbox"/> Fórmulas listas para la alimentación	<input checked="" type="checkbox"/> Pañales
<input checked="" type="checkbox"/> Pañales	<input checked="" type="checkbox"/> Toallitas húmedas
<input checked="" type="checkbox"/> Toallitas húmedas	<input checked="" type="checkbox"/> Pull-ups
<input checked="" type="checkbox"/> Biberones, tetinas y vasos desechables	<input checked="" type="checkbox"/> Vasos desechables
<input checked="" type="checkbox"/> Ropa	<input checked="" type="checkbox"/> Equipo de tamaño infantil, como mascarillas
<input checked="" type="checkbox"/> Artículos de limpieza para la alimentación del bebé (bañera, agua limpia, jabón para platos, cepillo)	<input checked="" type="checkbox"/> Aperitivos nutritivos aptos para niños, agua y leche
<input checked="" type="checkbox"/> Cunas y sábanas ajustables aprobadas para dormir con seguridad	<input checked="" type="checkbox"/> Ropa
	<input checked="" type="checkbox"/> Kits sensoriales
	<input checked="" type="checkbox"/> Actividades para aliviar el estrés, como libros para colorear, lápices de colores, juguetes y libros
	<input checked="" type="checkbox"/> Material de primeros auxilios para niños, como tablillas, férulas y vendas, sillas de ruedas

Las reservas estatales, locales y organizacionales de equipos y suministros deben incluir lo necesario para atender a los bebés y niños pequeños con diversas necesidades según la edad y la etapa de desarrollo (**Figura 9**). Los proveedores pueden apoyar a los cuidadores en el desarrollo de planes de emergencia individuales para bebés y niños pequeños y capacitar a los cuidadores con conocimientos sobre qué hacer en situaciones de emergencia para cuidar a los niños. Para más información, véase [Preparación - Apoyo al desarrollo de planes de emergencia individuales](#).



Los niños sin hogar tienen derecho a recibir comidas gratuitas en todos los programas de nutrición infantil del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés), incluidos el Programa Nacional de Almuerzos Escolares, el Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos (CACFP por sus siglas en inglés) y el Programa de Servicios Alimentarios de Verano. Los niños de los albergues para personas sin hogar que participan en el CACFP tienen derecho a tres comidas gratuitas al día. Los enlaces con las personas sin hogar están disponibles en las escuelas y los refugios y pueden hacer determinaciones sobre situación específicas.

Consideraciones sobre la planificación para bebés (de 0 a 12 meses) en caso de emergencia

Los bebés corren un riesgo especial de sufrir problemas de salud durante las emergencias en el primer mes de vida, como infecciones, deshidratación y dificultades de alimentación. Los bebés también respiran más aire para su tamaño que los adultos y, por lo tanto, absorben más fácilmente los materiales nocivos del aire. Entre 2018 y 2019, los CDC informaron que las principales causas de mortalidad infantil en los Estados Unidos incluían las complicaciones del embarazo materno, las enfermedades bacterianas y respiratorias que afectan al recién nacido, las lesiones no intencionales y el Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS por sus siglas en inglés).²⁰ Es importante incluir consideraciones para los bebés en la planificación de emergencias, incluyendo cómo prevenir infecciones y lesiones no intencionales y mantener un entorno seguro para los niños pequeños para garantizar que sus necesidades sean satisfechas por todos los socios y partes interesadas que puedan entrar en contacto con ellos y su familia durante una emergencia.



Orientación sobre la seguridad de los niños en los refugios de emergencia (Save the Children)

Hay varios conceptos iniciales que los proveedores y otras partes interesadas deben tener en cuenta al prepararse para las necesidades de los bebés durante una emergencia. El cumplimiento de las pautas de sueño seguro durante las emergencias es fundamental para la prevención del SIDS, que es la principal causa de muerte entre los bebés de entre 1 mes y 1 año. Los proveedores de servicios de salud deben hablar con los cuidadores sobre el sueño seguro, y el personal de los refugios y otras personas que cuidan de los bebés en una emergencia deben recibir formación sobre las pautas de sueño seguro. Éstas incluyen:

- Acueste a los bebés de espaldas cuando duermen
- Los cuidadores principales deben compartir la habitación con los bebés o dormir cerca de ellos.
- Utilizar una superficie de descanso firme y plana, como una cuna de seguridad, con una sábana ajustable.
- Mantenga lejos de la zona de descanso las sábanas sueltas, las mantas, las almohadas y otros objetos blandos que puedan cubrir la cara del bebé y obstruir el paso del aire hacia la nariz y la boca.
- Vista a los bebés de forma adecuada y no los abrigue en exceso para que no pasen demasiado calor mientras duermen.

La campaña Seguro al Dormir

El objetivo es abordar el Síndrome de Muerte Infantil Súbita (SIDS) y otras causas de muerte infantil relacionadas con el sueño, y seguir difundiendo mensajes sobre el sueño seguro.



²⁰ Center for Disease Control and Prevention. (2020). [Infant Mortality in the United States](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm).
<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm>



Los exámenes del recién nacido son otro elemento importante de la atención en las primeras semanas de vida. Las revisiones de los recién nacidos son fundamentales para la detección y el diagnóstico temprano de ciertas afecciones que pueden ser potencialmente mortales. En caso de emergencia, es posible que no se realicen las pruebas de detección, que los registros de las pruebas anteriores y los resultados sean difíciles de localizar y las personas pueden trasladarse fuera del estado. El Congreso aprobó la ley *Newborn Screening Saves Lives Act* de 2007, que obliga a realizar planes de contingencia para el cuidado neonatal. Cada estado ha designado puntos de contacto para el cuidado neonatal con los que los proveedores de salud pueden ponerse en contacto para conocer los planes de emergencia para el cuidado neonatal en su estado. También es importante cumplir con los calendarios de vacunación. Al igual que las pruebas de detección de los recién nacidos, las vacunas pueden perderse, los registros de vacunación pueden ser difíciles de localizar, y la reubicación de las familias y las personas puede complicar el cumplimiento de los calendarios de vacunación debido al cambio de pediatras/proveedores médicos.

Los centros de maternidad y los proveedores de servicios de salud pueden preparar los consultorios y el personal para la continuidad de las operaciones relacionadas con la evaluación de los recién nacidos en una emergencia, desarrollando y capacitando al personal sobre los procedimientos estándar. Los proveedores de salud pueden utilizar los siguientes ejemplos de preguntas para dirigir la preparación para el cribado neonatal:



Ejemplo de programa de monitoreo de recién nacidos en el estado de Kentucky

- ¿Quiénes son los contactos clave del programa de cribado neonatal en el estado? ¿Conoce el personal de la oficina la forma de ponerse en contacto con ellos en caso de emergencia?
- ¿Cuál es el proceso habitual de notificación? ¿Se proporcionan los resultados de las pruebas incluso cuando los resultados están dentro de los rangos normales? ¿O sólo se realiza un seguimiento cuando los resultados están fuera de los rangos normales? ¿Qué pasos sigue el coordinador del cribado (u otro representante estatal) para notificar a las consultas de pediatría o a los familiares?
- ¿Cuáles son los procedimientos estatales o los planes típicos de seguimiento (por ejemplo, repetir el cribado, atención de subespecialidad o derivación)?
- ¿Quiénes son los miembros del personal que conocen el proceso de notificación de los resultados del cribado? (Debería haber al menos dos personas).

Para conocer otras consideraciones que repercuten en el cribado de los recién nacidos, vea [Planificación de la continuidad de las operaciones y del acceso a los servicios](#).

Cuando se planifica para los bebés en caso de emergencia, los socios de MCH y las partes interesadas también deben estar preparados para apoyar la alimentación de los bebés y proporcionarles alimentos nutritivos adecuados para su edad. *Para obtener más información sobre la alimentación de los lactantes, visite [Consideraciones sobre la respuesta para lactantes de 0 a 12 meses en situaciones de emergencia](#).*

Consideraciones sobre la planificación de los niños pequeños (de 1 a 5 años) en caso de emergencia

Al igual que los bebés, hay varios conceptos que los proveedores y otras partes interesadas deben tener en cuenta a la hora de prepararse para las necesidades de los niños pequeños durante una emergencia, incluyendo, entre otros, la planificación individual para emergencias, la preparación de las instalaciones de cuidado infantil, la prevención de la separación de los niños y la promoción del bienestar emocional y la resiliencia.

Los proveedores deben hablar con los cuidadores sobre los sets de emergencia en casa y los paquetes de emergencia que los niños pueden llevar a la escuela o a la guardería. Los paquetes de emergencia deben incluir el nombre del niño, los nombres y números de teléfono de la familia o tutores, las alergias, las necesidades funcionales y de acceso específicas, y las condiciones médicas. *Para obtener una lista completa de suministros de kits de emergencia para el hogar, consulte [Preparación - Apoyo al desarrollo de planes de emergencia individuales](#).*

Los centros de cuidado infantil deben contar con planes de emergencia de acuerdo con la reglamentación estatal y federal que tengan en cuenta los diferentes tipos de emergencias, como la evacuación, el refugio en el lugar y los desastres naturales que se produzcan en la zona. Los expertos en manejo de emergencias y los funcionarios de salud pública deben ser conscientes de que los centros de cuidado infantil sin licencia y los acuerdos de cuidado infantil más informales también deben tenerse en cuenta en la planificación de emergencias.

Los planes de emergencia también deben incluir información sobre la prevención de la separación de los niños y los protocolos para la reunificación familiar en diversas situaciones de emergencia. La adhesión a los siguientes principios básicos ayudará a prevenir la separación de los niños y a apoyar el proceso de reunificación:

- En caso de emergencia, transportar a los bebés y a los niños pequeños junto a su familia o cuidadores (ej. un maestro, un cuidador de niños) siempre que sea posible.
- Designar un único organismo o agencia como líder para abordar la separación de los niños a nivel estatal o territorial. Si no se ha designado un organismo, o éste es desconocido por los proveedores de servicios salud, servicios sociales, o por el personal de respuesta, estos deben ponerse en contacto con las fuerzas de ley y orden en caso de separación de los niños.
- Identificar cómo los traslados de pacientes entre centros de salud pueden influir en la separación de los niños de sus familias o cuidadores y desarrollar estrategias de mitigación.

Para desarrollar planes de emergencia que apoyen el bienestar emocional de los niños y promuevan la resiliencia, los proveedores y otros socios deben considerar la colaboración y la creación de relaciones entre las partes interesadas en la salud conductual de los niños. Esto incluye asegurar la coordinación entre los departamentos de salud, los proveedores de salud conductual y los administradores de emergencias, capacitar a los respondedores y a otros proveedores que trabajan con niños para que reconozcan los signos y síntomas de angustia mental en los niños, así como abogar por proveedores de salud conductual capacitados para trabajar con niños en una variedad de contextos, incluyendo escuelas, guarderías y entornos comunitarios.

Consideraciones de preparación para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia

Los planes de emergencia deben incluir protocolos para atender las necesidades de los bebés y los niños pequeños durante una serie de emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, las emergencias localizadas, las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieran una evacuación, y las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieran una evacuación.



Reunificación Familiar (FEMA)

LECCIONES APRENDIDAS

"Los mensajes que no sólo son apropiados para la edad, sino también atractivos, ayudan a que el mensaje de preparación sea relevante. Los libros de actividades para niños de *Ready Wrigley* (Listo Calixto en español) incluyen al perro *Ready Wrigley*, rompecabezas, juegos de palabras y actividades para colorear que son muy populares tanto para los niños pequeños como para sus familias." *Ready Wrigley* es accesible en línea en inglés, español y otros idiomas.

Oficial médico



Tabla 5: Consideraciones de preparación para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia

Escenario de emergencia	Consideraciones para los bebés y los niños pequeños
Brotos de enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un plan de comunicación para difundir información de salud pública de fuentes fidedignas, específicamente sobre los impactos en los bebés y niños pequeños • Establecer capacidades de telesalud para atender la salud conductual cuando sea posible en caso de que surja la necesidad de realizar visitas virtuales • Hablar con los cuidadores sobre las opciones de salud telesalud en caso de necesidad • Hablar con los cuidadores sobre las señales de las necesidades de salud conductual de los niños pequeños desde el principio en una situación de cuarentena o de refugio en el lugar. • Comprar suministros de tamaño infantil para las reservas locales, las guarderías y los consultorios médicos • Anime a los niños pequeños a practicar hábitos seguros para evitar la propagación de enfermedades infecciosas, como lavarse las manos con frecuencia, cubrirse la boca con el codo al toser y estornudar, e informar a los cuidadores cuando no se sientan bien
Emergencias localizadas (ej. interrupción de servicios básicos como agua, gas natural, carreteras y transporte)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y desarrollar guías sobre rutas alternas de transporte a los hospitales y centros de atención médica, incluidos los centros con servicios pediátricos • Planificar los centros de apoyo para acoger a los pacientes pediátricos si los hospitales locales no pueden acoger a más pacientes debido a las circunstancias, como una sobrecarga al sistema de salud o un fallo de la infraestructura, y desarrollar un protocolo para la transferencia de los historiales médicos de los pacientes al centro receptor • Comunicar los procedimientos de emergencia de las guarderías, incluyendo los cierres del día completo y de mediodía • Coordinar con los proveedores de servicios locales para mantener el apoyo a los bebés y niños pequeños, incluyendo la provisión de alimentos suplementarios, el apoyo a la lactancia materna, la educación nutricional y las referencias de atención médica para apoyar a los bebés y niños pequeños, tales como <i>Home Visiting</i> y <i>Healthy Start</i>.
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieren evacuación (ej. huracanes, incendios forestales)	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare un set de emergencia para llevar a la guardería. Para más información, consulte Consideraciones sobre la planificación de los niños pequeños (de 1 a 5 años) en caso de emergencia • Planificar transportar a los niños, su familia y cuidadores juntos • recopilar la información de contacto de los cuidadores en caso de emergencia y comunicar los procedimientos de evacuación de las guarderías • Establecer conexiones de redes regionales, como por ejemplo a través de un HCC local, para identificar qué hospitales pueden o podrían proporcionar servicios pediátricos en caso de emergencia • Considerar las necesidades de transporte de los bebés y niños pequeños, como la limpieza, la capacidad de transportar un portabebés o un niño pequeño, y la necesidad de espacio adicional para los suministros de emergencia • Conocer el inventario de transporte, la ubicación y la capacidad en caso de emergencia del transporte equipado para bebés y niños pequeños, especialmente si el inventario es limitado
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieren evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los proveedores de servicios infantiles, como <i>Healthy Start</i> y las organizaciones locales de salud materno-infantil, para mantener el apoyo a los bebés y los niños pequeños, incluyendo la alimentación y la nutrición suplementarias y los referidos de atención médica • Establecer capacidades de telesalud y salud conductual para apoyar la continuidad de la atención a los bebés y niños pequeños • Desarrollar planes para la alimentación de los lactantes en caso de apagón. El almacenamiento, la viabilidad de la leche materna extraída y la capacidad de calentar la leche materna para alimentar al bebé pueden verse afectados.

Escenario de emergencia

Consideraciones para los bebés y los niños pequeños

- Elaborar una lista de contactos de proveedores de prestaciones de salud y una lista de recursos y socios de reserva que puedan proporcionar suministros inmediatos en caso de emergencia, como los bancos de alimentos. Los cortes de energía pueden afectar a la capacidad de utilizar las tarjetas electrónicas de beneficios o los vales de programas como el de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés) y el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en inglés)
- Difundir información sobre el peligro de dejar a los bebés y a los niños pequeños en los coches durante el calor extremo

Lista de recursos – Preparación

RECURSOS DE PREPARACIÓN PARA EMERGENCIAS

A continuación, se incluyen los recursos mencionados en la sección de preparación y otras herramientas pertinentes.

- [Caja de herramientas para el acceso y las necesidades funcionales: Integración de una red de socios comunitarios para informar sobre las estrategias de comunicación de riesgos](#) (CDC)
- [Cómo abordar la equidad sanitaria durante la pandemia de COVID-19](#) (ACOG)
- [Personas en riesgo con necesidades funcionales y de acceso y el marco CMIST](#) (ASPR)
- [Lactancia materna: Listas de comprobación de preparación para emergencias para madres lactantes, personal de ayuda y trabajadores sanitarios](#) (ILCA)
- [Creación de asociaciones entre el sector público y el privado para mejorar la resistencia a las catástrofes](#) (HHS)
- [Los niños y los desastres: Prioridad dentro y entre los grupos de alto riesgo](#) (AAP)
- [Consideraciones sobre CLAS](#) (OMH)
- [Hoja informativa sobre la competencia cultural y lingüística en la preparación y respuesta a las catástrofes](#) (ASPR)
- [Programa de competencia cultural para la preparación ante catástrofes y la respuesta ante crisis](#) (OMH)
- [Formación sobre servicios cultural y lingüísticamente apropiados \(CLAS\) en la atención sanitaria materna](#) (OMH)
- [Planificación de desastres para servicios obstétricos | Obstetricia y Ginecología](#) (Stanford Medicine)
- [Información sobre preparación y respuesta ante desastres para las familias](#) (AAP)
- [Recursos de planificación de la seguridad en caso de catástrofe para padres primerizos y futuros](#) (CDC)
- [Consortio Pediátrico de los Grandes Lagos del Este para la Respuesta a los Desastres](#) (EGLPCDR)
- [Lista de verificación del kit de emergencia para niños y familias](#) (CDC)
- [EmergencyPhysicians.org](#) (American College of Emergency Physicians)
- [Planificación de emergencias con niños](#) (FEMA)
- [Emergency Preparedness for Pregnant Women and Families with Infants General Information](#) (American Public Health Association)
- [Emergency Preparedness Manual for Early Childhood Programs](#) (National Center on Early Childhood Health and Wellness)
- [Sistema de emergencia para el registro anticipado de profesionales sanitarios voluntarios \(ESAR-VHP\)](#) (HHS)
- [Environmental Health Disparities and Environmental Justice](#) (NIH)
- [Kit de preparación familiar](#) (AAP)
- [Herramienta de reunificación familiar después de los desastres para los centros de salud](#) (AAP)
- Hojas informativas con listas de suministros para mujeres embarazadas y familias con bebés: [suministros para bebés, huracanes, tornados, incendios forestales, terremotos](#) (APHA)
- [Preparación de hospitales para catástrofes para obstetras y centros de atención a la maternidad](#) (ACOG)
- [Identificación de la depresión materna](#) (CDC)
- [Información y recursos Centro Nacional de Recursos para Padres con Discapacidades](#) (Brandeis)
- [Localizador de oficinas locales de emergencia de FEMA](#) (FEMA)
- [Programa de detección de recién nacidos para el estado de Kentucky](#) (Kentucky Cabinet for Health and Family Services)
- [Kit de herramientas para ejercicios de mesa de evacuación de UCIN/guardería](#) (Servicios médicos de emergencia para niños de Illinois)
- [Kit de herramientas de preparación para desastres pediátricos](#) (EIIC)
- [Preparación pediátrica en los sistemas de servicios médicos de emergencia](#) (AAP)
- [Preparación pediátrica en el departamento de emergencias](#) (AAP)
- [Planifique y prepárese para las emergencias](#) (Cruz Roja Americana)
- [Preguntas frecuentes sobre la depresión posparto](#) (OASH)
- [Sistema de seguimiento de la evaluación del riesgo en el embarazo](#) (PRAMS)
- [Atención de salud reproductiva para mujeres con discapacidades](#) (ACOG)
- [Comunidades rurales y preparación para emergencias: Reconocer y planificar las limitaciones de recursos en la respuesta a los desastres para las comunidades rurales](#) (HRSA)
- [Determinantes sociales de la salud Guía de los proveedores de atención sanitaria para la detección de necesidades sociales](#) (AAFP)
- [Estrategias para incluir con éxito a las personas con discapacidad en los programas, planes y servicios de los departamentos de salud](#) (NACCHO)
- [Alianza Regional Occidental para la Gestión de Emergencias Pediátricas](#) (WRAP-EM)

El HHS no se responsabiliza de la disponibilidad o el contenido de los recursos proporcionados, ni respalda, garantiza o asegura los recursos mencionados. Es responsabilidad del usuario determinar la utilidad y aplicabilidad de los recursos proporcionados.

Módulo 2: Respuesta

Consideraciones generales sobre la respuesta para las poblaciones de MCH

La fase de respuesta ocurre durante y en el período inmediatamente posterior a una emergencia y consiste en las acciones que se llevan a cabo para salvar vidas y evitar daños mayores, como la coordinación y la gestión de los recursos, incluidos el personal, los equipos y los suministros. La fase de respuesta incluye la ejecución de los planes de preparación para apoyar a las poblaciones de MCH, por ejemplo, la aplicación de un enfoque informado sobre el trauma y la adhesión a las normas de equidad en salud.

Como se discutió en la sección de preparación, los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales y otras partes interesadas deben tomar medidas durante la respuesta que aborden específicamente las necesidades de las mujeres que están embarazadas, en posparto, lactantes, de los bebés y niños pequeños. Aunque estas poblaciones pueden estar sujetas a muchos de los mismos riesgos, exposiciones o lesiones que la población general, su atención puede ser más urgente o compleja o puede requerir suministros y equipos más especializados. Por ejemplo, cuando una mujer embarazada se pone de parto o una nueva madre en un albergue sangra excesivamente varios días después del parto y necesita atención médica.



Las barreras sistémicas y culturales deben eliminarse en toda la respuesta a la emergencia para que las personas reciban una prioridad justa y todos tengan la oportunidad de estar lo más saludables posible. Los funcionarios de salud pública, el personal de respuesta a emergencias, los proveedores de servicios, los beneficiarios de programas de subvenciones federales y los socios de la comunidad que atienden a las poblaciones de MCH tienen el poder de dar forma a los programas, los procesos y las actividades de respuesta para garantizar una atención salud

Consideraciones sobre los refugios para apoyar a las poblaciones de MCH en la respuesta de emergencia

- Exigir la verificación de antecedentes del personal de los refugios
- Capacitar al personal para que identifique los signos de la trata de seres humanos y los abusos
 - Vea [Sitio web de los CDC con recursos para el personal de los refugios sobre la trata de personas tras una catástrofe](#)
 - Línea telefónica nacional contra la trata de seres humanos (888-373-7888 o envíe un SMS con la palabra "HELP" al 233733)
 - Denuncie la sospecha de explotación infantil a la *CyberTipline*, *The National Center for Missing & Exploited Children* al 1-800-THE-LOST
- Proporcionar espacios seguros y privados para la alimentación de los lactantes, equipados con sillas cómodas, enchufes, un fregadero con agua limpia y jabón para platos, y un espacio refrigerado para almacenar la leche materna/los alimentos
- Suministrar pañales, toallitas húmedas, biberones y vasos desechables, leche de fórmula para lactantes lista para usar, agua limpia, artículos de limpieza para la alimentación de los lactantes, productos de higiene femenina (por ejemplo, toallas sanitarias) y equipos de tamaño infantil (por ejemplo, camas, mascarillas, según las recomendaciones de los funcionarios de salud pública), a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y niños pequeños.
- Cumplir con las pautas de sueño seguro para los bebés. Para más información, consulte [Consideraciones sobre la planificación de los bebés \(de 0 a 12 meses\) en caso de emergencia](#)
- Proporcionar servicios sociales esenciales, ya sea de forma independiente o a través de asociaciones con organizaciones locales de servicios sociales, incluyendo la nutrición, el apoyo a la lactancia materna y la derivación de la atención sanitaria
- Poner en marcha un sistema de derivación de mujeres embarazadas que se pongan de parto y que muestren signos de parto o de pérdida del embarazo a través de los proveedores de servicios médicos y de emergencia
- Proporcionar acceso a los servicios de pruebas y tratamiento, como las infecciones de transmisión sexual (STIs por sus siglas en inglés) y la anticoncepción de emergencia
- Contar con personal representativo de la comunidad en términos demográficos y culturales
- Proporcionar acceso a servicios de interpretación y traducción médica

equitativa en una emergencia.

Continuidad de operaciones y acceso a los servicios

Una planificación adecuada garantiza la continuidad de las funciones y los servicios críticos durante e inmediatamente después de una emergencia. Durante la fase de respuesta, la comunicación efectiva en su idioma y la coordinación con las partes interesadas es primordial para la continuidad de los servicios para las poblaciones de MCH y para apoyar una respuesta bien coordinada. Los proveedores de servicios de salud, de salud pública y de servicios sociales deben trabajar junto con los administradores de la emergencia y los trabajadores de la respuesta, como el personal de los refugios, para garantizar el acceso a los servicios médicos y de salud conductual.

Mantener la comunicación con las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y otros cuidadores de bebés y niños pequeños, así como con los proveedores que atienden a las poblaciones de salud materno-infantil, garantiza que las personas puedan seguir recibiendo servicios y que se identifiquen y aborden las nuevas necesidades que surjan en una emergencia. También es importante durante la respuesta mantener el acceso a los registros médicos y de salud conductual, si es posible. Las situaciones que afectan a las poblaciones de MCH incluyen los servicios de parto, la atención médica para las complicaciones posparto, la atención de los bebés, los servicios pediátricos y las necesidades de salud conductual, como los servicios de salud mental y de uso de sustancias.



Recomendación para la implementación: Identifique contactos y elabore listas y planes de contacto para los trabajadores de la salud que algunos consideran no tradicionales para apoyar a las poblaciones de MCH en su comunidad, con el fin de ayudar a cubrir las brechas durante la respuesta. Entre ellos pueden estar las parteras, los proveedores de apoyo a la lactancia, las doulas y otras personas integradas en la comunidad que estén capacitadas para trabajar con las poblaciones de MCH. Los proveedores con licencia pueden inscribirse en el [Sistema de Emergencia para el Registro Anticipado de Profesionales Sanitarios Voluntarios \(ESAR-VHP\)](#).

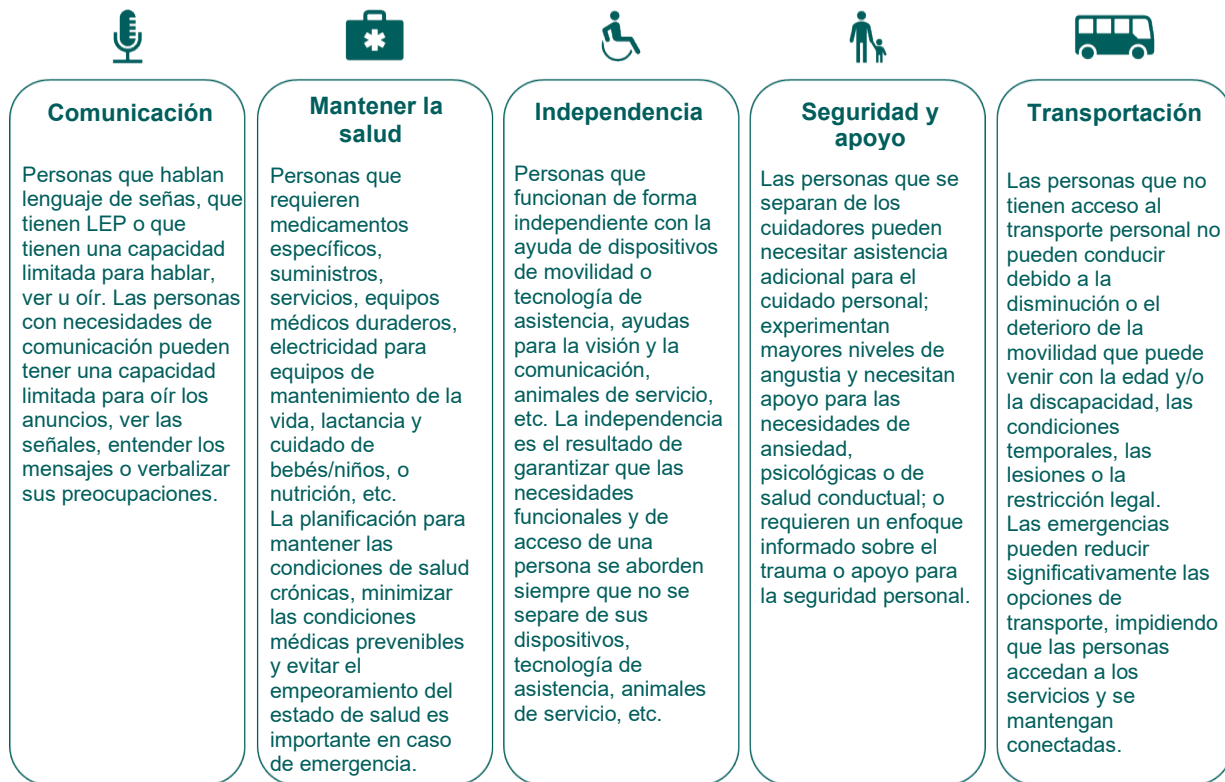
Además de comunicarse con los clientes y pacientes, las organizaciones de SMI deben estar en contacto entre sí para compartir información sobre las necesidades inmediatas y los recursos para garantizar que se satisfagan esas necesidades. Esto suele ser posible a través de las redes establecidas en las fases de preparación y mitigación. Las organizaciones de MCH pueden apoyarse mutuamente durante la respuesta para satisfacer las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y de los niños pequeños en diversas situaciones, como la interrupción del acceso o de la cadena de suministro. Por ejemplo, una tormenta regional que interrumpa el funcionamiento de las carreteras y los ferrocarriles podría hacer que los alimentos para bebés sean difíciles de encontrar en las tiendas. Las organizaciones de MCH pueden colaborar para poner en contacto a los cuidadores con organizaciones que tengan alimentos para lactantes disponibles.

El Marco CMIST (**Figura 10**) presenta consideraciones adicionales a la hora de planificar y responder a las necesidades de acceso y funcionales (que pueden ser temporales o permanentes) de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, de los bebés y niños pequeños.



Personas en riesgo con necesidades funcionales y de acceso y el marco CMIST (ASPR)

Figura 10: El marco CMIST



SEGURO MÉDICO DURANTE LA RESPUESTA A LA EMERGENCIA

Las emergencias pueden provocar interrupciones en el acceso a los servicios de salud debido a limitaciones físicas, como daños en las infraestructuras o restricciones debido a enfermedades infecciosas. La pérdida del seguro médico debido al desempleo u otros factores también puede limitar el acceso a los servicios de salud. En el caso de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, los bebés y niños pequeños, cualquier retraso o aplazamiento de la atención puede tener un impacto significativo en los resultados de salud a largo plazo. Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP por sus siglas en inglés) cubrieron el 42% de todos los nacimientos y el 35% de todos los niños en EUA en 2018, dando a los programas de Medicaid un papel tremendamente importante en la provisión de cobertura médica para las personas embarazadas y sus hijos. La inscripción abierta para apuntarse a estos programas está disponible todos los años, con algunas excepciones para las emergencias de salud pública. Por ejemplo, en 2021, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) determinaron que la pandemia de COVID-19 presentaba circunstancias excepcionales para acceder al seguro médico y proporcionaron un periodo de inscripción especial (SEP por sus siglas en inglés). Los requisitos de elegibilidad de ingresos de Medicaid varían según el estado, pero las personas no necesitaron proporcionar documentación de un evento calificado (por ejemplo, la pérdida de un trabajo o el nacimiento de un hijo), que normalmente se requiere para la elegibilidad del SEP. La Ley del Plan de Rescate Americano de 2021, también llamada Paquete de Estímulo COVID-19, permitió a los estados ampliar la elegibilidad en Medicaid y CHIP hasta 12 meses después del parto. El CHIP también proporciona atención a los niños, aunque los padres no estén cubiertos por Medicaid. En caso de traslado, uno puede solicitar inmediatamente Medicaid en el nuevo estado y puede estar cubierto por la cobertura retroactiva de Medicaid hasta que su seguro se establezca en el nuevo estado.

- [Inscribir adultos y niños en Medicaid o CHIP](#) (USA.GOV)
- [Cobertura de seguro médico para niños](#) (USA.GOV)
- [Inscribirse en los Mercado de Seguros Médicos](#) (Healthcare.gov)
- [Guía rápida del Mercado de Seguros Médicos](#) (Healthcare.gov)
- [Kit de herramientas de telemedicina para Medicaid y CHIP](#) (Medicaid)
- [Información sobre telemedicina de Medicaid](#) (Medicaid)
- [Programa piloto de datos emPOWERing Medicaid/CHIP del HHS](#) (Programa emPOWER del HHS)

Consideraciones sobre la equidad en salud durante la respuesta a la emergencia



Los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales y el personal de respuesta a emergencias que brindan apoyo a las mujeres que están embarazadas, en posparto, lactantes y niños pequeños deben estar preparados para apoyar eficazmente a todas las poblaciones de MCH durante los esfuerzos de respuesta. Las comunidades desatendidas, incluidos los grupos que tienen un acceso limitado a los recursos, enfrentan un mayor riesgo de sufrir efectos adversos durante y después de una emergencia, lo que repercute en los SDOH, como la inestabilidad económica, la inseguridad alimentaria y la falta de una vivienda adecuada.

Todas las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, así como los bebés y niños pequeños, no se ven igualmente afectados durante las emergencias. Por ejemplo, las familias de bajos ingresos pueden tener dificultades para satisfacer sus necesidades básicas durante una emergencia debido al aumento del costo de los bienes que deben adquirirse con el mismo nivel de ingresos. Las familias de bajos ingresos también tienen menos probabilidades de tener suministros extras y un set de emergencia adecuadamente abastecido. Es importante tener en cuenta



La familia Ramírez

Respuesta a una tormenta del noreste.

Una potente tormenta golpea la ciudad de los Ramírez y la familia sigue las órdenes de evacuación. Estaban preocupados porque sólo tienen comida para un día, pero el refugio tiene alimentos nutritivos y adecuados para los niños y la Sra. Ramírez sigue amamantando a su hijo.

Los Ramírez ven a sus vecinos en el refugio, que hablan de quedarse con la familia en caso de inundación, de solicitar la ayuda de emergencia del gobierno por los daños causados por las inundaciones en la casa y de utilizar los ahorros para ayudarles a superar la emergencia. La familia Ramírez tiene muy pocos ahorros y un contrato de alquiler informal con su casero. No están seguros de lo que harán si su casa se inunda.

Vea como la familia Ramírez se recupera de una tormenta del noreste en la próxima sección.

las barreras de acceso a la atención médica, los suministros y las actividades económicas durante la respuesta a la emergencia.

Los residentes rurales se enfrentan a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna grave durante las emergencias, ya que los departamentos de salud pública rurales suelen ser más pequeños y cuentan con menos recursos que sus homólogos urbanos. Los hospitales rurales también carecen de capacidad para aumentar el personal y las camas y pueden carecer de acceso a servicios de atención médica especializada. Quienes atienden a las poblaciones rurales de MCH deben anticiparse a estos desafíos y asociarse con las partes interesadas regionales para compartir y coordinar los recursos durante una emergencia. Los proveedores y el personal de emergencia deben garantizar la seguridad de las mujeres y los niños en caso de evacuación y reubicación. Los estudios indican que la IPV, el abuso infantil y la violencia sexual tienen una alta prevalencia después de los desastres. Además, hay que tener en cuenta que la IPV afecta de forma desproporcionada a las mujeres indígenas y a las que viven en zonas rurales. Tras una catástrofe o una emergencia, residentes indocumentados pueden no estar dispuestas a buscar ayuda en los centros de emergencia o no tener medios económicos para ello, incluso si su hijo tiene derecho a ciertos servicios. Las

poblaciones migrantes también corren un mayor riesgo de ser víctimas de la trata humana durante las emergencias. Es importante que los proveedores sean conscientes de su papel en la lucha contra la trata de personas. Para más información, véase [El rol de los proveedores de servicios de salud en la lucha contra la trata de personas durante los desastres en la sección lista de recursos](#).



Strong Hearts Native Helpline (1-844-7NATIVE) offers free, culturally appropriate support and resources to Native American survivors and families affected by domestic and dating violence.

Los profesionales de la salud pública y los servicios sociales, así como el personal de respuesta a emergencias que prestan apoyo durante la respuesta a una emergencia, deben planificar y estar preparados para atender las necesidades de las personas con discapacidad. Las personas pueden tener discapacidades sensoriales, físicas, cognitivas y de otro tipo que requieren consideraciones adicionales. Una investigación realizada con datos de Medicaid en Wisconsin²¹ demostró que las mujeres con discapacidades intelectuales y del desarrollo tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones en el embarazo y resultados adversos. Tenga en cuenta lo siguiente a la hora de comunicar las emergencias y difundir los recursos para garantizar que sean accesibles para las poblaciones de MCH con discapacidades:

- Garantizar que los materiales de comunicación sobre salud y emergencias, incluidos los específicos para las poblaciones de MCH, sean accesibles (por ejemplo, braille, letra grande, imágenes visuales, intérpretes de lengua de signos americana, subtítulos, que cumplan la Sección 508).
- Cumplir con la ley ADA para garantizar la accesibilidad de las instalaciones de emergencia, como los refugios y los centros de evacuación, y los vehículos accesibles
- Trabajar directamente con las organizaciones locales que atienden a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, a los bebés y niños con discapacidades para identificar sus necesidades en la comunidad
- Coordinar con y a través de las redes de salud pública y discapacidades que tienen relaciones existentes y de confianza con los clientes para dar prioridad y llegar a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, a los bebés y niños con discapacidades, como las personas con equipos médicos dependientes de la electricidad y las personas con enfermedades crónicas.

²¹ Rubenstein, E., Ehrental, D., Mallinson, D., Bishop, L., Kuo, Hsiang-Huo, & Durkin, M. (2020). [Pregnancy complications and maternal birthoutcomes in women with intellectual and developmental disabilities in Wisconsin Medicaid](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241298). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241298>

Los proveedores de servicios de emergencia deben dar prioridad a la inclusión, eliminando las barreras de elegibilidad, aumentando la concienciación a través de la divulgación y los recursos multilingües eficaces, y adaptando el apoyo a las necesidades específicas de las comunidades de inmigrantes. Los centros de salud financiados por la HRSA son uno de los mayores sistemas de atención primaria y preventiva del país que proporciona atención a millones de pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los Centros de Salud pueden incluir Centro de salud federalmente calificado (FQHCs por sus siglas en inglés), centros de salud comunitarios, centros de salud para migrantes, atención de salud para personas sin hogar y centros de salud para residentes de viviendas públicas, y pueden apoyar los esfuerzos de ayuda a las personas en riesgo.



Los Centros de Salud (**Health Centers**) atienden a los pacientes independientemente de su capacidad de pago

Conceptos clave que guían esfuerzos de respuesta equitativos



Hay dos conceptos claves que apoyan los esfuerzos de respuesta equitativos: competencia y humildad cultural. La competencia cultural es la habilidad de los individuos y los sistemas a responder efectiva y respetuosamente a personas de todas las culturas, clases, orígenes, trasfondos étnicos, orientación sexual, credo o religión de forma que reconozca, afirme y valore a los individuos, familias, tribus y comunidades, además de proteger y preservar la dignidad de cada uno. Humildad cultural es un proceso vitalicio de reflexión y autocrítica, mediante el cual un individuo no sólo aprende de la cultura de otros, pero uno que comienza con un análisis de sus propias creencias e identidades cultural. Esta conciencia crítica es más que meramente autoconciencia, sino que requiere que uno comprenda sus propios supuestos, prejuicios y valores.



Recomendación para la implementación: Practica la humildad cultural cuando apoyes a una paciente embarazada entendiendo sus prioridades. Intenta decir: “Quiero asegurar que entiendo tu perspectiva. ¿Cuáles son tus objetivos principales para el parto? ¿Cuáles son tus mayores temores? ¿Cómo puedo apoyarte mejor?”

Estrategias para poner en práctica que apoyan a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, bebés y niños pequeños incluye²²:

- Practicar la autorreflexión, incluyendo comprender sus creencias, valores y parcialidad implícita.
- Reconocer lo que no conoce y tener la apertura para aprender tanto como pueda.
- Estar abierto a la identidad de otras personas y empatizar con sus experiencias de vida
- Reconocer que la mujer suele ser su mejor autoridad, no usted
- Aprender y valorar perspectivas de personas cuyas creencias, valores y visión de mundo difiera de las suyas
- Reconocer los desequilibrios de poder, estereotipos, discriminación y microagresiones
- Abordar y disculparse por un paso en falso (ej. cometer una microagresión)
- Ofrecer espacios honestos y seguros para que las mujeres puedan discutir sus experiencias, incluyendo experiencias con usted como proveedor

El modelo LEARN (por sus siglas en inglés) provee un marco para escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar la información e instrucciones de salud.

- **Listen - Escuchar** con empatía los problemas y percepciones de pacientes
- **Explain – Explicar** su percepción del tema
- **Acknowledge – Reconocer** y diferencias y similitudes

²² U.S. Department of Health and Human Services Office of Minority Health (HHS OMH). (2020). [Culturally and Linguistically Appropriate Services \(CLAS\) in Maternal Health Care](https://thinkculturalhealth.hhs.gov/maternal-health-care/). <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/maternal-health-care/>

Incorporar estándares cultural y lingüísticamente apropiados en la respuesta



En 2017, se confirmaron más de 35,400 casos de infección por el virus del Zika en Puerto Rico en un lapso de 16 meses. Esta cifra representó el 85% de todos los casos notificados en

los Estados Unidos y sus territorios. Como el virus del Zika se vinculó a resultados adversos en el feto y en el parto, las organizaciones de salud, incluidos los CDC, llevaron a cabo campañas educativas sobre cómo las mujeres podían protegerse a sí mismas y a cualquier posible embarazo del virus. Los CDC elaboraron recursos en español para garantizar que las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes tuvieran acceso a la información, incluidas las líneas telefónicas *MotherToBaby* que también estaban disponibles en español.

Fuente: [CDC Zika and Pregnancy Site](#); [Rodríguez-Díaz et al. – NIH. Zika Virus in Puerto Rico \(2017\): Health justice too long delayed](#)

- **Recommend - Recomendar** un plan de tratamiento que se desarrolle con la participación del cliente, incluyendo aspectos culturalmente apropiados
- **Negotiate - Negociar** un acuerdo. El plan de tratamiento final debe ser determinado de mutuo acuerdo por el proveedor de atención y el cliente.

Consideraciones adicionales sobre la respuesta para fomentar la equidad

Comunicación

- Recopilar datos de la población de MCH para comprender mejor las comunidades locales y las necesidades en las emergencias
- Proporcionar canales de comunicación variados y diversos para llegar a las poblaciones de SMI en función de la edad y el idioma (por ejemplo, radio, televisión, redes sociales, alertas de texto)
- Garantizar que el idioma y la información sean accesibles mediante servicios de interpretación y traducción. Lea más sobre las Normas de Servicios

Culturales y Lingüísticos Apropiados (CLAS) de la OMH en la [Introducción - Conceptos clave](#).

- Difundir los mensajes durante las emergencias a través de entidades fidedignas, como los trabajadores de salud de la comunidad (por ejemplo, los Promotores de Salud)
- Promover entornos abiertos y acogedores, y utilizar y fomentar un lenguaje relacionado a la salud inclusivo para todo tipo de familias
- Aprovechar las redes de líderes comunitarios confiables para apoyar la planificación de emergencias y el intercambio de información, como la Red de Información de Alcance Comunitario (COIN por sus siglas en inglés) ²³



Guía de salud pública para definir, localizar y llegar a las poblaciones especiales, vulnerables y de riesgo en una emergencia



Recomendación para la implementación: Incorporar las poblaciones de MCH en un COIN mediante la participación de socios de confianza y personas que atienden a mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, bebés y niños pequeños. Convocar a un grupo responsable de coordinar cada fase del desarrollo de la COIN para las poblaciones de MCH:

Fase 1: Definir las poblaciones de MCH en la comunidad, incluidas las poblaciones desatendidas, como los residentes en zonas rurales, las personas con discapacidades, las personas sin hogar, las personas que hablan inglés como segundo idioma y las personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios.

Fase 2: Localizar las poblaciones de MCH a través de la información recopilada de los socios de la comunidad.

Fase 3: Llegar a las poblaciones de MCH a través de canales de comunicación eficaces

²³ Centers for Disease Control and Prevention. (2018). [Reaching At-Risk Populations in an Emergency](https://emergency.cdc.gov/workbook/index.asp). <https://emergency.cdc.gov/workbook/index.asp>

Representación

- Garantizar que los proveedores de servicios de salud y servicios sociales que interactúan con las poblaciones de MCH sean representativos de la comunidad local para incluir a los miembros de la comunidad y la colaboración con las organizaciones locales, lo que ayuda a fomentar la confianza y la comunicación durante los esfuerzos de respuesta
- Proporcionar servicios con perspectiva de género a las mujeres poniendo a su disposición gestores de casos femeninos; esto incluye proporcionar proveedores de salud materna adecuados
- La identidad de género, la expresión de género y la orientación sexual deben incluirse en la política de no discriminación de un refugio para que residentes transgéneros, residentes no conformes con el género y las personas y familias LGBTQ+ estén explícitamente cubiertos por la política

Seguridad y salud conductual

- Proporcionar información sobre dónde es seguro, así como dónde puede ser peligroso, buscar refugio durante una emergencia
- Garantizar que las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, así como los bebés y los niños pequeños, estén físicamente a salvo de los peligros del entorno, así como de los peligros potenciales para la seguridad en situaciones de reunión masiva o de refugio. Prestar atención a la seguridad en zonas como los dormitorios y los baños

Proveer alimentos culturalmente apropiados tras los huracanes Irma y María



En 2017, los pacientes de diálisis fueron evacuados de Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos a Atlanta (Georgia) por necesidad médica, después de que las capacidades de diálisis en las islas quedaran completamente destruidas por los huracanes Irma y María. Los pacientes de diálisis necesitaban una dieta renal, pero no estaban acostumbrados a muchos alimentos comunes en el territorio continental de los Estados Unidos. Los socios federales y no gubernamentales trabajaron juntos para proporcionar a los pacientes una dieta renal culturalmente apropiada para garantizar la salud de los pacientes y una atención de calidad. Las poblaciones de MCH también tienen necesidades nutricionales especiales. La práctica de la competencia cultural en relación con los alimentos y dietas especiales para las poblaciones del MCH favorece la salud y el bienestar general de las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, así como la de los bebés y niños pequeños.

- Poner a disposición de las personas que lo necesiten la Línea Nacional de Violencia Doméstica (1-800-799-SAFE) y la Línea de Ayuda para Catástrofes (1-800-985-5990). Las personas sin hogar pueden tener un mayor riesgo de reacciones físicas y psicológicas adversas a las emergencias debido a la limitación de recursos y/o a la exposición pasada a eventos traumáticos
- NO separar las familias para ayudar a los niños y a sus padres a mantener la unidad y el bienestar.
- Proporcionar apoyo psicológico básico y tangible mediante intervenciones como los Primeros Auxilios Psicológicos (PSA por sus siglas en inglés)

Consideraciones sobre la respuesta para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes

Durante la respuesta a la emergencia es necesario tener en cuenta diversas situaciones que afectan a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes. Por ejemplo, el estrés, que puede aumentar durante una emergencia, tiene un impacto potencialmente negativo en las mujeres embarazadas y puede contribuir a resultados adversos como bebés prematuros y de bajo peso.



El trauma durante el embarazo presenta consideraciones anatómicas y fisiológicas que pueden requerir un mayor uso de recursos especializados, como el parto por cesárea. Es necesario un enfoque informado sobre el trauma para las mujeres que están embarazadas, en posparto y lactantes, que pueden verse afectadas de forma crítica por los altos niveles de estrés asociados a una respuesta de emergencia, especialmente las mujeres que han sufrido traumas o abusos en el pasado, o que tienen un trastorno por consumo de sustancias. Escuchar y responder a las necesidades y preocupaciones de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes ayuda a mejorar los resultados al crear un entorno en el que las mujeres se sientan cómodas, se sientan capacitadas para hablar de sus necesidades y pueden acceder a los servicios rápidamente.

También es importante monitorear a las mujeres que están en el periodo posparto inmediato para detectar signos y síntomas de complicaciones, como hemorragias excesivas y prolongadas, hipertensión y complicaciones con la lactancia, y tomar las medidas necesarias para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas. Por ejemplo, los refugios deben tener equipos para tomar la presión arterial, y el personal debe controlar a las mujeres que están en el período de posparto en sus instalaciones y organizar el traslado a un proveedor de salud local o a un centro de atención médica en caso de que sea necesaria una evaluación adicional. Además, los proveedores de servicios de salud, los beneficiarios de subvenciones federales de salud materno-infantil, las organizaciones comunitarias y otros socios que atienden a las poblaciones de salud materno-infantil deben estar bien informados de las señales de advertencia urgentes de los problemas de salud relacionados con el embarazo.

LECCIONES APRENDIDAS

“Crear colaboraciones sólidas con quienes atienden a las poblaciones de salud materno-infantil antes de una emergencia resulta en un beneficio durante la respuesta. Un ejemplo de esto es cuando los directores estatales del Título V trabajaron juntos durante el huracán Katrina en 2005 y el brote de Zika en 2015-16 para rastrear el cambio de ubicación de las familias y garantizar la continuidad de la atención durante y después de las emergencias, lo que incluyó las posevacuaciones para el huracán Katrina.”
-Especialista en niños y familias



Recomendación para la implementación: Las situaciones de emergencia pueden ser caóticas. Sin embargo, dedicar tiempo a preguntar a una mujer embarazada o a una mujer que cuida de un bebé cómo se siente puede salvarle la vida. Incorpore las lecciones de la campaña "[Escúchala \(Hear Her\) de los CDC](#) en las formaciones sobre gestión de emergencias y actúe cuando una mujer embarazada, en posparto y lactantes le diga que algo no va bien. "Escúchala" ofrece recursos e información para concienciar sobre señales de advertencia potencialmente mortales durante y después del embarazo y mejorar la comunicación entre las pacientes y sus proveedores de servicios de salud.



El acceso a servicios médicos y de salud conductual culturalmente competentes es importante para garantizar la equidad en la salud materna. Durante la respuesta a la emergencia, el acceso a los servicios de interpretación y traducción para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes es fundamental para expresar al personal de respuesta a la emergencia las necesidades relacionadas con el embarazo, el cuidado del bebé o la atención posparto.

Consideraciones sobre la salud conductual de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en situaciones de emergencia

Las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes con enfermedades o problemas de salud conductual pueden experimentar una exacerbación y/o desencadenamiento de los síntomas durante una emergencia. El acceso a los medicamentos, a los proveedores de salud conductual y a otros tratamientos puede verse afectado durante una emergencia. Las personas que padecen SUD pueden tener dificultades para interrumpir los grupos de apoyo en persona, la medicación para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT por sus siglas en inglés) y otras formas de tratamiento. Las personas que padecen SUD también pueden ser incapaces o enfrentarse a desafíos para garantizar su seguridad durante una emergencia debido al deterioro del juicio y las capacidades funcionales. Es importante

vigilar y proporcionar apoyo a las mujeres embarazadas, en posparto y lactancia que intentan abandonar el consumo de drogas. Los proveedores y las partes interesadas que trabajan con poblaciones de MCH durante una emergencia deben remitir a quienes necesitan apoyo y tratamiento a los proveedores de salud conductual, a los recursos y a los proveedores de telesalud.

Apoyo a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes que han sufrido abusos

Apoyo a las víctimas de la violencia doméstica durante el huracán Sandy



New Jersey mantiene un Registro Central de Violencia Doméstica con información actualizada sobre todas las órdenes de alejamiento introducidas en el Sistema Automatizado de Seguimiento de Casos de Familia que está a disposición de los organismos encargados de hacer cumplir la ley y del Tribunal de Familia. En circunstancias

normales, este registro y una línea telefónica de ayuda que lo acompaña facilitan el cumplimiento de las órdenes de alejamiento y la protección de las víctimas cuando se desplazan entre municipios y condados del estado. Durante el huracán Sandy en 2012, cuando las víctimas de la violencia doméstica necesitaron reubicarse debido a los peligros de la tormenta, los proveedores llamaron a la línea directa donde los examinadores coordinaron la reubicación para garantizar un acomodo seguro y adecuado.

Líneas telefónicas para sobrevivientes de abuso

- Línea nacional contra la violencia doméstica 1-800-799-7233/SAFE
- Línea nacional de atención a las agresiones sexuales 1-800-656-4673/HOPE

Fuente: *National Association of County and City Health Officials (NACCHO)* (2016). *HURRICANE SANDY RECOVERY WORKSHOP SUMMARY REPORT: Lessons Learned and Promising Practices for Home and Community-Based Service Providers*



Experimentar una emergencia es traumático y crea desafíos conocidos e imprevistos para acceder a la seguridad, el apoyo y los recursos. Los sobrevivientes de abuso y las personas que sufren la violencia de género pueden tener dificultades adicionales para superar el estigma y el trauma y satisfacer sus necesidades básicas. Los abusos pueden comenzar o intensificarse durante el embarazo y pueden causar graves daños a las mujeres embarazadas y al feto. Los estudios demuestran que hasta el 8% de las mujeres denuncian la violencia doméstica o la agresión sexual antes y durante el embarazo, y la victimización por parte de la pareja aumenta hasta el 12% después del parto.²⁴

Los trastornos que se producen durante una situación de emergencia, como la orden de permanecer en casa, la falta de servicio de transporte público y el cierre del lugar de trabajo y de la escuela, afectan a los planes de seguridad de las sobrevivientes, aumentan la vulnerabilidad a la violencia sexual y al abuso doméstico. La prevalencia y la gravedad de la IPV, que incluye comportamientos agresivos y coactivos por parte del agresor, pueden tener un efecto agravante en la salud conductual de la mujer y en su recuperación después de una emergencia.



Recomendación para la implementación: Los primeros respondedores, los proveedores de servicios de salud y de servicios sociales pueden apoyar a las mujeres que han sufrido abusos o tienen un trastorno por consumo de sustancias adoptando un enfoque basado en el trauma que garantice la continuidad de los servicios, proporcione espacios privados y seguros cuando sea posible para facilitar la conversación, proporcione personal de apoyo a la salud conductual y promueva el acceso continuo a la atención clínica, la nutrición y otras necesidades.

Consideraciones sobre la respuesta para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia

Las actividades de respuesta a las emergencias deben abordar las necesidades específicas de las

²⁴ U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (HHS ASPR). *First Responders: Support for Pregnant Survivors of Abuse or Rape During Disasters*. <https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/first-responder-factsheet.pdf>

mujeres embarazadas, en posparto y lactantes durante una serie de emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, las emergencias localizadas, las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieran una evacuación, y las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieran una evacuación.

Tabla 6: Consideraciones de respuesta para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia

Escenario de emergencia	Consideraciones para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
Brotos de enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar los riesgos del brote o brotes de enfermedades infecciosas actuales a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes • Hablar con las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes sobre las medidas de las precauciones apropiadas que deben tomar durante el brote específico, como recibir las vacunas anuales contra la gripe, usar mascarillas y asesorar sobre el tratamiento en caso de infección • Realice visitas de telesalud cuando sea posible. Distribuya equipos para apoyar la atención de telesalud, como equipo para el monitoreo remoto de la presión arterial para pacientes prenatales • Distribuir equipo médico de emergencia (PPE por sus siglas en inglés) a lo que algunos pueden considerar proveedores no tradicionales, como las parteras, y a otros que apoyan a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en los centros médicos y en el hogar, incluidas las doulas, los especialistas en lactancia y los trabajadores sanitarios de la comunidad (por ejemplo, los Promotores de Salud). • Aconsejar sobre la búsqueda de atención en persona en los centros médicos, como las revisiones periódicas o para otros síntomas, ya que retrasar la atención podría causar retrasos en el diagnóstico u otras complicaciones. • Comunicar las medidas de seguridad apropiadas para la atención en persona • Ajustar los planes de parto en función de cualquier cambio en el proceso parto, como las restricciones a los visitantes • Consultar a las autoridades de salud pública antes de hacer recomendaciones sobre la lactancia materna. Si es necesario recomendar la suspensión temporera de la lactancia materna, proporcionar información, recursos y apoyo para ayudar a mantener el suministro de leche para poder reanudar la lactancia materna en el futuro y cómo prevenir infecciones (por ej., mastitis)
Emergencias localizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Activar las redes de socios a nivel regional, estatal o local para proporcionar un alcance que garantice la seguridad de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes. • Compartir información con las organizaciones asociadas del MCH sobre las necesidades que hayan surgido durante una emergencia • Activar los planes de dependencia de la energía en caso de que se produzca un apagón, incluido el cambio a suministros que funcionen con baterías y generadores. Asegurarse de que haya detectores de monóxido de carbono e incluir mensajes para las poblaciones del MCH sobre los riesgos de intoxicación por monóxido de carbono
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieren evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica los acuerdos definidos en la fase de preparación para cubrir las funciones y responsabilidades entre las organizaciones que atienden a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes • Refugiarse en los albergues de violencia doméstica si es seguro hacerlo. Coordinar con los proveedores y el personal de los refugios y proporcionar apoyo a los planes existentes para garantizar un alojamiento seguro para los sobrevivientes de la violencia y el abuso de la pareja si un refugio de violencia doméstica debe ser evacuado • Proporcionar servicios de salud conductual en los centros de reubicación y en los refugios para ofrecer una atención informada sobre el trauma a las mujeres que están embarazadas, en posparto y lactantes. La exposición previa a una catástrofe o a un trauma puede hacer que algunas personas corran un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas al estrés

Escenario de emergencia	Consideraciones para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieren evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el contacto con las organizaciones locales, estatales y federales que apoyan a las poblaciones de MCH para garantizar que las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes que se encuentran en las zonas afectadas reciban los suministros necesarios • Remitir a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en situación de riesgo, según proceda (por ejemplo, visitas a domicilio, línea de atención a la violencia doméstica, etc.)

Consideraciones de respuesta para bebés y niños pequeños

Según los CDC, los niños más pequeños suelen verse más afectados por las emergencias que los adultos debido a una variedad de razones. Por ejemplo, los bebés y los niños pequeños:

- Tienen la piel más fina y respiran más rápido que los adultos, por lo que es más probable que absorben sustancias nocivas a través de la piel o las vías respiratorias
- Tienen más probabilidades de sufrir daños por temperaturas más altas o muy bajas
- Pueden ser incapaces de seguir instrucciones o tomar decisiones para mantenerse alejados del peligro durante una emergencia
- Gastan energía más rápidamente que los cuerpos de los adultos, y necesitan comida y agua con más frecuencia
- Es más probable que se lleven las manos a la boca y que pasen más tiempo al aire libre y en el suelo, por lo que es más probable que encuentren riesgos en el entorno
- Pueden no ser capaces de explicar cómo se sienten, lo que puede dificultar la identificación de un problema médico y su rápido tratamiento
- Tienen más contacto con los demás y su sistema inmunitario está menos desarrollado para combatir las infecciones. Esto significa que son más propensos a contraer una enfermedad que puede propagarse de persona a persona.
- Algunos niños tienen necesidades especiales de salud (por ejemplo, físicas, intelectuales y de desarrollo, o enfermedades crónicas). Esto puede aumentar la probabilidad de que un niño enferme o se angustie mucho durante una emergencia, especialmente si está separado de sus padres o cuidadores.

Los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales que atienden y apoyan a los bebés y niños pequeños deben activar los planes de emergencia para proteger la salud y la seguridad de los bebés y niños pequeños durante las emergencias. Por ejemplo, es posible que los proveedores tengan que adquirir y utilizar o proporcionar equipos y suministros adecuados para tratar a los bebés y niños pequeños, como cubrebocas y agujas de tamaño infantil, equipos de transporte (por ejemplo, porta bebés, asientos de coche) y otros suministros necesarios (por ejemplo, pañales, toallitas, biberones, vasos desechables).

Consideraciones sobre la salud mental de los bebés y niños pequeños en situaciones de emergencia

Es importante que todas las personas que cuiden y apoyen a los bebés y niños pequeños durante una emergencia comprendan que los niños pueden reaccionar de manera diferente a los adultos durante las situaciones de emergencia y que las necesidades de salud conductual puedan presentarse de manera diferente según la edad y el desarrollo del niño. Los cambios de comportamiento, la inquietud y el enfado pueden ser signos de estrés, ansiedad o depresión en los bebés y niños pequeños. Los niños reaccionan, en parte, por lo que ven en los adultos a su alrededor. Cuando los padres y cuidadores afrontan una emergencia con calma y confianza, pueden proporcionar el mejor apoyo a los niños.

Tómese el tiempo necesario para calmar a un niño durante una emergencia, siempre que sea posible, esto les ayudará a seguir las instrucciones de los profesores, los cuidadores o los socorristas. Por ejemplo, considere



**Red Nacional de Estrés
Traumático de Niños (NCTSN)**

la posibilidad de emplear los primeros auxilios psicológicos, una intervención temprana que promueve un entorno de seguridad, de calma, de colectividad autoeficacia, empoderamiento y esperanza.

Las reacciones más comunes a la angustia en los niños pueden ser:

- **Bebés a 2 años:** Los bebés pueden llorar más y querer ser sostenidos y acurrucados más de lo habitual
- **Niños de 3 a 5 años:** Los niños de maternal y kínder pueden volver a tener comportamientos que han superado, como accidentes en el baño, mojar la cama o tener temor de separación de sus padres y cuidadores. También pueden tener rabietas o dificultades para dormir.

Consideraciones sobre la respuesta para los bebés (de 0 a 12 meses) en situaciones de emergencia.



Los bebés requieren múltiples revisiones durante las primeras semanas y meses después del nacimiento. Durante una respuesta de emergencia, los proveedores de servicios de salud deben priorizar el acceso al tipo y nivel adecuados de atención infantil, como las evaluaciones de los recién nacidos, que son un mecanismo importante para la detección temprana de afecciones que ponen en peligro la vida o que afectan a la salud a largo plazo. Durante la respuesta a la emergencia, los proveedores de salud deben poner en práctica planes de contingencia en emergencia para garantizar la continuidad de los exámenes, lo que incluye tener los resultados de los exámenes anteriores fácilmente accesibles y completar los seguimientos de los mismos.

Apoyo a la Alimentación de Los Bebés en caso de Emergencia



- Mantener a los bebés y a sus cuidadores juntos
- Garantizar que las mujeres lactantes tengan acceso a alimentos saludables y agua limpia
- Crear lugares seguros para que las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes puedan alimentar a sus hijos
- Disponer de leche de fórmula infantil lista para usar en un biberón limpio o un vaso desechable como alternativa o en caso de que el niño se separe de su cuidador; si no se dispone de leche de fórmula lista para usar se requiere acceso a agua limpia para la leche de fórmula en polvo
- Proveer acceso a proveedores de salud con experiencia en lactancia y capacitar al personal en la alimentación infantil.

Ya sea que la atención se brinde en un hospital, en un refugio, en una organización comunitaria o en el hogar, los socios MCH deben seguir sus planes de emergencia y coordinarse dentro de la comunidad para poner a disposición los recursos adecuados para apoyar a los recién nacidos y a los bebés, incluida la leche de fórmula lista para alimentar los biberones y las tetinas (cuando puedan limpiarse adecuadamente), los vasos desechables, los artículos de limpieza para la alimentación de los bebés, los pañales, las toallitas húmedas, las cunas de seguridad aprobadas como las sábanas ajustables y la orientación para apoyar el sueño seguro. La seguridad del transporte también es importante para los bebés durante una emergencia y los vehículos deben poder transportar portabebés.

Es importante entender las directrices para la alimentación de los bebés durante la respuesta. La leche materna es el alimento más seguro y limpio para los recién nacidos y los lactantes, cuando se dispone de ella, durante las emergencias. Sin embargo, las orientaciones sobre la lactancia materna pueden cambiar en función de la emergencia. Por ejemplo, las orientaciones de salud pública pueden recomendar la suspensión temporal de la lactancia materna durante un brote de una enfermedad infecciosa, mientras que durante una catástrofe natural se recomienda seguir amamantando. Además, las situaciones de emergencia pueden plantear obstáculos importantes a

la lactancia materna para la mujer y el bebé. El estrés, la falta de privacidad, la falta de intimidad, la falta de seguridad y comodidad, la falta de apoyo a la lactancia y la preocupación por posibles infecciones o por los medicamentos para la madre afectan a la lactancia materna. Manténgase al tanto de las orientaciones de salud pública para garantizar la seguridad y la salud de la mujer y el niño.

La violencia de pareja y el maltrato y abandono infantil durante la pandemia de COVID-19

La violencia de pareja y el maltrato y abandono infantil aumentaron durante la pandemia de COVID-19 en el 2020. La generalización de las órdenes de cuarentena en el hogar provocó que las personas se encontraran en el mismo espacio que sus agresores durante largos periodos de tiempo. Aunque los proveedores de servicio de prevención de violencia doméstica anticiparon un aumento en la demanda de servicios algunas líneas telefónicas de atención a la violencia pareja informaron de un descenso de las llamadas de más de 50%.¹ Los niños también corren el riesgo de sufrir abusos y violencia durante las órdenes de permanencia en el hogar COVID-19. Las investigaciones han demostrado que el aumento del estrés de los cuidadores y padres es uno de los principales factores de maltrato y abandono infantil. Durante la pandemia de COVID-19, muchos cuidadores se enfrentaron a factores de estrés, como la pérdida del empleo, la inseguridad alimenticia y de la vivienda, Y la falta de apoyo social personalizado, incluyendo el cuidado de los niños y los miembros de la familia. Debido a las órdenes de cuarentena en el hogar, los adultos de confianza, como los maestros, los consejeros y los proveedores de servicios infantiles, no pudieron ver los signos de angustia que normalmente se detectarían durante una visita al hogar o a la escuela.

1. Megan L. Evans, M.D., M.P.H., Margo Lindauer, J.D., and Maureen E. Farrell, M.D. (2020). *A Pandemic within a Pandemic — Intimate Partner Violence during COVID-19*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2024046>

La alimentación del bebé, incluyendo la lactancia materna, la leche artificial o una combinación de ambas, debe continuar de forma normal para cada cuidador y bebé durante una emergencia, siempre que sea posible. Las mujeres lactantes que están amamantando parcialmente pueden aumentar su suministro de leche amamantando con más



Alimentación Infantil en Desastres y Emergencias (AAP)

frecuencia, lo que es útil si la fórmula no está disponible o esta escasa. Los trabajadores de emergencias, como el personal de los albergues, deben conocer las distintas necesidades nutricionales de los bebés y los niños pequeños y deben ser capaces de identificar los recursos adecuados y necesarios, como los alimentos blandos o en puré para los bebés de 6 meses o más. Debe haber apoyo para la lactancia y la alimentación de los bebés por parte de un proveedor capacitado. Si un bebé se separa de su cuidador, póngase en contacto con un banco de leche local para ver si hay leche de donante disponible. Para más información, consulte [Consideraciones de planificación para los bebés \(de 0 a 12 meses en situaciones de emergencia\)](#).

Consideraciones de respuesta para niños pequeños (de uno a cinco años) en situaciones de emergencia:

Durante una respuesta de emergencia, el personal de primeros auxilios, los proveedores de servicios de salud y los cuidadores deben actuar con rapidez para abordar las condiciones en las que los niños

corren un mayor riesgo de sufrir lesiones o daños, como la hipotermia y las lesiones en la cabeza. Los signos de lesiones en la cabeza incluyen, aunque no exclusivamente lesiones visibles, vómitos y confusión. En el caso de los niños expuestos a condiciones climáticas extremas o a elementos dañinos, cúbralos rápidamente con mantas. La continuidad de las operaciones y la coordinación entre los socios durante una emergencia, incluidos los primeros respondedores, los centros de salud y los laboratorios, son importantes para realizar diagnósticos oportunos y compartir información. Por ejemplo, incluso en el caso de una interrupción de electricidad, los historiales médicos pediátricos deben estar accesibles y actualizados con una nueva información durante la emergencia.

Los niños procesan las situaciones de forma diferente a los adultos y las emergencias pueden ser aterradoras y confusas para los niños pequeños. Al abordar las necesidades de los niños pequeños en una emergencia, hable con los cuidadores para entender la situación. Hable con los niños que puedan comunicarse verbalmente de una manera que entiendan con calma, asegurándose de tener en cuenta las [Normas CLAS de la OMH](#). Esto puede ayudar a los niños a procesar la situación y sus emociones para ayudarles a sentirse tranquilos y cómodos.

Cuando sea posible, proporcione a los niños pequeños actividades creativas para expresarse, como por ejemplo a través del arte y la música, y asegúrese de que disponen de alimentos nutritivos y adecuados para su edad, como fruta cortada en trozos pequeños y alimentos blandos y en puré. También es beneficioso para los niños pequeños mantener lo más posible una rutina y pasar tiempo con sus cuidadores y familia.

Apoyar a los niños pequeños que han sufrido abusos durante e inmediatamente después de una emergencia, los primeros respondedores, proveedores de salud y proveedores de servicios sociales deben entender los signos de abuso infantil, tales como lesiones, miedo, ansiedad, vergüenza, desesperanza, depresión y retraimiento.



Recomendación para la Implementación: Ofrecer a los niños pequeños la oportunidad de hablar sobre lo que están viviendo, compartir sus sentimientos y hacer preguntas. Comunicar la información sobre la emergencia de forma reconfortante.

Estas partes interesadas también pueden tener que informar sobre sospechas de maltrato infantil en situaciones de emergencia, siguiendo directrices y protocolos preestablecidos, y remitir exámenes de salud mental cuando esté justificado.

Consideraciones de respuesta para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia

Las actividades de respuesta a las emergencias deben abordar las necesidades específicas de los bebés y los niños pequeños durante una serie de emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, las emergencias localizadas, las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieran una evacuación, y las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieran una evacuación.

Tabla 7: Consideraciones de respuesta para infantes y niños pequeños en varios escenarios de emergencias

Escenario de emergencia	Consideraciones para bebés y niños pequeños
Brotos de enfermedad es infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> Realizar visitas de telesalud, incluyendo servicios de salud conductual, cuando sea posible y distribuir equipos para apoyar la atención virtual Comunicar a los cuidadores y a los niños los riesgos específicos del brote y aconsejar sobre el tratamiento en caso de infección El asesoramiento para la búsqueda de atención personalizada en los centros de salud, como los exámenes médicos periódicos o por otros síntomas, ya que postergar la atención podría causar un retraso en el diagnóstico u otras complicaciones (por ejemplo, mayor probabilidad de enfermedad si no se cumple el calendario de vacunación) Comunicar las medidas de seguridad adecuadas para la atención personalizada Animar a los cuidadores y a los niños pequeños a seguir practicando las medidas de seguridad (por ejemplo, lavarse las manos con frecuencia, cubrirse la boca con el codo al toser o estornudar, avisar a su cuidador o profesor cuando no se sienten bien) Cumplir con los protocolos de salud pública basados en la edad según sea necesario. Por ejemplo, se puede aconsejar el uso de un cubrebocas para los niños de 2 años o más, pero no para los menores de 2 años.
Emergencias localizadas	<ul style="list-style-type: none"> Seguir los protocolos de emergencia en caso de cierre de centros de cuidado infantil y escuelas Seguir los protocolos de descontaminación para niños en caso de exposición a sustancias químicas (para más información, consulte la Guía de Descontaminación de la AAP en la sección Lista de Recursos) Mantener el contacto con las organizaciones locales del MCH para garantizar que los bebés y niños pequeños de las zonas afectadas reciban suministros en caso de interrupción de los servicios, como la electricidad o el agua Asegúrese de que la temperatura interior sea adecuada para los bebés, ya que la pérdida de calor puede afectar a los recién nacidos
Catástrofes naturales y	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar acceso a pediatras y proveedores de servicios de salud pediátrica en los albergues a través de la telesalud

Escenario de emergencia	Consideraciones para bebés y niños pequeños
<p>provocadas por el ser humano que requieren evacuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acomodar los asientos de coche y otros suministros necesarios para los bebés y niños pequeños en el transporte • Establecer zonas de cuidado infantil, zonas adaptadas a los niños y recursos centrados en ellos, como pañales, toallitas, agua limpia, suministros para la alimentación de los bebés, incluidos biberones, tetinas y vasos desechables, como duchas y baños con jabón líquido para las manos, acceso a especialistas, espacios privados para la alimentación de los bebés, cunas aprobadas para la seguridad y sábanas ajustables para apoyar el sueño seguro, y cumplir con las directrices de sueño seguro en los refugios • Preguntar a los cuidadores como alimentan a su bebé y no suponer como se alimenta. La alimentación de los infantes debe continuar de manera normal para cada cuidador y bebé y solo debe cambiar cuando sea necesario. Esto puede incluir la lactancia materna, la leche de fórmula o una combinación de ambas. las personas que amamantan parcialmente tienen la opción de amamantar más, si es posible para aumentar su suministro y alimentar menos con fórmula.
<p>Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieren evacuación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar las nuevas necesidades que surgen para los bebés y niños pequeños situados en las zonas afectadas • Comunicar a los niños la información sobre la emergencia de forma reconfortante y darles la oportunidad de compartir sus sentimientos y hacer preguntas, incluyendo reconocer los elementos aterradores e incómodos de la situación • Proporcionar a los niños oportunidades para la expresión creativa, como colorear o la música para aliviar el estrés • Referir a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes a los servicios de salud materno-infantil, según proceda, como <i>Healthy Start</i> o WIC

Listado de recursos – Respuesta

RECURSOS DE RESPUESTA A EMERGENCIAS

A continuación, se incluyen los recursos mencionados en la sección de respuesta y otras herramientas disponibles.

- [Intoxicación por monóxido de carbono tras una catástrofe](#) (CDC)
- [El cuidado de los niños en una catástrofe](#) (CDC)
- [Guía de seguridad para niños en refugios de evacuación de emergencia](#) (Save the Children)
- [Lista de artículos y servicios de refugio comúnmente utilizados \(CUSI-SL\)](#) (FEMA)
- [Comunicación con personas con conocimientos limitados de inglés](#) (HHS)
- [Conciencia cultural: Los niños y las catástrofes](#) (SAMHSA)
- [Plantilla de datos: Recogida de información complementaria sobre mujeres embarazadas al realizar la vigilancia de la morbilidad después de una catástrofe](#) (CDC)
- [Guía de descontaminación para niños en incidentes de exposición química masiva](#) (AAP)
- [Guía de respuesta ante catástrofes para proveedores de atención sanitaria: Identificación y comprensión de las necesidades de atención sanitaria de las personas sin hogar](#) (ASPR)
- [Igualdad de acceso para las personas transgénero Apoyo a las viviendas y refugios inclusivos](#) (HUD)
- [Centros de salud calificados por el gobierno federal](#) (HRSA)
- [Primeros Respondedores: Apoyo a las embarazadas supervivientes de abusos o violaciones durante los desastres](#) (ASPR)
- [Guía para coordinar los servicios de WIC durante un desastre](#) (USDA)
- [Programa de Centros de Salud](#) (HRSA)
- [Cómo ayudar a los niños a afrontar las emergencias](#) (CDC)
- [Cómo limpiar, desinfectar y almacenar los artículos para la alimentación infantil](#) (CDC)
- [Cómo mantener limpio el extractor de leche](#) (CDC)
- [La trata de personas después de una catástrofe: Información y recursos para el personal de los refugios](#) (CDC)
- [Alimentación de los bebés en desastres y emergencias](#) (AAP)
- [Recursos de respuesta a desastres de Medicaid y CHIP](#) (CMS)
- [Red Nacional de Estrés Traumático Infantil](#) (NCTSN)
- [Webinar "Understanding Trauma and Mental Health in the Context of Domestic Violence Advocacy" del National Indigenous Women's Resource Center](#) (NIWRC)
- [Programa de reanimación neonatal](#) (AAP)
- [Promoción del manejo del estrés para las mujeres embarazadas](#) (HHS)
- [Programa Promotores de Salud](#) (HHS)
- [Almacenamiento y preparación adecuados de la leche materna](#) (CDC)
- [Guía de operaciones de campo para los primeros auxilios psicológicos, 2da edición](#) (NCTSN)
- [Manual de salud pública para definir, localizar y llegar a las poblaciones de riesgo en una emergencia](#) (CDC)
- [Recursos para los planificadores de emergencias y el personal de respuesta para los niños en las catástrofes](#) (CDC)
- [Recursos para la alimentación infantil y la nutrición](#) (CDC)
- [Guía RESPOND de la Oficina de Salud de las Minorías](#) (OMH)
- [Preparación y respuesta a las emergencias rurales](#)
- [Manual para refugios](#) (Cruz Roja Americana)
- [Técnica de RCP pediátrica paso a paso](#) (Cruz Roja Americana)
- [Línea de ayuda StrongHearts Natives](#) (1-844-7NATIVE (762-8483))
- [Adopción de un enfoque basado en el trauma para la atención en la respuesta de emergencia](#) (CDC)
- [El papel de los proveedores de servicios de salud en la lucha contra la trata de personas durante los desastres](#) (ASPR)
- [Respuesta de la comunidad tribal ante la desaparición de una mujer: Herramientas para tomar acción](#) (NIWRC)
- [¿Por qué utilizar servicios cultural y lingüísticamente apropiados \(CLAS\) durante una catástrofe?](#) (OMH)

El HHS no se responsabiliza de la disponibilidad o el contenido de los recursos proporcionados, ni respalda garantiza o asegura los recursos mencionados. Es responsabilidad del usuario determinar la utilidad y aplicabilidad de los recursos proporcionados.,

Modulo 3: Recuperación

Consideraciones generales sobre la recuperación de las poblaciones de MCH

La fase de recuperación del ciclo de manejo de emergencias se produce después de una emergencia y requiere equilibrar las necesidades inmediatas para volver a la normalidad, como la reparación de la infraestructura y el restablecimiento de los servicios, con los objetivos de mitigación a largo plazo para reducir la vulnerabilidad futura a los resultados adversos de una emergencia. Ambos aspectos de la recuperación son cruciales a la hora de apoyar a las poblaciones MCH.

A corto plazo, las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, los bebés y niños pequeños necesitan acceso inmediato a los servicios de atención de salud, como las vacunas, revisiones prenatales y postnatales, y exámenes del recién nacido. Los manejadores de emergencias y los funcionarios públicos deben reponer las reservas lo antes posible para mantener la preparación y dar prioridad a las necesidades de las poblaciones MCH relacionadas con alimentos, agua, energía y refugio. A largo plazo, los proveedores de salud materno-infantil, como los proveedores de servicios sociales, los beneficiarios de subvenciones en bloque del Título V Servicios de Salud Materno Infantil, los proveedores de servicios de salud y los socios de la comunidad deben incorporar las lecciones aprendidas de las emergencias recientes en sus planes de preparación para mitigar el impacto de las emergencias en las poblaciones MCH.



Recomendación para la aplicación: Asignar a una persona o grupo para que realice un análisis de las deficiencias de los suministros, el personal y los servicios después de una emergencia. Presentar recomendaciones a la dirección de la organización para mejorar la preparación para emergencias y la coordinación entre los socios MCH.



Reconstruir y garantizar el acceso a los programas de la red de seguridad social (por ejemplo: TANF, SNAP, WIC) tan pronto como sea posible después de una emergencia es importante para garantizar una recuperación equitativa, ya que las poblaciones que dependían de los programas de la red de seguridad social antes de la emergencia se enfrentan a los mayores desafíos para la recuperación. Por ejemplo, una familia de bajos recursos y con recursos limitados para comprar alimentos va a enfrentarse a retos aún mayores después de una emergencia si ésta ha causado daños irreparables en su refrigerador. El uso de las redes comunitarias MCH y de los recursos locales durante la recuperación ayuda a mitigar los efectos acumulativos de los SDOH en las comunidades desproporcionadamente afectadas por las emergencias.

La continuidad de la cobertura del seguro médico es otro indicador de la capacidad de recuperación de las personas. Comprender las pólizas de seguro médico privado, Medicaid y la cobertura de CHIP es importante para atender a las poblaciones MCH tras las emergencias. Por ejemplo, perder la cobertura un cierto número de días después de dar a luz es típico para los beneficiarios de Medicaid. Los proveedores de servicios médicos deben hablar con las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes y con los cuidadores de bebés y niños pequeños sobre su póliza de seguro médico y proporcionar información de contacto y recursos sobre los seguros disponibles. Además, la falta de cobertura fuera de la red es típica de las pólizas de seguros médicos privados, y es posible que las personas tengan que ser atendidas en un centro o proveedor fuera de la red debido a daños, traslados o a la falta de disponibilidad de registros médicos o documentación del seguro. Esto puede dar lugar a papeleo adicional o gastos médicos mayores inesperados para el individuo mientras se recupera de la emergencia.

Las mujeres embarazadas en posparto y lactantes con discapacidades, así como los bebés y niños con discapacidades, también pueden necesitar reemplazar el equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) que se haya perdido, abandonado, dañado o destruido en una emergencia. Los proveedores deben aconsejar a las personas que se comuniquen con su proveedor



Reemplazo de DME luego de una emergencia

de seguro médico para solicitar la sustitución del equipo médico duradero. Medicare también tiene un programa para reemplazar el DME después de una emergencia. *Para más información sobre el seguro y Medicaid, véase [Continuidad de Operaciones y Acceso a los Servicios -Seguro de Salud en la respuesta de Emergencia](#) en la sección de Respuesta.*



Los proveedores y las organizaciones que dirigen las actividades de recuperación deben tener en cuenta las necesidades de los grupos de bajos recursos que carecen de ahorros o de un seguro para cubrir el costo de la atención de salud, las reparaciones o la reposición de las necesidades básicas (por ejemplo, alimentos, ropa) después de una emergencia. Los proveedores de servicios que atienden a las poblaciones de MCH deben remitir a las organizaciones de MCH tales como programas *Home Visiting* y *Healthy Start*, para atender las necesidades durante la recuperación.

Los proveedores deben ocuparse de las citas perdidas para los controles prenatales, las vacunas, los exámenes a recién nacidos y de exámenes rutinarios para el bienestar del niño. Es posible que sea necesario ajustar el método de prestación de servicios según la emergencia. Por ejemplo, en respuesta a la pandemia de COVID-19 en 2020, Alabama comenzó a realizar las visitas bienestar del niño por teléfono, y el WIC desarrolló una aplicación electrónica para brindar acceso digital a los servicios.

Recuperación Centrada en la Comunidad

Durante la recuperación es importante un enfoque colaborativo y centrado en la comunidad que involucre a una serie de partes interesadas a nivel local. Tras las secuelas de los huracanes Matthew (2016) y Michael (2018) en el estado de la Florida, las coaliciones de educación temprana, que representan a los proveedores de cuidado infantil en todo el estado, participaron en los debates y la planificación para servir a las familias manteniendo abiertos los servicios de cuidado infantil. Después de que el huracán tocara tierra, los miembros de la coalición hicieron llamadas telefónicas y visitas a domicilio a los hogares con niños pequeños. Las asociaciones de educación temprana desempeñaron un papel importante durante la recuperación del huracán al participar en la divulgación a personas y familias con niños pequeños y transmitir información importante a los administradores de manejo de emergencias.

La coordinación entre los socios que atienden a las poblaciones MCH debe continuar después de una emergencia para garantizar que se satisfagan las necesidades funcionales y de acceso para las personas. Por ejemplo, supongamos que un niño pequeño de la comunidad necesita alimentos antialérgicos, pero el banco de alimentos local no los tiene después de que una tormenta regional haya interrumpido la cadena de suministro. El banco de alimentos puede ponerse en contacto con los socios MCH a nivel local para ubicar una fuente de alimentos antialérgicos. Los proveedores de la comunidad y los socios MCH también pueden mejorar el apoyo después de una emergencia conociendo los servicios disponibles en la comunidad, incluidos los albergues, las organizaciones religiosas que ofrecen servicios y la asistencia gubernamental relacionada con la emergencia. Para ver una lista de socios MCH, vea la **Figura 6: Ejemplo de Socios de MCH y Partes Interesadas**.

Salud conductual en la recuperación

Otro componente importante que debe abordarse durante la recuperación para las poblaciones MCH es

LECCIONES APRENDIDAS

“Es importante encontrar el equilibrio entre el apoyo y el reconocimiento de la capacidad limitada de las organizaciones a nivel local después de una emergencia. Por ejemplo, algunos centros de Desarrollo Infantil están contruidos para resistir la interrupción del suministro de electricidad y terremotos. Estas instalaciones pueden verse fácilmente abrumadas por una llegada de suministros que no son necesarios pero que llegan de cualquier manera. Los socios bien intencionados suponen que las instalaciones han sido dañadas por un terremoto, pero no comprenden la situación en el lugar a fondo antes de actuar. Ocuparse de los suministros innecesarios puede complicar las actividades de recuperación.”

Coordinador de manejo de emergencias

la salud conductual, ya que una emergencia puede presentar factores de estrés complejos para las poblaciones MCH que pueden angustiar emocionalmente a las personas y exacerbar las condiciones existentes. Las emergencias afectan a las personas de manera diferente y pueden provocar traumas, ansiedad, depresión y otros síntomas de salud mental, así como la interrupción del tratamiento de los trastornos del sueño. Los proveedores deben seguir discutiendo las opciones de salud conductual con las mujeres embarazadas en posparto y lactantes y con los cuidadores de bebés y niños pequeños después de una emergencia, incluso si los síntomas no se presentan inmediatamente.



Mediante la aplicación de un enfoque a la atención de salud física y conductual basado en el trauma, las

organizaciones MCH pueden apoyar a las poblaciones MCH después de las emergencias, haciendo que las personas se sientan cómodas al buscar apoyo y asegurándose de que no sufran más traumas. Es importante que todas las personas que trabajan con mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, así como con bebés y niños pequeños, sean conscientes de que durante la emergencia pueden haber ocurrido acontecimientos significativos que pueden provocar un trauma o traumatizarse nuevamente, como la muerte o las lesiones de un miembro de la familia, la separación de un hijo, la vivencia de una situación que pone en peligro la vida o la imposibilidad de salir de casa.

Continuidad de operaciones posteriores a una emergencia

Puede llevar más tiempo recuperarse y volver a las operaciones normales después de las emergencias que provocaron daños en la infraestructura y la interrupción de los servicios públicos, como el agua y la electricidad. Los daños en edificios de oficinas, instalaciones de almacenamiento de registros, instalaciones médicas y almacenes pueden también demorar el restablecimiento a la normalidad.

Además, el personal puede tener dificultades para realizar visitas a domicilio y otras citas con parientes o clientes después de una emergencia. Las citas personalizadas pueden verse interrumpidas debido al cierre de carreteras, condiciones inseguras o cierre de oficinas y la telesalud puede no estar disponible debido a las interrupciones de energía. Las organizaciones y los proveedores MCH deben identificar rápidamente nuevas necesidades después de una emergencia y proporcionar referencias para satisfacer las necesidades individuales. Mantener la comunicación y compartir la información y los recursos entre los socios MCH fortalece los esfuerzos de recuperación y ayuda a las poblaciones MCH a obtener los suministros y el apoyo que necesitan.



FACTORES QUE INFLUYEN LA SALUD CONDUCTUAL DESPUÉS DE UNA EMERGENCIA

- Exposición directa a una emergencia, incluido el ser evacuado o ser testigo de otras personas incluidos los miembros de la familia, en situaciones que ponen en peligro la vida.
- Parámetros familiares, como la reacción de los padres y otros adultos de confianza ante una emergencia
- Enfermedades preexistentes, incluidas las de salud mental
- Factores socioeconómicos, como los recursos financieros
- Traumatismo del pasado

[Source: CDC Public Health Matters Blog – Using Trauma-Informed Care to Guide Emergency Preparedness and Response](#)

Figura 11: Continuidad de las operaciones durante la recuperación

Continuidad de las operaciones durante la recuperación	
<p>Comunicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuar la comunicación con las poblaciones MCH a través de múltiples canales • Comunicar la información de contacto de la salud pública, los servicios sociales, la salud mental y otras organizaciones relevantes a donde las personas pueden dirigirse para hacer preguntas y recibir apoyo • Seguir colaborando con los socios que atienden a las poblaciones MCH para ampliar las comunicaciones y los mensajes importantes • Adaptar los mensajes según sea necesario en función de las necesidades de las mujeres embarazadas, lactantes y de los bebés y niños pequeños después de una emergencia 	<p>Dependencia de la electricidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saber a quién remitir las poblaciones MCH para que les ayude con los suministros que dependen de la energía, como la leche materna extraída, los extractores de leche y los equipos médicos duraderos y DME • Mantener el acceso a estaciones de carga o cargadores individuales para dispositivos móviles en los centros comunitarios durante las visitas a domicilio o en otros lugares que atiendan a las poblaciones MCH después de una emergencia • Facilitar la transferencia o restablecer el acceso a el servicio de la salud conductual, de uso de consumo de sustancias y otros expedientes de tratamientos según sea necesario • Coordinar lugares alternativos para las citas, los análisis del laboratorio y el procesamiento, si hay interrupción de energía eléctrica por periodos largos de tiempo
<p>Acceso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar planes en función de las circunstancias para continuar con las operaciones esenciales y atender a las poblaciones MCH • Identificar al personal y a las poblaciones MCH que se han visto afectadas de forma desproporcionada y que podrían necesitar apoyo adicional (por ejemplo, viviendas o instalaciones de parto dañadas) 	<p>Del Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar al personal que atiende a las poblaciones MCH que necesitan servicios para asignarlos en función de la accesibilidad y la necesidad • Trabajar con los socios MCH para atender las necesidades imprevistas, como los suministros limitados (por ejemplo, alimentos para bebés, pilas, productos de higiene femenina)

Consideraciones sobre la equidad en servicios de salud durante la recuperación



Algunas poblaciones MCH pueden necesitar más tiempo que otras para recuperarse de una emergencia debido al impacto acumulativo de los SDOH. Las comunidades marginadas suelen tardar más en recuperarse física y económicamente de las emergencias debido a las desigualdades existentes y pueden necesitar apoyo adicional.

Por ejemplo, las mujeres embarazadas, en periodo de lactancia y los bebés y niños pequeños que experimentan la falta de hogar se enfrentan a una combinación de disparidades ante una emergencia, además de la falta de un refugio adecuado y seguro, como la conexión social limitada y la falta de acceso a los recursos de subsistencia y de salud. Para algunas poblaciones MCH, las disparidades existentes pueden presentar barreras adicionales para la recuperación después de una emergencia en comparación con otras más resilientes.

Aproximadamente el 44% de las mujeres jóvenes y el 18% de los hombres jóvenes de entre las edades de 18 y 25 años que sufren la falta de un hogar indicaron ser madres, padres o mujeres embarazadas; cada año, cientos de miles de niños — hasta 1.1 millones en los Estados Unidos en 2017— viven con una madre joven o, con menor frecuencia, con un padre joven que sufre la falta de un hogar.²⁵ Las personas sin un hogar tienen más probabilidades de sufrir problemas crónicos de salud, mala nutrición, mala higiene y violencia. Este grupo suele ser más difícil de alcanzar posterior a las secuelas tras las emergencias y tienen menos recursos para acceder a los apoyos de recuperación como el acceso a Internet y al transporte. Las personas sin hogar tienen más probabilidades de haber sufrido un trauma antes de la emergencia y, por lo tanto, corren un mayor riesgo de volver a traumatizarse.

Las poblaciones MCH de diversos orígenes culturales y lingüísticos pueden enfrentarse a barreras adicionales para acceder a las prestaciones y a la atención de salud de calidad tras una emergencia. Para este grupo puede resultar difícil recibir información sobre las prestaciones y los servicios disponibles para apoyar a las mujeres durante y después del embarazo y a los niños pequeños durante la recuperación. Llevar a cabo planes para adherirse a las normas del CLAS después de una emergencia es importante para garantizar que las poblaciones reciban información y apoyo cultural y lingüísticamente competentes. *Lea más sobre las Normas en la Tabla 2.*



La Familia Ramírez Respondiendo a una tormenta del noreste

Después de la tormenta invernal, la familia Ramírez se entera de que su casa se ha inundado. La familia se aloja temporalmente en casa del hermano del señor Ramírez que vive en un departamento de dos habitaciones. La familia Ramírez vuelve a su casa antes de que los daños por inundación hayan sido reparados por completo y, por desgracia, su arrendador tarda en realizar las obras necesarias. Su hijo contrae una infección respiratoria causada por el moho y las facturas médicas superan las posibilidades de los Ramírez. Una semana más tarde, los Ramírez ven a sus vecinos que se alojan en casa de una familia mientras se repara su casa. Los vecinos mencionan haber recibido ayuda de emergencia del gobierno para reparar los daños provocados por el agua en su casa. La familia Ramírez sobrevivió la tormenta, pero les está costando más tiempo recuperarse que a otros en su comunidad y las circunstancias relacionadas con la tormenta han endeudado a la familia.

¿Qué nos dice la historia de la Familia Ramírez sobre la desigualdad agravada en las emergencias?



Hogares grupales de maternidad para jóvenes embarazadas y padres



Recomendación para la implementación: Incluir en la planificación de emergencias a los proveedores de servicios para las poblaciones MCH sin hogar. Comprender que los individuos y las familias que sufren la falta de un hogar a menudo han sufrido de trauma antes de una emergencia y el capacitar a los proveedores en el uso de un enfoque informado sobre el trauma para la respuesta de emergencia ayudará a garantizar que esta población reciba suficiente apoyo. Los desencadenantes habituales de los síntomas traumáticos son los ruidos fuertes, los espacios reducidos, la falta de privacidad y los entornos caóticos o desorganizados.

Recuperación para mujeres embarazadas, en posparto y lactantes

En el caso de las poblaciones MCH, el estrés del embarazo, el periodo posparto y el cuidado de un bebé o un niño pequeño se unen a los desafíos de la recuperación de la emergencia. Los proveedores de atención de salud y servicios sociales deben reanudar las visitas regulares a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, incluyendo las visitas prenatales y de posparto, después de una emergencia. Los proveedores también deben trabajar con sus pacientes para reprogramar y priorizar las citas que se perdieron debido a la emergencia, ya sea en persona o como visitas de telesalud. Antes y durante estas citas, los proveedores de servicios de salud pueden abordar cualquier interrupción en la recepción de medicamentos recetados, suplementos (por ejemplo, vitaminas prenatales), anticonceptivos y productos de higiene femenina, y volver a visitar los planes de parto. Por ejemplo, una mujer quizás deba seleccionar un hospital o centro de partos diferente si el centro previsto sufrió daños durante la emergencia y la mujer tiene un embarazo tardío. En caso de lesiones físicas u otras necesidades inmediatas como la recuperación de una cesárea los proveedores de servicios de salud y servicios sociales deben asegurarse de que las mujeres embarazadas en posparto y lactantes cuenten con el apoyo necesario en casa (por ejemplo, un visitante a domicilio, un cuidador, un miembro de la familia), así como suministros de salud y seguridad.

Consideraciones sobre la salud conductual de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes

Durante el periodo de recuperación, las emergencias pueden dificultar el acceso a los tratamientos y servicios para las enfermedades de salud mental y el SUD. Por ejemplo, puede ser difícil para las personas con SUD obtener los medicamentos necesarios para el tratamiento o las reuniones de apoyo. Además, aunque normalmente no se desarrollan nuevos SUD después de las emergencias, el mal uso de sustancias puede aumentar después de las emergencias.



Recomendación para la implementación: Desarrollar procedimientos de detección de consumo de sustancias e integrar las prácticas informadas por el trauma en las políticas de consumo de sustancias. Identificar a los proveedores de tratamiento por consumo de sustancias en la comunidad e implementar un proceso de remisión.

Las emergencias y el estrés relacionado que sufren las mujeres embarazadas también pueden tener un impacto en la depresión materna y puede afectar a los resultados y complicaciones del embarazo. Incluso si las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes no recibían apoyo en materia de salud conductual antes de la emergencia, los proveedores de salud deben hablar de salud conductual con sus pacientes y remitirlos para recibir apoyo de salud mental, si es necesario. Las mujeres en período de posparto también deben someterse a exámenes de salud mental después del parto. Las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes, sus proveedores y su familia deben saber a quién dirigirse en el caso de una emergencia de salud conductual.



También es importante que los proveedores que atienden a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes comprendan que cuando los cuidadores sufren de ansiedad, depresión y otras respuestas al trauma, los niños pequeños a su cargo pueden correr un mayor riesgo de sufrir problemas de desarrollo y comportamiento y, además de seguir las orientaciones recomendadas sobre el desarrollo, deben ser [examinados](#) y evaluados si surgen problemas. [Consideraciones de preparación para mujeres en posparto al cuidar a los bebés.](#)

Apoyo a las mujeres embarazadas, en posparto lactantes que sufren de abuso

Las alteraciones de las rutinas diarias provocadas por una emergencia, como las órdenes de cuarentena en casa o un cambio en la situación laboral, pueden afectar a los planes de seguridad de los sobrevivientes y aumentar la vulnerabilidad de resultados adversos. Los factores de estrés provocados por una emergencia, como el aislamiento en un brote de enfermedades infecciosas, podrían empeorar o iniciar un ciclo de violencia en los hogares. La pandemia de COVID-19 en 2020, por ejemplo, provocó un cierre mundial causando una gran devastación económica y desconectó a muchas personas de los recursos y sistemas de apoyo en la comunidad. Las denuncias de violencia doméstica y VPI durante la pandemia de COVID-19 disminuyeron debido al aislamiento social. Por otro lado, tras el huracán Katrina en 2005 se registró un aumento del 45% en la violencia intrafamiliar.²⁶ Una de las razones de este aumento se ha atribuido a qué es más probable que los sobrevivientes permanezcan con una pareja abusiva o vuelvan a ella mientras permanecen en el sistema de albergues temporales de emergencia.²⁷ El acceso a los servicios sociales después de una emergencia crea visibilidad a terceros, como los trabajadores de los albergues, al enterarse de la violencia doméstica y hacer la denuncia correspondiente.



La Línea Nacional de Ayuda de SAMHSA, 1-800-662-HELP (4357) Es un servicio que funciona las 24 horas del día para personas y familiares que se enfrentan a trastornos de la conducta o por consumo de sustancias.

Recursos de apoyo Para Las Mujeres Embarazadas y de Posparto con Trastornos de Consumo de Sustancias



Debido a la posibilidad del aumento de la violencia doméstica después de una emergencia, las organizaciones que prestan sus servicios a las sobrevivientes deben comprender las necesidades de sus clientas embarazadas, en periodo de lactancia y planificar la prestación de un mayor apoyo después de una emergencia. Los proveedores deben remitir a las mujeres que sufren abusos a los servicios y sistemas de apoyo de la comunidad. La aplicación de un enfoque informado sobre el trauma fomenta la resiliencia en las emergencias al ayudar a las mujeres embarazadas, en periodo de posparto y/o en periodo de lactancia a sentirse cómodas y apoyadas, y para evitar sufrir de traumatismo nuevamente.



Recomendación para la implementación: Planificar un aumento de la demanda de servicios sociales para los sobrevivientes de abuso después de una emergencia. desarrollar múltiples métodos de apoyo para los sobrevivientes como servicios personalizados telemedicina y mensajes de texto. El apoyo a múltiples métodos de servicio crea resiliencia contra los efectos de una emergencia.

Discutir y recopilar las lecciones aprendidas con las partes interesadas para actualizar los planes de evacuación de los albergues contra la violencia doméstica, incluyendo el apoyo a las sobrevivientes y a las personas que sufren abusos para que permanezcan separadas de sus agresores durante el periodo de refugio y la evacuación. Los proveedores de servicios de salud y servicios sociales pueden ayudar a las sobrevivientes de los abusos después de una emergencia garantizando la continuidad de los servicios proporcionando espacios privados y seguros para facilitar la conversación, y fomentar el acceso continuo a la atención médica, a



La Línea Nacional de Violencia Doméstica (1-800-799- SAFE (7233)) es un recurso para los sobrevivientes y para aquellos que apoyan a los sobrevivientes, incluidos los proveedores de atención médica y los servicios sociales. Para aquellos que no se sientan seguros llamando a la línea también están disponibles las opciones a través del chat o mensaje de texto.

²⁶ U.S. Department of Health and Human Services Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (HHS ASPR). [First Responders: Support for Pregnant Survivors of Abuse or Rape During Disasters](https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/first-responder-factsheet.pdf). <https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/first-responder-factsheet.pdf>

²⁷ Gearhart, S., Perez-Patron, M., Hammond, Tracy A., Goldberg, Daniel W., Klein, A., and Horney, Jennifer A. (2018). [The Impact of Natural Disasters on Domestic Violence: An Analysis of Reports of Simple Assault in Florida \(1999–2007\)](https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vio.2017.0077). Violence and Gender Vol. 5, No. 2. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/vio.2017.0077>

los servicios de salud conductual, la nutrición en viviendas seguras, otras necesidades y apoyo financiero. Es importante reconocer que los sobrevivientes que han sufrido interrupciones en las rutinas diarias como refugiarse en su hogar, las órdenes de permanecer en casa o la evacuación, pueden sentirse inseguros buscando apoyo en persona o a través del teléfono.

Consideraciones sobre la recuperación de las mujeres embarazadas en posparto y lactantes en varios escenarios de emergencia

Los planes y las actividades de recuperación deben tener en cuenta las necesidades de las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes durante una serie de emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, las emergencias localizadas, las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieran una evacuación, y las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieran una evacuación.

Tabla 8: Consideraciones sobre la recuperación de las mujeres embarazadas, en posparto lactantes en varios escenarios de emergencia

Escenario de emergencia	Consideraciones para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
Brotes de enfermedades infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes los efectos duraderos del brote, como las diferentes variedades de la enfermedad, y las medidas de prevención, como la vacunación anual contra la gripe. • Comunicar los riesgos de los efectos conocidos a largo plazo de la enfermedad infecciosa específica para las mujeres que están embarazadas, en posparto y lactantes. La comunicación sobre las circunstancias y los riesgos individuales debe realizarse de forma individual con los proveedores. • Hacer hincapié en las estrategias de afrontamiento para apoyar la recuperación de las emergencias de salud pública, como hablar con los amigos y la familia, la autoexpresión creativa, hablar con un proveedor de salud conductual y buscar tratamiento para el consumo de sustancias. • Proporcionar apoyo a la relactación si la lactancia materna se interrumpió durante un brote y si es seguro hacerlo. • Restablecer el apoyo a la salud conductual si se interrumpió durante el brote o si surgen nuevas necesidades.
Emergencias localizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicarse con las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes si no han acudido a una cita durante la emergencia, como una visita prenatal o posparto o una revisión, y responder adecuadamente a cualquier nueva necesidad que haya surgido. • Ponerse en contacto con las agencias estatales, nacionales y federales de MCH si se necesita más apoyo para la recuperación. Las organizaciones locales de MCH deben permanecer en contacto con su red para remitir a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes en función de las necesidades individuales.
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieren evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Vuelva a casa sólo cuando sea seguro hacerlo. Por ejemplo, ciertas situaciones en el hogar, como los escombros, el agua estancada o la calidad del aire insalubre, pueden ser peligrosas para las poblaciones de MCH. • Comunicar a las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes los riesgos de seguridad relacionados con la limpieza del entorno y la rehabilitación del hogar, incluidas las exposiciones químicas y biológicas, como el moho. • Garantizar la continuidad de los servicios para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes que se trasladan temporal o permanentemente fuera del estado. La portabilidad de los registros médicos personales es importante para garantizar la continuidad de los servicios. • Comprender las pólizas de seguro y los puntos de contacto en caso de que la atención médica se preste fuera de la red. • Proporcionar apoyo a la relactación si la lactancia se interrumpe durante la evacuación • Revisar los planes de parto si el hospital o el centro de maternidad han resultado dañados durante el desastre natural

Escenario de emergencia	Consideraciones para las mujeres embarazadas, en posparto y lactantes
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieren evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que se dispone de los suministros necesarios en caso de que los servicios de electricidad o agua se vean interrumpidos durante un período prolongado. • Revisar los planes de parto si el hospital o las instalaciones de parto han sufrido daños durante la catástrofe natural. • Comunicar las orientaciones de salud pública sobre los efectos duraderos relacionados con una catástrofe natural, como la calidad del aire y las fuentes de agua contaminadas

Recuperación para bebés y niños pequeños

Los proveedores de servicios de salud deben reanudar las visitas regulares a los bebés y niños pequeños, incluyendo los registros, las vacunas las pruebas de detección, las visitas a especialistas y las pruebas de detección de los recién nacidos tan pronto como sea seguro hacerlo. Las interrupciones en la recepción de medicamentos, suministros e inmunizaciones deben abordarse lo antes posible.

Es importante vigilar y atender la salud mental y el bienestar de los niños después de una emergencia. Los cuidadores pueden apoyar a los bebés y niños pequeños y su bienestar estableciendo una rutina lo antes posible después de una emergencia. También debe limitarse la exposición de los niños pequeños a la cobertura informativa de la emergencia. Ver o escuchar las noticias sobre la emergencia y sus secuelas puede provocar angustia a los niños que han vivido ese suceso. Los gestores de emergencias y los funcionarios de salud pública pueden ayudar a que los niños vuelvan a la normalidad dando prioridad a la restauración de los lugares que los niños utilizan con frecuencia, como patios de recreo, parques, escuelas, centros de desarrollo infantil y centros comunitarios. El restablecimiento del acceso a estos espacios proporciona un escape a los niños y a los cuidadores cuando se enfrentan a las consecuencias de una emergencia. La prestación de servicios de cuidado infantil en la comunidad después de una emergencia proporciona un respiro a los servicios de cuidado de niños en la comunidad después de una emergencia proporcionando actividades individuales de recuperación, como la coordinación con las compañías de seguros, los programas de asistencia del Gobierno los empleadores y los proveedores de servicios de salud.



[Calendario recomendado para la vacunación de niños y adolescentes](#)



Es importante que los niños pequeños puedan expresarse tras las secuelas de una emergencia para procesar su experiencia y sus emociones. Al hablar con los niños sobre una emergencia, escuche, reconozca y valide sus sentimientos, comparta sus propios sentimientos reconociendo las partes aterradoras de la situación. Teniendo conversaciones con los cuidadores y los adultos de confianza sobre las emergencias y las situaciones difíciles a una edad temprana fomenta la resiliencia cuando los niños crecen y se convierten en adultos.



Un enfoque basado en el trauma es crucial para apoyar a los niños en recuperación en cualquier entorno, ya sea en un centro de salud, de atención infantil o de servicios sociales. Al igual que los adultos, los niños pueden haber sufrido la pérdida de un ser querido, haber sido testigos de una muerte, o haber sufrido una evacuación o una situación que pone en peligro su vida y corren el riesgo de volver a traumatizarse. Las prácticas informadas sobre el trauma hacen que los niños se sientan seguros y apoyados durante las secuelas de una emergencia, cuando especialmente corren un riesgo mayor de sufrir más traumas.



[Recursos para La atención y cuidado infantil basado en el trauma](#)

Separación y reunificación familiar

Aunque la prevención de la separación de los niños de sus cuidadores (ej., los profesores, los padres o cuidadores principales) debe incorporarse a los planes de emergencia, se deben desarrollar planes de reunificación en caso de separación de los niños. La separación de los niños en una emergencia puede producirse por el traslado a diferentes centros de salud, porque el cuidador o el niño tengan que ir a un centro de salud que no permita la entrada de familiares o visitantes, o porque el niño esté en un centro de cuidado infantil o en la escuela y la familia no pueda localizarlo. Después de una emergencia, asegúrese de que se siguen los procedimientos para trabajar con las agencias y autoridades apropiadas para reunificar a las familias. Para obtener más información sobre la prevención de la separación de los niños, consulte [Preparación - Consideraciones de planificación para niños pequeños \(1 - 5 años\)](#).

La separación de los niños tiene efectos complejos en ellos y sus familias. No tardan en surgir problemas de apego, reapego y reintegración cuando se produce la separación entre el niño y su cuidador, ya sea por un período corto o prolongado.

La reunificación no es sólo física, sino que también conlleva componentes críticos de salud conductual. En caso de separación y reunificación, es importante proporcionar un apoyo holístico a todos los implicados (niño, familia, cuidadores) para abordar las necesidades específicas. La forma en que un niño reacciona, y los signos comunes de angustia, pueden variar en función de la edad del niño, las experiencias anteriores y la forma en que el niño suele afrontar el estrés.

La forma en que un cuidador adulto responde en las crisis es el mitigador más potente del estrés traumático para el niño pequeño. La disponibilidad de relaciones de cuidado seguras e ininterrumpidas será la mayor protección contra los resultados adversos para los niños pequeños.

LECCIONES APRENDIDAS

"El trabajo de reunificación no es sólo físico y legal, sino psicológico y conductual.

Los servicios sociales y pediátricos de salud conductual en caso de crisis que sean cultural y lingüísticamente apropiados, especialmente para los niños pequeños, deben formar parte de los procesos de reunificación."

Oficial de reunificación familiar



El apoyo holístico incluye reconocer que los cambios de comportamiento y los síntomas de angustia mental que pueden ser el resultado de un trauma o del estrés. Es fundamental proporcionar asesoramiento y recursos de salud conductual apropiados para la edad, además de recursos de atención de la salud física al principio de la recuperación.

Consideraciones sobre la recuperación de los bebés (de 0 a 12 meses)

Es importante seguir respetando las prácticas de sueño seguro y los métodos de alimentación de los bebés en el entorno de recuperación. Por ejemplo, los bebés no deben dormir en espacios con posible exposición al monóxido de carbono o a los humos de los generadores y son más sensibles a la contaminación del aire, como el humo. Para más información sobre el sueño seguro, consulte [Consideraciones sobre la planificación de los bebés \(de 0 a 12 meses\) en situaciones de emergencia](#).

La lactancia materna puede continuar, aunque se haya interrumpido durante una emergencia. Si la lactancia se interrumpió, los proveedores deben referir a las mujeres que están amamantando a proveedores de apoyo a la relactación que puedan brindarles apoyo individual.

Mantener la continuidad de los exámenes médicos a los recién nacidos sigue siendo fundamental durante la recuperación, especialmente si se perdió una cita o examen de seguimiento para revisar los resultados del examen durante la emergencia. CMS documentó que, durante los cierres relacionados con el COVID-19 en 2020, hubo un 22% menos de vacunas recibidas por los beneficiarios de hasta 2

años y un 44% menos de exámenes a infantes que evalúan el desarrollo físico y cognitivo.²⁸ Los proveedores de servicios médicos, salud conductual y servicios sociales deben hablar con los cuidadores sobre las capacidades de telesalud para los bebés y priorizar la programación de citas en persona lo antes posible. Para obtener más información sobre los exámenes de los recién nacidos, consulte

Consideraciones sobre la planificación para los bebés (de 0 a 12 meses) en caso de emergencia.

Los proveedores deben continuar hablando con los cuidadores sobre la preparación para emergencias para crear y mantener la resiliencia. Los sets de emergencia para el hogar deben actualizarse continuamente a medida que los bebés crecen para satisfacer las necesidades cambiantes de alimentos, medicamentos y ropa.

Consideraciones sobre la recuperación de los niños pequeños (de 1 a 5 años)

Hay una serie de factores que influyen en la recuperación de un niño pequeño después de una emergencia. Un niño que experimenta trauma o una situación de emergencia estresante puede mostrar una serie de síntomas de estrés que pueden ser físicos o psicológicos. Los signos de estrés en los niños pequeños pueden presentarse como la necesidad de atención adicional, interrupciones en el entrenamiento para ir al baño, cambios de apetito y otros cambios de comportamiento y estado de ánimo, como el aumento de las rabiets y el miedo. Los niños también pueden verse afectados al oír hablar de una situación de emergencia que le haya ocurrido a un familiar o amigo.



Las prácticas informadas por el trauma apoyan a los niños y a las familias después de una emergencia evitando la retraumatización y abordando rápidamente las respuestas al estrés o el trauma. Los proveedores de servicios de salud deben preguntar sobre el bienestar y el comportamiento del niño después de una emergencia y proporcionar referidos de salud conductual según sea necesario. Los cuidadores deben procurar un referido a un proveedor de salud conductual para infantes si los síntomas de estrés persisten o empeoran.

El abuso y la negligencia hacia niños también pueden empeorar después de una emergencia. Los manejadores de emergencias y los funcionarios de salud pública deben colaborar con las organizaciones locales y estatales de bienestar infantil y de defensa de los derechos del niño para difundir información sobre los servicios de apoyo a los niños pequeños, información sobre el abuso y la negligencia hacia los niños, y directrices para denunciar las sospechas de abuso infantil.

Los proveedores de servicios de salud y servicios sociales también deben seguir las directrices locales y estatales para denunciar las sospechas de abuso. Las organizaciones de MCH que apoyan a los niños pequeños deben animar a los cuidadores y a las familias a volver a las actividades rutinarias, como el cuidado de los niños, jugar con otros niños y otras actividades centradas en los niños, como ir al parque o al patio de juegos.

LECCIONES APRENDIDAS

"La falta de voluntad de los padres o cuidadores para acceder a los servicios a los que el niño tiene derecho se convierte en un obstáculo para recibir ayuda. Las asociaciones con organizaciones comunitarias, como las comunidades religiosas, que atienden a las familias inmigrantes e indocumentadas son indispensables para la divulgación. Es importante entender que los cuidadores con estatus de indocumentados pueden ser solicitantes de asilo y pueden tener experiencia con eventos traumáticos y personas de autoridad en EUA o en su país de origen."

Especialista en recuperación

²⁸ Centers for Medicare and Medicaid Services. (2021). [CMS Issues Urgent Call to Action Following Drastic Decline in Care for Children in Medicaid and Children's Health Insurance Program Due to COVID-19 Pandemic](https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-issues-urgent-call-action-following-dramatic-decline-care-children-medicare-and-childrens-health-insurance-program-due-to-covid-19-pandemic). <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-issues-urgent-call-action-following-dramatic-decline-care-children-medicare-and-childrens-health>

Consideraciones sobre la recuperación de bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia

Los planes y las actividades de recuperación deben abordar las necesidades de los bebés y los niños pequeños durante una serie de emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, las emergencias localizadas, las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieran una evacuación, y las catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieran una evacuación.

Tabla 9: Consideraciones para la recuperación de bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia

Escenario de emergencia	Consideraciones para los bebés y los niños pequeños
Brotos de enfermedad es infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar a los cuidadores los efectos a largo plazo del brote que afectan a los niños, como las diferentes cepas de la enfermedad, y las medidas de prevención, como la vacunación. • Comunicar los riesgos de los efectos conocidos a largo plazo de la enfermedad infecciosa específica para los bebés y los niños pequeños. La comunicación sobre las circunstancias y los riesgos individuales debe realizarse de forma individual con los proveedores. • Hablar con los cuidadores y los niños sobre los cambios de comportamiento en respuesta a las medidas necesarias para evitar la propagación de la enfermedad (por ejemplo, órdenes de cuarentena) y remitir a los servicios de salud conductual infantil según sea necesario. • Volver a la rutina después de que se hayan levantado las órdenes de cuarentena y seguir proporcionando a los niños oportunidades de expresarse, por ejemplo, a través del arte o la música.
Emergencias localizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Dar seguimiento a los cuidadores si no se ha acudido a una cita durante la emergencia, y responder adecuadamente a las nuevas necesidades que hayan surgido. • Mantener el contacto con las organizaciones locales de MCH en caso de que persistan los cortes de servicios, como el agua y la electricidad, para garantizar que los cuidadores reciban los suministros necesarios para ayudar a los bebés y niños pequeños.
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que requieren evacuación	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar en cuenta la seguridad de los niños pequeños que regresan a sus hogares. Los niños se ven más afectados que los adultos por los contaminantes ambientales, el moho y los productos químicos, y deben volver solamente después de la limpieza. El monóxido de carbono de los generadores también supone una amenaza para la salud y la seguridad. • Tomar en cuenta la seguridad de los niños pequeños que van a un alojamiento temporero o que se trasladan con adultos conocidos que los cuidan (ej., padres o parientes), como seguir las directrices de seguridad para los niños con los medicamentos y los artículos de limpieza del hogar, • Comprender las pólizas de seguro y los puntos de contacto en caso de que los servicios de salud se reciban fuera de la red de beneficios del seguro. • Garantizar la continuidad de los servicios para los recién nacidos y los niños pequeños que se relocalicen temporariamente o se trasladen fuera del estado, incluyendo las pruebas a los recién nacidos. La comunicación entre los proveedores de servicios de salud y servicios sociales de un estado a otro es importante para la continuidad de la atención y los servicios. • Comunicar la información a los niños de forma reconfortante y darles espacio para que hagan preguntas, hablen de sus experiencias y les ayuden a identificar sus emociones.
Catástrofes naturales y provocadas por el ser humano que no requieren	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener comunicación con las organizaciones locales, estatales y federales de MCH en caso de que persistan los cortes de servicios, como el agua y la electricidad, para garantizar que los cuidadores reciban los suministros para atender a los bebés y niños pequeños es necesario. • Reconocer que, aunque un niño haya sufrido los efectos mínimos de un desastre

evacuación	natural, como la lluvia intensa de un huracán o el cielo lleno de humo de un incendio forestal, puede sufrir el impacto de la experiencia o de las experiencias de sus familiares o amigos.
-------------------	---

Mitigación y resiliencia comunitaria

El manejo de emergencias no termina con la recuperación, ya que los esfuerzos para apoyar a las poblaciones MCH a lo largo del ciclo de manejo de emergencias, entendiéndose la preparación, respuesta, recuperación y mitigación, son continuos. Las actividades de mitigación crean resiliencia para los individuos y las comunidades. Incluso después que una comunidad haya completado los esfuerzos de recuperación física, como la reparación de la infraestructura, el restablecimiento de los servicios y la limpieza de los escombros, la recuperación de las personas y las familias puede durar mucho más tiempo. Las personas pueden sufrir los efectos a largo plazo de una emergencia, como problemas de salud conductual, vicisitudes financieras e incertidumbre sobre la vivienda.



Para mitigar el impacto de futuras emergencias, solicite información a las poblaciones MCH, a los socios y a las partes interesadas y participe en debates sobre lo que funcionó bien y lo que no funcionó bien durante una emergencia. Esta información ayudará a las organizaciones, desde el nivel local hasta el federal, a identificar las deficiencias en los planes de emergencia y las oportunidades para incorporar las lecciones aprendidas en las actividades de preparación. Por ejemplo, los esfuerzos para ampliar las capacidades y el acceso a la telesalud deben ser continuos. Las lecciones aprendidas deben tomarse de la telesalud en las emergencias, como los brotes de enfermedades infecciosas, para identificar las disparidades que afectan a la equidad en la salud.

Innovación en la mitigación



Tras el huracán Michael en 2018 en Florida, varios distritos escolares instalaron quioscos en las escuelas que contaban con privacidad y una conexión segura a internet para que los estudiantes acudieran a las citas de salud conductual a través de servicios de telemedicina. Esta innovación sentó un precedente para otros recursos de respuesta virtual durante la pandemia de COVID-19 en el 2020.

En 2017, las peticiones de los refugios de emergencia de la población general de artículos y kits sensoriales, especialmente para los niños con autismo, unieron a diferentes organizaciones, como la Cruz Roja Americana y las agencias gubernamentales, para satisfacer la demanda. Aprovechando esta lección aprendida, desde entonces se han desarrollado y distribuido kits sensoriales en diversas situaciones de emergencia.

Además, financiar los servicios sociales para las familias promueve la resiliencia. La convocatoria de grupos multisectoriales a nivel comunitario que apoyan a los niños, como los profesores, los directores y las asociaciones de padres y profesores (PTA por sus siglas en inglés), puede utilizarse para mejorar los esfuerzos de recuperación y mitigación. Esta fase del ciclo de manejo de emergencias ofrece una oportunidad vital para incluir a los socios de MCH que no han participado previamente en las actividades de manejo de emergencias. Para obtener más información sobre los socios de MCH que pueden participar en la gestión de emergencias para apoyar a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes y a los niños pequeños, consulte la **Figura 6: Ejemplo de socios y partes interesadas de MCH.**

Los socios de MCH y las partes interesadas pueden apoyar las actividades de mitigación reforzando las asociaciones, la planificación de emergencias en toda la comunidad y las prácticas internas. Por ejemplo, las partes interesadas pueden centrarse en la incorporación de un enfoque informado sobre el trauma en las políticas y los procedimientos de toda la organización para fomentar la confianza y las experiencias de las poblaciones de MCH con la atención médica, los servicios sociales y otras organizaciones de MCH. El desarrollo de prácticas de trauma durante la fase de estabilización, se crea la capacidad del personal y los proveedores de todos los niveles para que las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, los bebés y niños pequeños se sientan cómodos y apoyados al recibir atención y servicios.

Lista de recursos - Recuperación

RECURSOS DE RECUPERACIÓN DE EMERGENCIA

A continuación, se incluyen los recursos mencionados en la sección de recuperación y otras herramientas relevantes.

- [Buscador de Servicios Sociales de la Tía Bertha FindHelp.org](#)
- [Programas de alimentación para el cuidado de niños y adultos](#) (CACFP)
- [Centro de Recursos para Catástrofes y Trauma](#) (AACAP)
- [Lista de miembros nacionales y estatales de la Coalición para la Recuperación de Viviendas en Caso de Desastre](#) (*National Low-Income Housing Coalition*)
- [Gestión de casos de servicios humanos en caso de catástrofe](#) (ACF)
- [Sustitución de equipos médicos duraderos en caso de catástrofe o emergencia](#) (Medicare)
- [Garantizar el acceso al idioma y la comunicación eficaz durante la respuesta y la recuperación: Lista de comprobación para el personal de emergencia \(en inglés\)](#) (ASPR)
- [Garantizar el acceso al idioma y la comunicación eficaz durante la respuesta y la recuperación: Lista de verificación para el personal de emergencia \(en español\)](#) (ASPR)
- [Separación y reunificación familiar](#) (AAP)
- [Seguridad alimentaria para los bebés después de un desastre natural | Lactancia materna](#) (CDC)
- [Niños necesitados de defensa](#) (KIND)
- [Hogares de grupo de maternidad para jóvenes embarazadas y con hijos](#) (ACF)
- [Reunificación de niños después de una catástrofe: Un enfoque nacional](#) (FEMA)
- [Calendario de vacunación recomendado para niños y adolescentes](#) (CDC)
- [Recursos para el cuidado a niños basado en trauma](#) (SAMHSA)
- [Recursos para apoyar a las mujeres embarazadas y posparto con trastornos por consumo de sustancias](#) (SAMHSA)
- [Autocuidado después de un evento traumático](#) (*University of Notre Dame Counseling Center*)
- [Registro de menores no acompañados](#) (UMR)

El HHS no se responsabiliza de la disponibilidad o el contenido de los recursos proporcionados, ni respalda garantiza o asegura los recursos mencionados. Es responsabilidad del usuario determinar la utilidad y aplicabilidad de los recursos proporcionados.

Módulo 4: Estudios de casos

Estudio de caso 1

William, niño de 3 años con desarrollo típico



William vive en la costa oeste de EUA y asiste diariamente a un programa de cuidado diurno para 35 niños de 8am a 5pm en un centro de cuidado licenciado. Ha estado aprendiendo a ir al baño durante los últimos meses y ahora sólo lleva pañales para dormir. No toma ningún medicamento ni suplemento. Le va bien en la guardería por la estructura y el amplio tiempo para jugar y explorar, tanto dentro del aula como en sus estructuras de juego.

Preparación: Como parte del protocolo regular de planificación de emergencias, en coordinación con las agencias gubernamentales del estado, el personal del programa de cuidado infantil pidió a los padres que trajeran sets de emergencia para cada niño, que incluían ropa, pañales (de ser necesarios), agua embotellada, zapatos, recetas para medicamentos y medicamentos suplementarios (de ser necesarios), y un juguete favorito. También actualizaban periódicamente un archivo de acordeón con formularios impresos para cada niño que contenían el historial médico, las alergias y las listas de contactos de emergencia, incluidos los nombres y números de teléfono de los padres, tutores y cuidadores autorizados para recoger a los niños, y el nombre y número del médico de cabecera. El programa realiza periódicamente simulacros de evacuación con los maestros y demás personal de acuerdo con las directrices estatales y contrata a una empresa local de autobuses para el transporte de emergencia, en caso necesario.

Escenario de emergencia: *A las 10 de la mañana, un incendio forestal de rápido movimiento se desplazó y se dirigió directamente hacia la región donde se encontraba la guardería de William. El condado emitió órdenes de evacuación de emergencia.*

Respuesta: El programa de cuidado infantil de William evacuó rápidamente a los 35 niños de entre 3 y 5 años, incluida la clase de William. Transportaron a todos los niños a un lugar seguro a unos 16 kilómetros de distancia utilizando los autobuses contratados. El personal se acordó de llevar el set de emergencia de cada niño, su archivo de acordeón con formularios de emergencia y listas de contactos, botiquines de primeros auxilios, y abundante almuerzo y merienda para todos los grupos de edad. El personal se puso en contacto con los padres y tutores legales y les pidió que recogieran a sus hijos en el lugar designado a más tardar a las 5 de la tarde. El padre de William trabaja más lejos del lugar de encuentro seguro que muchos de los padres y tutores, por lo que William es uno de los últimos niños en ser recogido. Se mojó los pantalones por primera vez en varias semanas y estaba llorando e inconsolable.

Recuperación: Cuando llegó el padre de William, los profesores entregaron a William a su cuidado. También hicieron saber a su padre que William había estado experimentando una gran angustia debido a los acontecimientos del día y a su falta de acceso a espacios para el juego no estructurado. Al cabo de un par de semanas, William seguía orinando sus pantalones con regularidad, se comportaba mal y se ponía nervioso cuando su padre le perdía de vista. Su padre se tomó un tiempo libre en el trabajo para estar con él y se puso en contacto con su pediatra para pedirle apoyo para abordar el trauma subyacente que afectaba a su comportamiento. El pediatra le remitió a un especialista en salud conductual infantil. Afortunadamente, el edificio y las estructuras de juego del programa de cuidado infantil de William no se vieron afectados, pero la calidad del aire tardó más de una semana en mejorar lo suficiente como para que los niños pudieran jugar al aire libre. El programa de cuidado de niños hizo que todo el equipo exterior se limpiara y se abriera para su uso tan pronto como fuera seguro para restablecer las rutinas de juego al aire libre para los niños.

Estudio de caso 1 - Reflexión adicional

¿Qué elementos de este caso contribuyeron al éxito de la respuesta de emergencia?

Posibles respuestas:

- El programa de cuidado de niños estaba bien preparado con listas de contactos de emergencia en papel y planes de evacuación de emergencia y simulacros de acuerdo con las directrices del estado, incluyendo un contrato con una compañía local de autobuses para el transporte de emergencia. Para más información, véase [Preparación - Planificación de la continuidad de las operaciones y el acceso a los servicios](#)
- El padre de William reconoció que William necesitaba apoyo tras la emergencia. El padre de William tomó las medidas apropiadas para proporcionarle apoyo tomándose un tiempo libre en el trabajo para apoyar a William y buscando ayuda profesional a través del referido del pediatra para tratar el trauma subyacente de William. Para más información, véase [Respuesta - Respuesta para bebés y niños pequeños](#)

¿Qué se podría mejorar en este escenario?

Posibles respuestas:

- *El personal de la guardería debería haber comprobado dos veces que el padre de William estuviera en la lista de contactos de emergencia aprobados antes de entregar a William a su cuidado. Para más información, véase [Preparación - Consideraciones de planificación para niños pequeños \(1 - 5 años\)](#) y [Recuperación - Separación y reunificación familiar](#)*
- *El personal de la guardería podría haber buscado un sitio de reubicación de emergencia que estuviera equipado con suministros y espacios físicos para acomodar el juego no estructurado de los niños. Además, los programas para la primera infancia deberían tener planes de contingencia para mantener a los niños ocupados (es decir, incluir los libros, vídeos, música, suministros para la siesta, etc., necesarios en su caja de herramientas de emergencia). Para más información, véase [Preparación - Consideraciones de preparación para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia](#)*
- *El acceso a un proveedor de servicios médicos en el lugar habría sido útil para apoyar a William cuando se observó por primera vez que estaba muy angustiado. Para más información, véase [Preparación - Consideraciones sobre la preparación de bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia](#)*
- *El personal de la guardería podría haber recibido formación para hablar de lo que está ocurriendo de una forma adecuada a la edad y para incluir y hacer referencia a los mensajes educativos de formación para emergencias adecuados a la edad y conocidos por los niños (por ejemplo, la regla de seguridad contra incendios de [Clifford: parar, caer y rodar](#)). Para más información, véase [Preparación - Consideraciones de preparación para bebés y niños pequeños en varios escenarios de emergencia](#)*

Estudio de caso 2

Sofía, 30 años, embarazada y madre de dos niños de 2 y 5 años



Sofía vive en la costa del Golfo, que se ve afectada regularmente por huracanes y tormentas tropicales. Espera su tercer hijo para el próximo mes. Ha tenido un embarazo sin incidentes y tiene previsto dar a luz con su comadrona y su doula en un centro de partos local. Padece diabetes insulínica y necesita un control regular de la glucemia e inyecciones de insulina.

Preparación: La comadrona de Sofía ha hablado con ella sobre los distintos escenarios que pueden requerir que acuda a un hospital para el nacimiento de su hijo, incluyendo un desastre natural o una emergencia médica, especialmente teniendo en cuenta su diabetes. Juntas, crean planes de parto alternativos para adaptarse a las preferencias de Sofía a la hora de dar a luz y mantenerla segura. El lugar donde vive Sofía ha establecido una sólida relación con los servicios de emergencia y los proveedores de transporte locales, por lo que no le preocupa poder llegar al centro de maternidad o al hospital si se pone de parto durante una emergencia. Sofía no habla inglés, pero recibe las noticias locales y las comunicaciones de salud pública en su lengua materna a través de fuentes de confianza.

Escenario de emergencia: Una tormenta de categoría 3 se mueve rápidamente hacia la región de Sofía y su vecindario, que incluye el centro de partos, ha recibido órdenes de evacuación. La jurisdicción ha habilitado refugios a unos cuantos kilómetros de distancia de donde se espera que la tormenta cause los mayores daños. Sofía y su pareja deciden ir con sus dos hijos (de 2 y 5 años) a uno de los refugios que, según han oído, está bien equipado para las familias, ya que cuenta con camas de tamaño infantil y una zona de juegos. Cogen su bolsa de hospitalización preparada para el parto, su insulina y otros medicamentos, así como manualidades y bocadillos para los niños.

Respuesta: De camino al refugio, Sofía llama a su doula, que acepta ayudar a Sofía a comunicarse con los miembros del personal del refugio traduciendo e interpretando por teléfono. Al llegar al albergue, Sofía informa al personal de que está podría irse de parto cualquier día. También pide que su familia permanezca en la misma zona cuando le sugieren que sus hijos pueden ir a una sección separada del refugio. Unas horas después de llegar al refugio, Sofía empieza a sentir dolores de parto. Sofía informa inmediatamente al personal, pero éste duda en actuar con rapidez porque Sofía no parece tener muchos dolores. Llama a su doula, que informa al personal del centro de acogida para que consiga rápidamente su transporte y llame a la comadrona. Los tres discuten las opciones para el parto de Sofía. Acuerdan reunirse en el hospital más cercano, donde la comadrona tiene privilegios de parto. La comadrona habla con el personal del centro de acogida para solicitar el traslado inmediato de Sofía. Sofía y su familia no tienen amigos ni vecinos en este refugio, por lo que su pareja debe quedarse con sus hijos mientras ella va al hospital.

Recuperación: Sofía llegó al hospital y dio a luz por vía vaginal a una niña sana. Su doula y su comadrona trabajaron con el personal del hospital para asegurarse de que el historial médico de Sofía, la diabetes, fuera conocido y controlado. El huracán provocó grandes inundaciones, por lo que su familia seguía en el refugio cuando recibió el alta del hospital. Sofía fue trasladada de nuevo al refugio para reunirse con su familia, y el refugio les proporcionó un espacio limpio y seguro para dormir, un *pack 'n play* para el recién nacido y una zona tranquila para extraer y amamantar a su nuevo bebé con leche materna durante las 24 horas que tuvieron que permanecer en el refugio. Sofía y su familia siguieron las noticias sobre su vecindario a través de los informes de las noticias locales y las comunicaciones por mensajes de texto de su oficina local de manejo de emergencias. Después de que se publicara la noticia de que era seguro volver a su casa, la pareja de Sofía visitó la misma para confirmar que era segura para ellos y sus tres hijos.

Estudio de caso 2 - Reflexión adicional

¿Qué elementos de este caso contribuyeron al éxito de la respuesta de emergencia?

Posibles respuestas:

- Sofía había hablado previamente con su comadrona sobre las situaciones de emergencia y se había preparado para evacuar cuando lo necesitaba. Había preparado una bolsa de hospital para sí misma que estaba lista para salir y se acordó de empacar algunas juegos y meriendas para los niños. Para más información, véase [Preparación - Preparación para mujeres embarazadas, en posparto y/o en período de lactancia](#)
- El refugio local estaba bien equipado para familias y niños y pudo albergar a la familia de Sofía y proporcionarles condiciones tranquilas y seguras a ellos y al recién nacido. La sólida relación entre las organizaciones de servicios sociales, incluidos el refugio y la empresa de transporte, y los servicios de emergencia, permitió dar una respuesta adecuada a las necesidades de Sofía. Para más información, véase [Preparación - Consideraciones generales de planificación para las poblaciones de MCH; Integrar a los socios y partes interesadas de MCH en la planificación de emergencias](#)

¿Qué se podría mejorar en este escenario?

Posibles respuestas

- El centro de acogida debería haber incluido inmediatamente a Sofía en una lista de observación y haberle preguntado por sus planes de parto una vez que les informó de que podía dar a luz cualquier día. Deberían haber dado prioridad a su atención tan pronto como lo solicitara; es importante escuchar atentamente las experiencias de las mujeres, que están en condiciones de ofrecer información detallada sobre su estado. Para más información, véase [Respuesta - Conceptos clave para guiar los esfuerzos de respuesta equitativa](#)
- No está claro si el refugio contaba con servicios de interpretación y traducción en el lugar. En el caso de que Sofía no pudiera contar con su doula para comunicarse con el personal del refugio, la ausencia de servicios de interpretación y traducción habría supuesto un problema importante para la familia y la salud de Sofía. Proporcionar servicios cultural y lingüísticamente apropiados para ofrecer una atención de calidad y reducir las desigualdades en materia de salud. Para más información, véase [Conceptos clave - Normas de servicios culturales y lingüísticos apropiados \(CLAS\) de la Oficina de Salud de las Minorías \(OMH\) del HHS](#)
- Los refugios y otros servicios de emergencia no deben separar a los niños de sus padres en situaciones de emergencia. Por el contrario, deben dar prioridad a mantener a las familias unidas cuando sea posible. Para obtener más información, consulte [Preparación - Consideraciones de planificación para niños pequeños \(1 - 5 años\)](#) y [Recuperación - Separación y reunificación familiar](#)

Estudio de caso 3

Camila, 22 años, madre de dos niños de 3 años y 6 meses



Camila vive temporariamente en un refugio para víctimas de la violencia doméstica con su hija de 3 años y su hijo de 6 meses en una gran área metropolitana. El inglés es el segundo idioma de Camila y se comunica principalmente en español con el personal del refugio y sus proveedores de servicios de salud. Los hijos de Camila asisten a un programa de cuidado de niños que apoya a las familias de bajos ingresos durante el día mientras Camila está en el trabajo. Camila recibe comunicaciones en español de la guardería, pero sólo hay un miembro del personal que habla español y que se ha convertido en el principal punto de contacto de Camila.

Preparación: El refugio tiene una zona de juegos para niños, y Camila guarda en su habitación actividades como libros para colorear, lápices de colores, rompecabezas y libros infantiles. Camila prefiere comunicarse con los proveedores de servicios médicos y sociales por la Internet. Recibe comunicaciones regulares de su proveedor de atención primaria y del pediatra de sus hijos a través de portales seguros en línea y correos electrónicos con información relacionada a la salud pública. Los proveedores de Camila han establecido capacidades de telesalud y asiste a una combinación de visitas de telesalud y en persona.

Escenario de emergencia: *Un virus de la influenza altamente contagioso se está propagando rápidamente por la zona de Camila. Este virus es peligroso para los bebés y los niños pequeños. Camila está preocupada porque el refugio donde vive está abarrotado y no está segura de cómo mantenerse a salvo ella y sus hijos. La hija de Camila acaba de traer a casa un aviso de la guardería de que se ha confirmado un caso de influenza en la guardería. Camila llama a la guardería para obtener más información, pero el miembro del personal que habla español está fuera durante esa semana. El personal de la guardería le dice a Camila la llamarán cuando el miembro del personal regrese.*

Respuesta: Camila envía un mensaje en línea a la oficina del pediatra de sus hijos explicando la situación y solicitando información. La oficina del pediatra envía información específica para bebés y niños pequeños, remite a Camila a un servicio gratuito de interpretación y traducción en su área para que Camila pueda comunicarse con la guardería, y le recomienda fuentes nacionales y locales a seguir para obtener información sobre el brote del virus. Dos días después, los funcionarios de salud pública recomiendan que las personas lleven mascarillas para evitar la propagación del virus y la guardería de Camila cierra durante dos semanas. Camila se ausenta del trabajo sin cobrar para cuidar a sus dos hijos. Sigue preocupada porque, aunque el refugio ha puesto en marcha un mandato de mascarilla, directrices de distanciamiento social, procedimientos adicionales de higiene de manos y saneamiento, y exige que todos coman en sus respectivas habitaciones, el refugio está experimentando una escasez de mascarillas y algunos de los nuevos residentes aún no las tienen. Camila sigue utilizando las instalaciones compartidas cuando es necesario, pero restringe el tiempo de juego y las actividades de sus hijos a su habitación en lugar de utilizar la zona de juego común de los niños durante este tiempo. Camila tenía una pequeña cantidad de ahorros que está a punto de agotarse cuando regresa a trabajar.

Recuperación: El refugio para víctimas de violencia doméstica pudo conseguir máscaras adicionales dos semanas después de que se publicara la guía de salud pública, lo que hace que Camila se sienta más cómoda usando los espacios comunes, incluyendo el área de juegos para niños, importante para el bienestar de sus hijos. Camila sigue vigilando la información de salud pública sobre el virus de la influenza a través de fuentes en español. Opta por programar la revisión de su hijo a los 6 meses a través de telesalud. Mientras tanto, el servicio gratuito de interpretación y traducción ha ayudado a Camila a establecer relaciones en la guardería, por lo que ya no tiene que depender de un único punto de contacto para obtener información sobre la seguridad de sus hijos y el funcionamiento de la escuela. Se han producido varios cierres de guarderías a corto plazo desde que comenzó el brote; el supervisor de Camila es comprensivo con sus responsabilidades en el cuidado de los niños, pero sus ingresos siguen

fluctuando con los cierres de las guarderías.

Estudio de caso 3 - Reflexión adicional

¿Qué elementos de este caso contribuyeron al éxito de la respuesta de emergencia?

Posibles respuestas:

- Camila ha establecido relaciones con los proveedores de servicios de salud de habla hispana y recibe actualizaciones periódicas de los mismos. También está familiarizada con las capacidades de telesalud de sus proveedores, lo que le facilita seguir buscando atención durante el brote de influenza. Para obtener más información, consulte [Respuesta - Consideraciones sobre la equidad en la salud durante la preparación para emergencias](#)
- El refugio continuó brindando comidas y otros servicios necesarios, especialmente para los niños. Estaba equipado con una zona de juegos para niños y Camila estaba preparada con actividades para ayudar a sus hijos a relajarse y mantenerse ocupados. Para más información, véase [Preparación - Consideraciones de planificación para niños pequeños \(1 - 5 años\)](#)

¿Qué se podría mejorar en este escenario?

Posibles respuestas

- La guardería debería haber referido a Camila a un intérprete al principio del brote en lugar de esperar a que volviera el miembro del personal que habla español. Deberían priorizar la contratación de más personal bilingüe. Para más información, véase [Respuesta - Consideraciones sobre la equidad en la salud durante la respuesta de emergencia](#)
- El refugio debe tener relaciones con agencias de servicios sociales y trabajadores a los que puedan referir a Camila en caso de que necesite apoyo adicional. Por ejemplo, un trabajador social podría proporcionarle recursos e información para conseguir apoyo financiero adicional para alimentos y suministros mientras no pueda ir a trabajar por falta de cuidado infantil. Para más información, véase [Planificación - Consideraciones generales de planificación para las poblaciones de MCH](#)
- El refugio debe fortalecer la comunicación y la coordinación con los servicios de salud locales para garantizar que puedan obtener los suministros necesarios y el PPE (por sus siglas en inglés) tan pronto como sea posible. Además, deberían haber implementado pautas de distanciamiento social más estrictas implementando alternativas a las áreas de juego comunes para reducir la propagación. Para más información, véase [Respuesta - Consideraciones sobre la respuesta para bebés y niños pequeños](#)

Estudio de caso 4

Gina, mujer de 25 años, cuatro semanas después del parto cuidando a su bebé



Gina lleva cuatro semanas después de un parto sin complicaciones y amamanta exclusivamente a su hijo. Vive en una zona rural con su pareja, y desde su embarazo han dependido de una red local de apoyo a la lactancia y la nutrición, que incluye un banco de alimentos sin ánimo de lucro y un especialista en lactancia. Gina conduce una hora de ida y otra de vuelta para llevar a su hijo a las citas con el médico y su hijo debe someterse a una revisión rutinaria del recién nacido esta semana. Gina sufre una depresión posparto y tiene citas semanales de telesalud con un profesional de la salud conductual de una clínica local. Está tomando antidepresivos recetados y le queda una semana de sus medicamentos.

Preparación: Gina habló con su ginecólogo-obstetra sobre la preparación para emergencias antes del nacimiento de su hijo debido a la susceptibilidad de su región a las inundaciones y las tormentas de invierno. En ese momento preparó un kit de emergencia, pero no ha añadido suministros para el bebé o la lactancia desde el parto. El pediatra del hijo de Gina estableció nuevas capacidades de telesalud hace unos meses.

Escenario de emergencia: *La región de Gina se ve afectada por una gran tormenta de invierno que arrojó 18 pulgadas de nieve en 36 horas. Gina se siente abrumada con las variables para asegurar su propia salud y la de su hijo. Hace 12 horas se produjo un corte de electricidad debido a la intensa nevada; le preocupa el control de la temperatura de la leche materna que tiene en el congelador y el refrigerador. También suele extraerse leche al menos una vez al día para aumentar su producción, pero la batería de su extractor de leche está casi agotada y no tiene pilas de repuesto. Su hijo tenía que ir a la revisión del recién nacido ayer, pero la consulta del médico cerró debido a las pobres condiciones en las carreteras. Gina dependía de salir de casa para dar paseos con su pareja o amigos para tratar su depresión posparto, pero lleva dos días sin salir de casa.*

Respuesta: Gina se pone en contacto con su proveedor de salud conductual para hablar de los síntomas de depresión posparto exacerbados. Su proveedor le da a Gina los nombres de algunas organizaciones locales a las que puede acudir para que la ayuden a palear, cargar el teléfono portátil y recoger suministros adicionales. Su proveedor también le pide permiso para referirla a una organización local que apoya a las mujeres que están en el posparto y lactando y a los bebés. Gina habla de la situación con su compañero y trabajan juntos para ponerse en contacto con las organizaciones locales. Unas horas más tarde, la organización local de salud materno-infantil entrega más material para bebés, pilas, alimentos y agua potable. Gina también recibe un mensaje de texto y un correo electrónico de su ginecólogo/obstetra en el que se anima a las pacientes que están amamantando a que sigan haciéndolo si pueden, y a que beban mucha agua, coman alimentos saludables y descansen. El apoyo de su pareja, la información y los suministros que recibe Gina le ayudan a disminuir su preocupación por cuidar de sí misma y de su hijo.

Recuperación: Al cabo de 18 horas, Gina recuperó la energía eléctrica, lo que le permitió refugiarse en su casa y conservar su suministro de leche. Un par de días más tarde, las carreteras alrededor de la casa de Gina han sido limpiadas y ella puede ir a la tienda para obtener suministros adicionales y recoger su receta. Sin embargo, las condiciones todavía no son seguras para que Gina vuelva a su rutina de paseos y no ha visto a sus amigos ni ha pasado tiempo con su pareja fuera de casa desde la tormenta. Gina sigue experimentando síntomas de depresión posparto exacerbados. Una semana después de la tormenta, Gina se acuerda de reprogramar el seguimiento de la prueba de detección del recién nacido de su hijo, pero la única cita disponible que podía programar a través del portal en línea era dos semanas después de la fecha de la cita de seguimiento inicial.

Estudio de caso 4 - Reflexión adicional

¿Qué elementos de este caso contribuyeron al éxito de la respuesta de emergencia?

Posibles respuestas:

- Gina había establecido capacidades de telesalud con su proveedor de salud mental y el pediatra de su hijo. Para obtener más información, consulte [Preparación - Consideraciones de preparación para las mujeres embarazadas, en posparto y/o en período de lactancia en varios escenarios de emergencia](#)
- El proveedor de servicios de salud conductual de Gina conocía la red local de apoyo a las poblaciones de MCH y sabía cómo poner en contacto a Gina y a su hijo con socios específicos. Para obtener más información, consulte [Preparación - Consideraciones generales de planificación para las poblaciones MCH](#)

¿Qué se podría mejorar en este escenario?

Posibles respuestas

- Las revisiones y los seguimientos de los recién nacidos son importantes y requieren tiempo. El pediatra del hijo de Gina podría haber recomendado una cita de telesalud, si fuera apropiado para el propósito del examen de seguimiento. De lo contrario, el pediatra debería haberse puesto en contacto con Gina lo antes posible para reprogramar el seguimiento de la revisión del recién nacido y asegurarse de que la cita se reprogramara lo antes posible. Para más información, véase [Preparación - Consideraciones sobre la planificación de los bebés \(de 0 a 12 meses\) en caso de emergencia](#)
- Gina se habría beneficiado de los mensajes de texto y del correo electrónico del ginecólogo/obstetra de Gina para comprobar su salud mental/depresión posparto. Su proveedor de salud conductual podría haber explorado opciones para ajustar su medicación para apoyarla mejor. En estas condiciones, también sería beneficioso contar con una enfermera que la visitara a domicilio y que tuviera acceso a un vehículo de transporte de emergencia. Para más información, véase [Respuesta - Consideraciones sobre la respuesta para mujeres embarazadas, puérperas y/o lactantes](#)
- Gina debería haber actualizado su set de emergencia casero para incluir baterías y suministros para la alimentación del bebé. Para más información, véase [Preparación - Apoyo al desarrollo de planes de emergencia individuales](#)

Conclusión

El kit de herramientas para la planificación de emergencias de salud materno-infantil del HHS destaca recursos clave, mejores prácticas y orientación para que los proveedores de servicios de salud, salud pública y servicios sociales se preparen, respondan y se recuperen de una emergencia. Este kit de herramientas hace hincapié en la importancia de la equidad en la salud y la prestación de apoyo holístico a las mujeres embarazadas, en posparto, lactantes, los bebés y niños pequeños en una emergencia. Este conjunto de herramientas utiliza tres marcos para destacar la equidad en la salud de las poblaciones de MCH en la gestión de emergencias: El enfoque del curso de la vida, el enfoque basado en el trauma y los determinantes sociales de la salud. Se anima a los lectores a ser defensores de la preparación para emergencias compartiendo esta caja de herramientas y los recursos pertinentes con los socios de su red.

Para obtener información adicional, consulte los recursos enumerados al final de cada sección y las referencias que figuran en el **Apéndice G: Referencias**.

Apéndice A: Objetivos SDOH de *Healthy People 2030*

Objetivo	Meta
Aumentar la proporción de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal temprana y adecuada (MICH-08)	Aumentar el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal temprana y adecuada hasta el 80.5% desde la línea de base del 76.4% en 2018.
Aumentar la proporción de mujeres que se someten a pruebas de detección de la depresión posparto (MICH-D01)	Este objetivo se encuentra actualmente en fase de desarrollo, lo que significa que dispone de intervenciones basadas en la evidencia, pero aún no cuenta con datos de referencia fiables.
Reducir las complicaciones maternas graves identificadas durante las hospitalizaciones por parto (MICH-05)	En 2017, 68.7 de cada 10,000 hospitalizaciones por parto tuvieron complicaciones maternas graves. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es una reducción a 61.8 por cada 10,000 hospitalizaciones durante el parto.
Reducir las muertes maternas (MICH-04)	En 2018, se produjeron 17.4 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es una reducción a 15.7 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.
Aumentar la proporción de mujeres que se someten a pruebas de detección de la depresión posparto en su revisión posparto (MICH D01)	Este objetivo se encuentra actualmente en fase de desarrollo, lo que significa que dispone de intervenciones basadas en la evidencia, pero aún no cuenta con datos de referencia fiables.
Reducir la tasa de mortalidad infantil (MICH- 02)	En 2017, se produjeron 5.8 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos durante el primer año de vida. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es una reducción a 5.0 muertes infantiles por cada 1,000 nacidos vivos.
Aumentar la proporción de niños con retrasos en el desarrollo que reciben servicios de intervención en o antes de los 4 años (EMC-R01)	Este objetivo se encuentra actualmente en fase de desarrollo, lo que significa que dispone de intervenciones basadas en la evidencia, pero aún no cuenta con datos de referencia fiables.
Reducir las visitas a la sala de emergencias de los niños menores de 5 años con asma (RD- 02)	Entre 2013 - 2015, se produjeron 129.6 visitas a urgencias por asma por cada 10,000 niños menores de 5 años. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es reducir esa tasa a 65.7 por cada 10,000 niños.
Aumentar la proporción de mujeres que obtienen los servicios de control de la natalidad y el apoyo necesarios financiados con fondos públicos (FP-09)	En 2015, el 42.9% de las mujeres de 13 a 44 años que necesitaban servicios y suministros anticonceptivos con apoyo público los recibieron. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es aumentar el porcentaje al 47.9%.
Aumentar la abstinencia de alcohol entre las mujeres embarazadas (MICH-09)	Entre 2017 - 2018, el 89.3% de las mujeres embarazadas de entre 15 y 44 años declararon haberse abstenido del alcohol en los últimos 30 días. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es aumentar el porcentaje a 92.2%.
Aumentar la abstinencia de drogas ilícitas entre las mujeres embarazadas (MICH-11)	Entre 2017 - 2018, el 93.0% de las mujeres embarazadas de entre 15 y 44 años declararon haberse abstenido de consumir drogas ilícitas en los últimos 30 días en 2017-18. El objetivo de <i>Healthy People 2030</i> es aumentar el porcentaje al 95.3%.
Reducir la proporción de mujeres que consumen opioides ilícitos durante el embarazo (MICH-D02)	Este objetivo se encuentra actualmente en fase de desarrollo, lo que significa que dispone de intervenciones basadas en la evidencia, pero aún no cuenta con datos de referencia fiables.

Objetivo	Meta
Aumentar la proporción de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de edad (MICH-15)	El 24.9% de los bebés nacidos en 2015 fueron alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de edad. El objetivo de <i>Healthy People</i> 2030 es aumentar el porcentaje al 42.4%.

Apéndice B: Resumen del ciclo de gestión de emergencias

Las emergencias tienen un ciclo continuo. El ciclo del manejo de emergencias es un enfoque de cuatro pasos que puede ser utilizado para emergencias de salud pública, desastres naturales y desastres causados por el ser humano. Incluye todos los niveles: federal, estatal, local, tribal y territorial.

Términos de manejo de emergencia	Definición
Preparación	La fase de preparación del ciclo de manejo de emergencias incluye el tiempo y recursos dedicados de forma continua para una planificación, organización, educación, evaluación y entrenamiento adecuado, especialmente para eventos que imprevistos. La fase de preparación suele tener lugar antes de una emergencia. Algunos ejemplos de actividades de preparación son la creación de planes de preparación para emergencias y hojas de recursos, la realización de simulacros, ejercicios de mesa y a escala real, la identificación y el almacenamiento de suministros, etc.
Respuesta	La fase de respuesta es una reacción a la emergencia. Ocurre durante y en el período inmediatamente posterior al suceso e incluye las acciones tomadas para salvar vidas y prevenir más daños. La respuesta consiste en la coordinación y manejo de los recursos (incluyendo personal, equipo y suministros) y en la puesta en marcha de los planes de preparación. Las actividades de respuesta incluyen el aumento de las capacidades médicas, evacuaciones, la vigilancia de la salud pública y la orientación clínica, la adopción de medidas para protegerse a sí mismo y a su familia, etc.
Recuperación	La fase de recuperación comienza inmediatamente después de que la amenaza a la vida humana haya disminuido. El objetivo es restablecer la normalidad y las funciones críticas de la comunidad en las zonas afectadas. La recuperación consiste en actividades como el suministro de artículos de primera necesidad a las poblaciones afectadas que lo necesiten, la reconstrucción de las estructuras dañadas, la reducción de la vulnerabilidad ante futuras emergencias, etc.
Mitigación	La mitigación es el esfuerzo por reducir la pérdida de vidas y bienes disminuyendo el impacto de las emergencias. Se refiere a las acciones y actividades que reducen la posibilidad de que ocurra una emergencia y previenen o minimizan sus efectos. Las actividades de mitigación pueden y deben llevarse a cabo antes de que se produzca una emergencia, y también son esenciales después de cada emergencia. Algunos ejemplos de actividades de mitigación son la creación de Coaliciones del Servicio de Salud, (HCC, por sus siglas en inglés) y la inclusión de socios en los esfuerzos de planificación local. La aplicación de los factores de mitigación de riesgos conduce a la construcción de comunidades más fuertes, más seguras y capaces de reducir las lesiones y los daños futuros.
Condiciones estables	Las condiciones estables es el término utilizado en el manejo de emergencias para describir cuando las condiciones no están siendo impactadas por una emergencia. Las actividades de planificación y mitigación tienen lugar durante condiciones estables.

Apéndice C: Enfoque informado sobre el trauma



Apéndice D: Consideraciones sobre la lactancia y la fórmula para bebés en situaciones de emergencia

Lactancia

- Garantizar que las mujeres que están en posparto y lactantes que decidan dar el pecho puedan seguir haciéndolo durante una emergencia, si es seguro.
- Los bebés amamantados deben continuar con la lactancia materna. Recordar a las mujeres que están en posparto y lactantes que la lactancia materna puede proporcionar una nutrición suficiente a sus bebés cuando no hay otros alimentos disponibles.
- La lactancia protege a los bebés de los riesgos de utilizar suministros de agua contaminados durante una catástrofe; puede ayudar a protegerlos contra las enfermedades respiratorias y la diarrea.
- La capacidad de una mujer para amamantar o extraer leche puede verse afectada si se interrumpe, incluso durante un corto período de tiempo.
- Proporcionar apoyo a la relactación si es necesario.
- Proporcionar refrigeración para el almacenamiento de la leche materna extraída; de faltar la energía eléctrica la leche materna congelada que ha comenzado a descongelarse pero que aún contiene cristales de hielo puede volver a congelarse. Si la leche materna se ha descongelado por completo, pero todavía está fría, guárdela en el refrigerador y utilízcela al día siguiente o deséchela.

Consideraciones sobre la alimentación del bebé

Fórmula para bebés

- En el caso de los bebés alimentados con fórmula, se debe utilizar fórmula lista para usar, si es posible.
- Si no es posible utilizar fórmula lista para usar, es mejor utilizar agua embotellada para preparar la fórmula en polvo o concentrada.
- Asegurar de que se dispone de agua limpia. Si no se dispone de agua embotellada, hervir el agua durante 1 minuto y dejarla enfriar antes de mezclarla con la fórmula.
- Utilizar agua tratada para preparar la fórmula sólo si no dispone de agua embotellada o hervida.
- Limpiar los biberones con agua embotellada, hervida o tratada antes de cada uso.
- Asegurar de que los recipientes están esterilizados o se proporcionan recipientes limpios y desechables.
- Disponer de fórmulas hipoalérgicas u otras fórmulas especializadas
- Utilizar la cantidad de agua indicada en las instrucciones del envase de la fórmula infantil.
- Medir primero el agua y luego añadir el polvo
- Si el bebé tiene menos de 3 meses, ha nacido prematuramente o tiene el sistema inmunitario debilitado, tener más precauciones al preparar la leche de fórmula.
- Desechar la leche de fórmula que quede en el biberón después de alimentar al bebé; la combinación de la leche de fórmula y la saliva puede provocar la proliferación de bacterias.

Apéndice E: Acrónimos

Acrónimo en inglés	Definición
AACAP	Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y del Adolescente
AAFP	Academia Estadounidense de Médicos de Familia
AAP	Academia Estadounidense de Pediatría
ACF	Administración para Niños y Familias
ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
ADA	Ley de Estadounidenses con Discapacidades
AFN	Acceso y necesidades funcionales
AI/AN	Indígena Estadounidense y Nativo De Alaska
AMCHP	Asociación de Programas de Salud Materno-Infantil
APHA	Asociación Americana de Salud Pública
ASPR	Oficina del Subsecretario de Preparación y Respuesta
ASTHO	Asociación de Funcionarios de Salud Estatales y Territoriales
ASTHVI	Asociación de Iniciativas Estatales y Tribales de Visitas a Domicilio
CACFP	Programa de Asistencia Alimenticia para Niños y Adultos
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CHIP	Programa de seguro médico para niños
CLAS	Servicios Cultural y Lingüísticamente Apropriados
CMIST	Comunicación, Mantenimiento de la salud, Independencia, Apoyo y seguridad, y Transporte.
CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
COIN	Redes de información de alcance comunitario
COOP	Plan de continuidad de las operaciones
DME	Equipo médico duradero
EGLPCDR	Consortio Pediátrico de los Grandes Lagos del Este para la Respuesta a las Catástrofes
EIIC	Centro de Innovación y Mejora de los Servicios Médicos de Emergencia para Niños
ESAR-VHP	Sistema de Emergencia para el Registro Anticipado de Profesionales de la Salud Voluntarios
ESL	Inglés como segundo idioma
F2F	Centros de Información de Salud de Familia a Familia
FEMA	Agencia Federal para el Manejo de Emergencias
FQHC	Centro de salud federalmente calificado
HCC	Coalición de Servicios de Salud
HHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos
HRSA	Administración de Recursos y Servicios de Salud
HUD	Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano
IHS	Programa de Salud para Indígenas Estadounidenses Urbanos
ILCA	Asociación Internacional de Consultores de Lactancia
IPV	Violencia en relaciones íntimas

Acrómino en inglés	Definición
KIND	Niños en Necesidad de Defensa
LEP	Dominio limitado del inglés
LGBTQ+	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Queer
MAT	Tratamiento asistido con medicamentos
MCH	Salud materno-infantil
MCHB	Oficina de Salud Materno-Infantil
NACCHO	Asociación Nacional de los Funcionarios de Salud de las Ciudades y los Condados
NCTSN	Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil
NIH	Institutos Nacionales de la Salud
NIWRC	Centro Nacional de Recursos para Mujeres Indígenas
OASH	Oficina del Subsecretario de Salud
OB	Obstetricia
OB/GYN	Obstetricia y ginecología
OMH	Oficina de Salud de las Minorías
PAHPA	Preparación ante Pandemias y todo Tipo de Amenazas
PAHPAIA	Ley de preparación para pandemias y todo tipo de peligros y avance de la innovación de 2019
PAHPRA	Ley de reautorización de la preparación para pandemias y todo tipo de peligros de 2013
PPE	Equipo de protección personal
PQC	Colaboración en la Calidad de la Atención Perinatal
PRAMS	Sistema de Evaluación del Riesgo en el Embarazo
PTA	Asociación de Padres y Maestros
SAMHSA	Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental
SEP	Periodo de inscripción especial
SIDS	Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
SNAP	Programa Suplementario de Asistencia Nutricional
STI	Infecciones de transmisión sexual
SUD	Trastornos por consumo de sustancias
SDOH	Determinantes sociales de la salud
TANF	Asistencia temporal para familias necesitadas
US	Estados Unidos
USDA	Departamento de Agricultura de los Estados Unidos
WIC	Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños
WRAP-EM	Alianza Regional Occidental para la Gestión de Emergencias Pediátricas

Apéndice F: Glosario de términos

Bebés - Niños con desarrollo típico de 0 a 12 meses (definición limitada utilizada para esta caja de herramientas).

Brote - Lleva la misma definición de epidemia, pero suele utilizarse para un área geográfica más limitada.

Competencia cultural - La capacidad de las personas y los sistemas para responder de forma respetuosa y eficaz a las personas de todas las culturas, clases, razas, orígenes étnicos, orientaciones sexuales y credos o religiones, de forma que se reconozca, afirme y valore el valor de las personas,

Comunidades desatendidas - Poblaciones que comparten una característica particular, así como comunidades geográficas, a las que se les ha negado sistemáticamente la plena oportunidad de participar en aspectos de la vida económica, social y cívica.

Continuidad de las operaciones - Orientación y planes para el personal, las comunicaciones y las instalaciones en caso de emergencia. Un plan de continuidad de las operaciones (COOP por sus siglas en inglés) aumenta la resistencia y mitiga los efectos de una emergencia en una organización y en las personas a las que sirve.

Cuidadores - Adultos responsables de la salud, la seguridad y el cuidado de bebés y niños pequeños. Los cuidadores pueden ser, entre otros, las madres, los padres, los abuelos, los parientes, los tutores legales y los proveedores de cuidados infantiles de confianza (por ejemplo, educadores de la primera infancia, profesores).

Desastres - A gran escala y que cruzan las fronteras geográficas, políticas y académicas. Las catástrofes requieren un nivel de respuesta y recuperación superior al que pueden ofrecer las comunidades locales.

Desastres causados por el ser humano- Acontecimientos traumáticos que pueden causar pérdidas de vidas y bienes (por ejemplo, accidentes industriales, tiroteos, actos de terrorismo, incidentes de violencia masiva).

Desastres naturales - Eventos geológicos o meteorológicos a gran escala (por ejemplo, huracanes, incendios forestales, inundaciones) que tienen el potencial de causar pérdidas de vidas o propiedades.

Determinantes sociales de la salud - Condiciones del entorno en el que las personas nacen, viven, trabajan, juegan, rinden culto y envejecen que afectan a una amplia gama de resultados y riesgos para la salud, el funcionamiento y la calidad de vida.

Ejercicios de preparación - Ejercicios, como los de mesa y los simulacros, que facilitan el intercambio de información y la colaboración entre las partes interesadas en el manejo de emergencias y fortalecen los planes de emergencia mediante la identificación de brechas y áreas a mejorar y la asignación de responsabilidades para mitigar esas brechas. Un ejercicio de mesa es un ejercicio de preparación para emergencias basado en el debate, llevado a cabo por los socios que participan en la gestión de emergencias, que consiste en hablar de las acciones que llevarían a cabo las distintas partes interesadas durante un escenario de emergencia específico. Los simulacros consisten en la ejecución real de los planes de emergencia en respuesta a un escenario de emergencia práctico.

Emergencias - Incidentes localizados a pequeña escala que se resuelven rápidamente utilizando recursos locales (por ejemplo, interrupción de servicios municipales como el agua, el gas natural, las carreteras y el transporte).

Enfoque del curso de la vida - Un enfoque que reconoce la oportunidad de prevenir y controlar las enfermedades en las etapas clave de la vida, desde la preconcepción hasta el embarazo, la infancia, la niñez y la adolescencia, pasando por la edad adulta y el envejecimiento.

Enfoque informado sobre el trauma - Un programa, organización o sistema informado sobre el trauma se da cuenta del impacto generalizado del trauma y comprende las posibles vías de recuperación; reconoce los signos y síntomas del trauma en los clientes, las familias, el personal y otras personas implicadas en el sistema; y responde integrando plenamente los conocimientos sobre el trauma en las políticas, los procedimientos y las prácticas, y trata de resistirse activamente a la retraumatización.

Epidemia - La epidemia se refiere a un aumento, a menudo repentino, del número de casos de una enfermedad por encima de lo que normalmente se espera en esa población en esa zona.

Equidad - Trato justo, equitativo e imparcial, coherente y sistemático, de todas las personas, incluidas las que pertenecen a comunidades marginadas a las que se les ha negado dicho trato, como las personas negras, latinas, indígenas y nativas americanas, asiático-americanas e isleñas del Pacífico y otras personas de color; los miembros de minorías religiosas; las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y queer (LGBTQ+); las personas con discapacidad; las personas que viven en zonas rurales; y las personas afectadas negativamente por la pobreza o la desigualdad persistentes.

Equidad en salud - Toda persona tiene la oportunidad de alcanzar su pleno potencial de salud y nadie está en desventaja de alcanzar este potencial debido a su posición social u otras circunstancias socialmente determinadas.

Condiciones estables - Cuando las condiciones no se ven afectadas por una catástrofe o emergencia. Las actividades de planificación y mitigación tienen lugar durante el periodo de condiciones estables.

Humildad cultural - Un proceso de autorreflexión y autocrítica a lo largo de toda la vida en el que el individuo no sólo aprende sobre la cultura de los demás, sino que empieza a examinar sus propias creencias e identidades culturales. Esta conciencia crítica es más que una simple autoconciencia, sino que requiere que uno comprenda sus propios supuestos, prejuicios y valores.

Manejo de emergencias - La función administrativa encargada de crear el marco dentro del cual las comunidades reducen la vulnerabilidad a los peligros y hacen frente a los desastres y a las emergencias de salud pública. El manejo de emergencias busca equipar a las comunidades con la capacidad de enfrentar los peligros y desastres para promover y priorizar la seguridad de todos, especialmente de los individuos de mayor riesgo durante una emergencia.

Marco CMIST - Un enfoque recomendado para integrar las necesidades de acceso y funcionales de las personas en riesgo que pueden tener necesidades adicionales que deben ser consideradas en la planificación, respuesta y recuperación de un desastre o emergencia de salud pública. CMIST es un acrónimo en inglés de las cinco categorías siguientes: Comunicación, Mantenimiento de la salud, Independencia, Apoyo y seguridad, y Transporte (*Communication, Maintaining health, Independence, Support and Safety*). El marco CMIST proporciona un enfoque flexible y transversal para la planificación con el fin de abordar un amplio conjunto de necesidades funcionales y de acceso comunes sin tener que definir un diagnóstico, estado o etiqueta específicos.

Mitigación - Es el esfuerzo por reducir la pérdida de vidas y bienes disminuyendo el impacto de los desastres y las emergencias. Se refiere a las acciones y actividades que reducen la posibilidad de que ocurra una emergencia y previenen o minimizan sus efectos. Las actividades de mitigación pueden y

deben llevarse a cabo antes de que se produzca una emergencia, y también son esenciales después de cada emergencia.

Mortalidad infantil - La mortalidad infantil es la muerte de un bebé antes de su primer cumpleaños.

Mortalidad materna (o muerte relacionada con el embarazo) - La muerte de una mujer durante el embarazo o en el plazo de un año desde el final de este a causa de una complicación del embarazo, una cadena de acontecimientos iniciada por el embarazo o el agravamiento

Mujeres embarazadas - Mujeres que están experimentando un embarazo, el periodo en el que el feto se desarrolla dentro de la matriz o el útero de la mujer, medido desde el último periodo menstrual hasta el parto.

Mujeres en posparto - Mujeres en el periodo de posparto, que comienza inmediatamente después del nacimiento y dura hasta 6 meses después del parto. Los grupos de posparto y lactancia no son mutuamente excluyentes.

Mujeres lactantes - Mujeres que producen leche materna. Los grupos de posparto y lactancia no son mutuamente excluyentes.

Necesidades de acceso y funcionales – Independiente de un diagnóstico, estatus o etiqueta específicos, las necesidades de acceso y funcionales pueden interferir con la capacidad de una persona para acceder o recibir atención médica o limitar la capacidad de una persona para actuar antes, durante o después de una emergencia. Entre los ejemplos de personas con necesidades de acceso y funcionales se incluyen las personas con discapacidades, que viven en entornos institucionales, de diversas culturas, que tienen un dominio limitado del inglés o que no hablan inglés, o que no tienen acceso a la transportación.

Niños pequeños - Niños con un desarrollo típico de 1 a 5 años (definición limitada utilizada para esta caja de herramientas)

Pandemia - Epidemia que se extiende por varios países o continentes y que suele afectar a un gran número de personas.

Personas en riesgo - Personas que pueden tener necesidades adicionales antes, durante o después de una emergencia en una o más de las siguientes áreas funcionales: comunicación, atención médica, mantenimiento de la independencia, supervisión y transporte. Entre las personas en riesgo se encuentran los niños, los adultos mayores, las mujeres embarazadas y las personas que pueden necesitar asistencia de respuesta adicional (por ejemplo, personas con condiciones médicas crónicas, discapacidades del desarrollo, discapacidades intelectuales, movilidad limitada, condiciones de salud conductual o trastorno por uso de sustancias).

Preparación - La dedicación constante de tiempo y recursos, por lo general antes de que se produzca una emergencia, para una planificación, organización, educación, evaluación y formación adecuadas, especialmente para los acontecimientos que no pueden prevenirse.

Primeros auxilios psicológicos - Un enfoque basado en la evidencia que tiene como objetivo reducir los niveles de estrés y ayudar a una recuperación saludable después de un evento traumático, un desastre natural, una emergencia de salud pública o incluso una crisis personal.

Recuperación - Comenzando inmediatamente después de que la amenaza a la vida humana haya disminuido, esta fase tiene como objetivo restaurar la normalidad y las funciones críticas de la comunidad en las zonas afectadas.

Respuesta - Reacción a la ocurrencia de una emergencia. Ocurre durante y en el período

inmediatamente posterior al evento e incluye las acciones tomadas para salvar vidas y prevenir daños mayores. La respuesta es la coordinación y la gestión de los recursos (incluidos el personal, los equipos y los suministros) y la puesta en marcha de los planes de preparación.

Salud infantil - El bienestar físico, mental, emocional y social de los niños desde la infancia hasta la adolescencia.

Salud materna - La salud de las mujeres durante la preconcepción, el embarazo, el parto y el posparto.

Trauma - Es el resultado de un acontecimiento, una serie de acontecimientos o un conjunto de circunstancias que un individuo experimenta como algo física o emocionalmente dañino o que pone en peligro su vida y que tiene efectos adversos duraderos en el funcionamiento y el bienestar mental, físico, social, emocional o espiritual del individuo.

Apéndice G: Referencias

El HHS no se responsabiliza de la disponibilidad o el contenido de los recursos proporcionados, ni respalda, garantiza o asegura los recursos que se enumeran a continuación. Es responsabilidad del usuario determinar la utilidad y aplicabilidad de los recursos proporcionados.

1. AAP. (2019). [Pediatric Disaster Preparedness and Response Topical Collection Chapter 1: How Children are Different](https://downloads.aap.org/DOCHW/Topical-Collection-Chapter-1.pdf). <https://downloads.aap.org/DOCHW/Topical-Collection-Chapter-1.pdf>
2. ACOG Practice Bulletin No. 211: [Critical Care in Pregnancy. \(2019\). Obstetrics and gynecology, 133\(5\), e303–e319](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003241). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003241>
3. Administration for Children and Families, Office of Human Services Emergency Preparedness and Response. [Breastfeeding during Disasters](https://www.acf.hhs.gov/ohsepr/fact-sheet/infant-feeding-during-disasters). <https://www.acf.hhs.gov/ohsepr/fact-sheet/infant-feeding-during-disasters>
4. American Academy of Pediatrics. (2014). [Preparedness for Pediatric Practices Newborn Screening in Emergencies](https://www.aap.org/en-us/Documents/disasters_newborn_screening_handout.pdf). https://www.aap.org/en-us/Documents/disasters_newborn_screening_handout.pdf
5. American Academy of Pediatrics. (2020). [Infant Feeding in Disasters and Emergencies: Breastfeeding and Other Options](https://downloads.aap.org/AAP/PDF/DisasterFactSheet6-2020.pdf). <https://downloads.aap.org/AAP/PDF/DisasterFactSheet6-2020.pdf>
6. American Academy of Pediatrics. (2021). [Children & Disasters: Decontamination of Children](https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Children-and-Disasters/Pages/Decontamination.aspx). <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Children-and-Disasters/Pages/Decontamination.aspx>
7. Arizona Department of Health Services. (2017). [Zika on the Border Tabletop Exercise](https://azdhs.gov/documents/preparedness/emergency-preparedness/conferences/2017/zika-sitman-facilitator.pdf). <https://azdhs.gov/documents/preparedness/emergency-preparedness/conferences/2017/zika-sitman-facilitator.pdf>
8. ASPR. (2017). [With Help from HHS More than 6,000 Dialysis Patients Get Life-Saving Treatment after Hurricanes Irma and Maria in Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands](https://www.phe.gov/ASPR/Blog/Pages/BlogArticlePage.aspx?PostID=289). <https://www.phe.gov/ASPR/Blog/Pages/BlogArticlePage.aspx?PostID=289>
9. Association of Maternal and Child Health Programs (AMCHP). [Bright Futures Resources for State Title V Maternal & Child Health Programs](https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BFResources_TitleV_MCH_0620.pdf). https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BFResources_TitleV_MCH_0620.pdf
10. Bexar County Emergency Management. [The Five Phases of Emergency Management](https://www.bexar.org/694/Five-Phases#:~:text=The%20response%20phase%20is%20a,begin%20to%20manage%20stabilization%20efforts). <https://www.bexar.org/694/Five-Phases#:~:text=The%20response%20phase%20is%20a,begin%20to%20manage%20stabilization%20efforts>
11. Bhat, A., Reed, S. D., & Ünützer, J. (2017). [The Obstetrician-Gynecologist's Role in Detecting, Preventing, and Treating Depression](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001809). *Obstetrics and gynecology*, 129(1), 157–163. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001809>
12. Boston University Emergency Management. [Continuity of Operations \(COOP\)](https://www.bu.edu/emd/emergency-planning/coop/). <https://www.bu.edu/emd/emergency-planning/coop/>
13. Brenda L. Bauman, MSPH; Jean Y. Ko, PhD1; Shanna Cox, MSPH; Denise V. D'Angelo, MPH; Lee Warner, PhD; Suzanne Folger, PhD; Heather D. Tevendale, PhD; Kelsey C. Coy, MPH; Leslie Harrison, MPH; Wanda D. Barfield, MD (2020). [Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919a2.htm?s_cid=mm6919a2_w) — United States, 2018. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6919a2.htm?s_cid=mm6919a2_w
14. California Hospital Association. [What is the difference between a tabletop exercise, a drill, a functional exercise, and a full-scale exercise?](https://www.calhospitalprepare.org/post/what-difference-between-tabletop-exercise-drill-functional-exercise-and-full-scale-exercise) <https://www.calhospitalprepare.org/post/what-difference-between-tabletop-exercise-drill-functional-exercise-and-full-scale-exercise>
15. CDC Center for Preparedness and Response. [Ready Wrigley Books](https://www.cdc.gov/cpr/readywrigley/books.htm). <https://www.cdc.gov/cpr/readywrigley/books.htm>

16. CDC Division of Reproductive Health. [Estimating the Number of Pregnant Women in a Geographic Area](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/emergency/pdfs/PregnancyEstimateBrochure508.pdf). <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/emergency/pdfs/PregnancyEstimateBrochure508.pdf>
17. CDC National Center for Health Statistics. (2021). [U.S. Births and Natality](https://www.cdc.gov/nchs/fastats/births.htm). <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/births.htm>
18. CDC National Center for Immunization and Respiratory Diseases. (2021). [COVID-19 Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Minority Groups](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html). <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html>
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). [Reproductive Health: Pregnancy-Related Deaths](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-relatedmortality.htm#:~:text=The%20death%20of%20a%20woman,of%20pregnancy%20or%20delivery%20complications.). <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pregnancy-relatedmortality.htm#:~:text=The%20death%20of%20a%20woman,of%20pregnancy%20or%20delivery%20complications.>
20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). [Caring for Children in a Disaster: A Child's Health is the Public's Health](https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/children-public-health.html). <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/children-public-health.html>
21. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). [Caring for Children in a Disaster: Helping Children Cope with Emergencies](https://www.cdc.gov/childrenindisasters/helping-children-cope.html). <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/helping-children-cope.html>
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). [Caring for Children in a Disaster: How are Children Different from Adults?](https://www.cdc.gov/childrenindisasters/differences.html) <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/differences.html>
23. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). [Caring for Children in a Disaster: Your Child Is At Risk for Mental Health Issues After a Disaster](https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/disasters-mental-health.html). <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/disasters-mental-health.html>
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). [Infant Mortality in the United States](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm). <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/infantmortality.htm>
25. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). [Pregnancy Mortality Surveillance System](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm). <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/pregnancy-mortality-surveillance-system.htm>
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). [Pregnancy Risk Assessment Monitoring System](https://www.cdc.gov/prams/). <https://www.cdc.gov/prams/>
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). [Reproductive Health in Emergency Preparedness and Response](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/emergency/index.html). <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/emergency/index.html>
28. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). [Reproductive Health: Severe Maternal Morbidity in the United States](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/severematernalmorbidity.html#:~:text=Severe%20maternal%20morbidity%20(SMM)%20includes,the%20United%20States%20in%202014.). [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/severematernalmorbidity.html#:~:text=Severe%20maternal%20morbidity%20\(SMM\)%20includes,the%20United%20States%20in%202014.](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/severematernalmorbidity.html#:~:text=Severe%20maternal%20morbidity%20(SMM)%20includes,the%20United%20States%20in%202014.)
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). [Reproductive Health in Emergency Preparedness and Response](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/Emergency/). <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/Emergency/>
30. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). [State and Local Readiness Tools and Resources](https://www.cdc.gov/cpr/readiness/toolsandresources.htm). <https://www.cdc.gov/cpr/readiness/toolsandresources.htm>
31. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). (2021). [2021 Special Enrollment Period in response to the COVID-19 Emergency](https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/2021-special-enrollment-period-response-covid-19-emergency). <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/2021-special-enrollment-period-response-covid-19-emergency>
32. Department of Education Readiness and Emergency Management for Schools Technical Assistance Center. (2016). [Tabletop Exercise Continuity of Operations Plan \(COOP\)](https://rems.ed.gov/docs/repository/WA_COOP_Tabletop_Exercise.pdf). https://rems.ed.gov/docs/repository/WA_COOP_Tabletop_Exercise.pdf
33. Disaster and Community Crisis Center – University of Missouri. [Disasters and Child Abuse: A Fact Sheet for Disaster Responders and Providers](https://dcc.missouri.edu/assets/doc/dcc_child_abuse_and_disasters.pdf). https://dcc.missouri.edu/assets/doc/dcc_child_abuse_and_disasters.pdf

34. Early Childhood National Centers, National Center on Early Childhood Health and Wellness. [Children's Responses to Crises and Tragic Events](https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/response-to-crisis-english.pdf).
https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/response-to-crisis-english.pdf
35. [EMS for Children Innovation and Improvement Center \(EMSC\)](https://emscimprovement.center/). https://emscimprovement.center/
36. Federal Emergency Management Agency (FEMA) National Training and Education Division. [National Preparedness Course Catalog](https://www.firstrespondertraining.gov/frts/npccatalog?catalog=EMI).
https://www.firstrespondertraining.gov/frts/npccatalog?catalog=EMI
37. Federal Emergency Management Agency (FEMA) National Training and Education Division. [National Preparedness Course Catalog](https://www.firstrespondertraining.gov/frts/npccatalog?catalog=EMI).
https://www.firstrespondertraining.gov/frts/npccatalog?catalog=EMI
38. Federal Emergency Management Agency (FEMA). [Emergency Management Definition, Vision, Mission, Principles](https://training.fema.gov/hiedu/docs/emprinciples/0907_176%20em%20principles12x18v2f%20johnson%20(w-o%20draft).pdf).
https://training.fema.gov/hiedu/docs/emprinciples/0907_176%20em%20principles12x18v2f%20johnson%20(w-o%20draft).pdf
39. FEMA. (2021). [Emergency Planning with Children](https://www.fema.gov/emergency-managers/individuals-communities/children). https://www.fema.gov/emergency-managers/individuals-communities/children
40. FEMA. [Definitions of Emergency and Disaster](https://emilms.fema.gov/is_0111a/groups/30.html). https://emilms.fema.gov/is_0111a/groups/30.html
41. First, Jennifer M., First, Nathan L., & J. Brian Houston. (2017). [Intimate Partner Violence and Disasters: A Framework for Empowering Women Experiencing Violence in Disaster Settings](https://nnedv.org/wp-content/uploads/2019/09/First-2017-Intimate-partner-violence-and-disasters-A-framework-for-empowerment.pdf).
https://nnedv.org/wp-content/uploads/2019/09/First-2017-Intimate-partner-violence-and-disasters-A-framework-for-empowerment.pdf
42. Giarratano, G. P., Barcelona, V., Savage, J., & Harville, E. (2019). [Mental health and worries of pregnant women living through disaster recovery](https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1535600). Health care for women international, 40(3), 259–277. https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1535600
43. Greco, Patricia S. MD, Day, Lori J. MD, & Pearlman, Mark D. MD. (2019). [Guidance for Evaluation and Management of Blunt Abdominal Trauma in Pregnancy](https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2019/12000/Guidance_for_Evaluation_and_Management_of_Blunt.30.aspx). Obstetrics & Gynecology: Volume 134 - Issue 6 - p 1343-1357
https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2019/12000/Guidance_for_Evaluation_and_Management_of_Blunt.30.aspx
44. Gribble, K., Peterson, M., & Brown, D. (2019). [Emergency preparedness for infant and young child feeding in emergencies \(IYCF-E\): an Australian audit of emergency plans and guidance](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7528-0). BMC Public Health 19, 1278. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7528-0
45. Haeri, S., & Marcozzi, D. (2015). [Emergency preparedness in obstetrics](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751222/).
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25751222/
46. Health Resource Services Administration (HRSA) Office of Health Equity. (2020). [What are the Social Determinants of Health?](https://www.hrsa.gov/about/organization/bureaus/ohe/index.html#:~:text=Health%20Equity%20is%20the%20absence,disease%2C%20disability%2C%20or%20mortality)
https://www.hrsa.gov/about/organization/bureaus/ohe/index.html#:~:text=Health%20Equity%20is%20the%20absence,disease%2C%20disability%2C%20or%20mortality
47. Hellerstedt, Wendy L. , MPH, PhD, Professor Emeritus. (2015). [What is Maternal and Child Health?](http://www.epi.umn.edu/mch/what-is-mch/#:~:text=MCH%20is%20a%20public%20health,(e.g.%2C%20health%20policy)) University of Minnesota School of Public Health, Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health. http://www.epi.umn.edu/mch/what-is-mch/#:~:text=MCH%20is%20a%20public%20health,(e.g.%2C%20health%20policy)
48. HHS ASPR, Public Health Emergency. [Cultural and Linguistic Competency in Disaster Preparedness and Response Fact Sheet](https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/linguistic-facts.aspx).
https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/linguistic-facts.aspx
49. HHS ASPR, Public Health Emergency. [First Responders: Support for Pregnant Survivors of Abuse or Rape During Disasters](https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/first-responder-factsheet.pdf). https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/first-responder-factsheet.pdf
50. HHS ASPR. (2020). [Access and Functional Needs](https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/afn-guidance.aspx).
https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/afn-guidance.aspx

51. HHS Health Resources and Services Administration (HRSA) Office of Health Equity (2019-2020). [Health Equity Report 2019-2020](https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/health-equity/HRSA-health-equity-report.pdf). <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/health-equity/HRSA-health-equity-report.pdf>
52. HHS Office of Disease Prevention and Health Promotion. [Healthy People 2030 Objectives](https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives). <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives>
53. HHS Office of Human Services Emergency Preparedness and Response. (2020). [Infant Feeding During Disasters](https://www.acf.hhs.gov/ohsepr/fact-sheet/infant-feeding-during-disasters). <https://www.acf.hhs.gov/ohsepr/fact-sheet/infant-feeding-during-disasters>
54. HHS Office of Minority Health (OMH). [Culturally and Linguistically Appropriate Services \(CLAS\): What, Why and How](https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/class-infographic-what-why-how.pdf). <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/assets/pdfs/class-infographic-what-why-how.pdf>
55. HHS Office of Minority Health (OMH). [National CLAS Standards: What is CLAS?](https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/what-is-clas) <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/what-is-clas>
56. HHS Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE). (2020). [Healthy Women, Healthy Pregnancies, Healthy Futures: Action Plan to Improve Maternal Health in America](https://aspe.hhs.gov/system/files/aspe-files/264076/healthy-women-healthy-pregnancies-healthy-future-action-plan_0.pdf). https://aspe.hhs.gov/system/files/aspe-files/264076/healthy-women-healthy-pregnancies-healthy-future-action-plan_0.pdf
57. HHS Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Readiness (ASPR), Public Health Emergency. (2020). [Disaster Response for Homeless Individuals and Families: A Trauma-Informed Approach](https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/homeless-trauma-informed.aspx). <https://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Pages/homeless-trauma-informed.aspx>
58. [HHS Think Cultural Health](https://thinkculturalhealth.hhs.gov/). <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/>
59. HHS, ACF, Office of Head Start - National Center on Early Childhood Health and Wellness. (2020). [Emergency Preparedness Manual for Early Childhood Programs](https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/emergency-preparedness-manual-early-childhood-programs.pdf). <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/emergency-preparedness-manual-early-childhood-programs.pdf>
60. HHS, HRSA, Office of Rural Health Policy. (2002). [Rural Communities and Emergency Preparedness](https://www.ruralhealthinfo.org/assets/198-319/rural-communities-and-emergency-preparedness.pdf). <https://www.ruralhealthinfo.org/assets/198-319/rural-communities-and-emergency-preparedness.pdf>
61. HHS, HRSA. (2014). [Justification of Estimates for Appropriations Committees, Fiscal Year 2015](http://www.hrsa.gov/about/budget/budgetjustification2015.pdf). <http://www.hrsa.gov/about/budget/budgetjustification2015.pdf>
62. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). [Disaster Technical Assistance Center Supplemental Research Bulletin -- Women and Disasters](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/dtac/women-disasters-october-supplemental-research-bulletin.pdf). <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/dtac/women-disasters-october-supplemental-research-bulletin.pdf>
63. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). [Intimate Partner Violence and Child Abuse Considerations During COVID-19](https://www.samhsa.gov/sites/default/files/social-distancing-domestic-violence.pdf). <https://www.samhsa.gov/sites/default/files/social-distancing-domestic-violence.pdf>
64. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2021). [Medication-Assisted Treatment \(MAT\)](https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment). <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment>
65. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). [SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach](https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884). <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Concept-of-Trauma-and-Guidance-for-a-Trauma-Informed-Approach/SMA14-4884>
66. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). [Substance Use Disorders and Disasters](https://www.samhsa.gov/dbhis-collections/substance-use). <https://www.samhsa.gov/dbhis-collections/substance-use>
67. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2012). [Tips for Talking with and Helping Children and Youth Cope After a Disaster or Traumatic Event: A Guide for Parents, Caregivers, and Teachers](https://store.samhsa.gov/product/tips-talking-helping-children-youth-cope-after-disaster-or-traumatic-event-guide-parents/sma12-4732). <https://store.samhsa.gov/product/tips-talking-helping-children-youth-cope-after-disaster-or-traumatic-event-guide-parents/sma12-4732>
68. HHS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). [Types of Disasters](https://www.samhsa.gov/find-help/disaster-distress-helpline/disaster-types). <https://www.samhsa.gov/find-help/disaster-distress-helpline/disaster-types>

69. HHS. (2020). [HHS Outlines New Plans and a Partnership to Reduce U.S. Pregnancy-related Deaths](https://www.hhs.gov/about/news/2020/12/03/hhs-outlines-new-plans-to-reduce-us-pregnancy-related-deaths.html). <https://www.hhs.gov/about/news/2020/12/03/hhs-outlines-new-plans-to-reduce-us-pregnancy-related-deaths.html>
70. HHS. (2020). [The Surgeon General's Call to Action to Improve Maternal Health](https://www.hhs.gov/sites/default/files/call-to-action-maternal-health.pdf). <https://www.hhs.gov/sites/default/files/call-to-action-maternal-health.pdf>
71. Indian Health Service. [Provider Information – Breastfeeding Stress Management](https://www.ihs.gov/sites/healthed/themes/responsive2017/display_objects/documents/BF-StressManagementProvider.pdf). https://www.ihs.gov/sites/healthed/themes/responsive2017/display_objects/documents/BF-StressManagementProvider.pdf
72. Journal of Emergency Medical Services. (2014). [Planning for Pediatrics in Disasters](https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/children-public-health.html). <https://www.cdc.gov/childrenindisasters/features/children-public-health.html>
73. Kozhimannil KB. (2020). [Indigenous Maternal Health—A Crisis Demanding Attention](https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2766339). JAMA Health Forum. <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2766339>
74. Kumagai, Arno K. MD, & Lypson, Monica L. MD. (2009). [Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/06000/Beyond_Cultural_Competence_Critical.33.aspx). Academic Medicine – Volume 84 - Issue 6 - p 782-787 https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2009/06000/Beyond_Cultural_Competence_Critical.33.aspx
75. Lichtveld M. (2018). [Disasters Through the Lens of Disparities: Elevate Community Resilience as an Essential Public Health Service](https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304193). American Journal of Public Health, 108(1), 28–30. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304193>
76. Louissaint, N. (2017). [Building Community Resilience through Health Equity](https://www.domesticpreparedness.com/healthcare/building-community-resilience-through-health-equity/). <https://www.domesticpreparedness.com/healthcare/building-community-resilience-through-health-equity/>
77. Mannan, I., Choi, Y., Coutinho, A. J., Chowdhury, A. I., Rahman, S. M., Seraji, H. R., Bari, S., Shah, R., Winch, P. J., El Arifeen, S., Darmstadt, G. L., & Baqui, A. H. (2011). [Vulnerability of newborns to environmental factors: findings from community-based surveillance data in Bangladesh](https://doi.org/10.3390/ijerph8083437). International journal of environmental research and public health, 8(8), 3437–3452. <https://doi.org/10.3390/ijerph8083437>
78. Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). [Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment](https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5150). Journal of Women's Health (2002), 24(9), 762–770. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5150>
79. National Association of County and City Health Officials (NACCHO). (2019). [Pregnancy and Motherhood in Women with Disabilities: Information and Opportunities for Local Health Departments](https://www.naccho.org/blog/articles/pregnancy-and-motherhood-in-women-with-disabilities-information-and-opportunities-for-local-health-departments). <https://www.naccho.org/blog/articles/pregnancy-and-motherhood-in-women-with-disabilities-information-and-opportunities-for-local-health-departments>
80. National Association of County and City Health Officials (NACCHO). (2018). [Why Including a Behavioral Health Component to an Emergency Preparedness Plan is Critical](https://www.naccho.org/blog/articles/why-including-a-behavioral-health-component-to-an-emergency-preparedness-plan-is-critical). <https://www.naccho.org/blog/articles/why-including-a-behavioral-health-component-to-an-emergency-preparedness-plan-is-critical>
81. National Institute of Child Health and Human Development. [Safe to Sleep: Fast Facts about SIDS](https://safetosleep.nichd.nih.gov/safesleepbasics/SIDS/fastfacts). <https://safetosleep.nichd.nih.gov/safesleepbasics/SIDS/fastfacts>
82. National Institutes of Health. (2018). [What are the unique needs of pregnant women with substance use disorders?](https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/what-are-unique-needs-pregnant-women-substance-use) <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/frequently-asked-questions/what-are-unique-needs-pregnant-women-substance-use>
83. New Jersey Department of Children and Families. [Domestic Violence and Disasters](https://www.state.nj.us/dcf/home/Domestic%20Violence%20and%20Disasters%20with%20Sources.pdf). <https://www.state.nj.us/dcf/home/Domestic%20Violence%20and%20Disasters%20with%20Sources.pdf>
84. Romano, M., Cacciatore, A., Giordano, R., & La Rosa, B. (2010). [Postpartum period: three distinct but continuous phases](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279173/). Journal of Prenatal Medicine, 4(2), 22–25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3279173/>

85. Seddighi, H., Salmani, I., Javadi, M. H., & Seddighi, S. (2021). [*Child Abuse in Natural Disasters and Conflicts: A Systematic Review*](#). *Trauma, violence & abuse*, 22(1), 176–185. <https://doi.org/10.1177/1524838019835973>
86. Tervalon, M., & Murray-García, J. (1998). [*Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education*](#). *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 9(2), 117-125. <https://muse.jhu.edu/article/268076>
87. [Text4Baby](https://www.text4baby.org/). <https://www.text4baby.org/>
88. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). [*Hospital Disaster Preparedness for Obstetricians and Facilities Providing Maternity Care*](#). <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/12/hospital-disaster-preparedness-for-obstetricians-and-facilities-providing-maternity-care>
89. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). [*Addressing Perinatal Mood and Anxiety Disorders-Strategies for Women's Health Care Providers*](#). <https://www.acog.org/education-and-events/webinars/addressing-perinatal-mood-and-anxiety-disorders>
90. The Joint Commission. (2018). [*Emergency management: Need for continuity of operations planning*](#). https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/newsletters/qs_41_continuity_of_ops_5_22_18_finalpdf.pdf?db=web&hash=BACB43EF24E8C24E8623855D7CC44180
91. The National Child Traumatic Stress Network. [*About Child Trauma*](#). <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>
92. U.S. Department of Health and Human Services. (2021). [*HHS Outlines New Plans and a Partnership to Reduce U.S. Pregnancy-Related Deaths*](#). <https://www.hhs.gov/about/news/2020/12/03/hhs-outlines-new-plans-to-reduce-us-pregnancy-related-deaths.html>
93. U.S. Department of Homeland Security. (2019). [*National Response Framework \(Fourth Edition\)*](#). https://www.fema.gov/sites/default/files/2020-04/NRF_FINALApproved_2011028.pdf
94. United Nations. (2020). [*UN working to ensure vulnerable groups are not left behind in COVID-19 response*](#). <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/un-working-ensure-vulnerable-groups-not-left-behind-covid-19>
95. University of Minnesota Rural Health Research Center. (2020). [*Severe maternal morbidity and mortality among Indigenous Women in the United States: Obstetrics & Gynecology*](#). https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2020/02000/Severe_Maternal_Morbidity_and_Mortality_Among_8.aspx#:~:text=Approximately%2040%25%20of%20indigenous%20people,both%20on%20and%20off%20reservations.&text=Indigenous%20people%2C%20therefore%2C%20have%20a,or%20less%20of%20the%20population
96. University of Notre Dame University Counseling Center. [*Taking Care of Yourself after a Traumatic Event*](#). <https://ucc.nd.edu/self-help/disaster-trauma/taking-care-of-yourself/>
97. Wisner, B. (1998). [*Marginality and vulnerability: Why the homeless of Tokyo don't 'count' in disaster preparations*](#). *Applied Geography – Volume 18, Issue 1, January 1998, Pages 25-33*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014362289700043X?via%3Dihub>
98. Wolkin, A., DrPH, MSPH. (2018). [*Mission Possible: Preparing and Responding to Disasters through a Health Equity Lens*](#). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). <https://blogs.cdc.gov/healthequity/2018/09/06/disasters/>
99. Wolkin, A., DrPH, MSPH. (2018). [*Using trauma-informed care to guide emergency preparedness and response*](#). <https://blogs.cdc.gov/publichealthmatters/2018/07/trauma-care/>
100. World Health Organization (WHO). (2009). [*Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*](#). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?ua=1
101. World Health Organization (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. (2000). [*Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis*](#). *Lancet* 2000 Mar 25;355(9209):1104. PMID: 10841125. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10841125/>

102. World Health Organization (WHO). Department of Injuries and Violence Prevention. (2005). [Violence and Disasters](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/violence_disasters.pdf).
https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/violence_disasters.pdf

