RHM
TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
NÚMERO 10 / 2018

Salud y derechos sexuales y reproductivos en contextos de crisis humanitarias

RHM | TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA
NÚMERO 10 / 2018

Salud y derechos sexuales y reproductivos en contextos de crisis humanitarias

RHM en Español, Número 10
Los artículos de esta edición corresponden a la versión en inglés de: Vol. 25 No.51 2017

Comité editorial:
Nancy Palomino, Ruth Iguiñiz

Editora:
Ruth Iguiñiz
ruth.iguiniz.r@upch.pe

Traducción:
Yolanda Sala Baez

Revisoras:
Cristina Herencia Hinojosa
Mariella Sala

Corrección de estilo y coordinación:
Mariella Sala

Diagramación:
Aldo Ocaña Correa

Esta edición en español es financiada por RHM
RHM es una institución benéfica registrada en Inglaterra y Gales, No. 1040450
Limited Company Registered
No. 2959883 (England)
ISSN 0968-8080 (Impresa) 1460-9576 (Online)
Página web: http://tandfonline.com/loi/zrhm20

Edición en español publicada por:
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración
Carlos Vidal Layseca
Av. Honorio Delgado 430, Lima 15102, Perú
T: (51-1) 3190041 – F: (51-1) 3819072
www.upch.edu.pe

Página Web: www.diassere.org.pe
Depósito legal No. 2004-0393
ISSN 2412-7973
Lima, diciembre 2018
Publicación virtual

OFICINA EDITORIAL RHM:
Reproductive Health Matters
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NWS 1 TL, UK
Tel: (44-20) 72676567 / (44-20) 72672551

RHM en inglés está indexada en:
Medline, PubMed, Popline, Excerpta Medica (EMBASE), Social Sciences Citation Index, Contemporary Women's Issues, Cumulative Index to Nursing and Allied Biomedicine, Current Contents, Family and Society Studies Worldwide, Feminist Periodical, Health Promotion Information, Index Medicus, International Bibliography of the Social Sciences, Kinsey Institute for Research in Sex and Reproduction (solo website), List of Free Materials in Reproductive Health, Ohio Database of Women's Studies, Public Affairs Information Service (PAIS), Research Alert, Social & Behavioural Sciences, Social Sciences Research Network, Sociofile, Sociological Abstracts, SOPODA, Studies on Women Abstracts.

Editora de RHM – United Kingdom:
Dr Shirin Heidari
Correo electrónico:
SHeidari@rhmjournal.org.uk
Lineamientos y pautas disponibles en:
<www.rhmjournal.org.uk>

Otra correspondencia a:
Pathika Martin
Correo electrónico:
pmartin@rhmjournal.org.uk

RHM es parte de la base de datos en internet Elsevier Reproductive and Women's Health:
<www.rhm-elsevier.com>

Para ser incluido en la lista de envíos contáctese con:
temasdesaludreproductiva@gmail.com

© Reproductive Health Matters. Todos los derechos reservados.

Contenido

9	*Monica Onyango, Shirin Heidari*	Atención con dignidad en situaciones de crisis humanitarias: asegurando la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones desplazadas
16	*Sandra K Krause, Sarah K Chynoweth, Mihoko Tanabe*	Cambio radical en los servicios de salud reproductiva durante emergencias: cómo se lograron mejoras sistémicas para implementar el MISP
28	*Angel M Foster, Dabney P Evans, Melissa Garcia, Sarah Knaster,Sandy Krause, Therese McGinn, Sarah Rich, Meera Shah, Hannah Tappis, Erin Wheeler*	La edición 2018 del manual de trabajo interagencial sobre salud reproductiva para el trabajo en contextos humanitarios: revisando los estándares globales
35	*Pushpa Chaudhary, Giulia Vallese, Meera Thapa, Valerie Broch Alvarez, Latika Maskey Pradhan, Kiran Bajracharya, Shilu Adhikari, Reuben, Samuel, Sophie Goyet*	Respuesta humanitaria a las necesidades sexuales y reproductivas en situación de desastre: un estudio de caso del terremoto de Nepal, 2015
50	*Akila Radhakrishnan, Elena Sarver, Grant Shubin*	Garantizar el aborto seguro en entornos humanitarios: superando barreras legales y de políticas
58	*Kingsley Chukwumalu, Meghan Gallagher, Sabine Baunach, Amy Cannon*	Utilización de los servicios de atención post-aborto y aceptación de los métodos anticonceptivos postaborto en Puntland- Somalia
69	*Ellen Tousaw, Ra Khin La, Grady Arnott, Orawee Chinthakanan, Angel M Foster*	"Sin este programa, las mujeres podrían perder la vida": experiencias de mujeres migrantes con el Programa de Derivación para Abortos Seguros en Chiang Mai, Tailandia
80	*Gianna Maxi Leila Robbers, Alison Morgan*	Potencial de programas para la prevención y respuesta a la violencia sexual contra mujeres refugiadas: una revisión de la literatura
102	*Sarah K Chynoweth, Julie Freccero, Heleen Touquet*	Violencia sexual contra hombres y niños en entornos de conflicto y desplazamiento forzado: implicancias para el sector salud
107	*Jennifer S Rosenberg, Denis Bakomeza*	Hablemos de trabajo sexual en contextos de crisis humanitarias con un enfoque en derechos humanos a refugiadas en Kampala
115	*Nguyen Toan Tran, Kristen Harker, Wambi Maurice E Yameogo, Seni Kouanda, Tieba Millogo, Emebet Dlasso Menna, Jeevan Raj Lohani, Om Maharjan, Sake Jemelia Beda, Elizabeth Akinyi Odinga, Adama Ouattara, Charlemagne Ouedraogo, Alison Greer, Sandra Krause*	Cursos para el manejo clínico de sobrevivientes de violencia en Burkina Faso, Nepal y Sudán del Sur
126	*Abdiasis Yalahow, Mariam Hassan, Angel M Foster*	Capacitación de profesionales de la salud en un entorno posconflicto: un estudio sobre la educación en medicina, enfermería y obstetricia en Mogadishu, Somalia
136	*Samira Sami, Kate Kerber, Barbara Tomczyk, Ribka Amsalu, Debra Jackson, Elaine Scudder, Alexandar Dimiti, Janet Meyers, Kemish Kenneth, Solomon Kenyi, Caitlin E Kennedy, Kweku Ackom, Luke C Mullany*	"Tenemos que actuar": mejorando las prácticas de cuidado al recién nacido en el contexto de la crisis de Sudán del Sur
152	*Michelle Hynes, Kate Meehan, Janet Meyers, Leon Mashukano Maneno, Erin Hullan*	Utilizar un enfoque de mejoramiento de calidad para perfeccionar la atención materna y neonatal en Kivu del Norte, República Democrática del Congo
163	*Elena Laporta Hernández*	Estrategias legales para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la crisis de refugiados en Europa: un reclamo ante la Defensora del Pueblo Europeo
173	*Bookshelf Reproductive Health Matters*	Nuevos recursos para promover la investigación sobre salud sexual y derechos reproductivos en situaciones de crisis humanitaria

PRESENTACIÓN

Los contextos de emergencia y crisis humanitarias por eventuales desastres naturales y recurrentes guerras, conflictos y desplazamientos, asolan constantemente los países de todos los continentes. En América Latina somos testigos y partícipes de desplazamientos masivos de poblaciones por estas situaciones. Un ejemplo reciente de ello es el de la población venezolana que migra masivamente hacia el sur del continente así como la hondureña y guatemalteca que lo hace hacia el norte. Esta situación de éxodo pone en mayor riesgo las poblaciones migrantes y las enfrenta a la imposibilidad de acceder a servicios que garanticen su derecho universal a la salud y la vida.

Aunque el efecto económico, social y político de esta situación es ampliamente estudiado, no se ha analizado lo suficiente el impacto que este tiene sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones afectadas. El acceso aún limitado a servicios de calidad que atiendan estos derechos en la mayoría de países es un desafío permanente para nuestras sociedades. Si a esta carencia le sumamos un contexto de emergencia y crisis humanitaria, dicha situación se agrava y complejiza aún más.

Ello pone en evidencia la precariedad de los gobiernos y sistemas de salud para hacer frente a las desigualdades en general, y a la de género, en particular, que enfrentan la mayoría de países. En nuestra región, son frecuentes los sismos, las inundaciones y otros fenómenos naturales resultado del cambio climático; así como viejas y nuevas epidemias que traen muerte y miseria a miles de personas. Todos estos tienen un impacto mayor en las mujeres quienes siguen asumiendo y recibiendo la responsabilidad del cuidado y recomposición familiar, exponiendo su salud y siendo expuestas a la violencia de género y sexual, así como a la trata de mujeres y niños.

Este número de Temas de Salud Reproductiva, incluye la totalidad de los artículos de la revista RHM en inglés publicada sobre el tema en 2017. En él encontrarán temas sobre experiencias y casos de otros continentes muy relevantes para la América Latina actual. Estos incluyen: violencia sexual y seguridad para mujeres y niños; servicios neonatales, parto y aborto; capacitación profesional para la atención en estos contextos y fortalecimiento de los sistemas de salud con capacidad de respuesta.

De esta manera, buscamos poner al alcance de autoridades, organizaciones públicas y de la sociedad civil, responsables y comprometidas con los derechos humanos, instrumentos y evidencias que permitan responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva, y de seguridad de mujeres, hombres, adolescentes y niños de la región.

Por último, quiero expresar mi reconocimiento a Nancy Palomino Ramirez por la dedicación y esfuerzo desplegados como editora de la versión en español de RHM hasta el 2018. Gracias a ella podemos leer en castellano artículos de gran calidad y relevancia para la elaboración de políticas e incidencia en los temas de salud sexual y reproductiva en la región.

Ruth Iguiñiz Romero
Editora

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,1-6
DOI 10.1080/09688080.2017.1411093

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

EDITORIAL

Atención con dignidad en situaciones de crisis humanitarias: asegurando la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones desplazadas

Monica Adhiambo Onyango,[a] Shirin Heidari[b]

a Profesora Asistente Clínica, Departamento de Salud Global, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Boston, MA, EE.UU. Correspondencia: moyango@bu.edu
b Directora y editora, Reproductive Health Matters, Londres, RU/Ginebra, Suiza

Cada año aumenta el número de personas afectadas por situaciones de crisis humanitarias y los contextos en los que estas se desarrollan son cada vez más complejos pues requieren de soluciones innovadoras, a la medida y bien ponderadas, así como de bases empíricas para poder diseñar programas bien informados y facilitar su implementación y práctica. En 2015, el número de personas obligadas a dejar sus hogares llegó a una cifra récord; en el plazo de dos décadas aumentó en un 75%, pasando de 37.3 millones en 1996 a 65.3 millones a fines de 2015[1]. Esto significa que durante cada día del año 2015, 24 personas por minuto fueron desplazadas de sus hogares debido a persecuciones, conflictos, violencia generalizada o violaciones de derechos humanos. Todo indica que esta tendencia seguirá aumentando[1]. A ello, se suman 19.2 millones de nuevos desplazados a causa de desastres naturales en 113 países[2].

El derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) es parte indispensable del derecho universal a la salud, el cual depende de una serie de factores que incluyen disponibilidad y acceso a servicios de calidad basados en evidencia. Mientras poblaciones enteras gozan de servicios y derechos de SSR, existen mujeres y niñas adolescentes que afrontan un sinnúmero de situaciones de vulnerabilidad. Se calcula que aproximadamente 26 millones de mujeres y niñas en edad reproductiva viven en situaciones de emergencia en todo el mundo y se enfrentan con amenazas cada vez mayores para su salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR), por lo cual requieren acceder a servicios de calidad[3]. Si bien determinados servicios como la ayuda alimentaria, refugio, agua y saneamiento, seguridad y servicios básicos de salud son vitales en las primeras etapas de una crisis humanitaria, la provisión de servicios de salud reproductiva se ha considerado como una prioridad adicional al iniciarse una emergencia[4,5]. Desde mediados de los años 90 se ha logrado un meritorio avance al poner a disposición servicios para atender la SDSR, luego que un informe de trascendencia histórica resaltara la carencia de una atención integral para la SSR entre las poblaciones en crisis[6]. Esta situación dio lugar a que, en 1995, se formara el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG por sus siglas en inglés), una red de organizaciones dedicadas a atender las carencias en la provisión de servicios de SSR en las comunidades afectadas por conflictos o desastres. Durante más de dos décadas, las organizaciones y las personas afiliadas a IAWG han concertado esfuerzos para promover la salud reproductiva con acciones de defensa y promoción, investigaciones, estableciendo estándares y orientando el desarrollo[5]. Con este fin, se han logrado medidas importantes, pero aún queda mucho por hacer.

En 2008, Reproductive Health Matters (HRM) dedicó un número completo de la revista al tema de conflicto y crisis, fue una publicación muy oportuna que reveló las devastadoras implicancias que tienen para mujeres y niñas los conflictos y las crisis, puso énfasis en los esfuerzos que se venían haciendo para responder a ese desafío,

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

e identificó las necesidades no atendidas de las poblaciones en contextos tan frágiles. Casi 10 años después, cuando hay cifras récord de personas que enfrentan crisis y desplazamientos, resulta nuevamente oportuno hacer que se preste atención a los avances logrados, se compartan las mejores prácticas y se analicen los retos que tiene la implementación de servicios en contextos de crisis y situaciones humanitarias tan prolongadas. Una evaluación global llevada a cabo entre 2012 y 2014[5] comprobó que, aunque se han logrados considerables avances, aún quedan problemas por resolver y vacíos que colmar—ya expuestos en la edición de 2008 de nuestra revista sobre SSR— y que siguen pendientes de solución. Sobre la base de estudios previos, los artículos publicados en esta revista cubren una amplia gama de temas delicados y complejos, tales como cuidados para un aborto seguro, violencia de género, violencia sexual contra los hombres y comercio sexual entre refugiados. Asimismo, estos estudios analizan las mejoras necesarias en la capacitación y entrenamiento de los trabajadores de salud, con el objeto de perfeccionar sus prácticas y cuidados de la salud para las madres y los recién nacidos.

Progreso continuo

Después de la creación de IAWG en 1995, se comprobó la necesidad de establecer orientaciones técnicas que sirvieran de base para la implementación de servicios de SSR en el campo. En consecuencia, en 1999 se elaboró el manual con propuestas innovadoras, *Salud reproductiva para refugiados: un manual de campo interagencial* (IAFM, por sus siglas en inglés)[7]. Este manual describe los servicios de SSR que deben proveerse durante las distintas fases de una situación de crisis humanitaria. Fue revisado y publicado para ser probado en el campo, en 2010. Sin embargo, las observaciones de quienes lo implementaron, así como las de otros actores en el área de crisis humanitarias, evidenciaron la necesidad de actualizar la versión ya revisada del manual; una nueva versión será publicada en 2018. Mediante un proceso de colaboración intersectorial, las últimas versiones tenían el propósito de responder a las características de cada lugar (características en continuo cambio durante la última década) incorporando las últimas experiencias en la práctica de SSR. En este número, Foster *et al* describen el contenido de las últimas ediciones del IAFM; cabe destacar que vuelve a tratarse la prevención de embarazos no deseados y se incorporan, explícitamente, los cuidados para un aborto seguro.

Uno de los capítulos del IAFM menciona el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés), que consiste en un conjunto de servicios de SSR ofrecidos en las fases más tempranas de una emergencia. Para brindar los servicios MISP de manera eficaz, los proveedores de servicios de salud, y también otros interesados, no solo deben entender sus objetivos, sino que también deben crear un ambiente que facilite su implementación, garantizando la disponibilidad de los insumos necesarios para las actividades SSR, que pueden salvar vidas. En su artículo, Krause *et al* examinan los progresos y éxitos logrados, con esfuerzo, que han conducido a una mayor asimilación y empleo del MISP en situaciones de emergencia. Una evaluación de los primeros momentos de implementación del MISP en situaciones de crisis humanitaria aguda dio resultados dispares, lo que demuestra el poco conocimiento que se tiene del MISP, y también que hay una capacitación inadecuada en SSR entre los proveedores de servicios, además de dificultades logísticas y poca coordinación[8]. Hasta la fecha, se ha demostrado que los servicios MISP están constantemente disponibles, y que el programa ha sido debidamente asumido como el método estándar que emplean los primeros proveedores de ayuda, demostrando el éxito de la colaboración entre todos los involucrados, así como de las varias iniciativas puestas en acción para contrarrestar cualquier deficiencia.

Temas de alta prioridad

Aborto

El tema del aborto sigue teniendo una alta relevancia en cualquier contexto, y más aún en situaciones de crisis humanitarias, donde el acceso a un aborto seguro y cuidados post-aborto son mucho más apremiantes[9]. El colapso del sistema de salud en situaciones de emergencia, por ejemplo, reduce el acceso a anticonceptivos para las mujeres que desean retrasar un embarazo. Además, el acceso a un aborto seguro es aún más necesario en tales situaciones, ya que los conflictos y desplazamientos aumentan la vulnerabilidad de las mujeres en cuanto a la violencia sexual, incluyendo violaciones. Aquellas que luego tienen un embarazo no deseado quizá no pueden acceder a servicios de aborto seguro, y eso las lleva a recurrir a métodos no recomendables que tienen consecuencias muy graves para su salud[10]. En situaciones de crisis, el cuidado completo y cabal para abortar (aborto seguro y cuidado post-aborto) debe tener prioridad

para reducir la elevada tasa de mortalidad materna y morbilidad debidas a complicaciones causadas por sistemas no seguros de abortar. El Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) calcula que entre el 25% y 50% de las muertes de madres en campamentos de refugiados se deben a las complicaciones posteriores a un aborto sin condiciones seguras[11]. A pesar de esta realidad, durante las actividades humanitarias de emergencia el acceso a servicios relacionados con el aborto sigue quedando desatendido, debido a su naturaleza altamente politizada así como por la actitud de los proveedores de salud y errores de interpretación de las leyes que reglamentan el aborto en cada país. McGinn *et al* (2016) tratan cuatro razones comúnmente aducidas por las ONG humanitarias cuando hay que explicar las deficiencias en los servicios relacionados con el aborto: no ven su necesidad o los consideran demasiado complicados en situaciones de crisis, o los donantes no quieren financiar abortos, o este se considera ilegal[9]. Es evidente que queda mucho por hacer para que el aborto sea accesible, para mejorar la salud de las mujeres y salvar sus vidas.

En este número de RHM hay tres estudios que se centran en la administración de cuidados de aborto en situaciones de crisis humanitaria. Radhakrishnan *et al* tratan sobre temas jurídicos y las barreras políticas a los cuidados del aborto. Ellos argumentan que los servicios de aborto están dentro del ámbito de la protección garantizada por las leyes internacionales de protección humanitaria y de los derechos humanos y, por lo tanto, piden que los cuidados de aborto seguro se provean dentro de la categoría de cuidados humanitarios protegidos y no discriminatorios en situaciones de crisis humanitaria. A pesar de que existen necesidades no cubiertas para los cuidados de aborto y después del aborto en situaciones de crisis humanitarias, Chukwumalu *et al* señalan que se puede proveer servicios post-aborto (PAC, por sus siglas en inglés) en contextos de inestabilidad política y de cultura conservadora, como en Puntland, Somalia. Los autores aseguran que, a pesar de que el aborto y los métodos modernos de anticoncepción son temas delicados y estigmatizados, hay modos de presentarlos que pueden facilitar su aceptación. Para concluir, Tousaw *et al* ofrecen algunas ideas respecto a la posibilidad de trabajar, inclusive dentro de marcos jurídicos muy rígidos, para extender el acceso a servicios y cuidados para el aborto entre la población desplazada de Chiang Mai, Tailandia. Los autores describen entrevistas con mujeres que recurren al Programa de Derivación para un Aborto Seguro (SARP, por sus siglas en inglés) en Tailandia, concebido para reducir las barreras que dificultan el acceso a cuidados seguros y dentro de la ley. Las experiencias positivas expresadas por las mujeres inmigrantes procedentes de Birmania demuestran que este tipo de programas, que derivan a las mujeres a lugares donde puedan abortar de manera segura y legal, son factibles de tener éxito en situaciones donde hay una población numerosa de personas inmigrantes y desplazadas. Las mujeres, sobre todo, aprecian la actitud amable y comprensiva del personal del programa, el acompañamiento a los lugares de tratamiento, la asistencia lingüística, la seguridad de los servicios y la total gratuidad de los mismos.

Violencia de género

La violencia sexual, como forma de violencia de género (VG), ha estado presente a lo largo de la historia y siempre ha sido asociada con la guerra; además está bien documentada en situaciones recientes de crisis humanitarias. Algunos informes anteriores denuncian violaciones en masa y asesinato de mujeres durante la guerra de liberación de Bangladesh en 1971. Durante la década de 1990, el mundo tuvo que contemplar los horrores de la violación sistemática de mujeres en la región de los Balcanes, así como durante el genocidio de Ruanda. Los abusos sexuales que tienen lugar hoy en día en la República Democrática del Congo y en Siria son otros ejemplos[12-15]. Las sobrevivientes de violencia sexual viven situaciones nefastas, tanto físicas como psicológicas y sociales, que pueden durar toda su vida. Un artículo de Robbers y Morgan sobre la prevención y respuesta a la violencia sexual contra las mujeres refugiadas demuestra que cuando se hace énfasis en programas que comprometen y educan a las comunidades, se llega a descubrir las causas subyacentes de la violencia sexual y de género. El mismo artículo sugiere que si toda la comunidad participa en el diseño y práctica de las intervenciones contra estos tipos de violencia, logran identificar normas de género perjudiciales a las que pueden enfrentar mediante la educación y la divulgación. Asimismo, facilitan una fuerte cooperación entre todos los interesados, lo que permite aprovechar al máximo los recursos, ya bastante limitados. Cabe señalar que son todavía muy pocos los logros en los programas contra la violencia sexual. Ello, unido a

lo delicado del tema, podría estar contribuyendo a que haya poca evidencia de éxito. Stark y Ager (2011)[16] han lamentado la falta de métodos bien fundados para cuantificar la magnitud de casos de violencia de género en situaciones de crisis. Un reciente estudio integral demostró que hay una serie de actividades para prevenir la violencia sexual, recomendadas por la comunidad global de agencias humanitarias, y que se están aplicando actualmente en muchas situaciones. Sin embargo, la eficacia de estos programas y estrategias es muy limitada todavía, sobre todo en las poblaciones de refugiados[17].

Aunque, Robbers y Morgan concentraron su trabajo exclusivamente en la violencia sexual contra mujeres, es necesario mencionar que la violencia sexual también existe contra hombres en zonas de conflicto. Aunque las mujeres sufren violencia sexual en cantidades desproporcionadamente superiores, sobre todo en situaciones de conflicto, los hombres que sobreviven a la violencia sexual tienen un acceso mucho más limitado a programas de salud reproductiva, y generalmente no son tomados en cuenta en los discursos sobre violencia de género. Además, las organizaciones humanitarias que ofrecen SSR no tienen, en general, la preparación para tratar complicaciones físicas y psicológicas que sufren los hombres víctimas de violencia sexual[18]. En este número, los comentarios de Chynoweth *et al* se refieren a la violencia sexual contra hombres, en situaciones de conflicto y desplazamiento forzado, y ofrecen algunas sugerencias para mejorar servicios y cuidar también de este grupo de personas, que casi siempre es dejado de lado.

Otro segmento de la población particularmente vulnerable a la violencia de género en situaciones de crisis es aquella que se dedica al comercio sexual. Este fenómeno entre refugiados, que incluye hombres y mujeres adultos y menores no acompañados de ambos sexos, requiere una atención urgente de parte de las organizaciones humanitarias. En tales situaciones, los refugiados involucrados en el trabajo sexual son, en su mayor parte, invisibles y mucho más vulnerables a la violencia, sobre todo si el comercio sexual es ilegal en el país anfitrión. Hay situaciones anecdóticas sobre este tipo de comercio en muchos campos de refugiados, desde los rohingya, refugiados en Bangladesh, hasta aquellos de las calles de Atenas. El sexo para sobrevivir y la explotación sexual, son causados, entre otras cosas, porque no hay acceso suficiente a lo más elemental: alimento y agua[19,20.] Rosenberg y Bakomeza han hecho hincapié en la necesidad de elaborar programas para tratar el comercio sexual entre refugiados. Al presentar los resultados de un proyecto piloto en Uganda, demostraron que se pueden adoptar algunas medidas basadas en la defensa de derechos y sobre las evidencias ofrecidas por esos trabajadores del sexo dentro de situaciones de crisis humanitaria. Además, las conclusiones de su estudio demuestran que, cuando se adopta un enfoque de interés comunitario, los refugiados tienen acceso a información, servicios y posibilidades de apoyo: desde cómo emplear los anticonceptivos, hasta dónde hacerse análisis de VIH y recibir tratamiento, y hasta apoyo de parte de quienes han pasado por el mismo trance. Y también pueden recurrir a las redes de apoyo y asistencia establecidos por los sobrevivientes.

Cuidados maternos y neonatales

El UNFPA considera que la tasa de mortalidad materna en situaciones de crisis humanitaria es casi el doble de la tasa global (417 fallecidos por cada 100.000 nacidos vivos en situaciones de crisis, comparados con 216 por cada 100.000 nacidos vivos a nivel global). Los países en situación de crisis suman el 61% del total de muertes maternas en todo el mundo[21] . Durante las últimas dos décadas, la salud materna y neonatal ha visto un progreso relativo dada la integración de esta disciplina dentro de los servicios primarios de salud de emergencias humanitarias. La salud materna e infantil también ha provocado muchas solicitudes de financiación: 56% de los componentes de la salud reproductiva, en todas las solicitudes de financiación realizadas desde 2009 hasta 2013, y ha sido el campo que más fondos ha recibido[21]. Pero la provisión de cuidados maternos y neonatales sigue siendo difícil por falta de personal calificado, capacitación y supervisión de apoyo. Hynes *et al* han publicado un trabajo sobre cómo mejorar los cuidados maternos y neonatales en Kivu del Norte, República Democrática del Congo. Bajo un enfoque experimental y casi longitudinal, quisieron averiguar si un tratamiento específico y mejorado podría servir en una situación de conflicto prolongado para facilitar cuidados a la madre y al recién nacido. Los autores pudieron comprobar que hubo mejoras en la gestión activa de la tercera fase del parto (AMTSL, por sus siglas en inglés) y en el cuidado esencial del recién nacido (ENC, por sus siglas en inglés), después de impartirse capacitación a los proveedores de servicios de salud.

Fortalecimiento de capacidades

Además, en este número hay tres artículos que tratan del fortalecimiento de capacidades de los proveedores de salud para mejorar el cuidado de las madres y los recién nacidos. Sami *et al* hacen referencia a la capacitación con el objeto de cambiar mentalidades e incrementar conocimientos respecto a prácticas de cuidados neonatales basados en evidencia en los centros de salud y en las comunidades de Sudán del Sur. Han demostrado que se puede impartir esa capacitación en situaciones de conflicto y posconflicto, y que dicha capacitación puede incrementar los conocimientos de los trabajadores comunitarios de salud en cuanto a cuidados neonatales. Tran *et al* también han estudiado una estrategia de Actualización de Prácticas Clínicas sobre Salud Sexual y Reproductiva (S-CORT, por sus siglas en inglés) que puede implementarse en un primer momento de la respuesta a una situación de crisis humanitaria. Está dirigido a los proveedores de servicios de salud que operan en situaciones de crisis aguda y necesitan actualizar rápidamente sus conocimientos y habilidades. Los autores llevaron a cabo entrevistas con los participantes en un taller de capacitación sobre cómo tratar clínicamente a sobrevivientes de violencia sexual y de género y de capacitación sobre aspiración endouterina, y solicitaron sus opiniones respecto al programa S-CORT. Los participantes consideraron que este programa tiene un enfoque respetuoso de los derechos humanos y de los principios de calidad en la atención. Aunque por el momento no se puede llegar a conclusiones, el S-CORT es un modelo que promete mucho para un futuro sistema de capacitación durante fases agudas de crisis humanitaria. Yalahow *et al* exploraron la posibilidad de ofrecer educación en salud reproductiva a médicos, enfermeras y obstetrices en educación basada en evidencias.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos

La protección de los derechos humanos de las poblaciones desplazadas por crisis humanitarias, especialmente los de las mujeres y niños, son parte integral de cualquier tipo de respuesta humanitaria. Hay un estudio específico en este número que pone en relieve la falta de interés de parte de las instituciones cuando se trata de reconocer, respetar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas como derechos fundamentales. En su estudio, Laporta señala específicamente el acuerdo entre la Unión Europea y Turquía, de marzo de 2016, en el que los temas centrales son seguridad, economía y cuestiones políticas, pero que violan los derechos humanos de los refugiados, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Dicho acuerdo pone en relieve la incapacidad de las instituciones de los países europeos y de la Comisión Europea cuando se trata de cumplir con la defensa de los derechos humanos de los refugiados, como se ha visto durante el reciente y dramático éxodo; seres humanos cruzando el Mediterráneo para llegar a Europa en busca de refugio[1]. En este estudio, Laporta informa sobre el proceso y resultados de una queja planteada por la organización *Women's Link Worldwide* ante la Defensora del Pueblo Europeo, para exigirle que las instituciones que deben proteger a mujeres y niños cumplan con sus responsabilidades.

Desastres naturales

Otra de las notables deficiencias identificadas por esta revista ha sido el limitado número de informes sobre cómo se han atendido situaciones de desastres naturales. La única, pero importante contribución en este sentido es la de Chaudhary *et al*, quienes mencionan la integración de servicios de salud sexual y reproductiva en la respuesta humanitaria después del terremoto de 2015 en Nepal. Ese movimiento telúrico fue tan devastador que dejó 1.4 millones de mujeres y niñas adolescentes en necesidad de ayuda humanitaria. Los autores describen la reacción del Ministerio de Salud de Nepal, con el apoyo de agencias de la ONU y muchas otras organizaciones, y proponen diez recomendaciones que habría que considerar para estar preparados en el futuro. Ponen énfasis en dar prioridad a las necesidades de SSR en la situación posconflicto de Mogadishu, Somalia. En el momento de realizar su estudio, la educación sobre temas de reproducción dejaba mucho que desear. Los autores sugieren implementar algunas estrategias creativas, tales como involucrar a todos los interesados en ampliar y profundizar sus conocimientos en planes de salud y en los planes de preparación ante desastres, además de establecer un sistema de turnos de trabajo entre los proveedores de salud ya capacitados en SSR, para que actúen en casos de emergencia.

Se necesita más investigación

Tal como se indicó anteriormente, este número de la revista aborda una serie de temas y situaciones

distintas a nivel internacional, y añade muchas observaciones al cúmulo de pruebas que deben orientar la práctica. Pero aun cuando el sector se ha extendido y hay programas que tocan algunos temas muy delicados, no solo se requiere una investigación más incisiva, sino que dicha investigación es urgente para poder acopiar más evidencias sobre cómo ofrecer servicios que pueden salvar vidas en el campo de la salud sexual y reproductiva y los servicios que deben ofrecerse en contextos tan especiales. Más importante aún, tanto los proveedores de servicios humanitarios, como los académicos y donantes, deben identificar las barreras políticas y legales que menoscaban los derechos sexuales y reproductivos de esas poblaciones, y deben luchar juntos para eliminar los obstáculos contra los derechos humanos fundamentales. Es absolutamente necesario encontrar los mejores métodos de cubrir la escasez de investigación sobre esas situaciones. Aunque hay muchos estudios que emplean una serie de métodos mixtos y descriptivos, utilizando sistemas casi experimentales, y haciendo evaluaciones de impacto que son muy útiles y muy necesarias, las limitaciones de esos métodos los hace difíciles de replicar en contextos más amplios. Huelga decir que la investigación en situaciones de crisis humanitarias está plagada de obstáculos tales como la inestabilidad y la inseguridad, las prioridades que compiten entre sí y la falta de financiación. De todos modos, es necesario dejar en claro que sin datos concretos será difícil actualizar y acelerar cualquier esfuerzo para responder a situaciones de crisis y SSR.

RHM reitera su compromiso de abrir un espacio para publicar futuras evidencias en este campo, a medida que vayan surgiendo, e invoca el envío constante de artículos sobre el tema.

Agradecimientos

Deseamos expresar nuestro agradecimiento más sincero al Comité de Redacción de este número, que nos ha apoyado durante todo el proceso: el Comité está formado por Ian Askew, Hyam Bashour, Karl Blanchet, Sarah Chynoweth, Sandra Krause, Therese McGinn and Anthony Zwi. También estamos sumamente agradecidos a todos los que han revisado los artículos, por sus comentarios constructivos y bien informados. Especial reconocimiento al grupo editorial de RHM, a Sarah Pugh por coordinar y dirigir el proceso editorial de este número. A Pathika Martin, por su apoyo invalorable durante todo el proceso y, en particular, por la corrección de textos, coordinar la edición y la fase de producción. Y gracias también a Maria Halkias por su apoyo en el diseño de cubierta, promoción y publicidad, antes del lanzamiento de este número y durante su publicación. Finalmente, queremos agradecer el generoso apoyo financiero del Gobierno de los Países Bajos para la publicación de este número.

UNFPA NEPAL

Centro temporal de atención prenatal y de partos
después del terremoto de 2015 en Nepal

Referencias

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global trends forced displacement in 2015. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR); 2016. Read: Section I – Introduction; Section II – Refugee Population. Available from: http://www.unhcr.org/en-us/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html
2. Internal Displacement Monitoring Center. Global report on internal 2016 displacement. 2016. http://www.internaldisplacement.org/assets/publications/2016/2016-globalreport-internal-displacement-IDMC.pdf
3. UNFPA. UNFPA state of the world population 2015. Chapters 1 & 2; 2015. p. 15–57. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_EN.pdf
4. Austin J, Guy S, Lee-Jones L, et al. Reproductive health: A right for refugees and internally displaced persons. Reprod Health Matters. 2008;16(31):10–21. Available from http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808008313512#
5. Chynoweth, SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda : the 2012–2014 global review. Confl Health. 2015;9(Suppl. 1):I1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-I1. Available from: https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-9-S1-I1
6. Wulf D. 1994 Refugee women and reproductive health care: reassessing priorities: results of year-long study of availability and feasibility of reproductive health services for refugee women in eight countries. Women's Refugee Commission. Available from: file:///C:/Users/monic/Downloads/Reassessing_Priorities_1994_BW_scan.pdf
7. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in crises: reproductive health for refugees: An inter-agency field manual. Geneva; 1999.
8. Onyango MA, Hixson BL, McNally S. Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health during emergencies: time for a new paradigm? Glob Public Health. 2013;8:342–356. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23394618. DOI:10.1080/17441692.2013.765024
9. UNFPA. State of the world population 1999. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp_1999_eng.pdf
10. McGinn T. Reproductive health of war-affected populations: what do we know? Int Fam Plan Perspect. 2000;26:174–180.
11. McGinn T, Casey, S. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? Confl Health. 2016;10:8. doi:10.1186/s13031-016-0075-8
12. D'Costa B, Hossain S. Redress for sexual violence before the international crimes tribunal in Bangladesh: lessons from history, and hopes for the future. Crim Law Forum. 2010;21:331–359.
13. Sharlach L. Rape as genocide: Bangladesh, the Former Yugoslavia, and Rwanda. New Polit Sci. 2000;22:89–102.
14. Hossain M, Zimmerman C, Watts C. Preventing violence against women and girls in conflict. Lancet. 2014;383(9934):2021–2022.
15. Olujic MB. Embodiment of terror: gendered violence in peacetime and wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina. Med Anthropol Q. 1998;12(1):31–50. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/maq.1998.12.1.31/pdf
16. Stark L, Ager A. A systematic review of prevalence studies of gender-based violence in complex emergencies. Trauma Violence Abuse. 2011;12(3):127–134. doi:10.1177/1524838011404252
17. Tappis H, Freeman J, Glass N, et al. Effectiveness of interventions, programs and strategies for gender-based violence prevention in refugee populations: an integrative review. PLoS Curr Disasters. 2016. doi:10.1371/currents.dis.3a465b66f9327676d61eb8120eaa5499
18. Onyango MA, Hampanda K. Social constructions of masculinity and male survivors of wartime sexual violence: an analytical review. Int J Sex Health. 2011;23:237–247.
19. Glinski S. Clandestine sex industry booms in Rohingya refugee camps. [updated 2017 Oct 23; cited 2017 Nov 23]. Available from: https://www.reuters.com/article/usbangladesh-rohingya-sexworkers/clandestine-sex-industry-booms-in-rohingya-refugee-camps-idUSKBN1CS2WF
20. Damon A, Arvanitidis B, Nagel C. The teenage refugees selling sex on Athens streets. CNN. [updated 2017 Mar 14; cited 2017 Nov 23]. Available from: http://www.cnn.com/2016/11/29/europe/refugees-prostitution-teenager-sathens-greece/index.html
21. UNFPA. Maternal mortality in humanitarian crises and in Fragile settings. November UNFPA 2015. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MMR_in_humanitarian_settings-final4_0.pdf
22. Tanabe M, Schaus K, Tastogi S, et al. Tracking humanitarian funding for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002–2013. Confl Health. 2015;9(Suppl. 1):S2.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,7-17
DOI: 10.1080/09688080.2017.1401894

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

COMENTARIO

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

Sandra K. Krause,[a] Sarah K. Chynoweth,[b] Mihoko Tanabe[b]

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

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

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

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

Introducción

En abril de 2004, la Comisión de Mujeres Refugiadas y el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) realizó una evaluación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) para salud reproductiva (Figura 1) en el este de Chad luego de la llegada de 110.000 refugiados sudaneses provenientes de Darfur, Sudán septentrional. Utilizando la primera iteración de herramientas interagenciales de evaluación del MISP, el equipo realizó entrevistas a 53 miembros del personal de campo, llevó a cabo 12 evaluaciones de instalaciones de salud y organizó 10 discusiones en grupos focales con 108 refugiados (mujeres, hombres y jóvenes). Los resultados fueron desalentadores: la mayoría de los trabajadores humanitarios no había escuchado acerca del MISP, no se había establecido ningún grupo de trabajo de salud, y muy pocos servicios prioritarios de salud reproductiva estaban implementados[1]. Un trabajador de ayuda humanitaria comentó:

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

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

Once años después, un equipo interagencial dirigido por la Comisión de Mujeres Refugiadas viajó a Nepal para evaluar la implementación del MISP luego del terremoto de 2015. Mediante 32 discusiones en grupos focales, 17 evaluaciones de instalaciones de salud y 24 entrevistas con informantes clave de los trabajadores de ayuda humanitaria, el grupo descubrió una notable mejora: UNFPA había establecido un equipo de trabajo de salud reproductiva a los pocos días de la emergencia y a pesar de algunas brechas y retos, los servicios del MISP estaban en curso. En general, el financiamiento y las provisiones fueron suficientes. La mayoría de los trabajadores humanitarios a quienes se entrevistó conocían del MISP como un estándar mínimo, y los representantes de las instituciones líderes, como el Departamento de Servicios de Salud de Nepal, UNFPA, UNICEF y la OMS podían repetir de memoria los objetivos y actividades del estándar[2]. ¿Cómo se logró este progreso en tan solo una década?

Antecedentes

La historia del MISP comienza a mediados de los años 90 con la conjunción de tres sucesos clave. Primero, la Comisión de Mujeres Refugiadas publicó su revolucionario reporte sobre salud reproductiva dentro de entornos humanitarios, *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities* (Mujeres refugiadas y cuidado de la salud reproductiva: reevaluando prioridades), que documentaba la escasez de servicios y las grandes necesidades en varios países[3]. Poco después, el tema de salud reproductiva se articuló como un derecho humano, con reconocimiento explícito hacia personas refugiadas e internamente desplazadas, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994[4]. Durante este período, los conflictos en Ruanda y la anterior Yugoslavia volcaron la atención global hacia la violencia sexual contra mujeres y niñas en épocas de guerra. Estos sucesos desencadenaron un amplio interés en la salud reproductiva durante situaciones de crisis y se lanzó una red internacional para hacer avanzar el tema: el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG, por sus siglas en inglés). El IAWG abordó una brecha clave en el campo: en 1996, publicó la primera guía técnica sobre la implementación de servicios de salud reproductiva en entornos humanitarios: la versión de prueba del manual de campo *Reproductive Health for Refugees: An Inter-agency Field Manual* - IAFM. (Salud reproductiva para refugiados: un manual de campo interagencial)[5]. El IAFM (por sus siglas en inglés), que fue completado en 1999, incluyó las primeras guías para un conjunto mínimo de servicios de salud reproductiva, el MISP, diseñado para prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad en emergencias humanitarias, particularmente entre mujeres y niñas[6]. Para facilitar la implementación del MISP en el campo, el IAWG apoyó el desarrollo de 12 paquetes de provisiones y medicinas de salud reproductiva, conocidos como los Botiquines Interagenciales de Salud Reproductiva. En 2010, se revisó el IAFM y se incluyeron más actividades de salud reproductiva dentro del MISP (Figura 1).

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

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

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

Ejecutando la estrategia MISP

Misiones de investigación y exploración

La Comisión de Mujeres Refugiadas, en colaboración con los asociados de IAWG, dirigió varias evaluaciones del MISP luego de las emergencias humanitarias en Chad (2004), Indonesia (2005), Kenia (2008), Haití (2010), Jordania (2013) y Nepal (2015)[1, 2, 7–10]. Estas evaluaciones fueron vitales para resaltar brechas y monitorear progresos sobre la implementación del MISP, así como para atraer la atención hacia las voces y experiencias de mujeres y niñas en entornos humanitarios. Se promovieron, a nivel nacional y mundial, los descubrimientos clave a través de reportes, notas de prensa, artículos noticiosos, estudios revisados por pares, conferencias, sesiones informativas ante el Congreso y reuniones de promoción con actores humanitarios, incluyendo representantes de la ONU y de agencias gubernamentales. Los reportes de evaluación fueron traducidos a los idiomas locales para ayudar a la toma de conciencia del personal local; además, se compartieron resúmenes con las comunidades desplazadas como parte de los compromisos de responsabilidad. Las herramientas de evaluación, que incluyeron cuestionarios, listas de control y guías para llevar a cabo discusiones de grupos de enfoque, entrevistas a informantes clave y evaluaciones de instalaciones de salud, se basaron en parte en las herramientas de campo del Consorcio para Acciones sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis* desarrolladas en 1998, que desde entonces han sido revisadas en varias ocasiones. En 2017, IAWG lanzó una caja de herramientas actualizada para evaluar el proceso del MISP, con el objetivo de facilitar un enfoque estándar para la evaluación de la implementación del MISP, idealmente dentro de los tres primeros meses de la respuesta a una emergencia humanitaria[11].

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

Para crear capacidades a nivel de campo, la Comisión de Mujeres Refugiadas, en colaboración con otros miembros del ex-Consorcio para Acciones sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, desarrolló recursos para entrenar a los trabajadores de ayuda y crear conciencia sobre la responsabilidad de los actores humanitarios hacia el MISP como un estándar de ayuda en caso de nuevas emergencias. Desarrollaron una serie de manuales técnicos sobre salud reproductiva para apoyar la implementación del MISP, incluyendo temas de anticoncepción de emergencia, cuidados de emergencia obstétricos y para el recién nacido, VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente[12–15].

Para poder abordar la gran brecha en el conocimiento de los actores humanitarios sobre el MISP, la Comisión de Mujeres Refugiadas lideró el desarrollo del módulo de aprendizaje a distancia del MISP en 2007[16]. Este módulo de autoentrenamiento ha sido vital para crear conciencia entre los trabajadores de ayuda humanitaria sobre el MISP, así como para desarrollar sus capacidades para un desempeño estándar en su trabajo. El módulo MISP está disponible tanto en línea como en versión impresa y ha sido traducido a diez idiomas, pudiendo así llegar a una amplia audiencia. Brinda una perspectiva amigable para el usuario sobre el MISP en una situación de emergencia extrema y proporciona guías prácticas y herramientas al personal humanitario, incluyendo plantillas para la recaudación de fondos e información sobre cómo solicitar los Botiquines Interagenciales de Salud Reproductiva. La inclusión de un examen final para obtener una certificación incentivó a los trabajadores de ayuda a completar el módulo. La Comisión de Mujeres Refugiadas y sus colegas de IAWG han trabajado, desde entonces, para integrar el módulo dentro del currículo de varios cursos complejos de emergencias y programas universitarios de todo el mundo como otra manera para promover el desarrollo de capacidades y crear conciencia.

El siguiente gran catalizador para la creación de capacidades sobre el MISP a nivel de campo llegó con el lanzamiento de la iniciativa SPRINT de la Federación Internacional de Planificación Familiar, en 2007. Con el soporte del gobierno australiano, la iniciativa SPRINT y UNFPA desarrollaron un currículo integral sobre cómo coordinar e implementar el MISP en respuesta a una crisis aguda[17].

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

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

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

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

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

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

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

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

El entrenamiento de SPRINT ha sido diseminado a múltiples regiones, y UNFPA ha usado el entrenamiento para reforzar la capacidad de los países. A pesar de que el módulo MISP y el entrenamiento SPRINT ayudaron a aumentar las habilidades y el conocimiento de la respuesta humanitaria, se requería de un mayor esfuerzo para crear la capacidad de recuperación a nivel de comunidad. Con el soporte de UNFPA, la Comisión de Mujeres Refugiadas desarrolló un currículo de salud reproductiva y de género para ayudar a las comunidades a prepararse contra desastres y poder resistirlos de la mejor manera[18]. Los participantes desarrollan agendas de acción para mejorar la preparación del MISP dentro de la comunidad, tales como mapear la ubicación de instalaciones de salud y lugares seguros para niños y niñas.

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

De esta forma, la Comisión de Mujeres Refugiadas y los asociados del IAWG se involucraron en un proceso reiterativo en el que identificaron brechas clave o retos para implementar el MISP, desarrollaron y diseminaron herramientas y recursos para abordarlos, y llevaron a cabo evaluaciones para monitorear el progreso y examinar brechas adicionales. Para poder involucrar mejor a los adolescentes desde el inicio de las emergencias humanitarias, *Save the Children* y UNFPA, por ejemplo, desarrollaron un juego de herramientas para adolescentes que complementaba el IAFM[19]. Para apoyar la información, educación y comunicación del MISP dentro de la comunidad, la Comisión de Mujeres Refugiadas desarrolló un paquete de plantillas pictóricas, universales y adaptables, sobre los beneficios de buscar ayuda luego de la violencia sexual y signos de complicaciones de embarazos y partos, que pueden ser fácilmente modificadas para reflejar el contexto local. La provisión de atención médica para el recién nacido ha sido largamente descuidada en las respuestas humanitarias, de tal modo que *Save the Children* y UNICEF crearon una guía de campo sobre salud del recién nacido para complementar el IAFM[20].

Promoción de políticas y financiamiento

La Comisión de Mujeres Refugiadas y los asociados de IAWG promovieron con éxito la integración del MISP dentro de las guías y políticas humanitarias clave como parte de los esfuerzos para asegurar sistemáticamente la inclusión del MISP en las respuestas humanitarias de salud y promover la consistencia de las guías interagenciales. Un hito inicial importante fue la inclusión del MISP dentro de la versión 2000 del *Sphere Handbook* (Manual Sphere), el conjunto de principios y estándares humanitarios más ampliamente adoptado[21]. El MISP fue elevado a la categoría de un estándar *Sphere* en la revisión 2004 de dicho manual[22]. La institucionalización del MISP ganó impulso al ser integrado dentro de las guías sobre violencia de género,[23] género,[24] y VIH,[25] del Comité Permanente entre Agencias (IASC, por sus siglas en inglés). De 2006 a 2010, los asociados promotores de la iniciativa de Acceso, Información y Servicios de Salud Reproductiva en Emergencias (RAISE, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Columbia (entre los cuales se incluían el Instituto de Entrenamiento e Investigación JSI, Marie Stopes Internacional y la Comisión de Mujeres Refugiadas) lideraron muchos de los esfuerzos para facilitar políticas y ambientes de financiamiento propicios para los servicios de salud reproductiva en entornos humanitarios. Promovieron con éxito la inclusión del MISP y/o servicios de salud reproductiva integrales dentro de una serie de políticas, estándares y guías técnicas (4 existentes, 30 nuevas) de la ONU o interagenciales, tales como la Guía del Grupo de Salud Global de IASC[26] y la Guía sobre Criterios para Salvar Vidas y Actividades Sectoriales del Fondo Central para Acción en Casos de Emergencia (CERF, por sus siglas en inglés). Además, mediante una acción colectiva con otros grupos de trabajo, el Consejo de Seguridad de la ONU adoptó las Resoluciones 1325, 1820, 1888, 1889 y 1960 sobre Mujeres, Paz y Seguridad referidas explícitamente a la necesidad de brindar acceso a mujeres y niñas a servicios de salud reproductiva en entornos de conflicto. IAWG también promocionó la toma de conciencia del MISP a través del desarrollo y la amplia diseminación de declaraciones interagen-

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

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

Un donante clave que contribuyó al progreso del MISP a nivel de campo y global ha sido el programa de ayuda extranjera de Australia, que ha venido financiando la iniciativa SPRINT durante una década. Ha otorgado importantes contribuciones financieras para apoyar la salud reproductiva, la reducción de riesgos de desastres, evaluaciones interagenciales del MISP y un paquete integral de herramientas de evaluación del MISP[11] desarrolladas por miembros de IAWG. Adicionalmente, la Oficina de Población, Refugiados y Migración del Departamento de Estado de Estados Unidos y la Oficina de Ayuda para Desastres Extranjeros de la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos han apoyado los esfuerzos relacionados al MISP a través de la Iniciativa de Asociados para Entrenamientos de IAWG.

En lo relacionado a implementación, una serie de donantes se han comprometido a apoyar al MISP en la respuesta eficaz a las necesidades humanitarias, desde el comienzo de la crisis, como se refleja en el soporte financiero a las emergencias en Jordania y Nepal. De acuerdo a informantes clave, los donantes que apoyaron la implementación del MISP tanto en Jordania como en Nepal incluyeron al CERF, gobiernos, agencias de la ONU y varias importantes organizaciones no gubernamentales, mientras que el Proceso de Llamamientos Urgentes y Consolidados también incluyó actividades del MISP en Nepa[12,10]. Como punto importante, los informantes clave reconocieron que el financiamiento fue suficiente para las respuestas a las emergencias, aunque algunos reportaron ciertos retos en el soporte financiero para la transición del MISP hacia servicios integrales de salud reproductiva[2].

Gestión de emergencias y riesgos de desastres

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

En 2010, la Comisión de Mujeres Refugiadas formó un grupo de trabajo interagencial sobre reducción de riesgos de desastres. Con el soporte de la OMS, se convirtió en un grupo de trabajo oficial sobre salud reproductiva dentro de la Plataforma Temática de Salud de la Estrategia Internacional de las Naciones Unidas para la Reducción de Riesgos de Desastres (UNISDR, por sus siglas en inglés). Contando con información del Marco de Acción Hyogo, el grupo de trabajo desarrolló y diseminó ampliamente un resumen de políticas sobre cómo integrar el MISP dentro de la gestión de emergencias nacionales y riesgos de desastres,[27] además de desarrollar una herramienta complementaria de monitoreo[28]. La Comisión de Mujeres Refugiadas y otros miembros de IAWG, incluyendo la OMS, UNFPA y la iniciativa SPRINT, promocionaron exitosamente la integración de la salud reproductiva dentro del Marco Sendai para Reducción de Riesgos de Desastres 2015–2030[29]. La Comisión de Mujeres Refugiadas recopiló varios casos de estudio únicos sobre la integración de la salud reproduc-

tiva dentro de la gestión de salud en emergencias y riesgos de desastres, tal como una evaluación regional (18 países) de la preparación para implementar el MISP, realizada por varios interesados de las regiones de Europa del Este y Asia Central[30].

Resultados

Los esfuerzos coordinados e integrados de la Comisión de Mujeres Refugiadas y los asociados de IAWG como UNFPA, la iniciativa SPRINT y la iniciativa RAISE, entre otros, han contribuido significativamente al progreso constante del MISP en entornos humanitarios. La capacidad de los trabajadores de ayuda humanitaria para coordinar e implementar el MISP ha mejorado: hasta mayo de 2017, más de 5000 personas de todo el mundo se han certificado en el módulo de aprendizaje a distancia del MISP, y casi dos docenas de cursos complejos de emergencias y programas universitarios han incluido el módulo MISP en su currículo. Más de 6000 personas de más de 50 países han tomado el entrenamiento MISP de la iniciativa SPRINT, lo cual ha sido vital para aumentar la conciencia y reforzar las capacidades locales y nacionales. La Evaluación Global IAWG 2012-2014 encontró un gran aumento en la capacidad organizacional para la aplicación del MISP, con implementaciones del MISP reportadas por 84% de las instituciones encuestadas[31]. De hecho, la Evaluación Global IAWG más reciente reveló un gran progreso en lo relativo a la ejecución del MISP desde 2004, a pesar de que aún existen brechas en todos los objectivos[32].

A nivel de políticas, la enorme mayoría de los documentos de guía sobre salud y protección humanitaria relevantes, están en línea con el MISP de la versión 2010 del IAFM[24–26,33–35]. Se han logrado claras mejoras a nivel de institución: la Evaluación Global IAWG 2012-2014 encontró que el 68% de 82 instituciones humanitarias y de desarrollo encuestadas afirmaron tener políticas o guías internas sobre salud reproductiva en entornos humanitarios, comparado contra el 43% de 30 instituciones encuestadas en la Evaluación Global IAWG 2002-2004[31].

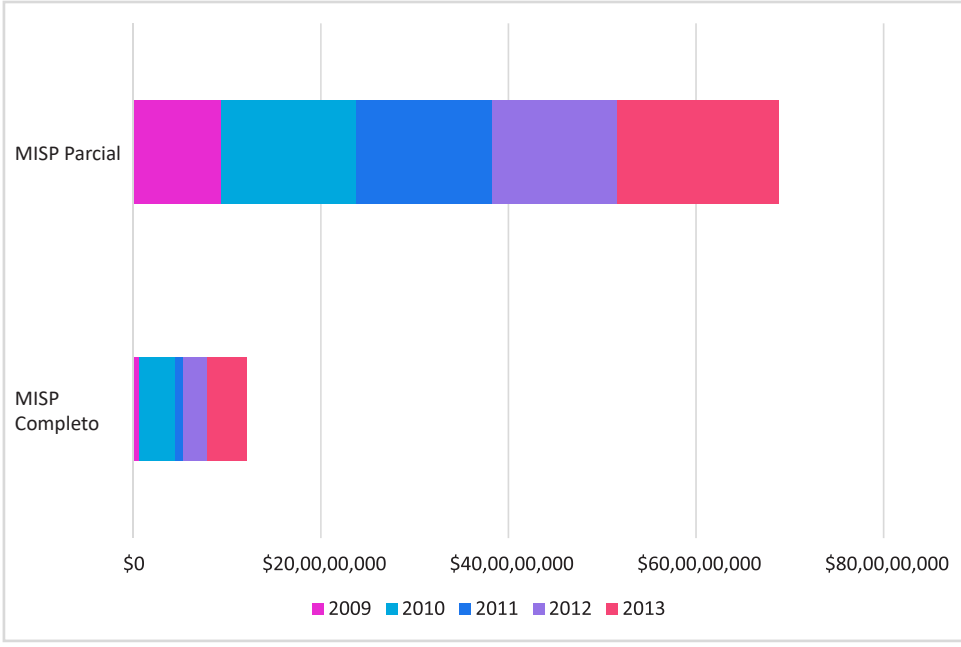
En términos de financiamiento, las agencias humanitarias, han presentado un creciente número de propuestas de protección y salud para implementar actividades relacionadas al MISP, como parte de los procesos de solicitudes de financiación,. El financiamiento que han recibido para estas actividades también ha aumentado[36]. Por ejemplo, las propuestas enviadas como solicitudes humanitarias que incluían implementaciones parciales o completas del MISP aumentaron en un promedio anual de 39.5% y 2.4%, respectivamente, entre 2009 y 2013[36]. Asimismo, volvimos a examinar los datos de financiamientos de la Evaluación Global IAWG 2012-2014 y encontramos que en el período de cinco años se recibieron USD 120.7 millones para propuestas sobre implementaciones completas del MISP, además de USD 688.6 millones para otras propuestas que incluían implementaciones parciales (Figura 2). No es de extrañar que, en términos de montos absolutos, las propuestas de implementaciones completas del MISP recibieran mucho menos financiamiento que las de implementaciones parciales, ya que hubo mayor número de propuestas que contenían actividades relacionadas parcialmente al MISP que las que eran explícitamente sobre implementaciones completas del MISP. En general, todas las propuestas relevantes de salud reproductiva recibieron un total de USD 1,592.9 millones durante este período.

Las propuestas que buscaron implementar el MISP por completo fueron financiadas al 42.9%, mientras que las que informaron sobre implementación parcial del MISP fueron financiadas al 44.1% durante un período de cinco años. Esta tendencia es similar a la proporción de todas las propuestas de salud y protección relacionadas a salud reproductiva que fueron financiadas durante el mismo período, que fue de 45.6%[36]. Al examinar a fondo las propuestas sobre implementación parcial del MISP, se encontró que las actividades relacionadas al MISP para salud materna del recién nacido estaban financiadas al 50.4% de los pedidos para implementar este componente de salud reproductiva, mientras que la planificación familiar recibió el 59.2% del financiamiento solicitado. VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente fueron financiadas al 47.6%, servicios de salud reproductiva relacionados a violencia de género al 35.0%, y salud reproductiva en general[1] al 57.6%.[2] Si bien en

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

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

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



apariencia la planificación familiar recibió mayor financiamiento, el número absoluto de propuestas que mencionaban actividades de planificación familiar relacionadas a MISP fue mucho menor (171) que el número de aquellas que incluían actividades de salud maternal para el recién nacido (565) o de violencia de género (736). Las tendencias generales de todas las propuestas de salud y protección relacionadas a salud reproductiva (no solo aquellas limitadas al MISP) de la Evaluación Global IAWG 2012-2014 también demostró que la salud materna y del recién nacido fue el componente de salud reproductiva más solicitado y financiado durante el período de cinco años[36].

En lo concerniente a la implementación del MISP, las dos evaluaciones más recientes del MISP en Jordania (2013) y Nepal (2015) mostraron altos niveles de compromiso por parte de los gobiernos locales, agencias de la ONU (en especial UNFPA), donantes y organizaciones no gubernamentales para establecer servicios del MISP[2,10]. En las dos situaciones hubo una institución de salud reproductiva líder dedicada a apoyar la implementación del MISP; el financiamiento y las provisiones fueron, en general, suficientes y adecuadas, y los trabajadores de salud, capacitados, prestaron atención a todos los componentes del MISP. Estos fueron los principales factores que varios informantes clave identificaron como facilitadores de la implementación del MISP en su entorno. Otros factores facilitadores incluyeron: las inversiones previas a las crisis para la gestión de salud en riesgos de desastres, incluyendo el entrenamiento del personal en MISP; el alineamiento de los protocolos del Ministerio de Salud (en especial sobre violencia sexual) con el MISP; y el posicionamiento previo (incluso en forma virtual) de insumos[2].

Mirando hacia adelante

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

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

La historia del MISP aún no ha terminado. De hecho, están en camino nuevas guías sobre el MISP, ya que IAWG ha hecho cambios fundamentales al capítulo sobre MISP en la revisión 2018 del IAFM, al añadir un nuevo objetivo y actividades prioritarias. Estas incluyen: poner a disposición la anticoncepción voluntaria (incluyendo métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, según la demanda), la atención materna extendida al recién nacido, y la prevención y cuidados también extendidos para VIH. Adicionalmente, el capítulo sobre MISP menciona la necesidad de brindar servicios de aborto al mayor grado permitido por la ley, incluyéndolos como parte de la atención médica para sobrevivientes de violencia sexual[37].

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

Si bien se han logrado grandes avances con el MISP, se necesita mucho mayor esfuerzo para asegurar su aceptación y la implementación sistemática en crisis agudas. De hecho, la disponibilidad de los servicios no necesariamente conlleva a la utilización de los mismos ni implica una cobertura equitativa. Los actores de ayuda humanitaria deben hacer que la población preste atención a los servicios del MISP, como hicieron en Nepal, para facilitar su aceptación mediante la divulgación a la comunidad de los beneficios y la ubicación de los servicios a través de la radio, televisión, medios sociales y otros métodos adecuados al contexto. Las comunidades afectadas por crisis, incluyendo grupos a menudo marginados como adolescentes, personas con discapacidades y personas con distintas identidades sexuales o de género, deben ser consistentemente involucradas para implementar, apoyar y evaluar los servicios del MISP. Los hombres y niños también tienen necesidades de salud reproductiva que requieren mejores servicios, tales como la atención al VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y atención sensibilizada luego de violencia sexual. De hecho, la provisión sistemática de atención médica para todos los sobrevivientes de violencia sexual es una brecha constante en la provisión de servicios de salud humanitarios, que parece estar causada, en parte, por una falta de protocolos y servicios preexistentes. Muchos temas de salud reproductiva deben manejarse teniendo en cuenta características culturales, con un enfoque matizado y bien pensado. Áreas emergentes como salud reproductiva para adolescentes muy jóvenes, violencia sexual contra hombres, niños y personas con distintas orientaciones sexuales e identidades de género, así como servicios integrales de aborto, pueden requerir nuevas estrategias y enfoques.

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

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

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

Acrónimos

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

Reconocimientos

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

Referencias

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

3. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children). Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities. 1994 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/583-refugee-women-and-reproductive-healthcare-reassessing-priorities
4. UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs, with support from UNFPA. Report of the International Conference on Population and Development. 1994.
5. United Nations High Commissioner for Refugees. Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual, Field-Test Version. 1996.
6. United Nations High Commissioner for Refugees. Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual [Internet]. 1999 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.unhcr.org/publications/operations/3bc6ed6fa/reproductive-health-refugeesituations-inter-agency-field-manual-unhcrwhounfpa.html
7. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children). Reproductive Health Priorities in an Emergency: Assessment of the Minimum Initial Service Package in Tsunami-affected Areas of Indonesia. 2005.
8. Women's Refugee Commission (formerly Women's Commission for Refugee Women and Children). Reproductive Health Coordination Gap, Services Ad hoc: Minimum Initial Service Package (MISP) Assessment in Kenya [Internet]. 2008 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/ken_misp.pdf
9. CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children, Women's Refugee Commission. Priority Reproductive Health Activities in Haiti: An inter-agency MISP assessment conducted by CARE, International Planned Parenthood Federation, Save the Children and Women's Refugee Commission [Internet]. 2011 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugee commission.org/resources/document/696-priority-reproductive-health-activities-in-haiti-2011
10. Krause S,Williams H, Onyango MA, et al. Reproductive health services for Syrian refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: an evaluation of the Minimum Initial Services Package. Confl Health. 2015;9(Suppl 1):S4.
11. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. MISP Process Evaluation Tools [Internet]. 2017[cited 2017 October 19]. Available from: http://iawg.net/resource/misp-process-evaluation-tools-2017/
12. Reproductive Health Response in Crises Consortium. Emergency Contraception for Conflict-Affected Settings: A Reproductive Health Distance Learning Module [Internet]. 2004. Available from: http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/8D85E33AB589277AC1256FF00039AAACWCRWC_may_2004.pdf
13. Reproductive Health Response in Crises Consortium. Fieldfriendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs. 2005.
14. Reproductive Health Response in Crises Consortium. Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-affected Settings [Internet]. Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugee commission.org/resources/document/602-guidelines-for-the-care-of-sexually-transmitted-infections-in-conflict-affected-settings
15. Reproductive Health Response in Crises Consortium. HIV/AIDS Prevention and Control: A short course for humanitarian workers: Facilitator's Manual [Internet]. Women's Commission for Refugee Women and Children. 2004 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/603-hivaids-prevention-and-control-a-short-course-forhumanitarian-workers-facilitators-manual
16. Women's Refugee Commission. Minimum Initial Service Package (MISP) for reproductive health in crisis situations: a distance learning module. 2007.
17. International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund. SPRINT training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for sexual and reproductive health in crises: a course for coordination teams. 2013.
18. Women's Refugee Commission. Community Preparedness for Reproductive Health and Gender, A Facilitator's Kit for a 3-day Training Curriculum [Internet]. 2014 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/resources/document/1048-drr-community-preparedness-curriculum
19. United Nations Population Fund, Save the Children. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings [Internet]. 2009 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-and-reproductive-health-toolkithumanitarian-settings
20. Save the Children, United Nations Children's Fund. Newborn health in humanitarian settings: field guide. 2016.
21. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2000.
22. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2004.
23. Inter-agency Standing Committee. Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies [Internet]. 2005 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.unhcr.org/453492294.pdf
24. Inter-agency Standing Committee. Women, Girls, Boys and Men: Different Needs – Equal Opportunities, Inter-agency

Standing Committee Gender Handbook in Humanitarian Action [Internet]. 2006 [cited 2017 May 15]. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Gender%20Handbook%20%28Feb%202007%29.pdf

25. Inter-agency Standing Committee. Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings [Internet]. 2010 [cited 2017 May 15]. Available from: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC_HIV_Guidelines_2010_En.pdf
26. World Health Organization. Health Cluster Guide: A practical guide for country-level implementation of the Health Cluster [Internet]. 2009 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.who.int/health-cluster/resources/publications/hc-guide/en/
27. World Health Organization. Integrating sexual and reproductive health into health emergency and disaster risk management [Internet]. 2012 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/SRH_policybrief/en/
28. UNISDR Reproductive Health Working Group. Integrating Sexual and Reproductive Health (SRH) into emergency and disaster risk management for health: country assessment and monitoring tool. 2017.
29. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 [Internet]. 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf
30. Women's Refugee Commission. Building National Resilience for Sexual and Reproductive Health: Learning from Current Experiences. 2016 [cited 2017 May 15]. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/images/zdocs/Building-Resilience-for-SRH-Case-Study.pdf
31. Tran N-T, Dawson A, Meyers J, et al. Developing institutional capacity for reproductive health in humanitarian settings: a descriptive study. PLoS ONE. 2015;10(9):e0137412.
32. Chynoweth SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012–2014 global review. Confl Health. 2015;9(Suppl 1):I1.
33. The Sphere Project. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. 2011.
34. World Health Organization. Health Resource Availability Mapping System (HeRAMS). 2009.
35. Inter-agency Standing Committee. Guidelines for Integrating Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing risk, promoting resilience and aiding recovery [Internet]. 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: https://gbvguidelines.org/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf
36. Tanabe M, Schaus K, Rastogi S, et al. Tracking humanitarian funding for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002–2013. Confl Health. 2015;9 (Suppl 1):S2.
37. Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Inter-agency field manual on sexual and reproductive health in humanitarian settings. 2017.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,18-24
DOI: 10.1080/09688080.2017.1403277

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

PERSPECTIVA

La edición 2018 del manual de trabajo interagencial sobre salud reproductiva para el trabajo en contextos humanitarios: revisando los estándares globales

Angel M. Foster,[a] Dabney P. Evans,[b] Melissa Garcia,[c] Sarah Knaster,[d] Sandra Krause,[e] Therese Mc Ginn,[f] Sarah Rich,[g] Meera Shah,[h] Hannah Tappis,[i] & Erin Wheeler,[j]

a. Profesora Asociada, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Ottawa, ON, Canadá. Correspondencia: angel.foster@uottawa.ca
b. Profesora Adjunta, Departamento Hubert de Salud Global & Directora, Centro de Emergencias Humanitarias, Escuela de Salud Pública Rollins, Universidad de Emory, Atlanta, GA, EE.UU.
c. Asesora Técnica, Consorcio Internacional de Anticoncepción de Emergencia que se encuentra en Gestión de Ciencias para la Salud, Nueva York, NY, EE.UU.
d. El Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, La Comisión de Mujeres para los Refugiados, Nueva York, NY, EE.UU.
e. Directora, del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, de la Comisión de Mujeres para los Refugiados, Nueva York, NY, EE.UU.
f. Profesora, Departamento Heilbrunn de Población y Salud Familiar, Escuela Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EE.UU.
g. Asesora Superior, Salud Sexual y Reproductiva, Comisión de Mujeres para los Refugiados, Nueva York, NY, EE.UU.
h. Asesora de Promoción Global, Centro de Derechos Reproductivos, Nueva York, EE.UU.
i. Asesora superior de Monitoreo, Evaluación e Investigación; Jhpiego, Baltimore, MD, EE.UU.
j. Asesora técnica de Servicios de Anticoncepción y Aborto, Comité Internacional de Rescate, Nueva York, NY, EE.UU.

Resumen *Desde la década de los noventa, el Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en escenarios humanitarios (IAFM) ha ofrecido una orientación autorizada sobre la prestación de servicios de salud reproductiva durante diferentes fases de complejas emergencias humanitarias. En el año 2018, el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis publicará una nueva edición de este recurso mundial. En este artículo, describimos el proceso de revisión colaborativa e intersectorial y destacamos cambios importantes en el IAFM 2018. Entre las modificaciones clave realizadas al manual figuran; reposicionar la prevención del embarazo no intencional e incorporar explícitamente los servicios de aborto seguro en el capítulo sobre el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP) que resume una serie de actividades prioritarias a ser implementadas al principio de una crisis humanitaria; mejor orientación sobre la transición del MISP a servicios integrales de salud sexual y reproductiva; y la adición de una capítulo sobre logística. Además, el IAFM pone mayor énfasis y de manera más sistemática, en las obligaciones y los principios relativos a los derechos humanos, la violencia de género, los vínculos entre salud materna y salud neonatal, e incorpora una variedad de ejemplos del campo. Concluimos este artículo con un resumen de los planes para publicar el IAFM 2018 y facilitar su aceptación por las personas que trabajan en situación de refugiadas, crisis, conflicto y emergencias.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1403277*

Palabras clave: Aborto, anticoncepción, personas desplazadas, violencia de género, derechos humanos, salud materna y neonatal, refugiadas, salud sexual y reproductiva.

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Estableciendo el contexto

En 2015, El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estimó que la población mundial de personas desplazadas por la fuerza, por primera vez en la historia, excedía los 65 millones.[1] Esto incluía: más de 21 millones de solicitantes de asilo, 40 millones de personas desplazadas internamente, y más de 3 millones de solicitantes de asilo.[1]

Entre las personas que necesitaban ayuda humanitaria, aproximadamente una, de cada cuatro, eran mujeres y niñas en edad reproductiva.[2]

La comunidad global empezó a priorizar las necesidades de salud sexual y reproductiva de las poblaciones refugiadas y desplazadas a mediados de los años noventa. En 1995, más de 50 gobiernos, organismos de la ONU y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) se comprometieron a reforzar los servicios de salud reproductiva para las poblaciones refugiadas formando el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (GTI).* Una de las primeras actividades de la nueva organización fue desarrollar directrices para brindar servicios de salud reproductiva en situaciones con refugiados. Después de un extenso trabajo de campo con una versión beta de la prueba en 1999, los organismos afiliados al GTI lanzaron un importante manual, *"Salud reproductiva en poblaciones refugiadas: un manual de trabajo interagencias."*[3] Principalmente, este detallaba un conjunto mínimo de intervenciones de salud reproductiva conocidas como el PSIM, que debían ser realizadas al inicio de una crisis humanitaria. El manual también constituía una herramienta para facilitar las discusiones y toma de decisiones de planificación e implementación de monitoreo y evaluación de intervenciones integrales de salud reproductiva. Debía guiar a los funcionarios de salud sexual y reproductiva, administradores de programas y proveedores de servicios al introducir y/o reforzar intervenciones basadas en evidencia. Finalmente, el manual también intercedía por un enfoque multisectorial para satisfacer las necesidades integrales de las poblaciones afectadas, propiciando la coordinación entre socios.[3]

* IAWG fue originalmente denominado el Grupo de Trabajo Inter-agencias, cuyo objetivo era apoyar en la salud sexual y reproductiva de adolescentes en situación de refugiados.

En 2010 el GTI lanzó una nueva edición del manual lo cual reflejaba la importancia de este documento para una amplia gama de situaciones con refugiados, crisis, conflictos y emergencias. Los organismos del GTI cambiaron el título por el de Manual de trabajo interinstitucional sobre salud reproductiva en contextos humanitarios (IAFM por sus siglas en inglés).4 Además de las actualizaciones técnicas, el IAFM de 2010 replantea la maternidad segura como salud materna y neonatal, incluía artículos independientes sobre salud reproductiva de adolescentes, VIH, y enfermedades de transmisión sexual, e introdujo un nuevo capítulo sobre atención integral de abortos. El manual multimodal se podía obtener en versiones impresas y en línea, y proporcionaba a los usuarios enlaces a directrices clínicas detalladas de organismos normativos.

En 2016 el GTI inició un proceso de 24 meses para revisar el IAFM. En este artículo describimos los contextos y principios sobre los que se sostiene la versión 2018 del manual. Luego resaltamos los mayores cambios de la nueva edición. Concluimos con una discusión sobre los planes del GTI para difundir información sobre los cambios que facilitarían la adopción del manual por parte de los organismos humanitarios y del personal de campo.

El IAFM de 2018: Un esfuerzo global colectivo

Consistente con las versiones anteriores del manual, con los principios de derechos humanos, y con políticas y prácticas basadas en evidencias que fundamentan el IAFM, la versión 2018 reconoce explícitamente que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son primordiales para la realización de los derechos humanos fundamentales, incluyendo el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a una vida libre de torturas y maltratos, el derecho a la privacidad, el derecho a la educación y la prohibición de discriminación, principalmente aquella basada en sexo y género. En línea con las obligaciones y directrices internacionales de derechos humanos impartidas por numerosos organismos políticos y de derechos humanos, el IAFM de 2018 enfatiza que para avanzar en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos es necesario que las mujeres y niñas en situaciones de crisis tengan acceso a información y servicios integrales de salud reproductiva y puedan tomar decisiones

informadas sin sufrir violencia, discriminación y coacción.[5]

Las directrices sobre salud sexual y reproductiva emitidas por organismos normativos, particularmente los de la Organización Mundial de la Salud (OMS), brindan los fundamentos técnicos del manual. En la medida de lo posible, el manual incorporó evidencias específicas de ejemplos sobre la aplicación y adaptación de los estándares globales de salud sexual y reproductiva o de derechos humanos en situaciones humanitarias. Si bien las leyes, políticas y recursos nacionales en contextos específicos pueden complicar la implementación de los estándares mundiales, el IAFM 2018 presenta intervenciones basadas en evidencia, que deberían ser ofrecidas en todas las situaciones y a todas las poblaciones afectadas, una postura que es consistente con los principios más amplios de los derechos humanos. Este manual ha sido destinado a prestadores de servicios y profesionales en el campo por una amplia gama de personal del organismo de ejecución y por lo tanto no provee directrices clínicas detalladas. Sin embargo, señala a los usuarios donde encontrar los recursos adicionales necesarios y los alientan a consultarlos.

Desde el lanzamiento del IAFM del 2010, los miembros del GTI han realizado evaluaciones formales e informales del uso del manual y de la implementación de intervenciones de salud sexual y reproductiva en situaciones humanitarias.6 En su conjunto, estas evaluaciones indican que a pesar del progreso considerable en financiación, concienciación y capacidad para crear programas de salud sexual y reproductiva, existen vacíos significativos con relación a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, al ofrecimiento del rango completo de métodos anticonceptivos y atención integral, a la atención de emergencia obstétrica y para recién nacidos, y en cuanto a cómo evitar la violencia sexual. Estos resultados se toman en cuenta en el proceso de revisión. Las respuestas de los profesionales sanitarios en el campo también ayudaron a dirigir la última revisión. Además de las actualizaciones técnicas, los usuarios del manual que trabajan en distintos países y contextos, expresaron la necesidad de simplificar el lenguaje, mejorar los enlaces entre temas y capítulos, e incorporar estudios de casos y ejemplos programáticos para guiar la implementación.

El IAFM de 2018 ha sido producido por el GTI y, por lo tanto, está sujeto a la estructura de liderazgo de una red que incluye más de 2,100 miembros y 450 organismos convocados por un esfuerzo conjunto.[7] El GTI empezó formalmente el proceso de revisión en marzo de 2016. Los subgrupos de trabajo del GTI llevaron a cabo revisiones de capítulos individuales, aportando significativamente y brindando actualizaciones técnicas a través de la consulta y revisión de fuentes publicadas. Estos subgrupos de trabajo también se acercaron al personal de campo de múltiples países, y en algunos casos, recibieron retroalimentación de personas refugiadas y desplazadas. El grupo operativo del IAFM 2018, un organismo compuesto por más de 50 individuos de 21 organismos de la ONU, ONG internacionales e instituciones académicas, desarrollaron y finalmente aprobaron los cambios sustanciales a los capítulos individuales, y tomaron decisiones con relación a revisiones estructurales comparativas. Las conferencias telefónicas regulares y tres reuniones presenciales permitieron sólidos debates, compromisos y acuerdos. El último paso del proceso implicó una revisión técnica de la OMS y la firma del Comité Dirigente del GTI. Por lo tanto el IAFM de 2018 fue el resultado de un proceso colaborativo deliberado que incluyó a cientos de individuos de docenas de organismos y organizaciones que trabajan en contextos humanitarios a niveles globales, regionales y locales. Las actualizaciones al IAFM, detalladas a continuación, representan el consenso de posiciones de una amplia representación de organismos que trabajan en salud sexual y reproductiva en el sector humanitario.

Los cambios en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Uno de los hitos del IAFM es el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Reproductiva.[8] El PSIM define qué servicios de salud sexual y reproductiva son más importantes para prevenir la morbilidad y mortalidad, protegiendo el derecho a la vida con dignidad, particularmente entre mujeres y niñas al principio de la emergencia humanitaria (dentro de las primeras 48 horas de ser posible). Todas las actividades de provisión de servicios del PSIM necesitan ser implementadas simultáneamente a través de acciones coordinadas con todos los colaboradores relevantes. Los componentes del PSIM conforman un requerimiento mínimo y deben ser implementados en todas las circunstancias.

En el IAFM del 2010, el PSIM esbozó un conjunto de objetivos con sus correspondientes actividades prioritarias, diseñadas para coordinar los esfuerzos de salud sexual y reproductiva al comienzo de una crisis, así como prevenir y gestionar las consecuencias de violencia sexual, reducir la transmisión de VIH, prevenir la excesiva morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y planear servicios integrales de salud sexual y reproductiva.[4] El manual

1. hace referencia a la provisión de anticonceptivos específicos al contexto, a la respuesta frente a las agresiones sexuales y a la prevención de la mortalidad y discapacidad materna, a la vez que resalta una serie de prioridades adicionales. En el IAFM 2018 la prevención de embarazos no deseados es un objetivo particular. Las actividades prioritarias identificadas son: Asegurar una serie de anticonceptivos que sean reversibles a largo y corto plazo (incluyendo condones y anticonceptivos de emergencia) en establecimientos primarios de salud para suplir la demanda;
2. Brindar información, incluyendo materiales informativos, educación y comunicación, así como garantizar un asesoramiento en contracepción que enfatice las decisiones informadas, la efectividad, y que apoye la privacidad y confidencialidad de los clientes; y
3. Garantizar que la comunidad esté al tanto de la disponibilidad de anticonceptivos para mujeres, adolescentes y hombres.

El reposicionamiento de la anticoncepción en el PSIM refleja una mejora significativa y reconoce la importancia de la prevención de embarazos no deseados para la salud y la vida de las mujeres.[9] En el Cuadro 1, brindamos las listas de objetivos del PSIM de 2010 y de 2018.

Un segundo cambio mayor al capítulo del PSIM implica la referencia explícita a la atención en casos de aborto seguro. Si bien existe una falta de información confiable sobre abortos en situaciones de refugiados, crisis, conflicto y emergencia, los abortos inseguros son causa principal de muerte materna a nivel mundial y la necesidad de servicios seguros de aborto probablemente aumente en contextos humanitarios.[10]

Figura 1. Objetivos del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos

Versión del IAFM de 2010	*Versión del IAFM de 2018*
Asegurar que el sector/grupo de salud identifique una organización que lidere la implementación del PSIM	***Asegurar*** que el sector/grupo de salud identifique una organización que lidere la implementación del PSIM
Prevenir y gestionar las consecuencias de la violencia sexual	***Prevenir*** la violencia sexual y responder a las necesidades de las sobrevivientes
Reducir la transmisión de VIH	***Prevenir*** la transmisión del VIH y reducir su mortalidad y morbilidad
Prevenir el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal	***Prevenir*** el exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal
Planificar servicios de RH integrales, integrados a la Atención Primaria de Salud (APS) según lo permita la situación.	***Prevenir*** los embarazos no deseados
Nota: también es importante asegurar que los anticonceptivos estén disponibles para satisfacer la demanda, que el tratamiento sintomático de las ETS lo esté para los pacientes que presenten síntomas, y que los antirretrovirales (ATR) también lo estén para que las personas que ya los tomaban continúen con su tratamiento, incluyendo la prevención de transmisión de madre a hijo (PTCM). Además, es necesario asegurar que se distribuyan materiales de protección menstrual culturalmente apropiados (usualmente empaquetados con otros artículos de tocador como "kits de higiene") a mujeres y niñas.	***Planificar*** servicios integrales de SSR, integrados a la atención primaria de salud tan pronto como sea posible. Trabajar con el sector/conglomerado de colaboradores de salud para abordar los seis bloques para la construcción de un sistema de salud que incluye: prestación del servicio, fuerza de trabajo en salud, sistema de información sobre salud, productos de salud, financiamiento, y gobierno y liderazgo. *Nota: también es importante que se presten servicios de aborto seguro, en toda la medida que lo permita la ley, en centros de salud y servicios hospitalarios.*[41]

Además de incorporar opciones de asesoramiento para embarazadas y la prestación o referencia a servicios de aborto seguro dentro de los cuidados clínicos para las sobrevivientes de violencia sexual, la prestación de servicios de aborto seguro, al mayor grado que permita la ley, ahora se incluye en el capítulo del PSIM como "otra actividad prioritaria" particular.

Finalmente, además de las importantes actualizaciones y cambios de terminología, el IAFM de 2018 fortalece la dirección de una transición del PSIM a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Estas revisiones responden a un vacío identificado por la evaluación global del GTI.[6] La nueva versión ofrece contenido ampliado para facilitar la planificación de servicios integrales y se enfoca en los bloques de construcción de un sistema de salud (ver Cuadro 1).

Incorporación de un capítulo de logística

La cadena logística es un componente fundamental para una exitosa prestación de servicios de salud sexual y reproductiva. Sin medicamentos y otros insumos de salud sexual y reproductiva los trabajadores de la salud no pueden brindar servicios eficaces. Cuando ocurren emergencias humanitarias, las organizaciones involucradas en la respuesta deben identificar rápidamente o establecer cadenas logísticas funcionales y ágiles para satisfacer las necesidades de la población afectada, ya sea en ciudades o en zonas rurales remotas. Los organismos de respuesta humanitaria también tienen la responsabilidad de contribuir a la construcción y sostenimiento de cadenas logísticas fuertes, flexibles y sostenibles en todos los entornos en los que trabajan; ello es consistente con los conceptos de disponibilidad y accesibilidad geográfica presentes en el corpus de derechos humanos. Reconociendo la importancia de estos temas, el IAFM de 2018 incluye un capítulo dedicado a la logística. El capítulo realiza un mapeo de los actores clave y los procesos que son esenciales para una cadena logística efectiva de salud sexual y reproductiva; brinda recomendaciones para hacer la transición de la emergencia a cadenas logísticas continuas; esboza pasos claves incluyendo el pronóstico 21, adquisición, transporte y distribución del último tramo; e identifica los roles del personal y las responsabilidades para una gestión efectiva de la cadena de logística. La inclusión de este capítulo responde directamente a la retroalimentación de usuarios en el campo.

Cambio de énfasis y lenguaje

El IAFM de 2018 pone un énfasis mayor y más constante en los principios y derechos humanos, la violencia de género y la relación entre la salud materna y la neonatal. La introducción de un capítulo revisado sobre "principios fundamentales" se compromete en mayor medida con los derechos humanos subyacentes en el manual, a la vez que sitúa las recomendaciones dentro de las directrices internacionales más amplias. El capítulo revisado sobre la violencia de género no solo brinda información técnica sólida y actualizada en relación con la prestación del servicio, sino que también proporciona un mayor enfoque sobre una gama más amplia de tipos de violencia de género encontrada en situaciones humanitarias. Esto incluye la exploración de la relación entre los temas sustantivos de la violencia sexual, la violencia doméstica y en la pareja, el corte genital femenino, el matrimonio temprano y la salud sexual y reproductiva. La tercera edición delinea un enfoque centrado en las sobrevivientes basándose en los derechos relacionados a estos temas en situaciones humanitarias y prestando particular atención a las y los adolescentes, a la población de lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, queer, interesexuales y asexuales. La nueva versión del manual también pone un mayor énfasis en cuidados de calidad para madres y recién nacidos el día del nacimiento y contiene más información sobre la salud neonatal.[11] Esto incluye un contenido más amplio sobre atención de emergencia obstétrica y neonatal, sobre cuidado neonatal esencial y cuidados para recién nacidos pequeños o enfermos. Finalmente, la versión [de] 2018 del manual utiliza el término "salud sexual y reproductiva" en vez de salud reproductiva, reflejando mejor el alcance del manual y una mayor comprensión del campo de la salud sexual.

La inclusión de ejemplos programáticos: resaltando los logros y desafíos

Como respuesta a las necesidades expresadas en el campo, el IAFM de 2018 incluye una serie de ejemplos programáticos que muestran la implementación de la programación de salud sexual y reproductiva en distintas situaciones. Estos ejemplos involucran a varios organismos de implementación de diferentes países y regiones que operan durante las 22 distintas fases de una

emergencia. Los casos prácticos también exploran una serie de desafíos que deben encarar regularmente las personas actuando en el terreno práctico mismo.

Los próximos pasos para el IAFM 2018

El GTI lanzará oficialmente la tercera edición a principios de 2018. Para entonces, los agentes humanitarios tendrán acceso a versiones impresas y virtuales de la versión original del manual en inglés. Los materiales suplementarios, incluyendo las directrices clínicas detalladas y ayuda para decisiones y planillas, estarán disponibles en línea. A fines de 2018, estarán disponibles las traducciones del manual en árabe, francés y español. Durante el siguiente año, los miembros del grupo de trabajo del IAFM 2018 trabajarán con sus propias organizaciones y redes profesionales para asegurar que se adopten las nuevas versiones del manual. Los miembros del GTI también realizarán una serie de esfuerzos para implementar las nuevas directrices y seguirán trabajando con actores locales, regionales y globales para facilitar su monitoreo, evaluación e implementación. La nueva edición del IAFM y los esfuerzos asociados a su difusión representan pasos importantes para mejorar la salud sexual y reproductiva en situaciones humanitarias.

Agradecimientos

El proceso de revisión del IAFM de 2018 incluye a un grupo de trabajo que cuenta con representantes de más de 20 organismos, incluyendo a: Ribka Amsalu; Rebecca Brown (Centro de Derechos Reproductivos); Sara E Casey (Iniciativa RAISE, Departamento Heilbrunn de Población y Salud Familiar, Facultad Mailman de Salud Pública, Universidad de Columbia); Nadine Cornier (UNFPA); Henia Dakkak (Rama Humanitaria y de Contextos Frágiles – División Programática, UNFPA); Aditi Ghosh (Federación Internacional de Planificación Familiar); Kamlesh Giri (Care International); Nancy Pendarvis Harris (JSI Instituto de Investigación y Capacitación, Inc. (JSI)); Michelle Hynes (Centro Estadounidenses para el Control y Prevención de Enfermedades); Anushka Kalyanpur (Care International); Lara S. Martin (Centro de Emergencias Humanitarias, Universidad de Emory); Kate Meehan (Centro Estadounidenses para el Control y Prevención de Enfermedades); Janet Meyers; Elizabeth Noznesky (Care International); Bill Powell (Ipas); Jesse Rattan (Care International); Jennifer Schlecht (Comisión de Mujeres para los Refugiados); Christina Wegs (Care International). También hemos recibido colaboraciones substanciales durante todo el proceso de revisión de varios individuos afiliados al GTI y que trabajan en el terreno; agradecemos a todas las personas que han contribuido con este proyecto por sus esfuerzos.

Declaración de divulgación

No se reportó ningún conflicto de interés potencial por parte de las autoras.

Financiamiento

Un donante anónimo financió la revisión del Manual de Trabajo Interagencias (IAFM).

ORCID

Angel M. Foster http://orcid.org/0000-0001-8848-203X
Dabney P. Evans http://orcid.org/0000-0002-2201-5655
Hannah Tappis http://orcid.org/0000-0002-4289-5418

Referencias

1. UNHCR. Global trends: forced displacement in 2015 [Internet]. Geneva: UNHCR; 2016 [cited 2017 May 29]. Available from: http://www.unhcr.org/576408cd7.pdf
2. UNFPA. State of the world population 2015: shelter from the storm [Internet]. New York (NY): UNFPA; 2015 [cited 2017 May 31]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_EN.pdf
3. UNHCR. Reproductive health in refugee situations: an interagency field manual [Internet]. Geneva: UNHCR; 1999. [cited 2017 May 29]. Available from: http://www.refworld.org/docid/403b6ceb4.html
4. IAWG. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. New York (NY): IAWG; 2010. [cited 2017 May 29]. Available from: http://iawg.net/resource/inter-agency-field-manual-on-reproductive-health-inhumanitarian-settings-2010/
5. United Nations. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. General recommendation No. 30 on women in conflict prevention, conflict

and post conflict situations; 2013 [cited 2017 May 29]. Available from: http://www.ohchr.org/documents/hrbodies/cedaw/gcomments/cedaw.c.cg.30.pdf

6. IAWG. Reproductive health in the changing humanitarian context: findings from the IAWG on reproductive health in crises' 2012–2014 global evaluation. New York (NY): IAWG; 2015 [cited 2017 May 29]. Available from: http://iawg.net/wp-content/uploads/2016/08/IAWG-Global-Evaluation-2012-2014-1.pdf
7. IAWG. About IAWG [Internet]; 2016 [cited 2017 May 29]. Available from: http://iawg.net/about-us/
8. Krause SK, Chynoweth SK, Tanabe M. Sea-change in reproductive health in emergencies: how systemic improvements to address the MISP were achieved. Reproductive Health Matters (Under review, special issue on sexual and reproductive health in humanitarian settings).
9. Fabic MS, Choi Y, Bongaarts J, et al. Meeting demand for family planning within a generation: the post-2015 agenda. The Lancet. 2015;385(9981):1928–1931.
10. McGinn T, Casey S. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? Confl Health. 2016;10(8):1–7.
11. Black RE, Levin C, Walker N, et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health: key message from disease control priorities, 3rd ed. The Lancet. 2016;388 (10061):2811–2824.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,25-39
DOI: 10.1080/09688080.2017.1405664

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

REPORTE DE CASO

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

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

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

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

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

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

El terremoto de Nepal de 2015: introducción y contexto

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

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

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

Cinco horas después del terremoto, el Ministerio de Salud (MdS) del Gobierno de Nepal activó el Centro de Operaciones para Emergencias Sanitarias. En la fase de preparación, todas las fuerzas civiles, armadas y de seguridad iniciaron inmediatamente operaciones de búsqueda y rescate mientras los hospitales de atención terciaria, designados como "núcleos hospitalarios"*, empezaron a tratar a los heridos en coordinación con sus hospitales "satélite", previamente identificados. En total, más de 84 organizaciones no gubernamentales (ONG), 137 equipos médicos extranjeros y alrededor de 50 equipos médicos nepaleses se unieron para apoyar al MdS en su respuesta a este desastre.[9]

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

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

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

---

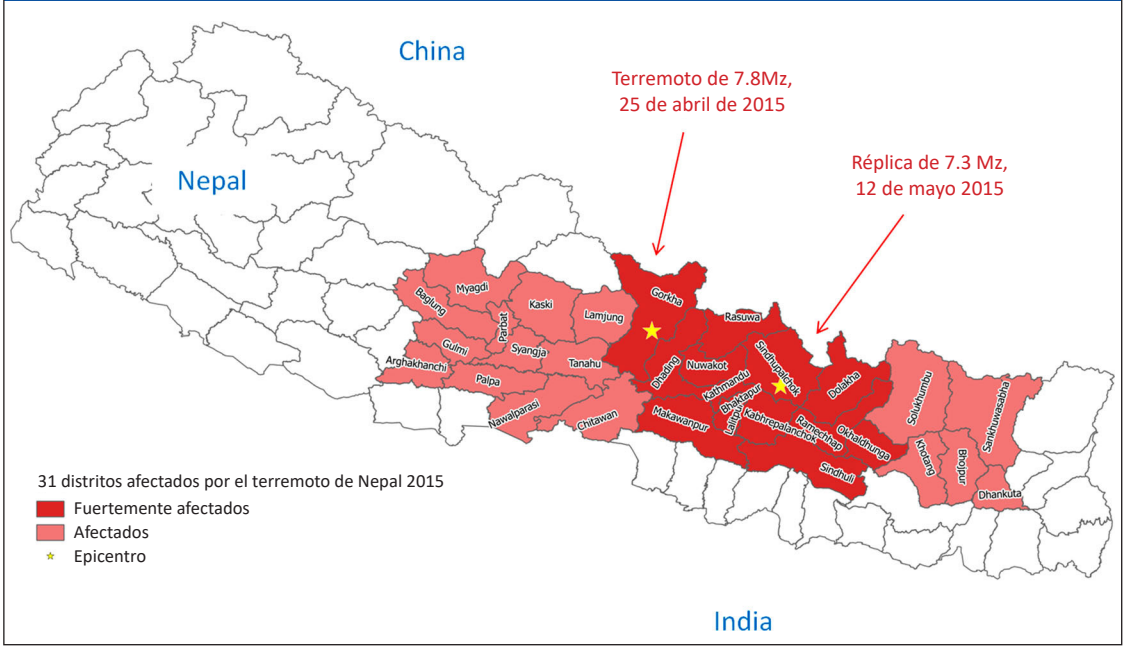
* Los núcleos hospitalarios son hospitales centrales designados y preparados para asegurar la coordinación la distribución y atención de las víctimas en sus respectivas zonas, usando sus propias instalaciones/personal/recursos y los de sus hospitales satélite que son hospitales privados y públicos con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

Métodos y fuentes de información

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

Primero, se buscaron archivos de Medline usando el portal PubMed, usando las palabras clave "Nepal", "terremoto" y "respuesta", para encontrar artículos relevantes que describieran las intervenciones implementadas como respuesta a las necesidades de las mujeres. De las 11 coincidencias encontradas solo tres estaban relacionadas con cuestiones de género[10] o salud de las mujeres. De estas, dos artículos eran solo comentarios (que no brindaban información relevante a este estudio) y uno era sobre tráfico de personas durante emergencias.

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



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

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

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

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

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

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

Respuesta de salud sexual y reproductiva

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

Etapa de respuesta inmediata: durante el primer mes

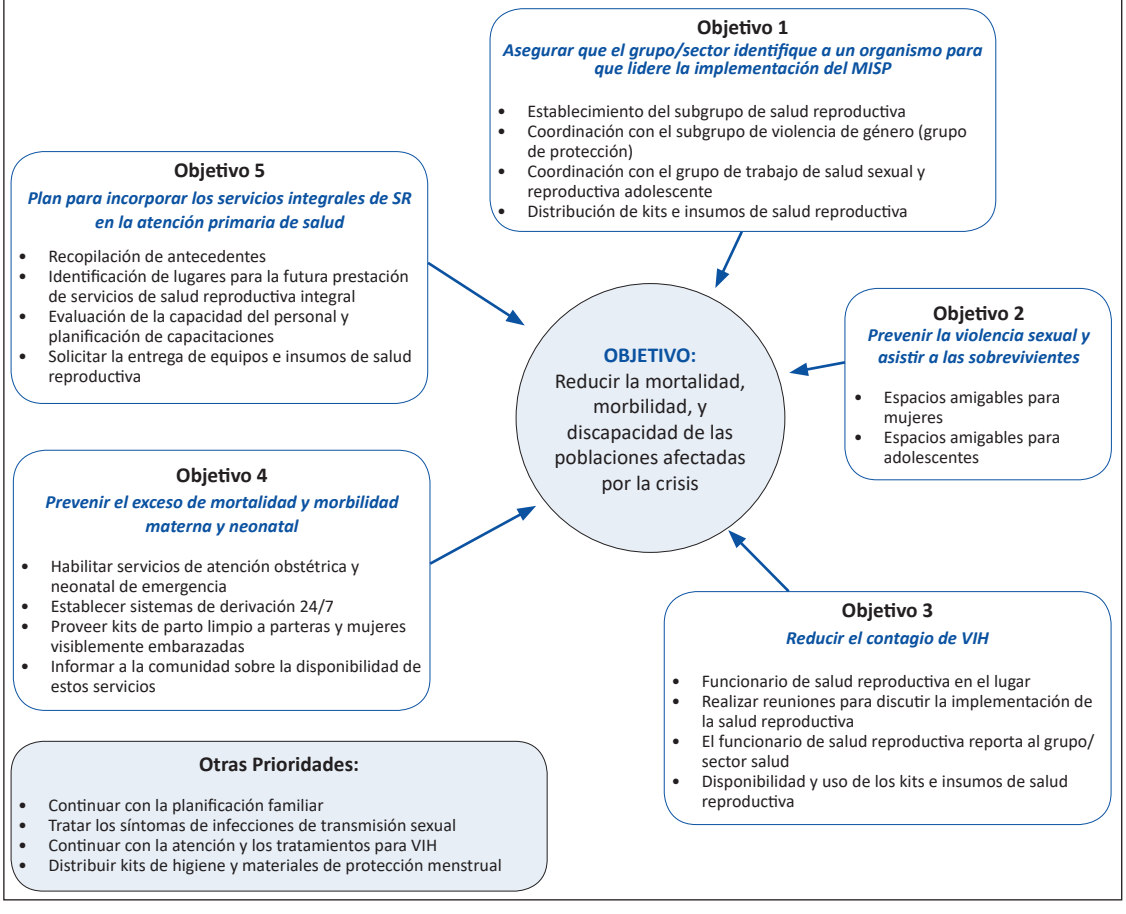
Cuatro días después del terremoto se activó un subgrupo de salud reproductiva (SR) liderado por la División de Salud Familiar del MdS en conjunto con el UNFPA, aunándose al grupo central de salud. Esta fue una estructura de coordinación decidida por el grupo de salud que no estaba planificada en el Marco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

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

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

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

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



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

Después de hacer un rápido diagnóstico situacional, el subgrupo de SR empezó a coordinar la respuesta entre los asociados para evitar la duplicación de intervenciones y para abordar los vacíos y los desafíos. Una de las primeras decisiones fue abastecer de kits de higiene para partos (incluyendo clorhexidina para prevenir infecciones del cordón umbilical en los recién nacidos) a todas las mujeres visiblemente embarazadas en los 31 distritos afectados por el terremoto, excepto en el valle de Katmandú, donde aún había acceso a centros de salud en funcionamiento. [14] El subgrupo de SR también decidió subir a la página del Centro de Operaciones para Emergencias Sanitarias, directrices y protocolos nacionales relevantes a la salud materna, infantil y del recién nacido y de SR, incluyendo gestión y prevención de contagio de ETS/VIH, para el uso de los equipos médicos nacionales y extranjeros. Las nuevas directrices, tales como el uso de anticonceptivos de emergencia y la prestación de servicios amigables a las adolescentes, se desarrollaron y difundieron entre los asociados.

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

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

Mientras tanto, y en las dos primeras semanas posteriores al terremoto, se conformaron los subgrupos de salud reproductiva (SR) en dos centros humanitarios en la zona más afectada, uno al oeste de Gorkha y otro en la zona este de Sindupalchowk (Figura 3).[14] Estos subgrupos fueron liderados por sus respectivas oficinas distritales de salud, en conjunto con el UNFPA y atendidos por co-líderes de la OMS y todos los asociados de salud reproductiva. Los grupos se reunieron regularmente para definir las necesidades y coordinar las intervenciones planificadas por, o con el subgrupo central. Los subgrupos de salud reproductiva de los dos centros humanitarios también tuvieron la tarea de coordinar la respuesta de SR en otros distritos afectados asignados a sus respectivos centros humanitarios. A fines de mayo de 2015, estaban ya disponibles los servicios de cesárea en todos los hospitales, salvo en uno de los 14 distritos más afectados.[13] Todos los servicios del departamento de atención ambulatoria, incluyendo los de cuidados prenatales, se restablecieron en todos los lugares y la mayoría de clínicas de maternidad empezaron a brindar servicios de parto las 24 horas en carpas y edificios no dañados.

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

Distribución de kits individuales para partos limpios	
Descripción	• Kits para partos limpios con clorhexidina para la prevención de infecciones del cordón umbilical en recién nacidos.
Beneficiarios	• 1.100 mujeres visiblemente embarazadas en los 31 distritos afectados por el terremoto, excepto el valle de Katmandú.
Armado de Kits de Campamento Médico de la OMS (KCM) y carpas médicas	
Descripción	• Se entregaron 40 KCMs de la OMS con todo lo necesario para establecer un centro de partos y un departamento funcional de atención ambulatoria. • Más de 350 carpas médicas proporcionadas por UNFPA, UNICEF y GTZ, la Corporación Alemana para la Cooperación Internacional. • Se instalaron KCM en los hospitales dañados, centros primarios de salud y postas médicas para que sirvan como refugios de emergencia para la prestación de servicios de salud. • Otras carpas médicas sirvieron como refugios para servicios de SR.
Resultados	• Más de 100 centros de maternidad reiniciaron sus servicios en estas carpas.
Equipos de médicos y enfermeras destacados para asegurar la atención de partos por personal debidamente calificado.	
Descripción	• Se destacaron 25 enfermeras calificadas como especialistas en atención de partos (a 24 clínicas de maternidad) y 8 enfermeras en jefe (para atender 40 clínicas de maternidad). • Este programa recibió el apoyo de UNICEF y fue implementado a través de MIDSON. • Las enfermeras se presentaron como voluntarias procedentes de hospitales del Estado y escuelas de enfermería. • Brindaron apoyo adicional y capacitación in situ al personal regular de la maternidad, ayudaron al personal a lidiar con el aumento de actividades y facilitaron partos institucionales y tratamiento oportuno de embarazos/partos complicados. Algunas enfermeras también se ofrecieron para unirse como voluntarias en los programas de emergencia de las ONG. • Hubo un obstetra itinerante en los hospitales afectados para iniciar/continuar con las cesáreas y otros procedimientos de salud reproductiva.
Resultados	• Para junio de 2015, se restableció la atención prenatal en todos los lugares de prestación de servicios; la mayoría de centros de maternidad pudieron brindar servicios de parto y los servicios de cesárea estuvieron disponibles en 13 de los 14 hospitales.

Organización de campamentos de extensión en salud reproductiva	
Descripción	• Los campamentos de SR fueron de naturaleza móvil y permanecían en un lugar por alrededor de 2-4 días antes de dirigirse a la siguiente comunidad. El número de campamentos móviles fue de 8 a 14 por distrito, considerando la cobertura de su población y sus necesidades. También incluían capacitación in situ, permitiendo derivación a establecimientos de salud y una unidad móvil para sesiones de sensibilización. Se implementaron junto a las oficinas distritales de salud pública (ODSP). La información sobre las fechas programadas para los campamentos móviles de SR se difundió mediante los grupos juveniles de voluntarias de salud comunitarias (VSC) antes de los campamentos. • Se realizaron 132 campamentos de SR en 128 pueblos con apoyo del UNFPA. • Los campamentos de SR fueron llevados a cabo por profesionales nacionales de la salud. • Se brindaron servicios de SSR gratuitos para las personas afectadas por el terremoto en comunidades remotas de los 14 distritos afectados.7 Brindaron atención sanitaria de supervivencia a las mujeres y sus familias, desde chequeos prenatales y posnatales hasta un parto seguro, planificación familiar, laboratorios para análisis clínicos (incluyendo VIH), tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS), apoyo psicosocial, respuesta sanitaria a la violencia de género y derivaciones a otros centros. Se brindaron mensajes e información fundamentales para la salud de las mujeres y niñas. • Se aseguró el transporte gratuito de los casos graves identificados por el campamento.
Beneficiarios	• Se llegó a 104.740 mujeres y chicas adolescentes. UNFPA ha estimado que se cubrieron las necesidades de 1.4 millones de personas afectadas.
Distribución de kits de salud reproductiva de emergencia (SRE)	
Descripción	• Se entregaron 1.331 kits de SRE a hospitales de tercer nivel, hospitales distritales y centros de salud más pequeños en los 14 distritos más afectados, a través de 37 asociados. Los kits también se utilizaron en los campamentos de extensión en salud reproductiva y en los kits para campamento de la OMS. El resto de los kits fueron entregados/repuestos según los pedidos del MdS, ODSP y/o colaboradores para la implementación. • Se otorgaron desde una hasta 35 cajas de material a nivel comunitario, de salud primaria y de hospitales de derivación. Los kits contenían anticonceptivos, medicamentos e insumos para el tratamiento de las ETS y asistencia de parto en clínica; instrumentos, equipos e insumos para el tratamiento de complicaciones obstétricas incluyendo el parto asistido y la cesárea; aborto médico y kits de tratamiento post-violación. • Se agregó Misoprostol a los kits donde ya estaba en curso un programa que buscaba prevenir las hemorragias posparto en los partos domiciliarios.
Resultados	• 213 establecimientos de salud recibieron los kits de SRE. • El UNFPA calculó que se cubrieron las necesidades de un estimado de 1.4 millones de personas afectadas.
Provisión de consejería psicosocial	
Descripción	• Prestación de salud a los trabajadores de los centros de maternidad que necesitaban y solicitaban apoyo voluntariamente, por seis semanas después del desastre, para ayudarlos a lidiar con el estrés causado por el terremoto y las réplicas, y el aumento, sin precedentes, de la carga de trabajo que tenían que enfrentar. • Los movilizadores sociales y prestadores de servicios de salud capacitados en consejería psicosocial fueron identificados y contratados en colaboración estrecha con ODSP y DWO.
Beneficiarios	• Alrededor de una cuarta parte de los 400 trabajadores de la clínica central de maternidad de derivación en Katmandú

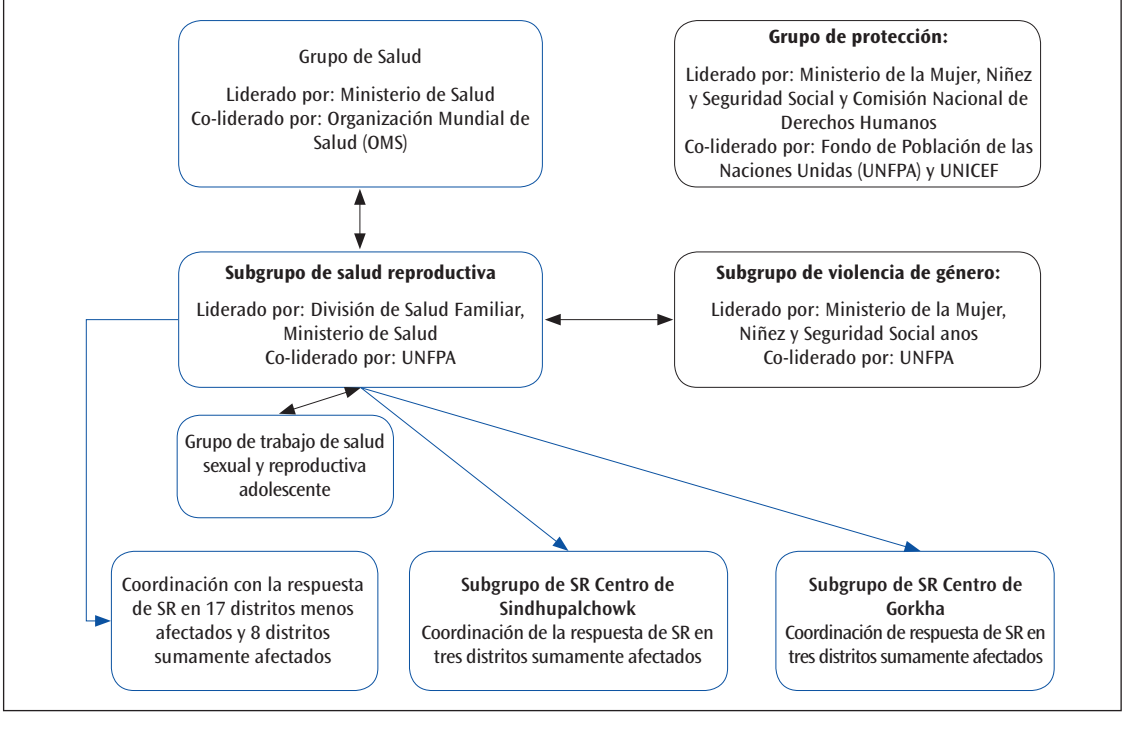
Etapa de respuesta intermedia: del segundo al sexto mes después del desastre

Las intervenciones descritas anteriormente permitieron reanudar los servicios de SSR en todas las zonas afectadas para el final de la fase de respuesta inmediata. Las medidas adicionales se tomaron durante la fase de respuesta intermedia para mejorar aún más el acceso a estos servicios y garantizar su calidad. Se distribuyó un total de 1080 kits de obstetricia a los equipos de maternidad, así

como 53.000 trajes de recién nacido para evitar la hipotermia.

Adicionalmente, en los 14 distritos más afectados, a excepción de Katmandú, UNICEF y el UNFPA establecieron 50 refugios y hogares de transición en los recintos de establecimientos de salud, brindando servicios de maternidad. Eran facilidades residenciales donde las mujeres embarazadas y posparto podían alojarse gratuitamente. Estos refugios y hogares de transición buscaban mejorar la accesibilidad de los servicios de atención sanitaria, principalmente la atención obstétrica para mujeres embarazadas en los distritos afectados. UNICEF descubrió que el fácil acceso a la atención médica, a un refugio seguro con abastecimiento de agua e instalaciones sanitarias disponibles y a comidas gratuitas (cuatro al día) eran los principales motivos por los que las mujeres acudían a los refugios y casas. También contaban con servicios de prevención y atención para casos de violencia de género (VG). En el invierno 2015-2016 estos establecimientos fueron acondicionados para proteger del frío a quienes se alojaban en ellos, y se distribuyeron frazadas para que las mujeres y niños se abrigaran. Un total de 15.301 mujeres y más de 5.000 recién nacidos se beneficiaron con estos refugios y hogares de transición (los detalles se pueden ver en la Tabla 2).

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



Mientras tanto, el subgrupo de SR comenzó a promover la inclusión de servicios de salud sexual y reproductiva, materna, del recién nacido e infantil en todas las medidas inmediatas de salvataje aplicadas por los sectores de salud y otros. Se establecieron nexos entre el subgrupo de SR y el de violencia de género que operaban aunados en el mismo grupo de protección. Se formó un grupo de trabajo aparte de salud sexual y reproductiva adolescente (SSRA) en el subgrupo de SR para asegurar que estos temas se integraran adecuadamente a la respuesta general de SR (Figura 3).

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

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

Se establecieron un total de 97 espacios amigables para mujeres (EAM) que consistían en grandes carpas con personal de cuidado y consejería cerca de establecimientos de salud para brindar una respuesta multisectorial a la violencia de género. Los EAM eran lugares seguros para que las mujeres y niñas descansen, hablen libremente, reciban atención psicológica, participen de actividades de concientización y recreación, reciban los botiquines para preservar la dignidad y encuentren servicios de refugio y contactos para establecer actividades de supervivencia. Más específicamente, en estos espacios había servicios de monitoreo y asesoramiento sobre violencia de género; las sobrevivientes de la violencia podían recibir tratamientos de manera segura o ser derivadas a los establecimientos adecuados para acceder a un aborto seguro, si fuera necesario. Un total de 147.337 mujeres y adolescentes en los 14 distritos más afectadas se beneficiaron con estos espacios,[7] mientras que más de 15.000 niñas, mujeres y sobrevivientes de VG recibieron servicios adaptados de consejería psicosocial, tratamiento de sus casos y apoyo. El UNFPA registró 2.799 casos de VG desde los espacios amigables a mujeres y campamentos de extensión en salud reproductiva.

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

Establecimiento de refugios y hogares de transición	
Descripción	• Se establecieron 14 refugios (UNFPA) y 36 hogares de transición (UNICEF) al lado de los hospitales distritales y establecimientos de salud en todos los distritos afectados excepto Katmandú. • Estos albergaron temporalmente a madres, recién nacidos y niños heridos menores de 5 años, con el fin de asegurar su acceso a servicios de salud, comida, agua y saneamiento, antes de que puedan retornar de forma segura a sus comunidades. • Fueron acondicionados para ofrecer un refugio seguro y adecuado para el invierno.
Beneficiarios	• 15.031 mujeres embarazadas o posparto, > 5.000 recién nacidos, en 13 distritos; un número desconocido de niños heridos menores a los 5 años de edad. • Casi una de cada seis mujeres pertenecían a las comunidades Dalit que han sido tradicionalmente marginadas.
Establecimiento de lugares amigables a las mujeres	
Descripción	• 97 espacios amigables para mujeres (EAM) establecidos en los 14 distritos, 14 de los cuales recibieron el apoyo del UNFPA y la Corporación Alemana para la Cooperación Internacional. • Estos consistían en grandes carpas con personal de cuidado y consejería, armadas cerca a los establecimientos de salud para ofrecer una respuesta multisectorial a la violencia de género.
Beneficiarios	• Se llegó a 147.337 mujeres y adolescentes. • Se brindaron servicios de consejería psicosocial a 15.000 chicas adolescentes y mujeres sobrevivientes de VG. • 2.799 casos de VG registrados por UNFPA (en combinación con los casos registrados en los campamentos de extensión en salud reproductiva)
Establecimiento de espacios de servicio amigables para adolescentes	
Descripción	• Se armaron espacios de servicio amigable para adolescentes en los 132 campamentos de extensión en salud reproductiva, con nexos a los puestos informativos amigables a adolescentes tanto en las escuelas como en los centros de salud. • Estuvieron administrados por facilitadores adolescentes capacitados. • Se realizaron actividades de sensibilización para promover el uso de servicios de SSR. Los temas que se cubrieron fueron: las consecuencias de los embarazos adolescentes, el parto, señales de peligro durante el embarazo, anticonceptivos, temas relacionados a la salud y la higiene menstrual, consecuencias del aborto inseguro, violencia de género y el riesgo de ETS y VIH.

Beneficiarios	• Se llegó a 4.231 jóvenes (de los cuales el 71% eran mujeres) a través de los programas de sensibilización. • 1.666 adolescentes recibieron servicios de salud sexual y reproductiva.
Implementación de un programa de gestión de la salud e higiene menstrual (GSHM)	
Descripción	• Se distribuyeron toallas higiénicas gratuitamente a través del MdS y el Ministerio de Educación en las escuelas secundarias de los 14 distritos más afectados. India y China donaron las toallas higiénicas. • Se capacitó a maestros de escuela y a trabajadores de salud sobre la gestión de la salud menstrual, cómo dar educación e información sobre salud menstrual y cómo confeccionar toallas higiénicas reutilizables.
Beneficiarios	• 4.148 chicas adolescentes solo en el distrito de Dhading. Se desconoce el número total de beneficiarias en otros distritos.
Distribución de kits de obstetricia	
Descripción	• 1.080 kits de obstetricia fueron proporcionados por UNICEF, a las unidades maternas y centros de maternidad de 14 distritos. • Los kits de obstetricia contenían equipos, artículos renovables y medicamentos. • Fueron entregados a los centros de maternidad de los 14 distritos más afectados.
Beneficiarios	• Aproximadamente 50.000 binomios madres-bebés.
Distribución de trajes de recién nacido	
Descripción	• UNICEF entregó 53.000 trajes de recién nacido para prevenir la hipotermia. • Fueron entregados a los centros de maternidad de los 14 distritos más afectados.
Beneficiarios	• 53.000 recién nacidos
Distribución de botiquines para preservar la dignidad	
Descripción	• Distribución de 56.000 botiquines dirigidos por el equipo del UNFPA o sus organismos asociados. • Los botiquines incluían artículos de limpieza y defensa personal, tales como ropa, toallas higiénicas reutilizables, ropa interior, toalla, jabón, cepillo de dientes, pasta de dientes, alicate para cortar uñas y linterna.
Beneficiarias	• 56.000 mujeres y niñas
Distribución de kits de motivación	
Descripción	• 10.327 kits distribuidos por los asociados del subgrupo de SR. • Los kits contenían artículos del botiquín para preservar la dignidad, complementados con insumos, material de apoyo y medicamentos básicos para ayudar a las voluntarias sanitarias comunitarias (VSC) a continuar con la prestación del servicio a sus comunidades.
Beneficiarias	• 10.327 VSC

Se armaron espacios de servicio amigable para adolescentes en los 132 campamentos de extensión en salud reproductiva, administrados por facilitadores y voluntarios adolescentes capacitados, de los cuales el 56% eran chicas. Estos adolescentes realizaron actividades de sensibilización para sus pares y los animaron a usar los servicios de SSR en un ambiente seguro y amigable para ellos. Los nexos entre los puestos informativos amigables para adolescentes de las escuelas y los centros de servicio amigables para los adolescentes en establecimientos de salud fueron establecidos para promover el uso de estos por parte de los estudiantes que los necesitaban. Los espacios de servicio amigables para adolescentes alcanzaron a 4.231 jóvenes, de los cuales, un 71% eran mujeres [7,19]; asimismo, más de 14.666 adolescentes recibieron servicios de SSR durante toda la intervención.

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

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

El rol del subgrupo de SR a nivel central y en los dos centros humanitarios continuó siendo crucial durante toda la fase de respuesta intermedia. Recolectar, compilar y compartir información a nivel local fue indispensable para abordar los vacíos y evitar la duplicación de respuestas de intervención. El subgrupo de SR contribuyó significativamente a la coordinación de las intervenciones de los asociados, preparando actualizaciones regulares de la Herramienta de coordinación *4W* (por las siglas en inglés de "quién", "dónde", "qué" y desde o hasta "cuándo" estaban trabajando).

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

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

Etapa de recuperación: desde el séptimo mes después del desastre hasta el presente

Todas las intervenciones relevantes iniciadas durante las fases de respuesta inmediata e intermedia se extendieron durante la etapa de recuperación. Además, se desarrollaron e implementaron muchas directrices y herramientas durante esta etapa para mejorar el conocimiento y las habilidades de diversos trabajadores de la salud en SR y temas de respuesta en caso de desastre (Tabla 3). Finalmente, la reconstrucción de varias estructuras relacionadas con la salud también comenzó durante esta etapa. En las zonas más afectadas, varias agencias se involucraron con la reconstrucción o modernización de establecimientos de salud, según hubieran sido completa o parcialmente dañadas. En algunos casos se repararon edificios, mientras que en otros se instalaron estructuras prefabricadas o se construyeron edificios permanentes. Por ejemplo, la GTZ y UNICEF construyeron 34 y 50 nuevas postas de salud prefabricadas, respectivamente, cada una con sala de partos. El apoyo adicional incluyó equipos de suministro de electricidad y agua, soluciones para la gestión de residuos y provisión de equipos médicos o inmobiliario básico.

Discusión

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

A pesar de los desafíos, el subgrupo de SR lideró una respuesta mayormente efectiva al desastre.[14] Varios factores pueden haber facilitado esta respuesta. En primer lugar, la colaboración del sector salud se construyó sobre la base de un largo compromiso por parte de las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. La activación del subgrupo de SR bajo la dirección del MdS/División de Salud Familiar, a los pocos días del desastre, ayudó a priorizar las intervenciones que debían ser inmediatamente implementadas con el apoyo de varios organismos del subgrupo y de los asociados para el desarrollo relacionados. Otros factores que contribuyeron a la implementación de una respuesta oportuna y a gran escala fueron: la movilización mediática que permitió a las comunidades afectadas expresar sus necesidades; la preparación de los organismos de las Naciones Unidas; y una movilización de recursos muy efectiva por parte de los asociados externos para el desarrollo y el gobierno. Un mes después del terremoto, todos los servicios ambulatorios, incluyendo la atención prenatal, se restablecieron en los establecimientos de prestación de servicios, ya fuera en carpas o edificios no dañados; la mayoría de centros de maternidad pudieron brindar servicios de parto; se establecieron campamentos de extensión en salud reproductiva para llegar a comunidades remotas; y se pudo contar con los servicios de cesárea en 11 hospitales de los 14 distritos más afectados. Cinco meses después del terremoto, todos los servicios de MISP y las actividades prioritarias estaban en gran medida disponibles en estos distritos; tal como lo evaluó el equipo interagencial liderado por la Comisión de Mujeres Refugiadas.[14] Sin embargo, es también necesario mencionar que, a pesar de los esfuerzos que se hicieron, la crisis política y las difíciles condiciones geográficas y climáticas hicieron que la etapa de recuperación fuera más laboriosa y dificultaran la reconstrucción y rehabilitación de la infraestructura sanitaria.

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

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

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

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

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

UNFPA NEPAL

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

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

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

Reconocimientos

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

Declaración de Divulgación

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

Referencias

1. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Nepal Earthquake 2015: an insight into risks – a vision for resilience. 2016. Available from: http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/nepal-earthquake-a-vision-for-resilience.pdf?ua=1
2. Government of Nepal, National Planning Commission Secretariat & Central Bureau of Statistics. Nepal population projection 2011-2031. 2014 [cited 2017 April 17]. Available from: http://cbs.gov.np/image/data/Population/Population%20projection%202011-2031/PopulationProjection2011-2031.pdf.
3. Raj Upreti S. Overview of health impact and health response. In: Lessons learnt conference: health sector response to Nepal earthquake 2015. Kathmandu, Nepal: Government of Nepal, Ministry of Health, Curative Service Division; 2016.
4. Nepal Earthquake 2015, Post Disaster Needs Assessment. Vol.B: Sector Reports. 2015 [cited 2017 Feb 23]. Available from: http://nepal.unfpa.org/sites/asiapacific/files/pub-pdf/PDNA_volume_BFinalVersion.pdf.
5. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. WHO [cited 2016 Sept 2016]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternalmortality-2015/en/.
6. UNFPA Nepal. Nepal earthquake has affected 1.4 million women of reproductive age including 93,000 pregnant [cited 2017 April 17]. Available from: http://nepal.unfpa.org/en/news/nepal-earthquake-has-affected-14-million-women-reproductive-age-including-93000-pregnant.
7. UNFPA. Dignity First: UNFPA Nepal 12 month earthquake report. 2016 [cited 2017 April 17]. Available from: http://un.org.np/sites/default/files/EQ%20REPORT_Final_2.pdf.
8. Inter-Agency Working Group on reproductive health in crisis. MISP Calculators – Inter-Agency Working Group. Welcome to the Inter-agency Working Group (IAWG). [cited 2017 April 17]. Available from: http://iawg.net/resource/misp-rh-kit-calculators/.
9. Singh DR. Medical interventions. In: Lessons learnt conference: health sector response to Nepal earthquake 2015. Kathmandu, Nepal: Curative Service Division, Ministry of Health, Government of Nepal; 2016.
10. Gyawali B, Keeling J, Kallestrup P. Human trafficking in Nepal: post-earthquake risk and response. Disaster Med Public Health Prep. 2016. 1–2. DOI:10.1017/dmp.2016.121.
11. The Government of Nepal, Ministry of Home Affairs. National Disaster Response Framework; 2013 [cited 2017 May 5]. Available from: http://www.un.org.np/sites/default/files/NDRF_English%20version_July-2013.pdf.
12. Ministry of Health, Government of Nepal. Health Sector Plan for Disaster Response, 2071; 2014. [cited 2017 Nov 21]. Available from: http://www.flagship2.nrrc.org.np/sites/default/files/knowledge/Health%20Sector%20NDRF%202014.pdf

13. Chaudhary P. Post-earthquake immediate response and recovery plan for Maternal and Newborn services. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Direction of Health Services, Ministry of Health; 2015

14. Women's Refugee Commission. Evaluation of the MISP for Reproductive Health Services in Post-earthquake Nepal. 2016 [cited 2017 April 18]. Available from: http://nepal.unfpa.org/en/publications/minimum-initial-servicepackage-reproductive-health-post-earthquake-nepal.

15. UNFPA. Minimum Initial Service Package (MISP) for Reproductive Health; 2015 [cited 2017 May 4]. Available from: http://nepal.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MISP-Cheat-Sheet.pdf.

16. Government of Nepal, National Planning Commission. Nepal Earthquake 2015, Post Disaster Needs Assessment. Vol. A: Key Findings; 2015. [cited 2017 Feb 23]. Available from: http://npc.gov.np/images/category/PDNA_Volume_A.pdf

17. Thakur N, Pradhan LM, Adhikari S, et al. Provision of comprehensive reproductive health services to the women in immediate post-earthquake situation through delivering emergency life-saving reproductive health supplies. In: 2nd National Midwifery conference. Kathmandu, Nepal: MIDSON; 2016.

18. Karmacharya M, Pradhan LM, Basnet B, et al. Implementing Minimal Initial Service Package incorporating adolescent Sexual and Reproductive health services in emergencies in Nepal. In: 2nd National Midwifery conference. Kathmandu, Nepal; 2016

19. Karki H, Pant S, Dahal S, et al. Operation of female friendly spaces for prevention and response to gender based violence in emergencies in Nepal. In: 2nd National Midwifery conference. Kathmandu, Nepal: MIDSON; 2016.

20. UNFPA – United Nations Population Fund. Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings [cited 2017 May 9]. Available at: http://www.unfpa.org/publications/adolescent-sexual-andreproductive-health-toolkit-humanitarian-settings.

21. Subedi M. Uterine prolapse, mobile camp approach and body politics in Nepal. Dhaulagiri J Sociol Anthropol. 2011;4:21–40.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,40-47
DOI: 10.1080/09688080.2017.1400361

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

COMENTARIO

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

Akila Radhakrishnan,[a] Elena Sarver,[b] Grant Shubin[c]

a Vicepresidente y directora legal, Centro de Justicia Global, Nueva York, NY, EE.UU. Correspondencia: akila@globaljusticecenter.net
b Investigadora jurídica, Centro de Justicia Global, Nueva York, NY, EE.UU.
c Abogado de planilla, Centro Global de Justicia, Nueva York, NY, EE.UU.

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

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

Introducción

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

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

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

citada la constituyen las leyes restrictivas contra el aborto.[2] Sin embargo, el relegar los servicios de aborto a los confines de las leyes nacionales no considera el marco completo de leyes que gobiernan la prestación de servicios para los afectados por conflictos armados, como el derecho internacional humanitario y los derechos humanos.

La disponibilidad de los servicios de aborto también se ve afectada por el hecho de que muchas organizaciones humanitarias no consideran que el aborto pertenezca a la categoría de las atenciones que estas administran.[2] Esta percepción está cambiando lentamente debido a la generalización de la violencia sexual en zonas de conflicto y a las políticas progresistas de algunos donantes que reconocen la necesidad de prestar servicios de aborto a las víctimas de violencia sexual dentro de entornos humanitarios, tal como se discute en este comentario.

A pesar de este progreso, las restricciones para la ayuda humanitaria son más fuertes que nunca. La Enmienda Helms y el restablecimiento de la Ley Mordaza Global por parte del presidente Trump han producido una confusión colectiva, efectos escalofriantes en la libertad de expresión y una mayor obstrucción en los servicios de aborto. Dado que Estados Unidos es el mayor donante de asistencia con servicios de salud a nivel mundial, el impacto combinado de estas políticas gubernamentales tendrá consecuencias mortales para las mujeres de todo el mundo. Por lo tanto, es urgente clarificar el marco legal que define el derecho a la atención médica de mujeres y niñas en entornos de conflicto, incluyendo servicios de aborto seguro.

Este comentario aborda la brecha de servicios de aborto seguro dentro de las atenciones de SSR en entornos humanitarios relacionados a conflictos. Primero, demuestra que los servicios de aborto se clasifican dentro del marco legal internacional más firme. Por lo tanto resume, los desafíos actuales que obstaculizan la realización plena de los derechos protegidos por estos marcos. Finalmente, propone una unificación de los enfoques actuales para brindar atención integral a las mujeres víctimas de conflictos armados.

El derecho internacional humanitario y la protección de las necesidades médicas de mujeres y niñas

El derecho internacional humanitario (DIH) constituye un conjunto de leyes que regulan específicamente situaciones de conflicto y garantizan una gama de derechos y protecciones fundamentales para víctimas de guerra. Particularmente, las Convenciones de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales requieren que se acoja a las "personas heridas o enfermas" y que reciban tratamiento médico integral y no discriminatorio, basándose únicamente en su condición médica. Como se detalla más abajo, estas protecciones legales internacionales, intencionalmente amplias, abarcan servicios de aborto (una atención médica que solo un sexo biológico necesita) dentro de entornos de conflicto.

Las mujeres y niñas embarazadas en conflictos armados se consideran "personas heridas y enfermas" bajo el DIH

Bajo el DIH, las "personas heridas o enfermas" son individuos, ya sean civiles o militares, que necesitan atención médica y de los cuales hay que abstenerse de cualquier acto hostil. El significado legal de los términos "heridas" y "enfermas" "cubren casos de maternidad…y casos de otras personas que puedan necesitar atención médica inmediata, tales como… madres gestantes".[1]Además, para ser considerada una "persona herida o enferma", es "irrelevante si la necesidad de atención proviene de una condición médica previa al conflicto o si se relaciona con el mismo, incluso si no hubiera sido causado por él" (Comm.para.743). Esta definición abarca a todas las personas que necesiten atención médica inmediata, incluyendo, pero sin limitarse a ellas, a las sobrevivientes de violencia sexual. Las niñas y mujeres embarazadas dentro de entornos de conflicto necesitan atención médica inmediata y son "madres gestantes". Es obvio entonces que las niñas y mujeres embarazadas dentro de entornos de conflicto caen dentro de la categoría protegida de "personas heridas o enfermas" del DIH.

Las mujeres y niñas embarazadas en entornos de conflicto armado deben ser recogidas, atendidas y recibir los cuidados médicos que su condición requiere

El DIH exige que a las personas heridas o enfermas se les recoja y se les brinde atención médica. La regla básica es que a las personas heridas o enfermas se les provea "hasta el máximo apli-

1 Comité Internacional de la Cruz Roja. Comentario de 2016 sobre la convención (I) para mejorar la condición de las personas heridas o enfermas en el campo3 Las citas a este Comentario se indicarán dentro del texto como (Comm.para.724.4,art.8(a)).

cable, y con la menor demora posible, la atención médica requerida por su condición", sin hacer ninguna distinción adversa "basada en consideraciones que no sean de índole médica" (Comm. para.762,764;4,art.10;5). El DIH no precisa de los tipos de atención médica que se deben brindar, sino que requiere que sean los necesarios según la condición del paciente. En otras palabras, las mujeres y niñas que hayan quedado embarazadas durante una guerra tienen derecho a recibir toda la atención médica que necesiten, ya sean cuidados de maternidad seguros y de calidad o, para las que quieran interrumpir su embarazo, servicios de aborto seguro.

Las mujeres y niñas embarazadas en ambientes de conflicto armado tienen derecho a no ser discriminadas sin distinción alguna basada en el sexo,

Para el tratamiento de las personas heridas o enfermas, el DIH prohíbe cualquier distinción desfavorable basada en la raza, color, religión o fe, sexo, nacimiento o posición económica, o cualquier otro criterio similar.[6] Es significativo que el DIH no prohíba distinciones no adversas; es decir, se permiten distinciones justificadas por las situaciones y necesidades sustancialmente distintas de las personas heridas o enfermas. Por lo tanto, el DIH permite los tratamientos que cumplan con las necesidades específicas de cada persona (Comm. para.576). Se reconoce que el sexo biológico de una persona puede determinar el tipo de tratamiento que requiera.

Las mujeres y las niñas tienen necesidades médicas diferentes a las de los hombres y niños, lo cual las expone a riesgos y estigmas sociales particulares asociados al hecho de estar heridas o enfermas. Como reconocimiento de estos hechos, el DIH establece que una atención médica no discriminatoria significa que las mujeres deberán "en todos los casos recibir los beneficios de tratamientos médicos que sean tan favorables como aquellos brindados a los varones" (Comm.para.1430). La ley requiere que el resultado para cada sexo sea el mismo, no necesariamente que el tratamiento sea idéntico.[7]

Por ejemplo, una violación puede ser perpetrada de varias formas y usando una serie de métodos, y las heridas recibidas necesitarán diferentes tipos de atención médica. Una persona que desarrolla una fístula al haber sido violada con el cañón de una pistola necesita un tratamiento diferente a quien queda embarazada al haber sido violada con un pene. Mientras que en el primer caso la "atención médica requerida por su condición" podría incluir cirugía o algún otro procedimiento, en el segundo caso la persona embarazada podría requerir un aborto. De hecho, en algunos casos, como cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre, el aborto es la única opción médica.

El negar una categoría de atención médica (aborto) a personas de un sexo biológico (mujeres y niñas) dentro de entornos de conflicto armado se considera, por lo tanto, discriminatorio y está prohibido por el DIH. Los servicios de aborto seguro, entonces, deben ser parte de una atención médica no discriminatoria.

Negar el aborto viola el derecho a recibir tratamiento humano y el derecho a no sufrir trato cruel e inhumano

Además de incluir los servicios de aborto como atención médica no discriminatoria y necesaria, el DIH también protege el procedimiento mediante su garantía de tratamiento humano y del derecho a no recibir trato cruel e inhumano. A pesar de que no existe una definición legal precisa de "tratamiento humano", su significado depende del contexto y abarca "la condición física y mental de la persona" y las diferencias basadas en el sexo (Comm.para.553,577). Adicionalmente, para ser definido como un "trato cruel o inhumano", un acto debe causar serios dolores físicos o mentales como la falta de una atención médica adecuada o el hecho de llevar a término un embarazo no deseado (Comm.para.618,620).

Negar servicios de aborto seguro ocasiona posteriormente sufrimientos físicos y psicológicos más extensos e intensos. Las niñas y mujeres embarazadas en entornos de conflicto sufren innumerables traumas que van desde los riesgos de un embarazo en plena época de guerra hasta —cuando el embarazo es el resultado de una violación— la estigmatización y el ostracismo social y familiar. De hecho, se ha determinado explícitamente que la negación de servicios de aborto constituye un trato cruel e inhumano[7] porque en ciertos contextos, causa grave sufrimiento mental y físico.

Protecciones para mujeres y niñas según los derechos humanos internacionales

Mientras el DIH es una *lex specialis* (ley que gobierna un asunto específico) del conflicto armado

existen, en paralelo, obligaciones y derechos al amparo de la legislación internacional de los derechos humanos que ayudan a definir los derechos del DIH. Por lo tanto, la inclusión de servicios de aborto dentro de las diversas protecciones legales del DIH se ve reforzada por las protecciones relevantes de los derechos humanos. El Comité de Derechos Humanos (RHC por sus siglas en inglés), el Comité contra la Tortura, y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra Mujeres han aportado elementos sobre las obligaciones legales para prestar servicios de aborto en ciertos contextos.[8–9] El concepto de garantizar atención médica necesaria y no discriminatoria para mujeres y niñas, esbozada anteriormente y componente central de la protección de las personas heridas o enfermas, se comparte con la CEDAW Convención para Eliminar Todo Tipo de Discriminación contra Mujeres). CEDAW es el primer tratado de derechos humanos que explícitamente requiere que los actores estatales aseguren el acceso a servicios de planificación familiar.[10–11] Dentro de entornos de conflicto y post conflicto, la CEDAW establece que los actores estatales deben asegurar que los servicios de SSD incluyan "anticoncepción de emergencia; servicios de salud de maternidad, incluyendo cuidados prenatales…servicios de aborto seguro; [y] atención post aborto…".[12] La negación del aborto es reconocida como una discriminación basada en el género también por el DIH y por el Comité contra la Tortura.[8–9] Por lo tanto, el hecho de que los actores estatales no supriman barreras para que las mujeres tengan acceso efectivo a los servicios de SSR constituye una violación de la CEDAW, de la Convención contra la Tortura (CAT, por sus siglas en inglés) y del Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, por sus siglasen inglés).

También se ha encontrado que la negación de los servicios de aborto viola los derechos humanos internacionales a recibir un trato humano y a no ser objeto de tortura. Una gama de expertos de la ONU, incluyendo al Relator Especial contra la tortura, han encontrado que "[de]negar acceso a servicios de salud reproductiva que solo necesitan las mujeres es inherentemente discriminatorio y puede violar los compromisos de los Estados bajo la CAT"[13] El Comité contra la Tortura ha encuentra, cada vez más, que el acceso a servicios de aborto, en particular para sobrevivientes de violaciones, está incluido en los derechos garantizados por CAT.[9,14] En la misma línea, el HRC, que tiene el deber de monitorear y asegurar el cumplimiento del ICCPR, ha encontrado que las restricciones a los servicios de aborto violan el artículo 7 del acuerdo, el cual prohíbe la tortura o trato cruel, inhumano o degradante.[8–9]

Los derechos del DIH a una atención médica necesaria y no discriminatoria, y basada en la necesidad, así como los derechos a recibir tratamiento humano y a no sufrir trato cruel e inhumano deben ser interpretados a la luz de estas disposiciones paralelas a los derechos humanos. Al hacerlo, los decretos de ICCPR, CAT y CEDAW verifican con firmeza que los servicios de aborto para mujeres víctimas de conflictos están incluidos entre las diversas protecciones del DIH.

Reconocimiento creciente de las protecciones de DIH

Cada vez hay mayor reconocimiento internacional en círculos académicos,[15–17] guías políticas internacionales y prácticas estatales de que los servicios de aborto son parte de las protecciones del DIH de "atenciones médicas basadas en la necesidad". En 2013, el Consejo de Seguridad de la ONU aprobó dos resoluciones que invocaban a los Estados a proveer servicios de aborto seguro a niñas y mujeres violadas en entornos de guerra.[18–19] En respuesta a estas resoluciones, el Reino Unido revisó y modificó su política de ayuda humanitaria para reconocer que los servicios de aborto seguro para esas víctimas están protegidos bajo el DIH.[20] Los Países Bajos y Francia también han expresado la importancia de cumplir con este mandato del DIH.[21]

De igual manera, en setiembre de 2015 la Comisión Europea publicó una posición normativa declarando que si la vida de una mujer o niña está en peligro, o si un embarazo produjera sufrimiento insoportable, el DIH garantiza la opción de abortar.[21] Adicionalmente, el Parlamento Europeo ha aprobado una serie de resoluciones exhortando a la Unión Europea (UE) y a sus Estados Miembro a segregar su ayuda humanitaria de otros donantes cuya asistencia está desvirtuada por restricciones contra el aborto (como la de los Estados Unidos), para mantener así la ayuda humanitaria sin restricciones sobre la atención médica necesaria y para asegurar que la atención sea proporcionada de acuerdo al DIH.[21] Varias de estas resoluciones también invocan a un compromiso para que las mujeres y niñas en entornos de conflicto reciban todos los servicios de SSR, incluyendo abortos seguros.

La necesidad de asegurar que los servicios de aborto seguro estén disponibles para víctimas de violaciones, además de ser incluidos en el financiamiento de ayudas humanitarias, también ha sido reconocida en múltiples ocasiones por el Secretario General de la ONU.[22–24] De igual manera, el Estudio Global sobre la Ejecución de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad observó que el acceso al aborto seguro es particularmente importante en situaciones de conflicto, donde los embarazos son considerablemente más riesgosos (debido a la destrucción y la desorganización de los servicios de salud y del acceso a atención médica), e invocó a las Naciones Unidas y a sus Estados Miembros, así como a otros donantes y actores humanitarios, a asegurar el acceso de las mujeres a dichos servicios como un asunto de derechos de la mujer y de legislación internacional sobre derechos humanos.[1]

Sin embargo, a pesar de este progreso en las resoluciones oficiales, debido a profundas y antiguas tendencias y puntos de vista, los servicios de aborto aún se encuentran demasiado ausentes en entornos humanitarios relacionados a conflictos.

Retos actuales

La relación entre las leyes locales sobre el aborto y el DIH

A menudo se invoca las leyes nacionales restrictivas contra el aborto para bloquear la aplicación de los derechos y obligaciones del DIH. Quienes respaldan esta posición apuntan al concepto de que "no hay un derecho internacional para el aborto" cuando este problema es derivado a la legislación nacional. Pero como se ha señalado anteriormente, el DIH no garantiza el derecho a servicios médicos específicos, sino que contiene reglas generales para defender a quienes se aplica su protección – incluyendo a las mujeres embarazadas. Aun cuando el DIH no es específico, es claro que sus protecciones son universales y no derogables.

Como ya se mencionó anteriormente, para entornos de conflicto armado el DIH es la *lex specialis*, lo que significa que sus reglas sobre personas heridas y enfermas en entornos de conflicto armado anulan y reemplazan las disposiciones de otros regímenes legales nacionales y locales. Esta universalidad, y su relación con las leyes nacionales, son características únicas del DIH cuyo objetivo es asegurar que las políticas y prácticas nacionales no sean usadas para derogar las protecciones del DIH. Uno de los distintivos de las Convenciones de Ginebra es que los derechos legales que ellos garantizan protegen a los individuos, incluso a costa de excluir otras leyes, y no se puede renunciar a ellos ni rescindirlos (Comm.para.987–1002).

El Comité Internacional de Estándares Profesionales para Labores de Protección de la Cruz Roja invoca a los actores de protección a "estar preparados para señalar que las leyes nacionales no pueden esgrimirse como excusa para no cumplir con las obligaciones internacionales".[25] Esto quiere decir que el derecho nacional no puede ser usado como escudo para bloquear la aplicación del derecho internacional, y de hecho, las leyes nacionales relevantes deberían ser usadas en trabajos de protección solo cuando estas "refuerzan la protección integral y están en conformidad con el derecho internacional."[25]

Un área donde la confusión entre el derecho nacional y el DIH es especialmente problemática se refiere a las protecciones del personal médico en situaciones humanitarias. Bajo el DIH, el derecho a atención médica basada en la necesidad es tan importante que a los doctores se les brinda inmunidad contra procesos legales y sanciones locales con tal de que brinden una atención que cumpla con las necesidades de las víctimas de guerra (Comm.para.1758–1760). Adicionalmente, los doctores y el personal médico no pueden ser forzados a actuar de cualquier otra manera que no concuerde con las necesidades de las víctimas. El personal médico debe prestar su atención únicamente de acuerdo a la ética médica, lo cual requiere que dicha atención se base en las necesidades de los pacientes, quienes deben dar su consentimiento informado (Comm.para.765). Cuando las leyes nacionales toman precedencia en forma errática, se ignoran las protecciones. Mirando hacia adelante, se necesita crear más conciencia entre los actores humanitarios, tanto sobre las protecciones que el DIH les brinda como de los derechos que guían la prestación de atención médica. Asimismo, se debe tomar un enfoque más afirmativo en la negociación de los acuerdos humanitarios, ya que el DIH específicamente protege a los doctores de ser procesados legalmente; el temor de que esto suceda es una de las mayores barreras para la prestación de servicios de aborto seguro.

En resumen, dentro del contexto de servicios de aborto, las leyes nacionales sobre el aborto no pueden reemplazar los mandatos del DIH sobre prestación de atención médica necesaria y no dis-

criminatoria, de tratamiento humano y protección contra tortura y trato inhumano a [las] personas heridas o enfermas.

Políticas de financiamiento como fuerzas positivas y negativas

Incluso cuando las consideraciones legales no son un problema, las restricciones de financiamiento, particularmente aquellas impuestas por el gobierno de Estados Unidos, han sido un impedimento enorme para la prestación de servicios de aborto en entornos humanitarios. Desde 1973, Estados Unidos ha impuesto restricciones contra el aborto en toda su ayuda al extranjero. Desde la Enmienda Helms hasta la Ley de Asistencia al Exterior, Estados Unidos categóricamente impide que sus financiamientos sean usados para prestar servicios de aborto, para discutir el aborto como una opción, o incluso para discutir la necesidad de servicios de aborto seguro en informes de investigacion.[26] Actualmente, la Enmienda Helm está en efecto sin excepciones para casos de violación, riesgo de muerte o incesto. Asimismo, mientras que la Enmienda Leahy sí permite brindar asesoramiento e información sobre todas las opciones ante un embarazo, de acuerdo al derecho local, los estudios han demostrado que la enmienda es poco entendida y utilizada.[27] Actualmente, la situación ha empeorado debido a la restitución por parte del presidente Trump de la Ley Mordaza Global (ahora denominada "Protección de la Vida en la Asistencia Global de Salud"), la cual censura por completo las actividades relacionadas al aborto por parte de cualquier receptor de asistencia global de salud de Estados Unidos, con limitadas excepciones en casos de violación, incesto y riesgo de muerte.[28]

Tales políticas no solo reprimen la atención médica relacionada al aborto, sino que también crean un ambiente escalofriante alrededor de los servicios SSR, de tal forma que los receptores de ayuda de Estados Unidos se niegan a participar incluso en actividades permitidas.[27,29] Como Estados Unidos es el mayor proveedor bilateral de ayuda humanitaria, la política de Estados Unidos sienta la pauta sobre el aborto en la mayoría de los entornos humanitarios. Asimismo, para aquellas organizaciones que ya se encuentran reacias a incluir el aborto dentro de su trabajo, estas restricciones son una excusa conveniente para no incluir el aborto dentro de sus servicios SSR. Sin embargo, la tendencia está cambiando lentamente. El aumento en los últimos ocho años de la conciencia global sobre el daño de las restricciones permanentes contra el aborto por parte de Estados Unidos, como la Enmienda Helms, ha producido el progreso mencionado anteriormente, incluyendo la adopción de políticas de financiamiento que explícitamente reconocen el aborto como una atención médica protegida bajo el DIH, y compromisos para financiar dichos servicios. Dichas políticas sirven para dos propósitos. Primero, demuestran a los actores humanitarios que hay donantes que consideran los servicios de aborto como atención vital y que de hecho hay financiamiento disponible para prestar servicios de aborto seguro. Segundo, como los Estados son los que definen cómo es el DIH en la práctica, estas políticas de financiamiento ayudan a desarrollar el reconocimiento de que el aborto es una de las atenciones protegidas por el DIH.

La importancia de reconocer el aborto como equivalente a cualquier otra atención médica

El aborto es, con frecuencia, separado de otros tipos de atención médica, lo cual no solo lo estigmatiza, sino que legitima su negación. Cuando las mujeres se enfrentan a un embarazo no deseado o que pone en peligro su salud o su vida, la opción de abortar es el único servicio médico disponible para mejorar la situación. En este contexto, el aborto claramente satisface la definición de "atención médica" ("la prestación de lo que sea necesario para la salud y el bienestar de una persona por parte de un doctor, enfermero u otro profesional de la salud").[30] Por lo tanto, es importante que se entienda que las restricciones contra el aborto, incluyendo las restricciones legales, son impedimentos para el acceso de las mujeres a una adecuada atención médica.

Enfrentando los retos: los derechos protegen la atención médica requerida

Estos retos, sin embargo, son precisamente lo que el DIH está diseñado para superar. Al nivel más básico, el DIH asegura que las víctimas de guerra reciban la atención médica que necesitan, al protegerlos con derechos. En efecto, el DIH, tal como lo conocemos hoy en día, nació a partir de la reacción global al maltrato de los prisioneros de guerra como "personas protegidas" durante la Segunda Guerra Mundial. Una de las muchas lecciones aprendidas después de esa guerra fue que las prerrogativas políticas y militares perjudican el

trato a las víctimas de la guerra. En la práctica, en situaciones de guerra, esto significa lo mismo para prisioneros como para sobrevivientes de violaciones.

De todos modos, los retos esbozados anteriormente y el trasfondo de discriminación por género que los acompaña se combinan para hacer que los servicios de aborto estén prácticamente ausentes en los entornos humanitarios relacionados a conflictos.[2] Actualmente, en la práctica, muchos donantes y actores humanitarios han pensado en un modelo basado en necesidades, situando las "necesidades" como algo diferente a los "derechos". En lugar de defender pública y explícitamente los derechos de las víctimas bajo el DIH, estos actores prefieren (u optan por) adherirse al nivel más alto de atención médica enfocándose en las necesidades de las víctimas. Pero, como se ha descrito anteriormente, esta no es la forma en la que el DIH funciona. Como la Historia nos ha enseñado, a pesar de las buenas intenciones, las víctimas de guerra serán vulnerables al abuso, a menos que sus derechos sean específicamente invocados (Comm. para.990). Por lo tanto, es esencial que los enfoques basados en necesidades y derechos sean considerados como dos lados de una misma moneda. Sencillamente, las necesidades de las víctimas de guerra están explícitamente protegidas por los derechos del DIH.

Conclusión

El DIH previó que la expansión de los conflictos armados afectaría a víctimas civiles y, por lo tanto, otorgó amplios pero definidos derechos a las "personas heridas o enfermas". Como se vio anteriormente, estos derechos requieren la prestación de servicios de aborto para víctimas embarazadas durante los conflictos armados. A pesar de un creciente reconocimiento internacional de que los servicios de aborto están protegidos por el DIH, ciertas preocupantes tendencias globales amenazan con la reversión a un paradigma anticuado y discriminatorio, perjudicando las protecciones legales fundamentales de las víctimas. Para enfrentar estos retos, los actores promotores y donantes humanitarios deben asegurar que su trabajo y sus políticas estén entroncados en los derechos de las víctimas, para satisfacer integralmente sus necesidades.

Referencias

1. UN Women. Preventing conflict, transforming justice, securing the peace: a global study on the Implementation of UN Security Council Resolution 1325. 2015.
2. McGinn T, Casey S. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? Conflict and Health. 2016;10. DOI:10.1186/s13031-016-0075-8
3. International Committee of the Red Cross. Commentary of 2016 on convention (I) for the amelioration of the condition of the wounded and sick armed forces in the field (Geneva, 12 August 1949). 2016. [cited 2017 May 15]. Available from: https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/INTRO/365?OpenDocument.
4. International Committee of the Red Cross. Protocol additional to the Geneva conventions of 12 August 1949, and relating to the protection of victims of international armed conflicts (Protocol I). 1977. 1125 UNTS 3.
5. International Committee of the Red Cross. Protocol additional to the Geneva conventions of 12 August 1949, and relating to the protection of victims of noninternational armed conflicts (Protocol II). 1977. 1125 UNTS 609. art. 7.
6. International Committee of the Red Cross. Article 3 common to the four Geneva conventions of 1949. 1949. 6 UNTS 31.
7. International Committee of the Red Cross. Commentary of 1960 on Convention (III) relative to the Treatment of Prisoners of War (Geneva, 12 August 1949) art. 14. 1960. [cited 2017 Oct 5]. Available from: https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?action=A Radhakrishnan et al. Reproductive Health Matters 2017;25(51):40–47 45openDocument&documentId=64864A7A2AB7E-2F6C12563CD00425C7E.
8. UN Human Rights Council. Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. 2016. A/HRC/31/57.
9. Center for Reproductive Rights. Safe and legal abortion is a woman's human right. 2011.
10. Ipas. International human rights bodies on unwanted pregnancy and abortion-part 1. 2014.
11. United Nations General Assembly. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. 1970. 1249 UNTS 13. arts. 12(1), 10(h), 14(2)(b) and 16(1).
12. Cook R, Undurraga V. Article 12. In: Chinkin C, Freeman MA, Rudolf B, editors. The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary. Oxford: Oxford Univ. Press; 2012. p. 320.

13. UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation 30 on women in conflict prevention, conflict and post-conflict situations. 2013. CEDAW/C/GC/30. para. 52(c).
14. Office of the UN High Commissioner for Human Rights. Statement of UN Experts on Gender-based crimes though the lens of torture on International Women's Day. 2016. [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID =17152&.
15. Center for Reproductive Rights. Reproductive rights violations as ill-treatment. 2014. p. 1–4.
16. McGuire R, Rona G. The principle of non-discrimination. In: Clapham A, Gaeta P, Sassoli M, editors. The 1949 Geneva conventions: a commentary. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 191, 203–204.
17. Bellal A. Who is wounded and sick? In: Clapham A, Gaeta P, Sassoli M, editors. The 1949 Geneva conventions: a commentary. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 726–763.
18. Priddy A. Tackling impunity for sexual violence. In: Bellal A, editor. The war report: armed conflict in 2014. Oxford: Oxford University Press; 2015. p. 681.
19. United Nations Security Council. Resolution 2106. 2013. S/RES/2106.
20. United Nations Security Council. Resolution 2122. 2013. S/RES/2122.
21. Department for International Development. Safe and unsafe abortion: The UK's policy on safe and unsafe abortion in developing countries. 2014. p. 9.
22. Global Justice Center. Reference language on abortion and IHL. 2017. [cited 2017 May 15]. Available from: http://www.globaljusticecenter.net/files/ReferenceLanguage.1.20.2017.pdf.
23. UN Security Council. Report of the Secretary-General on women peace and security. 2015. S/2015/716. para. 43.
24. UN Security Council. Report of the Secretary-General on women peace and security. 2014. S/2014/693. para. 62.
25. UN Security Council. Report of the Secretary-General on women peace and security. 2013. S/2013/525. para. 72(a).
26. International Committee of the Red Cross. Professional standards for protection work. 2013. p. 63–64.
27. Kallas K, Radhakrishnan A. If these walls could talk, they would be censored. In reproductive laws for the 21st Century. 2012.
28. Ipas and Ibis. U.S. Funding for Abortion. How the Helms and Hyde amendments harm women and providers. 2015. p. 7.
29. The White House Office of the Press Secretary. Presidential memorandum regarding the Mexico City policy. 2017.
30. Barot S, Cohen S. The global gag rule and fights over funding UNFPA: The issues that won't go away. Guttmacher Policy Review. 2015;18:2.
31. Oxford English Dictionary. Medical care. [cited 2017 May 15]. Available from: https://en.oxforddictionaries.com/definition/medical_care.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,48-57
DOI: 10.1080/09688080.2017.1402670

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Utilización de los servicios de atención post-aborto y aceptación de los métodos anticonceptivos postaborto en Puntland- Somalia

Kingsley Chukwumalu,[a] Meghan C. Gallagher,[b] Sabine Baunach,[c] Amy Cannon[b]

a Especialista Técnica Superior de Salud, Save the Children International, Oficinal Nacional de Somalia/Somalilandia, Hargeisa, Somalia
b Especialista Superior de Monitoreo y Evaluación, Save the Children EE.UU., Washington, DC, EE.UU... Correspondencia: mgallagher@savechildren.org
c Asesora de Salud Reproductiva, Save the Children EE.UU., Washington, DC, EE.UU.

Resumen *El aborto inseguro es responsable de por lo menos el 9% de todas las muertes maternas del mundo; sin embargo, en emergencias humanitarias donde los sistemas de salud son débiles y los servicios de salud reproductiva a menudo no están disponibles o son interrumpidos, esta cifra es más alta. En Puntland, Somalia, Save the Children International (SCI por sus siglas en inglés) implementó servicios de atención post-aborto (APA) para tratar el problema de la alta morbimortalidad materna debido al aborto inseguro. El aborto es permitido por la ley somalí explícitamente para salvar la vida de la mujer, pero continúa siendo un tema delicado debido al conservadurismo religioso y social que existe en la región. Utilizando un enfoque multifacético centrado en el desarrollo de capacidades, garantía de insumos e infraestructura y colaboración y movilización comunitarias, la demanda de servicios de APA aumentó, al igual que el porcentaje de mujeres que adoptaron un método de planificación familiar post-aborto. Desde enero de 2013 hasta diciembre de 2015, un total de 1111 usuarias recibieron servicios de APA en los cuatro establecimientos de salud apoyados por SCI. El número de usuarias de APA aumentó de un promedio mensual de 20 en 2013, a 38 en 2015. Durante el mismo período, el 98% (1090) de las usuarias de APA recibieron consejería sobre anticoncepción post-aborto, de las cuales 955 (88%) aceptaron un método anticonceptivo antes de dejar el establecimiento de salud, y el 30% optó por un método anticonceptivo reversible de acción prolongada (LARC, por sus siglas en inglés). Estos resultados muestran que los servicios integrales de APA pueden ser implementados en entornos políticamente inestables y culturalmente conservadores, donde el aborto y la anticoncepción moderna son temas delicados y estigmatizados por comunidades, trabajadores de salud y formuladores de políticas. Sin embargo, como en todos los entornos humanitarios, existen grandes necesidades insatisfechas de servicios de APA en Somalia. humanitaria. Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1402670*

Palabras clave: atención post-aborto, contexto de crisis y conflicto, métodos de planificación familiar post-aborto, desarrollo de capacidades, Somalia

Introducción

A nivel mundial, 830 mujeres mueren cada día por causas evitables relacionadas con el embarazo y el parto. Casi todas estas muertes (99%) ocurren en países de bajos y medianos ingresos.[1] Más de dos tercios de las muertes maternas son resultado directo de causas obstétricas tales como hemorragias, trastornos hipertensivos del embarazo, sepsis, aborto y otras causas directas.[2]

En el África subsahariana, más de 97% de los abortos realizados son inseguros y estos son responsables de al menos el 9% de todas las muertes maternas; con más de 1.6 millones de mujeres hospitalizadas por complicaciones causadas por estos peligrosos procedimientos cada año.[3-5] A pesar de ser reconocido como un factor que contribuye significativamente a las muertes ma-

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

ternas, se estima que 3 millones de mujeres con complicaciones causadas por abortos inseguros no recibieron atención en países de bajos y medianos ingresos en 2008, generando un costo muy alto para las personas, las comunidades y el sistema de salud. [3,6,7]

La atención postaborto (APA) es un conjunto de servicios que se brindan en el establecimiento de salud para tratar complicaciones en abortos espontáneos o inducidos. El modelo compuesto por tres componentes, atribuido a USAID, incluye tratamientos de emergencia para complicaciones de aborto, incluyendo infecciones, septicemias, hemorragias, shock y lesiones del tracto reproductivo; consejería de planificación familiar y suministro de métodos anticonceptivos para prevenir más embarazos no planificados o inoportunos que puedan llevar a nuevos abortos inducidos; asimismo, crea conciencia y moviliza a la comunidad sobre la importancia de la APA, facilitando una comunicación importante con otros servicios de Salud Reproductiva (SR) que incluye servicios para casos de violencia de género esenciales para las poblaciones de personas desplazadas internamente (PDI) en crisis humanitarias. Si bien es sabido que los servicios de APA pueden prevenir la morbimortalidad causada por complicaciones relacionadas al aborto, el acceso a estos servicios —que pueden salvar vidas— es inaccesible en gran medida a las mujeres de África subsahariana. [8] Los obstáculos para el acceso incluyen, entre otros factores: leyes y políticas restrictivas, una falta de comprensión de estas leyes y políticas por parte de los proveedores y miembros de la comunidad, el estigma asociado al aborto, las actitudes antagónicas de proveedores de servicios, la falta de personal médico capacitado, restricción de servicios a un nivel más alto y falta de funcionarios con criterio ejecutivo a cargo de velar por la buena calidad de la atención; y, por último, que los insumos y equipos sean los adecuados y la falta de integración al sistema de atención primaria de salud. [8,9]

La situación empeora en contextos humanitarios, donde el acceso a servicios regulares de SR se encuentra severamente limitado para las mujeres, a menudo a causa de la falta de infraestructura o del mal estado de la misma. [10-13] La necesidad de servicios de SR en zonas de conflicto es grande y su acceso es difícil. [14] Si bien se ha progresado mucho en mejorar el acceso a servicios de SR para las mujeres en entornos humanitarios desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, los vacíos en el servicio de SR siguen existiendo en intervenciones fundamentales, tales como los servicios de APA necesarios para la supervivencia. [15-17] Mejorar el acceso a la APA, planificación familiar (PF) y otros servicios de mujeres en entornos humanitarios es una estrategia clave para prevenir la morbimortalidad materna.

Pero es difícil asegurar la viabilidad, eficacia y calidad de los servicios de APA en contextos frágiles cuando no hay una base empírica fuerte. [16] Este trabajo documenta las estrategias, resultados y lecciones aprendidas durante la implementación de APA por parte de Save the Children International (SCI) en Puntland, Somalia. La legislación somalí explícitamente aprueba el aborto para salvar la vida de la mujer, lo que dio cabida a que se permita la APA. Más allá de su ambiente legal restrictivo, Puntland es un contexto humanitario difícil ya que combina un conservadurismo que es a la vez religioso y social lo que aumenta las barreras para mejorar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de APA de calidad. Este estudio es una importante contribución a la base empírica para implementar servicios de APA en un contexto humanitario complejo.

Antecedentes

La población somalí es predominantemente joven, rural y nómada. Entre las 12.3 millones de personas que viven en Somalia, aproximadamente el 9% son desplazados internos. [18] Desde que su gobierno central cayó hace más de dos décadas, Somalia ha padecido un conflicto crónico. La capacidad y los sistemas de gobierno son débiles y el acceso a servicios básicos, incluyendo los servicios de salud, es limitada. Somalia tiene una de las tasas de fertilidad más altas del mundo (TFT=6.4) que se suma a una muy baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos (mMPF= 1%) una gran necesidad insatisfecha de planificación familiar (29.2%) y un acceso limitado a servicios de APA. [19,20] Dado que una de cada 18 mujeres corre el riesgo de morir durante el embarazo o el parto, Somalia permanece como uno de los pocos lugares del mundo con alto riesgo para las madres. [21]

Somalia es un país cultural y religiosamente conservador. Casi toda la población (99.9%) es musulmana. Es una nación pronatalista, donde los niños son muy deseados por el estatus social y por los beneficios económicos que traen.

Puntland, Somalia, es una de las zonas donde SCI ha puesto en marcha las iniciativas de PF

y APA. Puntland es relativamente estable y tiene un sistema de gobierno semiautónomo que funciona bien, pero sus recursos son limitados y la falta de trabajadores de salud capacitados limita la capacidad del gobierno para brindar servicios sociales esenciales. A causa del continuo conflicto que sacude a la parte sur central de Somalia, el flujo de personas internamente desplazadas (PID) hacia Puntland ha aumentado, incrementando la presión sobre un sistema de salud ya de por sí frágil. Se calcula que cerca de 130, 000 PID habitan actualmente en esta zona. [22]

En 2010, el Ministerio de Salud (MdS) de Puntland concibió y ejecutó una Estrategia de Salud Reproductiva que incluyó entre sus prioridades a los servicios de PF y APA. Esta estrategia aún no se ha implementado por completo, lo que actualmente deja a la mayoría de mujeres sin acceso a servicios esenciales de SR. Save the Children empezó a implementar la Iniciativa de PF y APA en colaboración con el MdS en Julio 2012, por un período de tres años, lo cual concuerda con su financiación. El objetivo general del proyecto se enfocaba en mejorar el acceso a PF y APA para las mujeres que viven en comunidades remotas de la región de Karkaar en Puntland, Somalia. El gobierno somalí se ha comprometido a reforzar los servicios de SR y, en 2009, lanzó el conjunto de servicios esenciales de salud, que es un marco para brindar servicios primarios en las áreas de salud materna, reproductiva, neonatal y de niños y niñas; enfermedades contagiosas; vigilancia y control incluyendo la promoción de abastecimiento de agua y saneamiento; primeros auxilios y cuidados de personas críticamente enfermas y heridas; tratamiento de enfermedades comunes y VIH, enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis. La APA es considerada por el gobierno y el MdS como esencialmente necesaria para la supervivencia. El equipo de personal calificado se alinea con el conjunto de servicios de salud brindados en los distintos niveles de los establecimientos de salud y el sistema de derivación funciona como una pirámide, donde las derivaciones empiezan a nivel de la comunidad y se extienden hasta el hospital regional (Figura 1). Antes de que se iniciara el proyecto de PF-APA no había servicios de PF y APA disponibles para la población local. La APA se reducía a dilatación y curetaje (D&C) y solo se daba en algunos hospitales regionales. Los distritos rurales se encuentran a un promedio de 450 kilómetros de distancia del hospital rural, en terrenos difíciles, con mala comunicación y una precaria infraestructura de transportes, por lo cual acceder a servicios de emergencia de APA a menudo era imposible. El proyecto se ejecutó en cuatro establecimientos de salud públicos (un hospital regional de derivación y tres centros de salud) en distritos rurales y urbanos con una población de captación combinada de 87.704 habitantes (incluyendo alrededor de 10.000 PID) con 18.415 mujeres en edad reproductiva. Save the Children es la única ONG internacional que trabaja en colaboración con la Oficina Regional de Salud en la prestación de servicios de PF y APA en Puntland. El trabajar con el Ministerio de Salud Somalí para asegurar que los tres componentes de APA estén disponibles para todas las comunidades, permitió que más mujeres puedan ahora acceder a la atención necesaria para la supervivencia.

Estrategia de implementación del proyecto

El enfoque doble del programa se concentra en la prestación de servicios y en la movilización de la comunidad; esto incluye el desarrollo de capacidades, mejoras en la infraestructura, gestión de la cadena logística, monitoreo y evaluación (M&E), y actividades de generación de demanda y estrategias de promoción y defensa adaptadas a su realidad.

Prestación de servicios

Desarrollo de capacidades

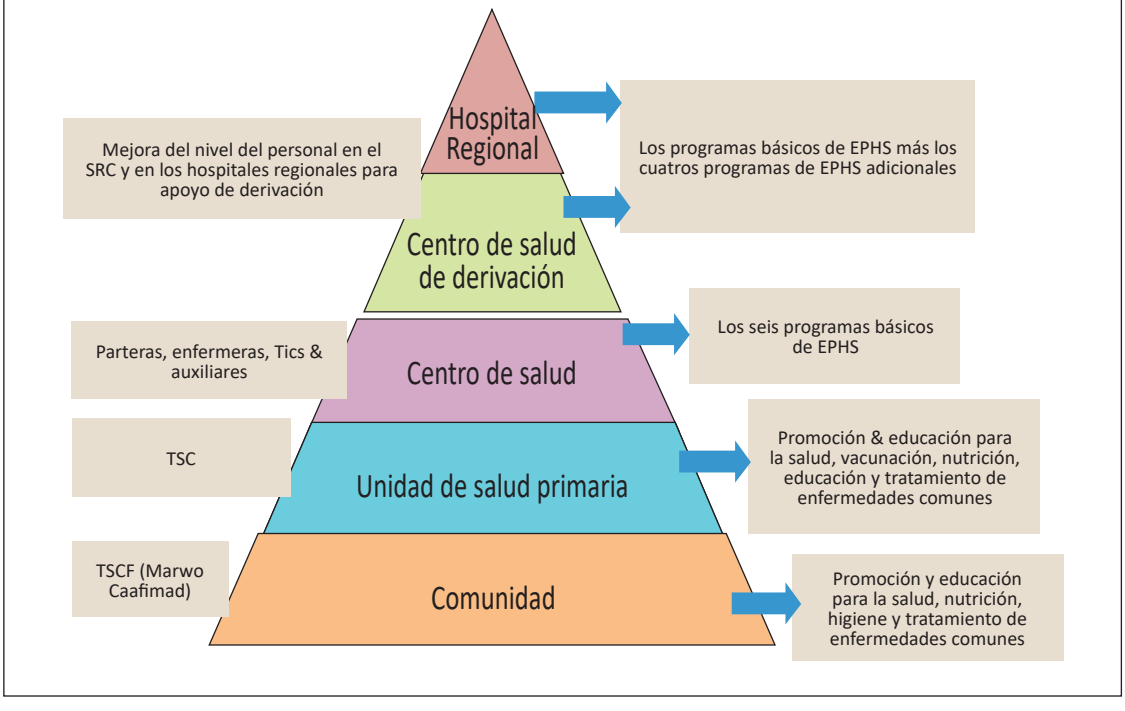
La estrategia de SCI para el desarrollo de capacidades de los trabajadores de salud combina la capacitación clínica basada en la adquisición de competencias, supervisión para darles mayor sustento y apoyo a los proveedores individuales. Un total de 12 proveedores de servicios (dos funcionarios clínicos, siete parteras y tres enfermeras) recibieron una capacitación de tres semanas orientada a la adquisición de competencias de PF y APA, y dos miembros del personal recibieron capacitación adicional para convertirse en capacitadores maestros. Con el paso del tiempo, se realizaron formaciones de actualización para asegurar que las habilidades del personal estén actualizadas. A causa de la rotación habitual del personal, los proveedores recientemente contratados reciben capacitación para asegurar que cada unidad cuente con suficiente personal capacitado. Además, tener una diversidad de funcionarios capacitados en APA y PF puede influir positivamente en la aceptación de anticonceptivos postaborto. [23] La capacitación integral contenía, entre sus temas, el tratamiento para complicaciones de abortos, incluyendo aspiración endouterina

(AVM) y misoprostol; consejería de PF postaborto y un amplio rango de métodos anticonceptivos, incluyendo métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés) y métodos permanentes. Además, los trabajadores de salud fueron capacitados en otras áreas necesarias para la prestación de un servicio de calidad, como la Prevención y Control de Infecciones. Después de la capacitación, cada proveedor recibió capacitación en su lugar de trabajo durante períodos de tres a seis meses por parte de facilitadores y del equipo del programa para brindarles mayor apoyo y asegurar la buena calidad del servicio. Se brindó orientación adicional durante la capacitación en el trabajo y hubo supervisión trimestral de sustento a cargo de SCI y del MDS. Cuando había pocas usuarias, se evaluaban las competencias de los proveedores trabajando con modelos anatómicos. Durante la supervisión de sustento, se utilizaban listas estandarizadas para evaluar la infraestructura del establecimiento de salud y las competencias de los proveedores en la prestación de servicios de APA. Se les hacía devoluciones o comentarios a los trabajadores de salud sobre los vacíos identificados por los supervisores y los planes de mejora eran acordados, en conjunto, por el supervisor y el trabajador de salud.

Para monitorear el desempeño individual, los trabajadores de la salud mantenían un registro de los casos de APA, del tratamiento brindado y de las evaluaciones de competencias de los trabajadores obtenidas durante las visitas de supervisión de sustento. Los registros se complementaban con una base de datos de la capacitación en Excel. La base de datos permitía al equipo del programa de SCI monitorear el nivel de capacitación de cada proveedor de servicios, los procedimientos realizados y las visitas de supervisión de sustento recibidas, todo lo cual permitió identificar necesidades de capacitación a lo largo del tiempo.

Una iniciativa crucial de la estrategia de desarrollo de capacidades del programa fue la creación de un centro de capacitación. SCI, con la colaboración del MDS, construyó y equipó un centro de formación en Kakaar para capacitar a proveedores de servicios en PF, APA y otros temas de SR. El centro de formación, en conjunto con otros instructores entrenados localmente, fue crucial para mantener las capacidades de los proveedores de servicios durante la implementación del proyecto.

Figura 1. El conjunto de servicios esenciales de salud de somalia (EPHS por sus siglas en inglés)



Mejora de la Infraestructura y de la gestión de la cadena logística

La infraestructura de la unidad es esencial para asegurar la privacidad y confidencialidad. Una evaluación inicial del establecimiento de salud identificaba las áreas que deben mejorar para brindar servicios de APA con suficiente privacidad y espacio para los procedimientos y consejería de anticoncepción post-aborto. A causa de la falta de consultorios adicionales en los espacios que reciben apoyo, los procedimientos de APA debieron ser integrados a los consultorios de parto. Si bien esto representaba desafíos a nivel de manejo de datos y privacidad, estas cuestiones fueron resueltas gracias al compromiso del MdS y de los proveedores de servicios de APA capacitados.

Los insumos esenciales de APA se seleccionaron de acuerdo a las recomendaciones aprobadas por el MdS, y formuladas por el UNFPA Estas incluyen kits de MVA, medicamentos esenciales (clorhidrato de doxicliclina, comprimidos, 100 mg; metrodinazol, comprimidos, 350 mg; misoprostol, comprimidos, 200 mg; ibuprofeno, comprimidos, 400 mg; inyección de oxitocina, 10 IU/ml; clorhidrato de lidocaína, inyección, 10mgs/ml (1%); sulfato de atropina, 1mg/ml; agua para inyecciones; gluconato de clorhexidina, solución detergente, 4%; gluconato de clorhexidina, solución concentrada, 5%) y renovables (guantes quirúrgicos, guantes de examen, jeringas, agujas, compresas, gasas y cajas para objetos punzantes). Las necesidades farmacéuticas se calcularon regularmente teniendo en cuenta el consumo mensual de cada unidad de salud. Las reservas de seguridad sirvieron de mecanismo de apoyo para prevenir daños en el equipo y provisiones médicas, y evitar la interrupción de los servicios. Los insumos disponibles se almacenaban en el almacén regional del MdS y se distribuían a cada unidad de salud dentro de la cadena de suministro del MdS. Los proveedores de servicios de salud que trabajaban en los establecimientos recibieron capacitación sobre cómo hacer pedidos de insumos basados en el consumo del último período y en las proyecciones para el siguiente. A excepción de la etapa de puesta en marcha, al proyecto nunca le faltó stock de ningún insumo esencial de APA o planificación familiar.

Monitoreo y evaluación

Para monitorear el programa, tomar decisiones programáticas basadas en información y optimizar el desempeño del programa, SCI implementó un marco integral, adaptado de M&E. Se elaboraron registros de APA en colaboración con el MdS. Los registros reunían información demográfica básica (edad, paridad y lugar), edad de gestación, modo de evacuación uterina, complicaciones, medicinas brindadas, consejería sobre planificación familiar y método anticonceptivo elegido. Los registros de APA incluyen información de APA-PF, ya que estos servicios se brindan en el mismo espacio físico. Luego, la información recolectada en estos registros se agregaba a la base de datos. Mensualmente, el equipo de SCI rectificaba la información faltante, revisaba y analizaba los datos, los analizaba con el personal del MdS y del establecimiento de salud y desarrollaba puntos de acción para los temas problemáticos que debían mejorarse. Dado que los resultados del programa reciben un seguimiento consistente, el personal del programa y los proveedores pueden priorizar su trabajo y abordar primero las cuestiones más críticas. Además de recolectar información rutinariamente, se realizaron entrevistas de salida a las usuarias (ESU) y un programa de evaluación extenso para evaluar la satisfacción de las usuarias y la calidad del servicio brindado. Las ESU sirvieron como mecanismo de responsabilización del programa al brindar información sobre la satisfacción de las usuarias y conocer sus sugerencias para mejorarla. Recolectores de datos capacitados realizaron entrevistas de salida anuales utilizando cuestionarios estandarizados y semi-estructurados. En 2015, la Iniciativa RAISE de la Universidad de Columbia realizó un programa externo de evaluación. La evaluación incluyó una examen de las áreas del programa, tales como la provisión del servicio, manejo de desperdicios y prevención y control de infecciones, insumos y equipos, supervisión de apoyo, capacitación del personal, uso de la información y actividades comunitarias. Los resultados indicaron que los servicios de PF y APA estaban disponibles y se usaban a medida que aumentaba progresivamente el número de usuarias. Fueron identificadas como áreas que podían y debían mejorarse el bajo porcentaje de aceptación de LAPM y la participación limitada de los hombres en las actividades comunitarias. Los resultados y recomendaciones de la evaluación independiente constataron los esfuerzos de mejora de SCI.

Movilización comunitaria

Actividades de generación de demanda

SCI trabajó en conjunto con el MdS aplicando una estrategia sistemática de sensibilización comunitaria para mejorar el conocimiento y la conciencia sobre los servicios de APA e impulsar un cambio de comportamiento entre las comunidades de Puntland. El enfoque implicaba trabajar con un amplio rango de actores comunitarios, incluyendo los Comités Comunitarios de Salud, Trabajadores de Salud de Comunidades (TSC), defensores de PF/APA y líderes comunitarios y religiosos. Se instruyó a las comunidades destinatarias sobre los riesgos relacionados con las complicaciones en el aborto, los beneficios de APA para la salud y los servicios de PF. Antes de abril de 2014 no había TSC trabajando en el programa y el seguimiento de las usuarias se realizaba por teléfono a causa de las susceptibilidades ligadas a los servicios de PF y APA. Luego de que mejorara la aceptación de los servicios de APA por parte de la comunidad, se reclutaron y capacitaron dos TSC por unidad para realizar visitas a domicilio, seguimiento de usuarias y sensibilización comunitaria utilizando materiales didácticos de información, educación y comunicación especialmente adaptados. Los líderes religiosos y comunitarios se han convertido en defensores de APA y trabajan para garantizar soluciones basadas en la comunidad a fin de asegurar que las mujeres puedan llegar a los establecimientos de salud oportunamente para recibir servicios de APA. Además, han discutido frecuentemente sobre la importancia de APA en las comunidades para reducir el estigma potencial que existía inicialmente en torno a dichos servicios.

Estrategia de promoción y defensa

La estrategia de promoción y defensa de SCI implicaba el compromiso del MdS tanto a nivel regional como central, para crear y habilitar el ambiente propicio para la prestación de servicios de APA. A causa de las susceptibilidades iniciales relacionadas a los servicios de PF, los servicios de APA fueron abordados como un componente fundamental de la salud materna. SCI involucró al gobierno en el diseño, implementación, revisión y evaluación del programa. Durante las revisiones periódicas compartió información y lecciones aprendidas en la implementación del programa con funcionarios del gobierno de todos los niveles, con el objetivo de influenciar los planes, políticas y estrategias del gobierno. El gobierno expresó su voluntad de adoptar el enfoque de SCI en la APA y la planificación familiar en todo Puntland.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo a fin de observar los cambios en las estadísticas de los servicios de salud relacionados a la APA atribuibles al programa de PF y APA de SCI. Todas las usuarias que recibieron servicios de APA y los cuatro establecimientos de salud apoyados por SCI desde enero de 2013 a diciembre de 2015 se incluyeron en este análisis. Los datos primarios de las usuarias, que se reunieron a través de la base de datos del programa, se analizaron usando MS Excel para generar tablas, promedios y cuadros. La información se limpiaba y verificaba mensualmente como parte de la rutina del sistema de M&E.

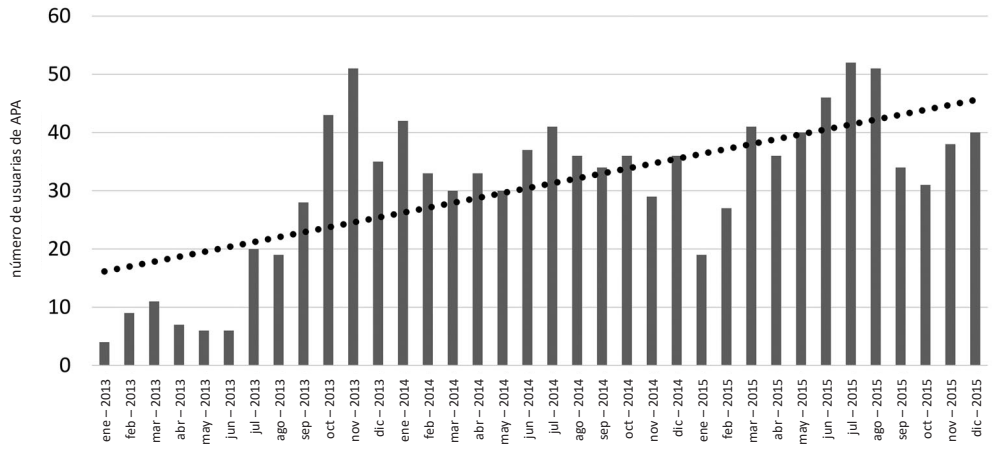
Resultados

Servicios y tratamientos

Entre enero del 2013 y diciembre del 2015 un total de 1111 usuarias recibieron servicios de APA en los cuatro establecimientos de salud apoyados por SCI. El número de usuarias de APA aumentó de un promedio mensual de 19.91 usuarias de APA (DS= 15.95) en 2013 a 34.75 promedio mensual (DS= 4.11) en 2014 y finalmente a un promedio mensual de 37.92 usuarias de APA (DS= 9.52) en 2015 (Figura 2). Lo que implica que el aumento fue significativo entre 2013/2014 ($p = .006$) y 2013/2015 ($p = .001$)

Durante el mismo período de tres años, 57% (629/1111) de las usuarias que fueron tratadas con MVA, 24% (268/1111) usaron misoprostol, mientras que 19% (214/1111) no necesitaron una evacuación ya que los productos de la concepción habían sido expulsados naturalmente. El número medio mensual de usuarias de APA tratadas con misoprostol aumentó más del triple: de 3.17 (DS= 4.20) en 2013 a 11.5 (DS= 3.21) en 2015 ($p< .001$).

Figura 2. Número de usuarias de APA por mes; Save the Children, Puntland, Somalia, 2013-2015

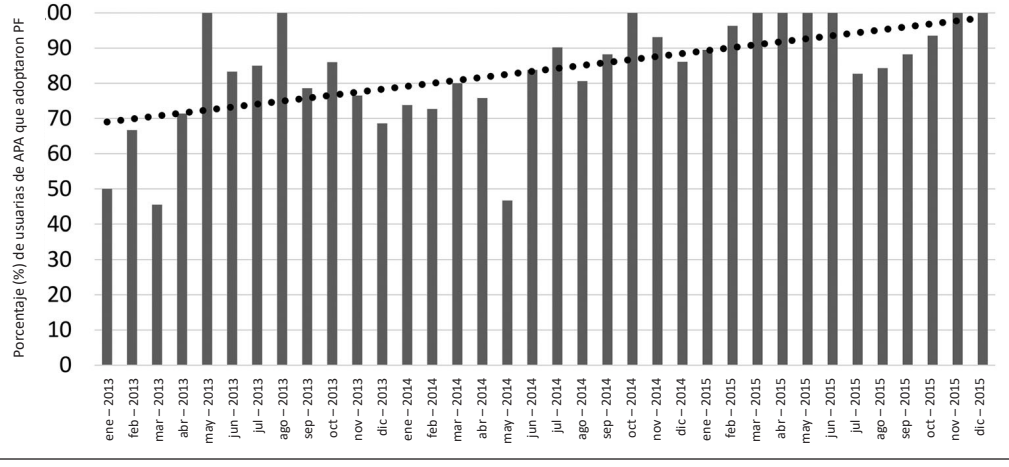


Aceptación de la consejería y cuidados postaborto de PF

En el período 2013-2015, el 98% (1090/1111) de las usuarias de APA recibió consejería sobre métodos anticonceptivos post-aborto, de estas, el 88% (955) aceptó un método anticonceptivo antes de abandonar el establecimiento (Figura 3). En general, el porcentaje de usuarias de APA que adoptó un método de planificación familiar fue alto y el promedio mensual total de usuarias de APA que aceptó la PF aumentó de 15.58 (DS = 12.92) en 2013 a 35.75 (DS = 6.14) en 2015 ($p < .001$). Luego de una notable disminución en la proporción de usuarias de APA que adoptaron un método anticonceptivo, en mayo 2014, se realizaron capacitaciones y acompañamientos *in-situ* para los proveedores del servicio a fin de garantizar que la atención y consejería brindada fueran de calidad.

Durante todo el período 2013-2015, el 70% (673/1111) de usuarias de APA optaron por un método de planificación familiar a corto plazo, el 34% (375/1111) eligió pastillas anticonceptivas y el 27% (298/1111) eligió inyectables. De las que adoptaron un método LARC, el 14% (160/1111) optó por un dispositivo intrauterino (DIU) y el 11% (122/1111) eligió un implante. La Figura 4 muestra

Figura 3. Porcentaje de usuarias de APA que adoptaron PF, por mes; Save the Children, Puntland, Somalia 2013 – 2015



que la combinación de métodos anticonceptivos de las usuarias APA-PF cambió en gran medida a través del tiempo para incluir una mayor variedad de opciones anticonceptivas. Casi el 30% (68/223) optó por LARC en los seis últimos meses (julio - diciembre 2015) en comparación al 10% (3/29) en el primer período de seis meses (enero – junio 2013).

Discusión

En Somalia, un país religiosamente conservador, con leyes altamente restrictivas sobre el aborto y un sistema legal dañado por la prolongada crisis política, el acceso a servicios de APA oportunos y de calidad no es solo vital para manejar complicaciones que van desde abortos espontáneos hasta abortos inseguros, sino que previene embarazos no deseados en el futuro ya que brinda anticonceptivos. Los logros y resultados del programa de APA de SCI en Puntland, Somalia, demuestran que es factible implementar exitosamente servicios de APA en una zona afectada por el conflicto y por los desastres naturales y que tiene un contexto cultural sensible. Desde que se inició el programa, hasta diciembre del 2015, el proyecto llegó a 1111 mujeres con servicios integrales de APA, superando las metas del programa basadas en el tamaño de la población, la tasa de fertilidad total, y la información sobre los establecimientos. El aumento sostenido del uso del servicio de APA en los establecimientos de salud apoyados por SCI demuestra que con un modelo de programa integral y bien implementado la aceptación y adopción de servicios de APA pueden ser incrementadas aun en entornos humanitarios inestables. También prueba que el enfoque del programa de mejorar la prestación del servicio a través de equipos e insumos adecuados, el desarrollo de capacidades y la participación comunitaria, es un modelo de programa exitoso para la prestación de servicios de APA en entornos humanitarios y es potencialmente replicable en otros contextos similares. El proyecto garantizó que hubiera personal competente y capacitado en todas las unidades las 24/7, con una fuente de energía solar de reserva y que los insumos esenciales nunca escasearan asegurando una disponibilidad confiable y consistente del servicio.

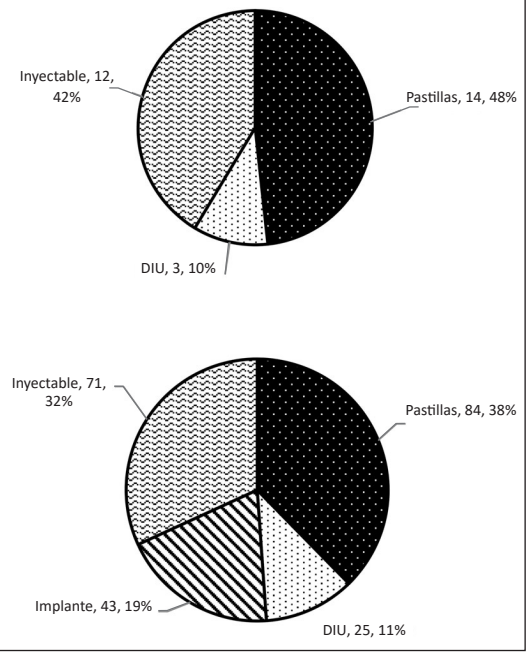
El compromiso sostenido de los distintos sectores de las comunidades, especialmente los líderes religiosos y comunitarios fue vital para aclarar las ideas erróneas sobre la APA y la PF postaborto, y fue crucial para mejorar la utilización del servicio. La participación del MdS en todas las etapas del ciclo del programa promovió la buena colaboración y facilitó la implementación exitosa del programa. Si bien nuestro enfoque actual generalmente ha tenido éxito en llevar los servicios de aborto a la comunidad y generar conciencia sobre el tema, sigue habiendo algunos vacíos. Por ejemplo, el enfoque de participación comunitaria en la actualidad no está específicamente dirigido a hombres y jóvenes. Además los mensajes sobre la APA y la anticoncepción no han sido adaptados a las necesidades específicas de varios grupos de la comunidad. Adaptar los mensajes e incluir más actividades y más diversificadas para crear conciencia comunitaria podría potencialmente atender y movilizar a miembros específicos de la comunidad, como los maridos u hombres jóvenes con más eficacia.

Previamente a la implementación del programa, solo el hospital contaba con servicios de APA y solo realizaba evacuaciones utilizando D&C. A pesar de sus ventajas, seguridad y rentabilidad, MVA era muy difícil de conseguir en Puntland a causa de la ausencia de personal capacitado e insumos. Luego de la implementación de APA con MVA y misoprostol en establecimientos de salud y hospitales y la capacitación del personal, el servicio de APA fue brindado por trabajadores de nivel intermedio, tales como enfermeras y parteras. MVA fue el método preferido para el tratamiento de abortos incompletos en nuestro entorno (57%) en comparación al misoprostol (24%). La introducción no solo hizo que los servicios de APA estuvieran disponibles en las unidades de salud, también aumentó la disponibilidad del servicio en zonas remotas que anteriormente estaban desconectadas de cualquier opción de tratamiento de APA. La distribución de tareas de APA a través de la introducción de MVA y misoprostol aumenta la disponibilidad, el acceso, y la seguridad de los servicios. La evidencia disponible muestra que ambos métodos, MVA y misoprostol, son igualmente efectivos en el tratamiento de abortos incompletos y otras complicaciones.[24] La OMS recomienda ambos métodos para el tratamiento de abortos incompletos. MVA es más seguro, más económico más factible de ser implementado en entornos de bajos recursos, en comparación con D&C que era el método predominante antes del proyecto de PF y APA. El misoprostol es una alternativa no-quirúrgica segura para el tratamiento de abortos incompletos y puede ser utilizado de forma segura con trabajadores de salud de menor nivel con un mínimo de competencia en entornos globales.[8]

La consejería a las usuarias sobre postaborto y anticoncepción es un componente estándar de APA. En los lugares apoyados por SCI, todas las usuarias de APA deberían recibir sistemáticamente asesoría de anticoncepción y potencialmente el método de su elección antes de dejar el establecimiento de salud. El proveedor brinda asesoría a las usuarias de APA sobre los métodos disponibles, y su efectividad, efectos colaterales y uso y las mujeres eligen el método anticonceptivo que prefieren. Una estrategia exitosa fue hacer que los servicios anticonceptivos estuvieran disponibles directamente en el punto de servicio de APA para evitar la derivación de las usuarias de modo que estas puedan ser tratadas por complicaciones de aborto por el mismo proveedor que le ofrece anticonceptivos postaborto. El porcentaje de mujeres que aceptaron los anticonceptivos post-aborto en nuestro entorno es mayor al objetivo internacional recomendado de 80% y también es más alto en comparación a otros contextos frágiles como Djibouti, Chad, Pakistán, RDC y Mali donde se registran tasas de APA-PF que van del 28 al 77%.[25] Si bien el porcentaje de usuarias de APA que aceptó un método moderno de PF fluctuó, probablemente a causa de variaciones naturales, esto mejoró continuamente debido a la capacitación y asesoría de PF post-aborto, apoyo a los proveedores individuales, y seguimiento durante la supervisión de apoyo. Nuestros resultados son similares a los de otros países de bajos ingresos donde la aceptación de APA-PF mejoró luego de implementar capacitaciones específicamente sobre consejería. [26]

Si bien el 70% de las usuarias de APA optaron por métodos anticonceptivos de corto plazo, en el período de tres años se observó una tendencia gradual hacia métodos LARC más efectivos. Se espera que la aceptación de los métodos LARC aumente a medida que se aclaren los malos entendidos y mejoren las capacidades de los proveedores con el tiempo, particularmente en relación a la consejería. Si bien no hay un estándar "esperado" de combinación de métodos para cualquier entorno, el predominio (>50% de cualquier método) o de uno o dos métodos en cualquier entorno requiere mayor investigación, ya que podrían implicar un rango de opciones insuficiente, parcialidad de los proveedores o preferencias culturales.[27,28] En el contexto del programa de Puntland, siempre estuvieron disponibles todas las opciones, así que el tema de la insuficiencia de los métodos no aparece. Otros factores socioculturales que podrían estar influenciando la elección de métodos a corto plazo en nuestro entorno podría ser el deseo de la mayoría de las mujeres de volver a ser fértiles lo antes posible después de un aborto espontáneo. En la cultura somalí, las familias grandes son valoradas y por lo tanto las mujeres están continuamente expuestas a la presión social de tener más hijos. También es posible que a causa de la juventud relativa de la mayoría de usuarias, la parcialidad de los proveedores intervenga para influenciar las elecciones de PF de las mujeres. La información de una muestra de usuarias de un examen de registro realizado en Puntland, en diciembre de 2014, indicó que, en general, el 57% de las usuarias de PF que aceptaban métodos de PF en unidades apoyadas por SCI tenían menos de 30 años. Aunque el 50% de las usuarias en general tenía cinco hijos o más, ninguna de las menores de 25 años recibió un DIU.[29] Es preciso investigar más este tema para entender mejor todos los factores que influyen en la mujer cuando elige el método anticonceptivo post-aborto en nuestro contexto.

Figura 4. Cambios en la combinación de métodos de planificación familiar; enero – junio 2013 vs julio – diciembre 2015, Save the Children, Puntland, Somalia



Limitaciones

Nuestros datos son datos de rutina del programa y la cobertura de la intervención se limita a cuatro establecimientos de salud; sin embargo, en abril de 2016, el programa se expandió a seis establecimientos más y ha demostrado que puede elevarse a una escala mayor y ser más económico. Nuestros resultados no se pueden generalizar a toda la población ya que las características de la población que accede a nuestros servicios pueden diferir de la población en general. No hubo una tasa de uso de anticonceptivos (CPR) como parámetro de referencia antes del inicio del programa; por lo tanto no ha sido posible medir la contribución de nuestro programa a la mejora de la CPR. Más aún, el estudio carece de un grupo de comparación apropiado que pueda servir como grupo de control.

Conclusión

Nuestra información muestra que los servicios integrales de APA pueden ser implementados en contextos políticamente inestables y culturalmente conservadores donde se puede correr el riesgo de que el aborto y los anticonceptivos modernos sean estigmatizados por las poblaciones, los trabajadores de la salud y los encargados de formular las políticas. La estrategia multidimensional es esencial en tales condiciones y fue adoptada para asegurar que en Somalia se implementaran de manera efectiva servicios de APA de calidad. La metodología consistió en fortalecer las capacidades de los trabajadores de salud, la mejora continua de la prestación del servicio, la colaboración constante con las autoridades sanitarias locales y una participación comunitaria sostenida. Como en todos los contextos humanitarios, en Somalia existen grandes necesidades insatisfechas de servicios de APA. Deben destinarse más recursos para expandir aún más la prestación de servicios de APA de calidad en países afectados por la crisis, a fin de tratar las complicaciones postaborto, asegurar que haya planificación familiar, consejería y suministros eficaces y contribuir a la reducción de mortalidad materna a nivel mundial.

Referencias

1. WHO. Maternal mortality fact sheet. 2016.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323–e333.
3. Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012;379(9816):625–632.
4. Singh S, Darroch J, Ashford L. Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. New York, NY: Guttmacher Institute; 2014.
5. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG. 2016;123(9):1489–1498.
6. WHO. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Geneva: WHO; 2011.
7. Vlassoff M, Shearer J, Walker D, et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Vol. 59. Brighton: Institute of Development Studies; 2008.
8. Barot S. Implementing post-abortion care programs in the developing world: ongoing challenges. New York, NY: Guttmacher Institute; 2014.
9. RamaRao S, Townsend JW, Diop N, et al. Post-abortion care: going to scale. Int Perspect Sex Reprod Health. 2011;37(1):40–44.
10. Swatzyna RJ, Pillai VK. The effects of disaster on women's reproductive health in developing countries. Glob J Health Sci. 2013;5(4):106.
11. Tunçalp Ö, Fall IS, Phillips SJ, et al. Conflict, displacement and sexual and reproductive health services in Mali: analysis of 2013 health resources availability mapping system (HeRAMS) survey. Confl Health. 2015;9(1):28.
12. McGinn T, Austin J, Anfinson K, et al. Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. Confl Health. 2011;5(1):11.
13. Casey SE, Chynoweth SK, Cornier N, et al. Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. Confl Health. 2015;9(1):S3.
14. Austin J, Guy S, Lee-Jones L, et al. Reproductive health: a right for refugees and internally displaced persons. Reprod Health Matters. 2008;16(31):10–21.
15. Catino J. Meeting the Cairo challenge: progress in sexual and reproductive health. Implementing the ICPD Programme of Action. New York, NY: Family Care International; 1999.
16. Casey SE. Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: a systematic review. Confl Health. 2015;9(1):S1.

17. Lehmann A. Safe abortion: a right for refugees? Reprod Health Matters. 2002;10(19):151–155.
18. UNFPA. Population Estimation Survey; 2013.
19. PRB. World population data sheet. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2016.
20. World Bank. World development indicators database; 2016.
21. Save the Children. The urban disadvantage: state of the World's mothers 2015. Fairfield, CT: Save the Children Federation; 2015.
22. OCHA. Humanitarian needs overview: Somalia; 2015.
23. Maxwel L, Voetagbe G, Paul M, et al. Does the type of abortion provider influence contraceptive uptake after abortion? An analysis of longitudinal data from 64 health facilities in Ghana. BMC Public Health. 2015;15(1):586.
24. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. Expert Rev Obstet Gynecol. 2007;2(1):67–108.
25. Curry DW, Rattan J, Huang S, et al. Delivering high-quality family planning services in crisis-affected settings II: results. Global Health Sci Pract. 2015;3(1):25–33.
26. Tripney J, Kwan I, Bird KS. Post-abortion family planning counseling and services for women in low-income countries: a systematic review. Contraception. 2013;87(1):17–25.
27. Bertrand JT, Sullivan TM, Knowles EA, et al. Contraceptive method skew and shifts in method mix in low-and middlei come countries. Int Perspect Sex Reprod Health. 2014;40 (3):144–153.
28. Sullivan TM, Bertrand JT, Rice J, et al. Skewed contraceptive method mix: why it happens, why it matters. J Biosoc Sci. 2006;38(04):501–521.
29. Save the Children. Family planning and post-abortion care register review data; 2015.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,58-68
DOI: 10.1080/09688080.2017.1392220

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

"Sin este programa, las mujeres podrían perder la vida": experiencias de mujeres migrantes con el Programa de Derivación para Abortos Seguros en Chiang Mai, Tailandia

Ellen Tousaw,[a] Ra Khin La,[b] Grady Arnott,[c] Orawee Chinthakanan,[d] Angel M. Foster [e, f, g]

a 2016-2017 Becario, Cambridge Reproductive Health Consultants, Cambridge, MA, EE.UU.
b Coordinador, Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes, Chiang Mai, Tailandia
c 2014-2015 Becario, Cambridge Reproductive Health Consultants, Cambridge, MA, EE.UU.
d Instructor Clínico, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Ramathibodi, Mahidol University, Bangkok, Tailandia
e Cofundador y Director de Cambridge Reproductive Health Consultants, Cambridge, MA, EE.UU.
f Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ottawa, Ottawa, ON, Canadá. Correspondencia: angel.foster@uottawa.ca
g Científico Principal, Instituto de Salud de la Población, Universidad de Ottawa, Ottawa, ON, Canadá

Resumen *Para las mujeres desplazadas y migrantes en el norte de Tailandia, el acceso a los servicios de salud a menudo es limitado, el embarazo no deseado es común y el aborto inseguro es un principal contribuyente a las muertes y discapacidades maternas. A raíz de un proyecto piloto y una investigación de análisis situacional, en 2015 un equipo multinacional lanzó el Programa de Derivación para Abortos Seguros (SARP, por sus siglas en inglés) en Chiang Mai, Tailandia, con el fin de reducir las barreras sociolingüísticas y económicas, así como las de documentación y transporte, que enfrentan las mujeres de Birmania para acceder a servicios de aborto seguro y legal en Tailandia. Nuestro estudio cualitativo documentó las experiencias de mujeres con embarazos no deseados que accedieron al SARP, con el fin de informar el mejoramiento y la ampliación del programa. Realizamos 22 entrevistas a profundidad, en persona, y analizamos su contenido y temáticas utilizando técnicas deductivas e inductivas. Las mujeres fueron casi unánimemente positivas al relatar sus experiencias utilizando el SARP. Mencionaron como características indispensables: servicios gratuitos, personal programático amigable, acompañamiento a la unidad de salud e interpretación durante su visita, y seguridad de servicios. Circunstancias financieras y jurídicas influyeron en el acceso al programa. Las mujeres se enteraron del SARP por comentarios de terceros y en talleres comunitarios. Después de acceder al SARP y recibir apoyo, las mujeres pasaron a ser promotoras comunitarias de la salud reproductiva. Aparentemente, son justificados los esfuerzos por ampliar el programa y crear mayor conciencia sobre este tema en comunidades migrantes. Nuestros resultados indican que los programas de derivación para servicios de aborto seguro y legal pueden ser exitosos en entornos con grandes poblaciones de mujeres desplazadas y migrantes. Identificar las maneras de trabajar dentro de las restricciones jurídicas para ampliar el acceso a los servicios seguros, tiene el potencial de reducir los daños causados por el aborto inseguro, incluso en entornos humanitarios. Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1392220*

Palabras clave: aborto, salud reproductiva, migrantes, refugiados, Myanmar, investigación cualitativa

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Introducción

La situación general, política y económica en Birmania* ha conducido al desplazamiento de millones de personas[1]. Alrededor de 230 000 personas han sido desplazadas al interior del país y otras 100 000 viven en nueve campamentos de refugiados a lo largo de la frontera entre Tailandia y Birmania[2]. La región del norte de Tailandia sirve de refugio a centenares de miles de migrantes, documentados y no documentados, provenientes de Birmania.[3] Las necesidades de salud reproductiva no atendidas de las mujeres desplazadas y migrantes de Birmania, están bien documentadas[4-10]. Se calcula que la tasa de mortalidad en Birmania Oriental, afectada por conflictos, es de alrededor de 1000 muertes por cada 100 000 nacidos vivos[11]. Esto significa una tasa cinco veces más alta que la tasa total de muertes en toda Birmania[12], y superior aún a la tasa de muertes en Tailandia: 20 por cada cien mil en Tailandia[13]. A pesar de los esfuerzos de una infinidad de organizaciones no gubernamentales, internacionales y nacionales,[4, 5, 14] las mujeres desplazadas desde Birmania sufren mayores riesgos de violencia sexual y de embarazos no deseados, así como abortos en condiciones no seguras[4, 10, 15-17]. El aborto es ilegal en Birmania, a menos que se trate de salvar la vida de la mujer, una excepción que se interpreta de manera muy limitada[18]. Un aborto no autorizado pone tanto a la mujer como a quien lo realiza en riesgo de cárcel, multas, o ambas[17]. En Tailandia el aborto es legal en un mayor número de circunstancias, por ejemplo, cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud física o mental de la mujer; o si es resultado de violación o incesto, o si sucede antes de que la mujer cumpla 15 años de edad o cuando el feto presenta anomalías[19]. De todos modos, sigue siendo difícil para las mujeres birmanas recibir atención para abortar en Tailandia, aun cuando el embarazo esté dentro de las categorías legalmente autorizadas. Los obstáculos al acceso se deben a falta de centros de salud y de proveedores de servicios de salud, quienes a veces no comprenden o malinterpretan la legislación tailandesa; y también a las diferencias lingüísticas entre pacientes y personal de salud, costos, limitaciones de viaje, y tabúes socioculturales. [4,10,16, 19-22]

En vista de este cuadro general, un grupo multidisciplinario y multinacional emprendió, en 2012, un proyecto piloto de derivaciones para realizar abortos en condiciones seguras en Mae Sot, Tailandia[21]. Luego de varios años de colaboración, y con fondos provenientes de un donante anónimo y de una colectividad de mujeres de Nueva Zelandia, hubo investigadores, expertos en legislación y políticas, y médicos clínicos de Salud Reproductiva Ibis (Estados Unidos), de la Universidad de Ottawa, (Canadá) y de la Clínica Mae Tao (Tailandia) que elaboraron e implementaron el proyecto. Con base en un análisis sobre varios casos, llevado a cabo durante 18 meses, y gracias al empeño de los participantes, el proyecto piloto se dedicó a derivar a mujeres birmanas que cumplían con los criterios de elegibilidad para un aborto legal, dirigiéndolas donde un especialista tailandés, calificado y autorizado. Durante el primer año del programa, las organizaciones de comunidades birmanas (OCB) que operan en las fronteras entre Birmania y Tailandia, pudieron derivar a 24 mujeres al hospital de Mae Sot, para que recibieran atención y pudieran abortar legalmente y en forma segura[21]. La investigación continuada sobre las mujeres que han recurrido a ese sistema demostró que este programa (que ha tenido repercusiones culturales) cubría unas exigencias muy urgentes, aunque quedan algunas áreas en las que todavía se puede mejorar[23].

El éxito del proyecto piloto nos hizo comprender que se pueden estudiar los parámetros legales en vigencia —que son complejos—, con el objeto de aumentar el acceso a un aborto legal y seguro para mujeres desplazadas y en zonas de conflicto; y que se justificaba el esfuerzo de llevar el proyecto a un nivel más alto[21]. En otoño de 2014, un grupo multinacional de Consultores en Salud Reproductiva de la Universidad de Cambridge, la Universidad de Ottawa, la Clínica Mae Tao y la Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes (ARHZ, por sus siglas en inglés) de Tailandia, llevaron a cabo una investigación analizando varios casos para poder valorar la factibilidad de un Programa de Derivación para Abortos Seguros (SARP) en Chiang Mai, Tailandia[22]. El presente trabajo ha incluido el estudio de documentos institucionales y entrevistas con los profesionales más importantes y los representantes de las OCB. Se conversó con mujeres desplazadas y migrantes, lo que ayudó a una mejor comprensión de la percepción del aborto por parte del público en general, y se pudo suscitar el interés en esta iniciativa. Los resultados

* Aunque la Junta Militar ha cambiado el nombre del país a Myanmar en 1989, hay una serie de grupos étnicos minoritarios que ponen en tela de juicio ese cambio. Por respeto a estos grupos, en este artículo empleamos Birmania en lugar del nombre oficial del país.

dan a entender que el proyecto SARP está en condiciones de satisfacer una necesidad muy importante para las mujeres que viven en la zona norte de Tailandia, y que tanto las OCB birmanas como los especialistas tailandeses están dispuestos a participar en el programa.

Con los resultados del proyecto piloto en Mae Sot; los del análisis de la investigación de Chiang Mai, la Zona de Salud Reproductiva para Adolescentes (ARHZ) y una red de cinco OCBs que atienden a mujeres refugiadas y migrantes de Birmania, se inició la implementación del SARP en abril de 2015. Antes de inaugurarlo, los asesores de ARHZ participaron en un curso de tres días de duración que se centró en cuestiones legales y médicas relacionadas con el aborto tanto en Tailandia como en Birmania, y también sobre opciones de embarazo, asesoría, ejercicios para fomentar capacidades y la logística del SARP. Este curso también ofreció una oportunidad para que los asesores de la ARHZ conocieran a sus colegas involucrados en el proyecto piloto de Mae Sot. Especialistas tailandeses en aborto e investigadores de Estados Unidos ofrecieron asistencia técnica, seguimiento y evaluación. Además de proporcionar los documentos de derivación necesarios para que las mujeres puedan abortar en forma segura, el SARP también ofreció apoyo económico, incluyendo los costos del procedimiento mismo y los del viaje, servicios de interpretación y acompañamiento, según era necesario o solicitado.

Entre el 1 abril de 2015 y el 31 marzo de 2017, 81 mujeres provenientes de comunidades birmanas en el norte de Tailandia pudieron acceder al SARP. Eran mujeres con un promedio de 23 años (entre 15 y 29) tanto migrantes como refugiadas procedentes de varias comunidades de Birmania, y de varios grupos étnicos, lingüísticos y creencias religiosas. Cincuenta y dos mujeres (64%) fueron derivadas a cuidados y aborto seguro y legal, en un hospital público o en una clínica privada en Tailandia. Diecisiete mujeres (21%) se acercaron al SARP, pero no se les otorgó un documento de derivación o tratamiento abortivo porque no cumplían con los requisitos de elegibilidad de Tailandia. La mayor parte de estos rechazos ocurrió en los meses posteriores al lanzamiento del programa, y se debieron a una interpretación demasiado estrecha, por parte de un médico clínico, de la cuestión de salud mental: los asesores del SARP aprendieron mucho de estas primeras experiencias y se esforzaron en recomendar otros especialistas. Además, ocho mujeres (10%) no pudieron someterse al aborto por falta de fondos en 2016; una vez obtenidos los fondos adicionales necesarios, se reinició el programa.

Por último, cuatro mujeres (5%) se acercaron al SARP y, y estando embarazadas y luego de atender las opciones planteadas por los consejeros decidieron continuar con su embarazo; estas mujeres no fueron derivadas para el aborto. En este artículo presentamos los hallazgos de un estudio cualitativo sobre mujeres que recurrieron al programa SARP para comprender sus experiencias e identificar rutas para mejorar el programa.

Métodos

Entre diciembre de 2016 y mayo de 2017, se han realizado 22 entrevistas a profundidad, semiestructuradas y abiertas respecto a los resultados, con mujeres que deseaban recibir tratamiento para poder abortar con el SARP. Aprovechando la información brindada por las mujeres que habían recibido ayuda del programa, nos pusimos en contacto con RKL, una persona que habla inglés y birmano. Esta habló con algunas mujeres y las invitó a encontrarse con el grupo de investigación en un lugar y hora convenientes para todos. Se reunieron mujeres que habían sido derivadas para tener un aborto legal, y también otras que no habían podido abortar. Esto se hizo a propósito para tener varias opiniones. También, en forma adrede, reunimos mujeres de distintas edades y grupos étnicos y comunidades religiosas, con la intención de conseguir un mayor número de opiniones. Después de realizar 16 entrevistas, nos pareció que habíamos llegado a la saturación del tema[24], pero hicimos otras 6 entrevistas más para confirmar esta impresión, y luego dejamos de entrevistar a las demás participantes.

Nuestras orientaciones-guía en las entrevistas para esta evaluación se basaron en los resultados del proyecto piloto en Mae Sot, Tailandia, así como en el análisis e investigación sobre varios casos en Chiang Mai.[21-23] ET, una persona natural de Canadá, llevó a cabo todas las entrevistas con la ayuda de RKL, después de recibir un entrenamiento adecuado de parte de AMF, un antropólogo y médico estadounidense con vasta experiencia en la zona limítrofe entre los dos países. Luego de obtener consentimiento verbal de las participantes empezamos las entrevistas recabando información demográfica general. Luego se les pedía a las participantes que hablaran sobre sus propias situaciones: condiciones sexuales, anticonceptivos y embarazos, entrando en detalle sobre cada evento

relacionado con la salud reproductiva. Proseguimos averiguando las circunstancias que rodeaban la situación del embarazo no deseado y la experiencia de las participantes en cuanto a posibilidades de obtener asesoría de parte del SARP. A partir de allí, las entrevistas se encaminaron sobre dos vías diferentes: a las mujeres que fueron derivadas a cuidados abortivos se les preguntó cuáles eran sus impresiones respecto a la atención recibida, y a las que no fueron remitidas al mismo, se les preguntó sobre la continuación de su embarazo y el impacto de no haber podido abortar. Todas las entrevistas concluyeron con una conversación sobre cómo los servicios de salud reproductiva en general, y el SARP en particular, podían responder mejor a las exigencias de las mujeres migrantes y/o refugiadas en el norte de Tailandia.

Las entrevistas duraron una hora en promedio. Para agradecer a las participantes, les entregamos 300 *bahts* (moneda tailandesa) equivalente a 9 dólares que cubrirían todos los gastos relacionados con su participación, y les ofrecimos bebidas y bocadillos. Casi todas las participantes se negaron a que grabáramos sus entrevistas. ET tomó muchas notas durante y después de las mismas, y las resumió con RKL. después de concluir cada una. Luego presentó un memorándum oficial. Este memorándum ha permitido reflexionar no solo sobre la interacción participante-investigador-intérprete, sino también sobre la importancia de llegar a la saturación del tema.

Nuestro plan de análisis incluía un proceso iterativo que se iniciaba con la recopilación de datos. Se analizaron las notas y memorandos detallados, y también las transcripciones de las pocas entrevistas grabadas, para recordar contenidos y temas, empleando códigos predeterminados, así como otros para definir otras categorías que iban surgiendo[25]. ET desarrolló un registro de códigos bajo la supervisión de AMF. Se llevaron a cabo varias reuniones para poder orientar nuestra interpretación y resolver algunos desacuerdos.

La Junta Directiva de la ARHZ convocó un panel sobre éticas comunitarias para estudiar y aprobar el protocolo y asegurarse de que el proyecto cumplía con normas tanto nacionales como internacionales de investigación. En la parte de nuestras conclusiones presentamos asuntos clave que se discutieron en las entrevistas. Presentamos también citas que ET y RKL transcribieron textualmente en el momento de la entrevista. Hemos editado o encubierto la información que pueda identificar a las personas en particular, y hemos utilizado seudónimos a lo largo de todo ese trabajo. También hemos presentado varias viñetas narrativas (Figuras 1 y 2) para brindar una descripción detallada[26] de las experiencias vividas por las entrevistadas.

Figura 1: La historia de Soi Win

Soi Win es una mujer de 30 años, indocumentada, trabajadora migrante del Estado de Kayin, Birmania. En 2014 se mudó a Tailandia para trabajar; vivió durante un año en un campamento de refugiados cerca de la frontera entre Birmania y Tailandia y de allí se mudó a Chiang Mai. El año pasado, Soi Win tuvo un embarazo no deseado. Quería terminarlo porque su relación no era estable y no podía mantener un niño ella sola.

"Yo vivía con mi novio pero él no quería ni casarse ni quedarse conmigo, así que no tengo a nadie más que me ayude. ¿Cómo podré mantener a un niño sin padre? No tengo dinero... no tengo alimentos, y cada día me pregunto qué voy a poder comer. Le dije a mi compañero que estaba embarazada y contestó que él no asumía ninguna responsabilidad. Fue un momento muy difícil para mí".

Soi Win se enteró del SARP gracias a otras mujeres migrantes de la comunidad. Se le ofrecieron opciones para el embarazo y el asesor del SARP la consideró elegible para ser derivada argumentando razones de salud mental. El aborto se hizo en una clínica privada de Chiang Mai. Como Soi Win no habla tailandés, estuvo agradecida al asesor del SARP quien la acompañó para servirle de intérprete. Le pareció que tanto los médicos como las enfermeras fueron muy amables y de gran ayuda.

Mirando hacia atrás, Soi Win siente, de vez en cuando, cierta tristeza por haber abortado, y por las circunstancias en las que quedó encinta, pero sabe que fue lo mejor para ella en ese momento. En general, su experiencia con el SARP ha sido muy positiva:

"Voy a compartir mi experiencia con otras mujeres. Lo más importante para mí es que no hay costos de tratamiento ni de transporte. Lo más positivo es que puedo ayudar a otras mujeres que tienen los mismos problemas".

Resultados

Características de las participantes

Se entrevistó a 22 mujeres que recurrieron al SARP debido a embarazos no deseados. Diecisiete consiguieron realizarse abortos en condiciones legales y seguras, gracias al sistema de derivación; cinco de ellas no pudieron hacerlo. En el momento de la entrevista, las participantes tenían de 17 a 41 años, con un promedio de 29. Todas vivían en el norte de Tailandia (ver mapa, [27]), eran migrantes documentadas[10] o sin documentos[12]*. Habían estado viviendo en Tailandia durante un promedio de 7 años. Pertenecían a varios grupos étnicos, con diferentes niveles de educación y de experiencia laboral. En el momento de ser entrevistadas, entre las 22 habían tenido un total de 24 abortos y 17 tenían por lo menos un hijo.

Quince participantes habían usado por lo menos un método moderno anticonceptivo en algún período de sus vidas; cuatro estaban usando un método anticonceptivo durante el mes en que quedaron embarazadas. En su primer contacto con el SARP, los embarazos de las participantes eran de entre 4 a 8 semanas de gestación con un promedio de 5 semanas aproximadamente, según los datos que ellas mismas ofrecieron sobre su última menstruación. De las 17 mujeres que fueron derivadas a cuidados abortivos por el programa, cuatro recibieron atención en un hospital público y 13, en una clínica privada de Chiang Mai. Cuatro obtuvieron medicación abortiva con Misoprostol y 13 tuvieron abortos por aspiración. De las cinco mujeres que no pudieron abortar con este programa, dos siguieron adelante con el embarazo y tres lo terminaron usando otros métodos. Esos métodos incluyen masaje abdominal / golpes, medicinas tradicionales birmanas (p.ej. *kay thi pan*) y alcohol.

Figura 2: La historia de Lu Shi Ya

Lu Shi Ya tiene 40 años y es madre de tres hijos, de 19, 18 y 11 años. Se mudó a Tailandia hace 19 años y desde entonces ha vivido en Mae Hong Son y Chiang Mai. Es trabajadora de construcción y ha estado casada casi 20 años. Su marido era alcohólico, y también abusador física, verbal y emocionalmente.

A los 39 años Lu Shi Ya afrontaba un embarazo no deseado y se acercó al SARP para pedir ayuda. Explicó las circunstancias de su embarazo.

"Teníamos muchos problemas. En ese momento yo había cambiado de empleo y mi marido no tenía trabajo. No tenía dinero, y no me ayudaba en nada. Mis tres hijos asistían a la escuela y yo tenía que pagar por los tres. Mi marido bebía mucho alcohol. Me gritaba, me golpeaba. En una de esas me atacó con un cuchillo. Él está loco. En ese momento abandoné el hogar para ir a vivir a [un centro de acogida de una OCB]. Estaba embarazada, así que hablé de la situación con [un asesor del SARP]. Me aconsejó sobre un aborto y también sobre cómo tratar con mi marido."

Lu Shi Ya está agradecida con el SARP porque el programa no solo la ayudó a realizarse el aborto, sino también a afrontar los otros problemas que tenía.

"Los consejos son muy buenos. Cuando lo pienso, me parece haber vivido un sueño. Tenía tantos problemas, y no sabía qué hacer. Si no hubiese tenido esta ayuda habría muerto. Me alegré mucho de recibir ayuda para resolver mis problemas paso a paso. Vine al SARP y recibí buen consejo. No solo eso, sino que conseguí mantenerme lejos de mi marido."

En última instancia, el apoyo que se le brindó la ayudó a recuperar cierto control sobre su situación doméstica y a divorciarse.

Las experiencias de las mujeres con el SARP fueron abrumadoramente positivas

"El programa es bueno, yo tuve una buena experiencia… El proyecto es bueno para gente que no tiene documentos o no puede cubrir el costo de ir a la clínica. Espero que en el futuro el programa siga adelante… Otras mujeres migrantes que hacen trabajos [en condiciones de explotación o inseguridad] o no tienen documentos, no pueden ir solas a bus-

* Aunque todas las entrevistas eran migrantes en el momento de la entrevista, estas categorizaciones son algo fluidas. En efecto, en algún momento, varias habían vivido en campamentos de refugiados en Tailandia.

car ayuda en casos de embarazos no deseados... Sin este programa, las mujeres podrían perder la vida." (Ra Mi La, 31 años)

Todas las participantes en nuestro estudio, tanto las que pudieron abortar como las que no lo consiguieron, se expresaron muy positivamente respecto a sus experiencias con el SARP. Tal como narra la historia de Soi Win (Figura 1), las mujeres que pudieron realizarse el aborto hicieron hincapié en cómo evitar las consecuencias negativas de abortar en condiciones de poca seguridad, o de seguir adelante con un embarazo indeseado y dar a luz un niño (u otro niño más), lo que hubiera significado tener consecuencias negativas tanto para ellas como para sus familias. Las participantes describieron a los asesores del SARP como personas comprensivas, de mente abierta, amables; asimismo, manifestaron su aprecio por los consejos recibidos. El hecho de poder recibir información y apoyo, sin prejuicios, de alguien de la comunidad que entienda la lucha diaria de las mujeres, también resultó muy reconfortante. Es lo que, resumidamente, manifestó Phyu, de 27 años:

"Yo quedé muy satisfecha con los consejos. Ella [la asesora del SARP] es muy amable, y me hizo sentir como si estuviera hablando con mi madre".

La mayor parte de las mujeres analizó su condición de pobreza endémica, inseguridad en el trabajo, relaciones inestables y abusivas, y/o las necesidades de los niños que ya tenían, como razón para querer abortar. Dada su inseguridad económica en esas condiciones, se sentían especialmente agradecidas al SARP por cubrir los costos tanto del procedimiento como del transporte. Tal como lo expresó Chaw Su Da, de 31 años:

"En ese momento yo no tenía nada de dinero para el transporte, ni siquiera 10 baht (0.30 USD). Me sorprendió que… todo estuviera pagado. Me alegré mucho porque realmente no tengo dinero para nada. Trabajo, pero no puedo cobrar porque tengo muchas deudas... Este proyecto es muy eficaz para ayudar a las mujeres migrantes. Son muy pobres, de modo que este programa las puede ayudar [a realizar el aborto que necesitan]".

Las mujeres migrantes indocumentadas mencionaron, en particular, que sin el SARP no habrían podido realizarse un aborto seguro, debido a las consecuencias tanto legales como económicas de buscar y obtener esta atención. Como dijo Ra Mi La:

"Yo vine a Tailandia para juntar dinero y enviarlo a mis padres, pero [después de llegar] tuve que afrontar una serie de problemas. Tengo que mudarme de un lado a otro, y me siento desesperada… mi jefe no es muy bueno y a veces no tengo dinero, de modo que tengo que buscar otro trabajo. No tengo documentos, y me preocupa quedarme embarazada… ¿Cómo voy a poder ir a la clínica? En todos los hospitales me piden documentos, pero yo no tengo... Por eso no quería tener un niño. Nunca sé cuándo es que mi jefe me va a despedir. Estoy muy preocupada. Si tuviera un niño, sé que no podría ocuparme de él".

Para muchas mujeres de Birmania, el sistema de salud tailandés es confuso y no intuitivo, y las dinámicas de las diferencias culturales y lingüísticas se suman al problema. El hecho de que los asesores del SARP las acompañaran durante el proceso y las ayudaran en las diversas fases les resultó crucial. Así lo explica Su Su Aung, de 33 años:

"Antes, yo creía que esto era imposible, que todos los gastos fueran cubiertos y que me ayudaran con un traductor. No podía creer que me ayudaran en todo".

La mayor parte de las mujeres también declararon que sus experiencias en los hospitales o clínicas donde se les atendió fueron positivas, y ninguna dijo que se las había reprendido cuando recibían el tratamiento. Sin embargo, tres participantes describieron a sus médicos abortistas como personas bruscas que hacían todo a gran velocidad, lo que las hizo sentirse muy incómodas. Finalmente, una mujer explicó que, en una ocasión anterior, en uno de los hospitales que colaboran con el SARP se le había negado el aborto. Dijo que luego de muchos y muy penosos exámenes, y de reunir muchos documentos, se le dijo que no era elegible, lo que le resultó mortificante y la desalentó. Sin embargo, otro médico especialista, en otro hospital, sí la consideró elegible para el aborto legal y seguro y, a fin de cuentas, ella quedó muy satisfecha del cuidado recibido.

En 2016 la financiación del programa sufrió una interrupción, y por ello ocho mujeres que habían solicitado tratamiento para abortar con el SARP no pudieron obtenerlo. Conversando con cinco de ellas supimos que, aunque no pudieron recibir tratamiento legal y seguro, estaban agradecidas por los consejos y palabras de aliento que habían recibido en el programa. Tal como decía Su Khjin Kyaw, de 26 años:

"Los consejos de la ARHZ son buenos. [La] organización nos da opciones [y] nuevas esperanzas a mujeres que ya no tenemos ninguna."

Las mujeres se enteraron del SARP por conversaciones y en talleres comunitarios

"Otras mujeres en Hang Dong me dijeron que hay una mujer que ayuda a las mujeres migrantes" (Soi Win, 30 años)

Las participantes confían, primero que nada, en sus redes sociales para información y consejo. Más de la mitad de las entrevistadas se enteraron del SARP a través de conversaciones con amigas o parientes que habían oído hablar del programa o habían recurrido a él, o de parte de algún asesor del SARP en el contexto de actividades religiosas o comunitarias. Como decía Chaw Su Da:

"Al principio yo no sabía dónde ir para pedir ayuda. Pero expliqué lo que sentía a [un miembro del personal de una OCB] quien me habló del programa de derivación. [Ella] es una persona muy cercana a las mujeres migrantes. Al principio yo no era muy amiga de ella, pero sí la conocía a través de mis amigas de la comunidad. Hoy me siento muy cercana a [ella]."

Durante las entrevistas, algunas participantes también hablaron de las experiencias de otras mujeres migrantes y desplazadas, con embarazos indeseados o que habían tenido abortos no seguros. Na Bo, de 39 años, dijo:

"Había escuchado muchas cosas que les suceden a las mujeres migrantes. Usan métodos nada seguros, como la medicina tradicional… Oí hablar de una chica de sólo 14 o 15 años. Quedó embarazada y no le dijo a nadie. Se suicidó. No quiero volver a saber más de esas cosas en el futuro. Me preocupa mucho."

Los asesores del SARP han hecho muchos esfuerzos de toma de conciencia para educar a las mujeres de Birmania sobre el programa. El personal viaja regularmente a las comunidades de migrantes y refugiados para impartir talleres sobre salud reproductiva, aborto seguro y el programa de derivación. EN 2016, por ejemplo, los asesores brindaron capacitación en seis zonas distintas. Ocho de las 22 mujeres con las que conversamos se enteraron del SARP durante uno de esos talleres.

Las mujeres reciben el apoyo del SARP sobre varios asuntos sociales y de salud

"Aquí las mujeres se sienten infelices todo el tiempo, lloran porque la vida de una mujer, aquí, es muy difícil. Así que gracias, no hay otra organización que nos ayude como ustedes." (Na May, 30 años)

Para las mujeres birmanas que viven solas en la zona fronteriza, un embarazo accidental es a menudo solo uno de los muchos otros problemas y dificultades que tienen que afrontar. Además de los factores que las llevaron a ser desplazadas o a migrar, también mencionaron cuestiones como falta de documentos, barreras lingüísticas, inseguridad en el trabajo, sueldos bajos, relaciones inestables, violaciones, abuso doméstico y discriminación, entre otros muchos problemas. Tal como decía Lu Shi Ya en su historia (Figura 2), los asesores del SARP con frecuencia les ayudaban a solucionar una serie de problemas relacionados con un embarazo no deseado. Como dijo Myar Neh, 32 años:

"Cuando quedé embarazada me puse en contacto con [la asesora del SARP] porque sabía que podía resolver mi problema. ¡También tenía una ETS en ese momento, así que ella me ayudó con mis dos problemas!"

Como personas respetadas en la comunidad, los asesores del SARP están familiarizados con las complejidades de la vida de las mujeres migrantes o desplazadas, y les ofrecen consejo sin prejuicios y de manera cabal. Estos asesores del SARP, que frecuentemente trabajan junto con las OCB, han ayudado a las participantes a encontrar empleo, les han aconsejado respecto a sus relaciones y las han guiado en sus decisiones sobre anticoncepción y salud sexual. Además, después de ponerse en contacto con el SARP a causa de un embarazo no deseado, muchas mujeres estaban viviendo, temporalmente, en una OCB, por problemas económicos y familiares. Por lo tanto, para algunas de ellas, el SARP fue un punto de entrada para recibir una gama de servicios más amplia. Como decía Ra Mi La:

"Para mí, la ayuda más importante fue [del personal del SARP]. Antes, cuando algo me sucedía o si necesitaba ayuda para resolver un problema, no sabía qué hacer. Ahora puedo ponerme en contacto con ellos."

Después de recurrir al SARP, las mujeres se convierten en promotoras del aborto seguro y de la salud reproductiva.

"Debemos abogar por las mujeres que no saben [de salud reproductiva]. Mujeres como yo tenemos que contarles nuestra experiencia a las otras. Debemos decirles que vayan a los talleres… No solo el proyecto y el personal, sino nosotras, las mujeres, tenemos que hacer esto en nuestras comunidades. Ahora yo puedo compartir lo que sé con otras personas." (Ma Wai, 23 años)

Luego de recibir asesoría y cuidados a través del SARP, casi todas las participantes en este estudio se auto-definieron como promotoras de la salud reproductiva y el aborto seguro en sus comunidades. Sus experiencias personales con el programa, y el conocimiento adquirido durante el proceso, las motivaba y empoderaba para compartir sus experiencias con otras mujeres de la comunidad. Como decía Myar Neh:

"Tengo la experiencia de este programa de derivación, por eso no tengo miedo de explicarlo a otras… Puedo explicar tanto, ahora, tantas cosas, y todo está bien, de modo que puedo recomendarlas."

Las mujeres que entrevistamos se preocupaban de que, en sus comunidades, el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, en general, y de aborto seguro, en particular, era mínimo. Como explicaba Na Bo:

"Los consejos [a través del SARP] son buenos, pero en el futuro, para mejorar, hay que enseñar en otros lugares. He oído decir que hay muchas jóvenes migrantes que viven juntas, lejos de Chiang Mai. Es importante que [ellas] reciban capacitación. Muchas jóvenes migrantes quedan embarazadas y realizan el aborto ellas mismas. Tenemos que hablarles, a las que están en esas aldeas lejanas, sobre este servicio, porque no saben cómo protegerse".

Todas las mujeres con quienes conversamos pusieron énfasis en la necesidad de fomentar conocimientos sobre salud reproductiva y aborto seguro entre las mujeres migrantes y refugiadas de Birmania. La inmensa mayoría de participantes declararon que se podrían mejorar los modos de hacer conocer el programa SARP; dijeron que se podrían organizar talleres regulares y continuos sobre salud reproductiva y aborto seguro, ya que cada vez hay más mujeres en las comunidades de migrantes. Muchas mencionaron también la necesidad de campañas para concientizar a las jóvenes, sobre todo, para que las que ya estaban embarazadas involuntariamente pudieran tener un aborto seguro y seguir yendo a la escuela. Muchas participantes también querían talleres en lugares remotos, de difícil acceso en el norte de Tailandia, donde las mujeres tienen muchas dificultades para acceder a información sobre salud y cuidados reproductivos. Finalmente, manifestaron la esperanza de que, en el futuro, programas semejantes al SARP pudieran implementarse también en Birmania. Como dijo Su Su Aung, resumiendo:

"Este proyecto es bueno, pero es necesario divulgarlo en otros lugares, especialmente en Birmania. Allá, se conoce muy poco sobre salud reproductiva. Nadie tiene esta clase de organización en Birmania."

Discusión

El aborto inseguro sigue siendo el principal motivo de mortalidad y morbilidad maternal en todo el mundo[28]; casi el 65% de todos los abortos en Asia del Sur son abortos inseguros[29]. Se ha llevado a cabo una multitud de esfuerzos, en algunas partes de la región donde las limitaciones jurídicas son muy rígidas, para extender el acceso a servicios seguros, o más seguros, incluyendo abogar por una reforma legal, programas de telemedicina e iniciativas dirigidas a reducir los daños.[19,30-33] Sin embargo, se ha hecho mucho menos para aumentar el acceso a condiciones de aborto seguro en entornos de refugiados, crisis, conflictos o emergencias[34]. A pesar de que el aborto inseguro es probablemente el factor que causa más muertes maternas entre las mujeres que viven en condiciones de crisis humanitarias, también han existido barreras políticas, institucionales, de financiamiento y logísticas que han hecho difícil atender a este sector de la salud reproductiva.[34-36] En efecto, un estudio de 2015 sobre 82 agencias que brindan servicios en contextos de crisis humanitarias señala que solo 65% de ellas realizaban actividades relacionadas con recomendaciones para servicios de aborto inducido o de post parto[35].

Las conclusiones de este proyecto sugieren que sí se puede elaborar un programa oficial de derivación para abortos, aunque existan situaciones de restricción jurídica y de crisis humanitarias prolongadas. El programa sigue implementándose, pero los primeros resultados demuestran que el SARP es eficaz en vincular a mujeres migrantes y desplazadas en el norte de Tailandia con servicios legalmente autorizados para poder abortar. En efecto, la reacción abrumadoramente positiva al programa de parte de las mujeres de las comunidades indica que el SARP no solo responde a una urgencia inmediata, sino que lo hace en maneras que son apropiadas y resonantes con el contexto cultural del lugar.

La experiencia de las mujeres que han recurrido al SARP también pone en evidencia que el programa no se limita a derivar solo para atención de aborto. Hay una confluencia de factores sociales, comunitarios, de relación e individuales que influyen tanto en el riesgo de un embarazo no deseado como en la opción que tiene la mujer de tener un aborto. Los asesores del SARP recono-

cen que se trata de dinámicas muy complejas, de tal modo que, además de ayudar a las mujeres a manejarse dentro del sistema de salud tailandés para obtener un aborto legal, les brindan apoyo para solucionar una serie de asuntos estructurales y familiares que influyen sobre su salud reproductiva. Esto demuestra la importancia de tratar los cuidados integrados para el aborto dentro de programas más amplios de salud reproductiva y servicio social, por ser un componente tan importante de la salud y la vida de las mujeres, en vez de considerar el tema de manera totalmente aislada. Ese compromiso con el SARP ha motivado a muchas de las mujeres que hemos entrevistado a hacerse reconocer y expresar su opinión dentro de las comunidades, no solo a favor del aborto seguro y los cuidados pertinentes, sino también en cuanto a la salud reproductiva, en su más amplio significado. Todo esto da testimonio de la importancia de (re)integrar el aborto dentro de programas y marcos legales de planificación familiar, salud reproductiva y derechos reproductivos.

Los resultados de este programa también indican áreas que quedan por mejorar. Las mujeres que recibieron atención gracias al SARP apoyan con entusiasmo la idea de llevar esta iniciativa a otras poblaciones y zonas geográficas. Recalcaron varias veces la importancia de adaptar las sesiones de información y los talleres a las mujeres solteras, sobre todo. Trabajar formalmente con las que ya han sido beneficiarias del programa quizá sea la manera más eficaz de ampliar su alcance. Sin embargo, para ello se necesitarán más recursos. El hecho de que ocho mujeres no pudieran recibir tratamiento para abortar durante 2016, porque no había fondos, y que por lo menos tres de ellas se sometieran a un aborto poco seguro, constituye una seria advertencia para tener en cuenta que la interrupción del apoyo financiero de parte de los donantes puede tener consecuencias muy graves en estas situaciones, por muy breves que sean esas interrupciones.

Limitaciones

A pesar de que creemos que la validez de las conclusiones de este estudio puede trascender los límites inmediatos de la población objetivo del mismo, se trata de un estudio cualitativo y sus resultados no son representativos ni pueden ser generalizados. Además, por razones vinculadas con la logística y la seguridad, hemos entrevistado a mujeres que vivían permanentemente, o podían viajar, hacia y dentro del norte de Tailandia. Por eso, las opiniones de mujeres que volvieron a Birmania después de acceder al SARP y no pudieron regresar otra vez a Tailandia, no se incluyen en este estudio. Una investigación ulterior quizá pueda considerar los puntos de vista de mujeres que viven en ambos lados de la frontera. Además, la investigación que explora específicamente las experiencias de mujeres a quienes se les negó una derivación para aborto seguro por cuestiones de elegibilidad podría ser muy útil. Para concluir, y como sucede en general con cualquier investigación cualitativa, el hecho de tener a los miembros del grupo investigador en el terreno influyó sin duda alguna en la interacción entre entrevistada-entrevistador-intérprete. Creemos que los memorándums y continuas reuniones después de las entrevistas ayudaron mucho a comprender esas interrelaciones, y aumentan la credibilidad y confiabilidad del presente estudio.

Conclusión

En todos los países del mundo, menos seis, el aborto está legalmente autorizado por lo menos en ciertos casos [37]. El SARP de Chiang Mai, Tailandia, demuestra que es posible trabajar en condiciones legalmente restringidas y ofrecer un acceso a servicios seguros aun en entornos de crisis humanitarias. Se justifica trabajar con los interesados humanitarios para identificar modos y medios de asegurar cuidados de aborto con pleno respeto de la ley y para crear sistemas de derivación que permitan a las mujeres elegibles recibir servicios de aborto seguros y legales. Las lecciones aprendidas con este proyecto en términos de elaboración, implementación, resultados y evaluación podrían facilitar dichos esfuerzos.

Reconocimientos

Deseamos agradecer a Dingo por su ayuda en la transcripción y traducción, y al personal de ARHZ por su apoyo logístico durante este estudio, así como por sus incansables esfuerzos para dirigir el Programa de Derivación para Abortos Seguros de Chiang Mai. Las conclusiones y opiniones expresadas en este artículo son de los autores y no necesariamente representan las opiniones de las organizaciones con las que están afiliados, o con las que aportaron fondos.

Financiación

Hemos recibido fondos de parte de la Sociedad para la Planificación Familiar, de un donante anónimo, y de 59 individuos a través de Experiment.com. El Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de Ontario financió la Cátedra Subvencionada 2011-2016 de Angel Foster para la Investigación en Salud Femenina, y apreciamos el apoyo y tiempo que nos ha dedicado para hacer posible este proyecto.

ORCID

Orawee Chinthakanan http://orcid.org/0000-0002-2187-9179
Angel M. Foster http://orcid.org/0000-0001- 8848-203X

Referencias

1. Amnesty International. Amnesty international report 2015/16: the state of the world's human rights; Published 2016. Available from: https://www.amnesty.org/en/latest/research/2016/02/annual-report-201516/
2. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Refugees in Thailand; Published 2017. Available from: https://www.unhcr.or.th/en
3. Thailand Burma Border Consortium. 2010 Programme report: July to December; Published 2011. Available from: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/6B57EE621569F9A249257848001193FA-Full_Report.pdf
4. Hobstetter M, Walsh M, Leigh J, et al. Separated by borders, united in need: an assessment of reproductive health on the Thailand–Burma border. Cambridge (MA): Ibis Reproductive Health; 2012. Available from: http://ibisreproductivehealth.org/work/other/thaiburmaborder.cfm
5. Mullany LC, Lee C, Yone L, et al. Access to essential maternal health interventions and human rights violations among vulnerable communities in eastern Burma. PLoS Med. 2008;5(12):e242.
6. Salisbury P, Hall L, Kulkus S, et al. Family planning knowledge, attitudes and practices in refugee and migrant pregnant and post-partum women on the Thailand–Myanmar border: a mixed methods study. Reprod H. 2016;13(94). doi:10.1186/s12978-016-0212-2.
7. Hobstetter M, Walsh M, Leigh J, et al. "In rape cases we can use this pill": a multimethods assessment of emergency contraception knowledge, access, and needs on the Thailand–Burma border. IJOG. 2015;130:E37–E41.
8. Gedeon J, Hsue S, Walsh M, et al. Assessing the experiences of intra-uterine device users in a long-term conflict setting: a qualitative study on the Thailand–Burma border. Confl Health. 2015;9(6):1–7.
9. Gedeon J, Hkum J, Walsh M, et al. Snakes, ladders, and information about sexually transmitted infections: evaluation of a peer educator training on the Thailand–Burma border. Global J Health Sci. 2016;8(11):270–277.
10. Belton S, Whittaker A. Kathy Pan, sticks and pummeling: techniques used to induce abortion by Burmese women on the Thai border. Soc Sci Med. 2007;65(7):1512–23. E Tousaw et al. Reproductive Health Matters 2017;25(51):58–68
11. Back Pack Health Worker Team. Chronic emergency: health and human rights in Eastern Burma; Published 2006. Available from: http://burmalibrary.org/docs3/ChronicEmergencyE-ocr.pdf
12. World Health Organization. Maternal mortality in 1995–2015 (Myanmar). Available from: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/mmr.pdf
13. World Health Organization. Maternal mortality in 1995–2015 (Thailand). Available from: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tha.pdf
14. Srikanok S, Parker D, Parker A, et al. Empirical lessons regarding contraception in a protracted refugee setting: a descriptive study from Maela camp on the Thai-Myanmar border 1996–2015. PLoS ONE. 2017;12(2):e0172007.
15. Beyrer C. Shan women and girls and the sex industry in Southeast Asia: political causes and human rights implications. Soc Sci Med. 2001;53(4):543–50.
16. Belton S. Borders of fertility: unplanned pregnancy and unsafe abortion in Burmese women migrating to Thailand. Health Care Women Int. 2007;28(4):419–33.
17. Ba Thike K. Abortion: a public health problem in Myanmar. Reprod Health Matter. 1997;5(9):94–100.
18. Global Justice Center. Domestic criminal laws that conflict with international law: Burma's abortion and rape laws – a case study; Published 2012. Available from: http://globaljusticecenter.net/documents/CaseStudy.pdf
19. Arnott G, Sheehy G, Chinthakanan O, et al. Exploring legal restrictions, regulatory reform, and geographic disparities in abortion access in Thailand. Health Hum Rights J. 2017;19(1):187–95.
20. Gedeon J, Hsue S, Foster A. "I came by the bicycle so we can avoid the police": factors shaping reproductive health decision-making on the Thailand–Burma border. Int J Popul Stud. 2016;2(1). doi:10.18063/IJPS.2016.01.002.
21. Foster A, Arnott G, Hobstetter M, et al. Establishing a referral system for safe and legal abortion care: a pilot project on the Thailand–Burma border. Int Pers Sexual Reprod Health. 2016;42(3):151–6.
22. Arnott G, La RK, Tho E, et al. Establishing a safe abortion referral system for women from Burma residing in Chiang Mai, Thailand: results from a situational analysis approach.

Cambridge (MA): Cambridge Reproductive Health Consultants; 2015. Available from: http://www.cambridgereproductivehealthconsultants.org/copy-ofprojects

23. Arnott G, Tho E, Guroong N, et al. To be, or not to be, referred: access to legal abortion care in Thailand for women from Burma. PLoS ONE. 2017;12: e0179365.
24. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods. 2006;18(1):59–82.
25. Deniz N, Lincoln Y, editors. The sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005.
26. Geertz C. The interpretation of cultures: selected essays by Clifford Geertz. New York (NY): Basic Books; 1973.
27. Burma Link. Burma link newsletter: special refugee issue. Burma Link; Published 2015. Available from: http://us11. campaign-archive1.com/?u=fa0faad0c4b732da2a-03d4218&id=7688c64b63
28. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva (Switzerland): WHO; 2011.
29. Guttmacher Institute. In brief: facts on abortion in Asia. Published 2012. Available from: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/IB_AWW-Asia.pdf
30. Gomperts R, Jelinska K, Davies S, et al. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. BJOG. 2008;115(9):1171–8.
31. Asia Safe Abortion Partnership Annual Report 2014. ASAP; Published 2014. Available from: http://asap-asia.org/pdf/ASAP-AR-2014-Final.pdf
32. Foster AM, Arnott G, Hobstetter M. Community-based distribution of misoprostol for early abortion: evaluation of a program along the Thailand–Burma border. Contraception. 2017;96(4):241–247.
33. Tousaw E, Moo N, Arnott G, Foster AM. "It is just like having a period with back pain": Exploring women's experiences with community-based distribution of misoprostol for early abortion on the Thailand–Burma border. Contraception; 2017 [3 August]. http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.015.
34. McGinn T, Casey S. Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? Confl Health. 2016;10(8):1–7.
35. Tran N, Dawson A, Meyers J, et al. Developing institutional capacity for reproductive health in humanitarian settings: a descriptive study. PLoS ONE; 10(9):e0137412.
36. Tanabe M, Schaus K, Rastogi S, et al. Tracking humanitarian funding for reproductive health: a systematic analysis of health and protection proposals from 2002–2013. Conf Health. 2015;9(Suppl 1):S2.
37. United Nations. Department of economic and social affairs, population division. Abortion policies and reproductive health around the world, United Nations; Published 2014. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/abortionPoliciesAndReproductiveHealth.shtml.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,69-89
DOI: 10.1080/09688080.2017.1401893

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Potencial de programas para la prevención y respuesta a la violencia sexual contra mujeres refugiadas: una revisión de la literatura

Gianna Maxi Leila Robbers,[a] Alison Morgan[b]

a Master en Salud Pública, Graduada de la Universidad de Melbourne, Instituto Nossal para la Salud Global, Universidad de Melbourne, Melbourne, VIC, Australia. Correspondencia: gianna_robbers@mac.com

b Consultora Técnica Senior, Salud Maternal, Instituto Nossal de Salud Global, Universidad de Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

Resumen *Debido al conflicto internacional continuo, cada año varios millones de personas, más de la mitad de las cuales son mujeres, buscan asilo en otros países. Su recepción y seguridad en campos sobrecargados, combinadas con información y protección limitadas, aumentan su riesgo y exposición a la violencia sexual (VS). Esta revisión de la literatura exploró las oportunidades para abordar la VS contra mujeres refugiadas, con un enfoque específico en entornos de bajos recursos. Se realizó una revisión sistemática de la literatura de artículos publicados entre los años 2000 y 2016, siguiendo las directrices de PRISMA. Se realizaron búsquedas en bases de datos tales como Medline (Ovid), PubMed, Scopus, PsychINFO, CINAHL y la literatura gris de la Biblioteca Cochrane, de sitios web clave sobre refugiados. Los estudios fueron revisados para determinar su calidad y analizados según el marco resumido en la publicación del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (UNHCR, por sus siglas en inglés) titulada Violencia sexual contra los refugiados: directrices relativas a su prevención y respuesta. Veintinueve estudios reunieron los criterios de inclusión. De esos, siete estudios abordaron prevención; catorce estudios, respuesta; y ocho, ambas. Existen números limitados de intervenciones de prevención y respuesta a la VS que han sido evaluadas rigurosamente, especialmente en el contexto de desplazamiento. Sin embargo, la evidencia emergente muestra que un mayor énfasis en programas en la categoría de participación/involucración y capacitación/educación tiene el potencial de encarar las causas subyacentes de VS. La VS contra mujeres refugiadas es causada por factores tales como falta de información y desigualdad de género. Esta revisión indica que las intervenciones contra la VS que involucren a miembros de la comunidad en su diseño y ejecución, abordan normas de género dañinas por medio de educación y actividades de promoción y defensa, y facilitan una sólida cooperación entre las partes interesadas, podrían maximizar el uso eficiente de recursos limitados.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1401893*

Palabras clave: violencia sexual, violencia de género, mujeres refugiadas, desplazamiento, entornos humanitarios

Antecedentes

Hacia fines de 2016, los conflictos continuos, las amenazas de persecución, la violencia y las violaciones a los derechos humanos habían llevado al desplazamiento de aproximadamente 65.6 millones de personas en todo el mundo, de las cuales 22.5 eran refugiados.[1] Esta es la población de refugiados más grande jamás registrada, gran parte de la cual está compuesta por personas que huyeron del conflicto de Siria entre 2012 y 2015. Sin embargo, otros conflictos en Irak, Yemen y el África subsahariana también han contribuido a la crisis global de refugiados.[1,2] En consecuencia, el principal país de origen de refugiados en 2016 fue Siria, seguido por Afganistán, Sudán del Sur y Somalia.[1,2] Más de la mitad de todos los refugiados han sido recibidos en tan solo 10 países, de los

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

cuales nueve son de ingresos bajos y medios, sin recursos suficientes para mantener y soportar esta cantidad de personas.[1,3] Europa también ha recibido una creciente afluencia de refugiados, con la llegada de dos millones de personas entre 2015 y 2016, de los cuales el 55% son mujeres y niñas.[4–8]

Muchas mujeres en situaciones de conflicto y posconflicto, en tránsito o al llegar a los países de destino, sufren violencia sexual (VS).[9–13] Una reciente revisión sistemática calculó que 21% de mujeres de países en conflicto han sufrido VS, ya sea a manos de un extraño o de la pareja íntima.[14] Otro estudio realizado en Bélgica y los Países Bajos en 2012, en el cual se entrevistó a 223 refugiados, mostró que 69.3% de las mujeres refugiadas habían sufrido VS desde su llegada a la Unión Europea.[15] Sin embargo, los datos disponibles sobre la prevalencia de VS contra mujeres refugiadas son limitados, ya que los incidentes frecuentemente no son reportados o documentados debido a la falta de capacitación sobre VS al personal humanitario, estigmas relacionados a la VS o falta de información sobre servicios disponibles.[16,17]

Este artículo se concentra en la violencia sexual -VS, definida como "cualquier acto sexual, intento de lograr un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas, o actos para traficar (…) contra la sexualidad de una persona haciendo uso de la coerción (…)".[18] La VS es un tipo de violencia de género (VG) que describe violencia contra mujeres (VCM) perpetrada predominantemente por hombres contra mujeres y niñas como consecuencia de las relaciones de poder desiguales entre géneros. La VS puede ser perpetrada por extraños, conocidos, familiares y parejas; lo último se denomina violencia interpersonal (VIP) sexual.[19,20] Si bien los hombres también pueden sufrir VS, las mujeres son más vulnerables a esta debido a la arraigada desigualdad y discriminación hacia las mujeres.[14,21,22] Esto es consecuencia de normas y expectativas socioculturales de género que sitúan a las mujeres en desventaja con respecto a los hombres y contribuyen a que tengan un mayor riesgo de sufrir violencia. Las situaciones de desplazamientos y crisis agravan más la desigualdad entre géneros y con ello el riesgo de VS debido a la desorganización de estructuras sociales, la pérdida de apoyo familiar extendido, la inseguridad económica y física, la falta de acceso a información y recursos o servicios, además de una situación legal incierta.[12,15,23] La VS contra mujeres refugiadas incluye violación, acoso sexual, matrimonio forzado para obtener protección masculina y sexo de supervivencia a cambio de documentos, alimentos o transporte.[12,13,24] Las mujeres son atacadas por contrabandistas, traficantes de personas, hombres refugiados, personal humanitario o extraños.[11–13] Las consecuencias de la VS son graves y pueden tener impactos sobre la salud a corto o largo plazo, como embarazos no deseados, transmisión de VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente; así como desórdenes mentales incluyendo ansiedad, trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y depresión. Además, las mujeres abusadas sexualmente a menudo son estigmatizadas, lo que agrava su salud mental y puede llevar a omisión de reportes de abusos, rechazo social, suicido o asesinato de las víctimas por la comunidad o familiares.[25,26] Las sobrevivientes de VS también están expuestas a mayor riesgo de sufrir nuevos abusos, agravando aún más las consecuencias a largo plazo para su salud.[1,5]

A pesar de los intentos por implementar medidas de protección de parte de los países anfitriones, la ONU y organizaciones humanitarias, las medidas de seguridad y guías de protección básicas muchas veces no se implementan adecuadamente, como se puede ver en las recientes revisiones de la situación en países que han recibido refugiados.[10,16,17,27] Muchas ONG internacionales y agencias de la ONU han publicado guías de prevención y respuesta, siendo las más relevantes aquellas formuladas por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (UNHCR, por sus siglas en inglés), el Comité Permanente Interagencial (IASC, por sus siglas en inglés) y el Fondo para Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), e incluyen las siguientes:

1. Violencia sexual contra refugiados: guía de prevención y respuesta (UNHCR, 1995)[28]
2. Manual del UNHCR para la protección de mujeres y niñas (UNHCR, 2008)29
3. Acciones contra la violencia sexual y de género: una estrategia actualizada (UNHCR, 2011)[30]
4. Guías para integrar prácticas contra la violencia de género en acciones humanitarias: reducir el riesgo, promover la resiliencia y ayudar a la recuperación (IASC, 2015)[31]
5. Estándares mínimos para la prevención y respuesta a la violencia de género en emergencias (UNFPA, 2015)[32]

En respuesta, el UNHCR, que tiene el mandato principal de la ONU para proteger y apoyar a las personas refugiadas, ha formulado guías integrales específicas a la prevención y respuesta a la VS.[28]

Estas guías tienen un enfoque general basado en los derechos humanos, lo que apunta a abordar las causas en que se arraiga la VS y asegurar que se protejan y promuevan los estándares internacionales de derechos humanos. El UNHCR reconoce el efecto de normas de género y dinámicas de poder dañinas y recomienda enfoques basados en derechos humanos y comunidades, incluyendo: iniciativas que empoderen a las mujeres, a través de intervenciones específicas de medios de vida o creación de grupos de mujeres; asegurar la confidencialidad para sobrevivientes de VS y acciones legales para los perpetradores; medidas de seguridad, incluyendo alojamientos seguros; y una mejor educación con respecto a la VS.[28–30]

A pesar de estas guías, existe una brecha en el entendimiento de cómo implementar los programas de prevención y respuesta a la VS en diversos entornos humanitarios, en particular cuando las personas refugiadas se encuentran en tránsito o en campamentos temporales.[33] Esta revisión aborda esa brecha entre "conocer y hacer", resumiendo la literatura publicada sobre la efectividad de las intervenciones para prevenir y responder a la VS contra mujeres refugiadas. Nos concentraremos en algunos enfoques prometedores alineados con las guías del UNHCR para las cuales hay evidencia de impacto sobre la prevalencia de VS en entornos humanitarios con recursos limitados, ya que la mayoría de los refugiados son acogidos por países de ingresos bajos y medios.[1] Si bien nos centraremos en personas refugiadas protegidas por el derecho internacional, también se incluirán personas desplazadas que necesitan ser protegidas, a pesar de no cumplir con la definición de la Convención de 1951 de la ONU.[1,2]

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Violencia sexual	Violación, matrimonio forzado, matrimonio temprano, sexo de supervivencia, violencia de género o violencia sexual
Intervenciones	Evaluación, evidencia, programa, servicios de salud, integración, mejor práctica, modelos de atención, evidencia, respuesta o prevención
Desplazamiento	Crisis, entorno humanitario
Refugiados	Refugiado* o migrante* o solicitante* de asilo

Nota: Se incluyó el asterisco (*) en búsquedas de bases de datos para que las palabras que empiezan con "refugiado", "migrante" o "solicitante", pero que terminan distinto (por ejemplo, en plural) también se usen como criterio de selección.

Métodos

Entre julio y agosto de 2016, se realizó una búsqueda en la literatura. La revisión se concentró en artículos revisados por pares de las siguientes bases de datos: Medline (Ovid), PubMed, Scopus, PsychINFO, CINAHL y la Biblioteca Cochrane. Se revisó la literatura gris de páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNHCR, la Comisión de Mujeres Refugiadas, el Fondo para la Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Además, se revisaron manualmente listas de referencia de artículos relevantes. La revisión se limitó a artículos y reportes en inglés y alemán publicados entre el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de agosto de 2016. Se incorporaron palabras de búsqueda que abarcaban variaciones de VS, entornos de crisis humanitarias y evaluación de programas. En la Tabla 1 se puede ver un resumen de las palabras de búsqueda. Se filtró el título y el resumen de cada artículo según la elegibilidad, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos en la Tabla 2. Luego se obtuvo el texto completo de todos los artículos y reportes que cumplían con los criterios de inclusión, y este fue filtrado nuevamente por elegibilidad de acuerdo al contenido. Los datos de resumen de todos los artículos incluidos fueron ingresados a una hoja de cálculo Excel para ser analizados por ambos autores.

Evaluación de calidad

Se valoraron los estudios incluidos según la calidad de su rigor metodológico ("débil", "moderada" o "fuerte") y luego fueron evaluados con una herramienta de valoración diferente según el tipo de estudio: los estudios cuantitativos se evaluaron con la herramienta de evaluación de calidad para estudios cuantitativos del *Effective Public Health Practice Project* (Proyecto de Prácticas Efectivas de Salud Pública, EPHPP por sus siglas en inglés).[34] Para estudios cualitativos, se escogió la

herramienta de evaluación de calidad del *Critical Appraisal Skills Programme* (Programa de Evaluación Crítica de Habilidades, CASP por sus siglas en inglés),[35] y para revisiones sistemáticas se escogió la herramienta de mediciones AMSTAR.[36,37] Para revisar los estudios con métodos combinados, se usó la *Mixed Methods Appraisal Tool* (Herramienta de Evaluación de Métodos Combinados).[38]

Análisis de los estudios

Los estudios incluidos fueron revisados y evaluados usando un marco basado en el documento Violencia sexual contra refugiados: guías de prevención y respuesta del UNHCR (y sus actualizaciones), debido al tema específico de la revisión.[28–30] El marco está categorizado en estrategias de prevención y respuesta, con subcategorías que comparten elementos comunes de protección, tanto para prevención como para respuesta. La prevención se subcategoriza en cuatro secciones: (a) participación e involucramiento, (b) seguridad, (c) protección legal y (d) educación y capacitación. La respuesta también se subcategoriza en cuatro secciones: (a) tratamiento y asesoría, (b) protección contra nuevos abusos, (c) protección legal y (d) educación y capacitación. Se analizó los artículos de acuerdo a este marco para evaluar el enfoque y la orientación de la evidencia disponible y para identificar brechas en la investigación y oportunidades de intervención. En la Tabla 3 se puede ver un resumen de las guías y el marco aplicado.

Tabla 2. Criterio de elegibilidad

Criterio	Incluidos	Excluidos
Tema	Violencia sexual (VS)	Otros tipos de violencia
Tipos de estudios / literatura	Intervenciones evaluadas, reportes de la ONU y las ONG, revisiones sistemáticas, estudios de control aleatorio, grupo de edad, control de casos, estudios sectoriales con comparaciones	Estudios monográficos, estudios ecológicos, estudios sectoriales sin comparación
Tipo de participantes	Sobrevivientes de VS y VG/VIP si también incluye VS. Mujeres y niñas refugiadas o mujeres vulnerables, proveedores de atención médica y comunidades desplazadas	Que no incluyan VS/VG, que no incluyan o mencionen personas refugiadas o desplazadas o mujeres/niñas vulnerables
Tipo de intervenciones	Intervenciones evaluadas que integren salud sexual y reproductiva o atención médica de maternidad con servicios VS/VG o intervenciones evaluadas que aborden prevención o respuesta a VS/VG	Intervenciones con solo resultados descriptivos, aparte de estudios cualitativos. Reportes de intervenciones sin descripción de resultados
Entornos	Conflictos, crisis humanitarias, desplazamiento, campamentos de refugiados, ubicaciones de personas refugiadas en tránsito	Otros contextos
Tipo de publicaciones	Investigaciones cuantitativas y cualitativas	Comentarios, cartas al editor, narraciones
Idioma de publicación	Inglés y alemán	Distintos de inglés y alemán
Fecha de publicación	1 de enero de 2000 – 31 de agosto de 2016	Previos al 1 de enero de 2000

Resultados

La búsqueda en la literatura tuvo como resultado 1422 artículos. Luego de retirar 54 duplicados y realizar un filtro por título y resumen de los artículos restantes, se seleccionaron 110 para una revisión más detallada. El texto completo de 7 artículos no se pudo encontrar, así que estos se excluyeron. Después de realizar otro filtro considerando todo el texto, se excluyeron 74 artículos pues la información de las intervenciones descritas era incompleta, había incertidumbre sobre si se enfocó en VS o cómo se hizo, o si la implementación fue en un entorno sin escasez de recursos. Al final del proceso se incluyeron 29 artículos para el estudio (ver Figura 1). Los artículos incluidos consistían de nueve estudios cualitativos, seis estudios cuantitativos, dos estudios de métodos combinados, siete revisiones y cinco reportes. Sie-

te publicaciones eran sobre prevención, catorce sobre respuestas y ocho sobre ambas. Finalmente, doce estudios eran de calidad "débil", catorce "moderada" y tres "fuerte".

La Tabla A1 resume las características clave de los artículos incluidos y la Tabla A2,[1] los estudios dentro del marco de trabajo del UNHCR.

Prevención

Los artículos incluidos discutían la prevención de VS con respecto al involucramiento masculino en las medidas de protección, movilización de la comunidad y estrategias para mejorar habilidades y medios de vida, similares a las recomendaciones en las guías del UNHCR. Varios artículos discutían más de una categoría de las guías.

Participación e involucramiento

Nueve artículos describían intervenciones que involucraban a las comunidades de refugiados o a hombres en actividades de prevención de VS. Una prueba de poca calidad, realizada en Costa de Marfil, país afectado por conflictos, involucró a hombres en discusiones de grupo reflexivas y mostró que incluso un período corto (pero intenso) de intervención, de cuatro meses, podía cambiar con éxito las normas y expectativas negativas de género, aumentar las habilidades para manejar conflictos y mejorar el respeto a los derechos de las mujeres. La intervención reclutó a 174 hombres y a sus parejas a quienes se realizó una encuesta sobre la incidencia de VIP (incluyendo VIP sexual), tanto antes como un año después de la intervención. De acuerdo a la encuesta, al año de la intervención las mujeres reportaron haber sufrido menos VIP sexual y más hombres estuvieron de acuerdo con que las mujeres tienen derecho a rechazar el tener sexo sin importar las circunstancias. La solidez del estudio estuvo en la inclusión de las parejas femeninas en el análisis, lo cual redujo la posibilidad de sesgo inherente de haber contado solo con la participación de hombres.[39]

[1] Ver tablas en Apéndice

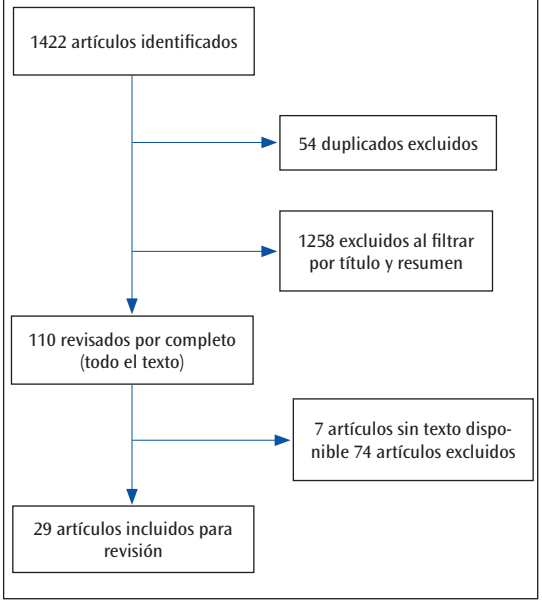
Tabla 3. Guías del UNHCR con marco de análisis

Prevención	Respuesta
Participación e involucramiento • Involucrar a los refugiados en todas las medidas como parte de las medidas de protección • Mantener al máximo posible la comunidad social del país de origen • Involucrar a la comunidad de refugiados y organizaciones de mujeres en las medidas de protección • Concentrarse en las mujeres refugiadas vulnerables e involucrarlas en roles de gestión y liderazgo del campamento en todos los aspectos relacionados a seguridad alimentaria, aumento de opciones de medios de vida, toma de decisiones con respecto a medidas de protección, procesos de paz y reintegración • Proveer actividades (por ejemplo, para generación de ingresos) para evitar la frustración y aburrimiento de los hombres refugiados • Reclutar mujeres refugiadas para el personal, por ejemplo, como oficiales de protección • Establecer comités y grupos de mujeres en campamentos de refugiados • Involucrar a hombres y niños en esfuerzos de igualdad de géneros	**Tratamiento y asesoría** • Proveer atención médica adecuada; por ejemplo, anticoncepción de emergencia, profilaxis VIH, pruebas de embarazo, incluyendo orientación si estas son positivas, coordinar visitas de seguimiento • Asegurar respuestas confidenciales y coordinadas • Brindar asesoría y soporte a las víctimas • Involucrar a las organizaciones de mujeres en acciones de respuesta
Seguridad • Ubicar los campamentos en lugares geográficos seguros y diseñarlos con medidas de protección básicas; por ejemplo, suficiente iluminación, alojamientos con cerraduras y facilidades sanitarias separadas por género • Asegurar que haya patrullas de seguridad en forma regular, día y noche • Buscar alternativas para campamentos cerrados • Identificar personas refugiadas vulnerables e identificar estrategias para protegerlas • Crear espacios seguros para mujeres refugiadas • Dar prioridad a la reunificación de familias • Atacar los factores que contribuyen al riesgo de VS, a todo nivel de protección • Aumentar la seguridad mediante mecanismos claros y adecuados de monitoreo, evaluación, auditoría y reporte	**Protección contra nuevos abusos** • Brindar protección contra nuevas victimizaciones, actuar según los mejores intereses y de acuerdo a los deseos de las víctimas, asegurar confidencialidad y asegurar que el personal de respuesta a VS sea del mismo género (por ejemplo, doctoras) • Hacer seguimiento a la naturaleza doméstica de la VS, teniendo especial cuidado con las medidas de respuesta • Crear canales seguros para reportar la VS, por ejemplo, organizaciones de mujeres

Protección legal • Asegurar la protección legal de las víctimas y el procesamiento legal de los perpetradores con la ayuda de organizaciones de mujeres • Proveer documentación personal a todas las mujeres refugiadas • Asegurar que los derechos de las personas refugiadas estén protegidos y que puedan disfrutarlos (enfoque basado en derechos)	**Protección legal** • Reportar abusos a la policía • Entrevistar a las víctimas para obtener información para procesamiento legal • Asegurar que se tome acción legal (si las víctimas están de acuerdo) y que se castigue a los perpetradores • Proporcionar información esencial sobre derechos y opciones disponibles a las víctimas
Educación y capacitación • Lanzar campañas de información y cursos de capacitación sobre VS y temas relacionados para personal y refugiados • Realizar actividades que promueven la igualdad de género, ya que la desigualdad es una de las causas de VS (ayudar a las mujeres a ganar capacidades y habilidades para controlar sus propios medios de vida)	**Educación y capacitación** • Cursos de capacitación sobre VS y temas relacionados para personal y refugiados
Adicionalmente, los siguientes principios generales aplican a todos los programas: • Las medidas de seguridad deben estar sensibilizadas por género y ser receptivas • Las medidas deben incluir soluciones inmediatas a mediano y a largo plazo para proveer protección sostenible y efectiva • Se debe incluir a mujeres LGBT como un grupo vulnerable • Se debe incluir a mujeres con discapacidades como un grupo vulnerable • El empoderamiento y el involucramiento son componentes clave de la mayoría de medidas de protección • Las medidas de prevención y respuesta deben ser multisectoriales (atención médica, soporte psicosocial y legal, etc.) • Se deben mejorar los métodos de recolección de datos y la forma de compartir información entre agencias para diseñar programas efectivos y basados en evidencia	

Según Gurman,[40] las estrategias de reducción de VS también tienen que considerar la influencia de las redes sociales y la comunidad local en las acciones del individuo. Las intervenciones en las comunidades parecen ser más convenientes, ya que se puede involucrar a las personas como agentes de cambio social.[40] Una estrategia prometedora es el uso de películas cortas y proyectos de video para educar a la comunidad local e iniciar discusiones públicas sobre VG y VS.[41–43] Un proyecto de video participativo que duró varios años, en Tailandia a lo largo de la frontera con Myanmar, y en Ruanda, Liberia, Sudán del Sur y Uganda en África, calificado como "débil", involucró activamente a la comunidad e incluyó a varios interesados como ministerios, líderes religiosos y grupos de jóvenes y mujeres en la creación de varios videos que brindaban educación sobre VG, incluyendo VS.[40] Cada exhibición pública era seguida por discusiones de reflexión. Una evaluación cualitativa de 18 discusiones de grupos focales mostró que los participantes reconocían que el proyecto había ayudado a crear mayor conciencia y respeto por los derechos de las mujeres, mayor igualdad en las dinámicas de género dentro de relaciones y familias, disminuir los matrimonios tempranos forzados y aumentar la cantidad de incidentes de VG reportados, incluyendo VS, y el uso de servicios relacionados. Sin embargo, también se reconoció que aún se necesita un activismo continuo para cambiar a largo plazo las normas de género ya que algunas mujeres que han sufrido abuso todavía tienen que lidiar con estigmas y por los tanto pueden preferir guardar silencio.[40] En un estudio cualitativo en Ruanda, los refugiados también expresaron la necesidad de que los líderes del campamento, las comunidades locales y las ONG colaboren entre sí para evitar un enfoque de intervenciones vertical de arriba hacia abajo, y así poder aumentar la responsabilidad, propiedad y aceptabilidad de los servicios de protección.[43] Una intervención de calidad débil en un campamento de refugiados de Darfur mostró que era más efectivo y sostenible consultar e involucrar activamente a las mujeres refugiadas y líderes de campamento para desarrollar soluciones a problemas de seguridad que forzar la aplicación de guías y políticas existentes.[44] Otro artículo por Spangaro *et al*[41] encontró que las intervenciones contra la VS diseñadas e implementadas involucrando activamente a la comunidad se asociaban con mayores reducciones de riesgo e incidencia de VS, y concluía que el involucramiento de las comunidades puede ser fundamental para el éxito y sostenibilidad de los esfuerzos de prevención de la VS.

Figura 1. Diagrama PRISMA



Se ha encontrado que el empoderamiento de las mujeres a través de la capacitación y educación sobre habilidades vocacionales es prometedor para mejorar los medios de vida de las mujeres y disminuir el riesgo de VS.[43,45–47] En Sierra Leona, se ha reportado que este enfoque aumenta las opciones y capacidades de las mujeres para ganar un ingreso sostenible y por lo tanto disminuye su vulnerabilidad a ser explotadas sexualmente.[46] Sin embargo, los proyectos que contribuyen a las oportunidades económicas de las mujeres también pueden aumentar su riesgo de VIP, que puede incluir VIP sexual.[47] Ray *et al* [47] recomiendan enfáticamente involucrar a los hombres en todos los programas de subsistencia. No se recomienda implementar estas intervenciones en forma aislada dada la complejidad de la VG en situaciones de desplazamiento. A pesar del reconocimiento de que las intervenciones de subsistencia podrían ser cruciales para proteger a las mujeres refugiadas, habría poca evidencia entre los estudios incluidos con respecto a la efectividad de las oportunidades económicas para reducir la VS en los entornos de desplazamientos. En muchos países anfitriones, los gobiernos aplican restricciones importantes al derecho de los refugiados a trabajar.[47]

En ninguno de los estudios identificados se evaluaron esfuerzos para mantener las estructuras originales (de países de origen) de las comunidades dentro de los campos de refugiados o sobre cómo involucrar a las mujeres refugiadas en el diseño, manejo o liderazgo de las medidas de protección contra la VS, como el UNHCR recomienda.

Seguridad

Once estudios evaluaron el impacto de la prevención de VS en el aumento de la seguridad personal y ambiental. Todos los estudios dentro del dominio de seguridad se referían al riesgo de VS que las mujeres corrían al recolectar leña.[41–45,48–53] Las estrategias de intervención incluían aprovisionarse de leña u ofrecer capacitación acerca de la producción de estufas eficientes en el consumo de combustible.[41–43] La evaluación integral de un proyecto en Kenia, calificado como de calidad moderada, describía cómo se proporcionaba leña para intentar reducir las violaciones. Si bien la incidencia de estas bajó en un 10% durante la recolección de leña, aumentó en otras situaciones dentro del mismo campamento.[53] Asimismo, el valor monetario de la madera aumentó durante el proyecto y algunas mujeres comenzaron a recolectar más leña para generar ingresos, aumentando sus riesgos a pesar de que ya no tenían necesidad propia de leña.[52,53] Se evaluó que el proyecto no había resultado ni económico ni sostenible, y se detectó que este aumentaba las tensiones entre los refugiados y las comunidades anfitrionas, ya que a estas últimas les molestaba que mientras a los refugiados se les proveía de leña, no ocurría lo mismo con ellas.[53] Tappas y sus colegas revisaron la provisión de estufas eficientes para reducir la recolección de leña y el riesgo y exposición de las mujeres a la VS, y encontraron que la necesidad de comprar combustible podía a su vez aumentar la carga económica y la vulnerabilidad a la VS.[43] A pesar de este cuestionable impacto, la provisión de estufas o leña sigue siendo una de las principales estrategias adoptadas por las organizaciones humanitarias para aumentar la seguridad y reducir el riesgo de VS.[51] Sin embargo, un proyecto en un campamento de personas desplazadas en Sudán mostró un enfoque prometedor al incluir la formación de un comité de patrullaje de leña dirigido por mujeres. Al reunirse periódicamente, estas mujeres podían discutir problemas de seguridad; esto aumentó la confianza mutua, las habilidades para resolver problemas y, en definitiva, su seguridad.[42,44]

Protección legal

Cinco artículos, de los cuales tres eran revisiones sistemáticas, trataban sobre intervenciones lega-

les tales como leyes, políticas y guías de protección, y programas de capacitación, como medidas preventivas contra la VS. La poca literatura existente sobre intervenciones legales de protección para prevenir la VS contra refugiadas indica la gran falta de evidencia disponible. Más aún, la literatura incluida describía intervenciones con efectividad limitada, ya que las evaluaciones mostraban que los refugiados no conocían bien sus derechos o los mecanismos legales disponibles y podían considerar la VS como algo vergonzoso pero inevitable y, por lo tanto, percibir la VS como "normal". Por lo tanto, muchos casos de VS podían no ser reportados a pesar de existir mecanismos legales contra ellos.[41–43,54] De todos modos, las intervenciones legales, como medio disuasivo para los perpetradores mediante leyes y políticas integrales, son componentes importantes de la prevención de la VS.[42] Sin embargo, una revisión sistemática de calidad moderada por Spangaro *et al* [42] encontró que, aun cuando existan políticas y mecanismos legales y se abran cargos por casos de VS, muchos de estos no serán procesados, dejando a los perpetradores sin castigo y a las personas sobrevivientes de VS sin justicia. En consecuencia, las políticas y leyes de protección tienen impacto limitado en la disuasión de perpetradores futuros o recurrentes de VS.[41–43]

Educación y capacitación

Siete estudios evaluaron intervenciones de educación y capacitación para prevenir la VS.

Un estudio de calidad débil implementado por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), en 11 campamentos de refugiados de Darfur entre 2008 y 2011, describió cómo se buscaba aumentar la seguridad interna de las mujeres refugiadas mediante la capacitación de líderes del campamento, policía y personal humanitario en sensibilidad de género y protocolos de protección contra VG/VS.[44] La capacitación logró aumentar la conciencia y el entendimiento de VCM, así como mejorar las capacidades y habilidades para resolver problemas de la comunidad para proteger a las mujeres refugiadas contra la VS de forma más eficiente.[44] Thompson *et al* [44] enfatizaron la importancia de involucrar a los líderes de campamentos en las intervenciones, así como de capacitaciones participativas, continuas y periódicas como una estrategia a largo plazo para cambiar las normas sociales y las actitudes dañinas que producen la VS. Adicionalmente, en ese estudio se mostró que el involucramiento de líderes religiosos jugaba un rol importante para reforzar los mensajes contra la VS.[44] Otro programa de capacitación implementado en Guinea también demostró tener éxito en la prevención de VS, mediante el despliegue de "capacitadores de la comunidad" en asentamientos de refugiados, quienes facilitaban y educaban a los refugiados sobre VS e involucraban a la comunidad en procesos participativos de solución de problemas para establecer sistemas de prevención de VS. El programa también tuvo éxito al reclutar refugiados, incluyendo mujeres, para ser entrenados como trabajadores sociales paraprofesionales, para apoyar con actividades de toma de conciencia tales como la organización de grupos de mujeres para informar y sensibilizar a las mujeres sobre sus derechos en caso de abusos; esto ha llevado a una mayor aceptación de los servicios relacionados a la VS.[41,42] Cuatro estudios también se concentraron en el fomento de una mayor educación y capacitación en habilidades como enfoques prometedores para la prevención de la explotación sexual de personas refugiadas.[45–47] Sin embargo, bajo ciertas circunstancias, las oportunidades económicas para las mujeres desplazadas también aumentaban el riesgo de sufrir acoso sexual o de ser atacadas por los empleadores, especialmente al trabajar en forma ilegal ya que las mujeres temían ser deportadas o detenidas en caso de acudir a las autoridades o a la policía.[47] El acceso limitado a oportunidades de empleo para mujeres y niñas desplazadas sin soporte conyugal o familiar es de especial inquietud, ya que las raciones de comida proporcionadas por las agencias humanitarias son a menudo insuficientes, lo cual puede forzar a las mujeres y niñas a buscar medios precarios de subsistencia a través de la prostitución o trabajos ilegales donde corran el riesgo de acoso sexual. Ray *et al* [47] recomiendan enfáticamente que los gobiernos concedan la legalidad a las mujeres refugiadas lo antes posible para permitirles trabajar en forma legal en el país de asilo y así evitar el ciclo de vulnerabilidad que favorece la explotación sexual.

Dos revisiones sistemáticas de VS en entornos humanitarios de todo el mundo, ambas de calidad moderada, encontraron que los programas de capacitación para voluntarios, personal, líderes de comunidades y refugiados tenían el mayor impacto en reducir el riesgo de VS al ser combinados con otras intervenciones de componentes múltiples, que podían incluir discusiones comunitarias y actividades para toma de conciencia.[41,42] Según

Spangaro *et al*,[41,42] esto se debe a que este enfoque de intervención aborda de mejor manera la amplia gama de problemas que inicialmente condujeron al riesgo de VS.

Respuesta

La literatura incluida se concentró principalmente en el tratamiento y asesoría como respuesta a la VS. Varios artículos abordaban más de una categoría de las guías.

Tratamiento y asesoría

Dieciocho estudios abordaban el tratamiento de VS y asesoría a las personas sobrevivientes de SV, siendo solo uno de ellos de sólida calidad.

La mayoría de la literatura incluida se concentraba principalmente en aliviar el PTSD mediante terapias individuales o grupales y grupos de soporte calificados; con esto se ha logrado cierto éxito para aliviar la angustia mental y aumentar el soporte social percibido.[41,42,44–46,55–61] Sin embargo, los estudios a menudo carecían de metodología y reportes rigurosos, especialmente los realizados en zonas de conflicto.[56,57] En una prueba de débil calidad llevada a cabo en la República Democrática del Congo (RDC), mujeres sobrevivientes de VS con altos niveles de PTSD, ansiedad y depresión fueron asignadas aleatoriamente ya sea a un apoyo individual o a terapia de procesamiento cognitivo (CPT, por sus siglas en inglés). Las evaluaciones mostraron que las mujeres que completaron la intervención CPT tuvieron una mayor reducción de angustia mental que aquellas que solo recibieron aporte individual. Además, el deterioro funcional también disminuyó significativamente en el grupo con intervención CPT.[55] Otra intervención, implementada en un entorno de conflicto del Congo, demostró que el apoyo psicológico brindado por profesionales capacitados pudo reducir en alrededor de 60% el deterioro causado por traumas debidos a VS, y que los beneficios se mantuvieron hasta por dos años después de la intervención.[58]

Cinco de estos dieciséis estudios también sugieren que la inclusión de rituales tradicionales ayudó a las personas sobrevivientes de VS a manejar el trauma y aumentar la resiliencia.[41,42,59,60,62] Según un estudio de calidad moderada por Stark,[60] las ceremonias tradicionales de purificación llevadas a cabo en comunidades para exniñas-soldados que sobrevivieron a la VS durante el conflicto en Sierra Leona apoyaron su recuperación personal y su reintegración a la sociedad. Otro estudio en Sierra Leona, en el cual se entrevistaba a trabajadoras sociales y mujeres locales que habían sobrevivido a VS relacionada con la guerra, mostraba que un enfoque personal de atención, incluyendo asesoría proactiva, divulgación voluntaria y el involucramiento personal de las trabajadoras sociales (que a menudo también eran sobrevivientes de VS) era muy apreciado por las mujeres que buscaban ayuda y percibido como una fuente de conocimiento y valor.[59] Estas conclusiones se ven reforzadas por el análisis de una intervención VG/VS fallida en un campamento de personas desplazadas en Eritrea, que intentó brindar servicios de salud y asesoría individual a sobrevivientes de VS del grupo étnico saho luego de la segunda guerra entre Etiopía y Eritrea. La mayoría de las mujeres no asistió a dichos servicios y las evaluaciones posteriores concluyeron que la intervención implementada podría haber impuesto modelos de psicoterapia occidental, los cuales resultaron insuficientes para atender las necesidades de las sobrevivientes de VS en Eritrea, ya que las mujeres saho están más acostumbradas al soporte grupal de mujeres de sus comunidades que enfrentan los mismos problemas. Por lo tanto, los sistemas de apoyo tradicional o comunitario no se consideraron por completo y esto pudo haber afectado el impacto de la intervención.[63]

Leskes *et al* [61] evaluaron dos programas psicosociales en Liberia, implementados durante un período de tres meses cada uno por dos ONG distintas. La evaluación comparó sus respectivas intervenciones, que incluían una intervención con asesoría individual y otra con grupos de soporte y capacitación en habilidades para generar ingresos. El objetivo de la evaluación fue medir el impacto en la reducción del estrés y trauma de las personas sobrevivientes de VS. Ambas intervenciones tuvieron efectos positivos, aunque para muchas participantes el estrés no se debía únicamente a la experiencia de VS, sino que estaba agravado por la constante privación socioeconómica.[61]

Solo cuatro artículos evaluaron servicios de atención médica relacionados a respuestas a la VS.[48,49,63,64] Un estudio de débil calidad, realizado en Colombia, enfatizaba la importancia de una respuesta integrada a la VS sensibilizada con la cultura, que permitía a las mujeres vulnerables acceder a servicios de salud sexual y reproductiva integrales. El proyecto colaboraba de cerca con diferentes organizaciones locales, tanto gubernamentales como civiles, tales como consejos y comités de salud, pastores, grupos de mujeres y

redes de jóvenes, para crear vínculos fuertes con otros servicios como ayuda legal y desafiar actitudes locales y mecanismos sociales que toleran la VS a través de campañas de sensibilización. Se vio que este enfoque resultaba esencial para que el proyecto pudiera aumentar la visibilidad de los servicios disponibles y el acceso a una atención adecuada.[46] Adicionalmente, Henttonen *et al* [64] encontraron que para que los servicios de salud sean adecuados, se necesita que el personal de salud sea capacitado continuamente en VS, y que se cree una mayor orientación de servicios hacia adolescentes. Se encontró que las mujeres adolescentes, en particular, eran vulnerables a la VS, lo cual requería que los servicios de salud ofrecieran atención amigable a las jóvenes, así como horarios especiales para cumplir mejor con sus necesidades en caso de VS.[64]

Un sólido estudio por Wirtz *et al*,[49] y uno más débil por Vu *et al*,[48] describían el desarrollo y prueba del Juego de Herramientas de Pruebas para Identificar Sobrevivientes de Violencia de Género (ASIST-GBV, por sus siglas en inglés) que se diseñó específicamente para las zonas en conflicto de Colombia y Etiopía con el objetivo de mejorar la identificación y derivación oportuna de sobrevivientes de VS a fin de que reciban tratamiento y servicios apropiados. La herramienta ha demostrado ser exacta, práctica y fácil de usar, adaptable al contexto, específica para las necesidades de mujeres y niñas, y adecuada para entornos humanitarios con pocos recursos. Los datos de las pacientes pueden ser conectados con sistemas de reporte y monitoreo, tales como el Sistema de Manejo de Información de Violencia de Género (GBV-IMS, por sus siglas en inglés) para evitar la duplicación de información y no volver a traumatizar a mujeres abusadas. ASIST-GBV es la única herramienta de este tipo (aparte de las que maneja solo VIP) que está siendo probada en entornos humanitarios. Sin embargo, la aceptabilidad de la herramienta por usuarios finales, tales como refugiados y proveedores de servicios, aún no ha sido estudiada a fondo, y actualmente está siendo evaluada.[48,49] A pesar de los beneficios de la detección temprana de VS, las pruebas de identificación no son recomendables si no existe un sistema funcional y eficiente de derivación.[49]

Protección contra el abuso reiterado

Ocho de los estudios incluidos trataban sobre este dominio del marco del UNHCR. Un estudio de rigor metodológico fuerte por Lattu *et al* [54] exploraba varios mecanismos existentes en diferentes entornos de refugiados para casos de explotación y abuso sexual, en particular si eran cometidos por personal humanitario. Esta investigación cualitativa[54] mostró que los residentes del campamento a menudo vacilaban o tenían miedo de reclamar y no estaban suficientemente informados sobre cómo protegerse del abuso sexual o reportar en forma segura una mala conducta del personal. Por lo tanto, las personas refugiadas sugirieron despedir al personal humanitario encontrado culpable de perpetrar VS y expresaron que las comunidades desplazadas necesitaban estar mejor informadas sobre sus derechos, incluyendo cómo acceder a los servicios humanitarios disponibles. Ciertas actividades de toma de conciencia, como talleres de trabajo y clubes de teatro juvenil, también demostraron ser efectivas para iniciar discusiones dentro de las comunidades desplazadas sobre VS y cómo reportarla en forma segura. Además, se encontró que la colaboración con guardianes, tales como líderes del campamento, era esencial para la implementación exitosa de las intervenciones relacionadas.[54] Otro estudio en el campo de refugiados de Kakuma, en Kenia, exploró aún más los mecanismos de respuesta de la comunidad a VIP, incluyendo VIP sexual, y encontró una jerarquía de respuestas, demostrando que las respuestas propias de la comunidad, las cuales a menudo involucraban negociaciones con líderes de la comunidad y familiares, eran preferidas a los servicios brindados por el personal humanitario. Esto también era debido al hecho de que muchos refugiados no confiaban en los servicios implementados por las agencias internacionales, ya que creían que actuaban solo con un enfoque vertical de arriba hacia abajo, y solo en favor de las mujeres y en contra de los intereses de las familias involucradas. Sin embargo, este estudio también demostró que las medidas comunitarias no necesariamente protegían a las mujeres abusadas, e incluso podían permitir nuevo abusos, ya que muchas mujeres terminaban siendo consideraras culpables de recibir abuso a manos de sus parejas.[43,65] Adicionalmente, la literatura incluida también apuntaba hacia la importancia de cambiar normas de género dañinas, crear conciencia pública sobre la VS y proveer oportunidades económicas a las mujeres refugiadas para disminuir su vulnerabilidad a explotación sexual continua, además de atacar los mecanismos sociales subyacentes que llevan al abuso continuo de mujeres refugiadas.[40–42,45,50]

Protección legal

Cinco estudios trataban sobre intervenciones legales como servicios de ayuda legal y procesamiento legal de delitos de VS, pero había poca evidencia sobre su eficiencia.

Dos estudios se concentraban en campañas públicas de sensibilización sobre los derechos de las mujeres y los servicios legales disponibles en caso de VS, y se encontró que estos fueron cruciales para señalar "tolerancia cero" contra VS y fomentar que las personas sobrevivientes de VS buscaran justicia.[43,46] Sin embargo, dos reseñas incluidas, de calidad moderada, declaraban que sin una protección adecuada para las mujeres contra estigmas, actitudes negativas del público y el peligro de volver a ser víctimas y sufrir traumas de nuevo, las intervenciones legales no serán efectivas para convencer a las mujeres a hablar sin reservas y así obtener justicia, ya que estarán temerosas de hacerlo.[41,42] De todos modos, se ha encontrado que los servicios legales son esenciales para contrarrestar la impunidad prevaleciente de la VS contra personas refugiadas y por lo tanto necesitan ser incluidos en las medidas de respuesta.[41,42,50]

Educación y capacitación

Nueve de los estudios identificados evaluaban intervenciones efectivas de educación y capacitación sobre VS.

La mayoría de los estudios se concentraba en la capacitación a los refugiados sobre VS, a través de campañas de toma de conciencia, talleres de trabajo o enseñanza de habilidades vocacionales para disminuir la vulnerabilidad a VS y aumentar el bienestar.[40–42,44–46,50] Un estudio de calidad moderada describía un programa de componentes múltiples en la RDC, dirigido a mujeres que habían sobrevivido a VS durante el conflicto. La intervención incluía la promoción y el apoyo a los grupos locales de mujeres en la organización de oportunidades educativas para mujeres y niñas, y se encontró que tenía un impacto positivo en el bienestar de los participantes y en su funcionamiento diario y social.[50] Una intervención similar, de calidad débil, implementada en Sierra Leona, se dirigía a mujeres afectadas por VS durante la guerra civil y que fueron forzadas a vender sexo. El objetivo de la intervención fue proveer conocimientos y habilidades a estas mujeres para que pudieran encontrar otras actividades como fuentes de ingresos y protegerse del VIH. Las estrategias aplicadas para educarlas incluyeron música, danza y teatro y educación de pares, y se encontró que estas eran efectivas para hacerles llegar mensajes sensibilizados e importantes. Las evaluaciones de impacto también demostraron que el programa fue exitoso en alentar a las mujeres a aprender nuevas habilidades y encontrar medios de vida alternativos. Las infecciones VIH y la mortalidad disminuyeron entre las mujeres participantes del programa.[46] Otra intervención en Colombia, cuyo objetivo era proteger y educar a las mujeres afectadas por la violencia, incluyendo VS, utilizaba la radio, volantes y equipos móviles entrenados para educar a las mujeres sobre VG y VS, aumentar la visibilidad de los servicios disponibles y enfrentar la aceptación cultural de la VG. Además, la cooperación con organizaciones juveniles, sociales y de mujeres aumentó el alcance del proyecto.[46] Otro factor determinante para los programas de capacitación fue que estos tenían que empoderar y ser participativos y así permitir a las personas refugiadas desarrollar habilidades para resolver problemas prácticos relacionados a VS y a cambiar actitudes dañinas que toleran la VS. Una intervención exitosa que aplicaba este enfoque, conducida por Thompson *et al*,[44] capacitaba a mujeres refugiadas en derechos de la mujer y habilidades de liderazgo; luego, ellas transferían sus habilidades a otras mujeres, a través de reuniones en centros y comités de mujeres. Esto les permitía expresar sus preocupaciones y problemas a las personas que podían tomar decisiones; también les permitía tener un rol activo en el planeamiento de medidas de seguridad dentro de sus campamentos.[44]

Tres estudios también evaluaban la capacitación en VS para proveedores de servicios y personal humanitario.[44,64,66] Un estudio de calidad moderada, que ensayó una capacitación multimedia para proveedores de salud en entornos humanitarios en cuatro países distintos, mostró tener éxito al mejorar el respeto por los derechos de los pacientes, la gestión del caso y el tratamiento.[66] Sin embargo, las actitudes negativas hacia las personas sobrevivientes de VS no se vieron afectadas por la capacitación; dichas actitudes continuaron siendo una barrera considerable para el reporte del abuso por VS a los proveedores de servicios.[66] Otra evaluación de los servicios de salud provistos a sobrevivientes de VS en la Uganda posconflicto también demostró que el personal de salud debía ser continuamente capacitado en la gestión de casos de VS como parte de su educación médica, ya que capacitaciones esporádicas en los proto-

colos de respuesta a VS a través de las agencias internacionales eran vistas como insuficientes para asegurar una atención apropiada. Asimismo, se recomendó un mayor énfasis en trabajar con adolescentes sobrevivientes de VS, ya que el abuso sexual era predominantemente hacia niñas jóvenes.[64] Dentro de esta categoría, solo un estudio, de débil calidad [44] señaló la importancia e impacto que tiene capacitar tanto a refugiados como a proveedores de servicios sobre la reducción de VS, a fin de aumentar el entendimiento y la comunicación entre los refugiados y los profesionales que trabajan con ellos, además de crear un ambiente de habilitación y empoderamiento para que los primeros encuentren soluciones prácticas y tangibles en la protección contra la VS. Sin embargo, si bien esta revisión identificaba estudios con el objetivo de transformar las normas de género dañinas dentro de comunidades desplazadas, ninguno de ellos abordaba las actitudes y los prejuicios de los proveedores de servicios y otros profesionales que interactúan directamente con sobrevivientes de VS.

Discusión

La revisión demuestra que la VS contra mujeres refugiadas es una preocupación de salud pública compleja, que requiere una solución integral de múltiples componentes y sensible a la cultura. Las intervenciones incluidas por lo general no estaban bien diseñadas, no estuvieron adecuadamente monitoreadas y las evaluaciones eran con frecuencia de corto plazo, lo cual impedía obtener un estimado confiable o una evaluación robusta de su impacto a largo plazo sobre la VS.[41–43,45] Pocos programadores siguieron las guías del UNHCR, a excepción de la intervención limitada sobre recolección de leña dentro del dominio de seguridad (prevención) y varios programas que brindaban asesoría dentro del dominio de tratamiento y asesoría (respuesta). Hay que notar que ningún estudio evaluaba los métodos para recolección de datos o la forma de compartir información entre agencias para mejorar la prevención de VS y las medidas de respuesta.[28–30,43] Todos los actores humanitarios respaldan la necesidad de generalizar la prevención y respuesta a VS en todos los programas para lograr un verdadero impacto en la protección de mujeres y niñas refugiadas.[28] Sin embargo, ninguno de los estudios identificados evaluaba los enfoques para generalizar la prevención de VS dentro de actividades humanitarias más amplias.

A pesar de todo, la revisión identificó varios enfoques prometedores para la prevención y respuesta a la VS, los cuales requieren mayor atención de parte de actores e investigadores humanitarios. Estos incluyen la participación activa de las mujeres refugiadas en el diseño, planeamiento e implementación de medidas preventivas. La participación de los refugiados aumentó el empoderamiento y la propiedad de los programas implementados y creó capacidades, reduciendo la VS en todos los estudios incluidos.[41–44,46] Las estrategias para involucrar a la comunidad también ayudaron a aumentar la conciencia sobre VS, transformar normas de género dañinas y reforzar la responsabilidad dentro de las comunidades, para reducir y prevenir la VS.[39,40,41,43–46] Las intervenciones de capacitación y educación, que involucran y enseñan a los refugiados sobre VS y el valor de las normas igualitarias para géneros, también son efectivas para la prevención y respuesta a la VS, según nuestra revisión.[40–42,44,46,50] Sin embargo, pocos estudios habían sido dirigidos a los proveedores de servicios que estaban directamente en contacto con sobrevivientes.[64,66] Además, muy pocos abordaban métodos efectivos de colaboración entre organizaciones, servicios o incluso entre personal humanitario y refugiados para poder, de mejor manera, atacar problemas de seguridad o integrar y mejorar servicios para sobrevivientes de VS.[44,46]

A pesar de que las guías del UNHCR son importantes para la protección contra la VS, las recomendaciones tienden a considerar a los refugiados en forma aislada y desconectados del contexto, ignorando dinámicas y factores a menudo complejos que contribuyen al riesgo de VS para las mujeres refugiadas. Las guías también se concentran en VS perpetrada por extraños y no en parejas íntimas, a pesar de que los casos de VIP sexual son comunes durante etapas de crisis y desplazamiento.[14] Los riesgos presentados por la comunidad anfitriona, tales como redes de contrabando y tráfico de personas, casi no se reconocen ni discuten.15 Además, las mujeres abusadas se enfrentan a varias barreras debido a sesgos de género dañinos, estigmas, xenofobia y marginación social, a pesar de existir medidas de protección.[66–68] Las guías existentes del UNHCR son más aplicables a entornos como los campamentos de refugiados.[28–30] Las poblaciones de refugiados en tránsito se enfrentan a circunstancias y situaciones constantemente cambiantes en camino a su destino, lo que representa un entorno lleno de retos logísticos para las investigaciones, reflejado en la escasez de estudios sobre poblaciones en movimiento.

Excluimos de nuestra revisión varias intervenciones comúnmente implementadas por las ONG o las agencias de la ONU en entornos humanitarios debido a la poca evidencia de su efectividad. Estas incluían espacios seguros para mujeres o carpas juveniles, donde las mujeres desplazadas pueden socializar, buscar refugio, desarrollar habilidades y recibir información sobre VG.[23] Otros enfoques ensayados incluyen el establecimiento de equipos móviles de salud para llegar a poblaciones desplazadas en lugares remotos que, de lo contrario, permanecerían marginadas.[23]

Por último, si bien el UNHCR reconoce la importancia de las respuestas multisectoriales y coordinadas a la VS/VG, ninguno de los estudios incluidos en esta revisión examinaba el beneficio potencial de una coordinación efectiva entre agencias humanitarias en un entorno dado. El Modelo de Coordinación para Refugiados del UNHCR orienta sobre la armonización de las acciones humanitarias con respecto a protección contra la VG, que incluye establecer un Grupo de Trabajo de Protección a los Refugiados para la coordinación de los servicios humanitarios y la generalización de la protección contra VG en todos los sectores. La falta de evaluaciones de los mecanismos de coordinación es una importante brecha de investigación.

Limitaciones

Esta revisión tiene algunas limitaciones. Al seleccionar solo publicaciones en inglés y alemán podemos haber excluido estudios relevantes disponibles en otros idiomas. El filtro de artículos fue hecho por una sola persona, lo que puede haber producido algún sesgo personal. Adicionalmente, la evaluación rigurosa de los programas es especialmente desafiante en los entornos complejos distintivos de crisis por conflictos y humanitarios. Cabe destacar que solo tres de los documentos incluidos eran de fuerte rigor metodológico.

Conclusión

Hay poca evidencia disponible para la efectividad de las intervenciones sobre VS para la protección de refugiados y la prevención de la VS. Esta revisión sugiere que los enfoques integrales con empoderamiento, transformación de normas de género y sensibilización cultural, que desarrollan las capacidades de las comunidades de refugiados, brindan las estrategias más prometedoras para prevenir la VS. Las mujeres refugiadas no pueden depender de respuestas a corto plazo a la VS, sino que necesitan de un compromiso a largo plazo en todos los sectores gubernamentales y humanitarios para asegurar la protección de todas las mujeres. Recomendamos un mayor énfasis en la evaluación e implementación de modelos efectivos para protección legal, estrategias para involucrar a los hombres, intervenciones de medios de vida y capacitación a los proveedores de servicios. Nuestra revisión proporciona ejemplos de intervenciones prometedoras dentro de los dominios del compromiso y la participación, así como de la capacitación y educación, y resalta las importantes brechas de evidencia que deben ser abordadas para garantizar que las refugiadas disfruten de todos sus derechos y puedan vivir vidas valiosas y saludables.

Reconocimientos

Las autoras desean agradecer a Tanya Caulfield por su percepción y apoyo durante el desarrollo de esta investigación. También aprecian las cuidadosas revisiones y los comentarios de los revisores durante la redacción de este artículo.

Declaración de divulgación

Las autoras no reportaron ningún conflicto potencial de interés.

Referencias

1. United Nations High Commissioner for Refugees. Global trends forced displacement in 2015. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR); 2016.
2. EY. The global displacement of populations – from crisis management to long-term solutions [Internet]. EY; 2016 Jul [cited 2017 Sep 10]. Available from: http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY_-_The_global_displacement_of_populations/$FILE/EY-the-global-displacement-ofpopulations-july-2016.pdf
3. European Commission. The EU and the refugee crisis [Internet]. European Union; 2016 Jul [cited 2016 Oct 10]. Available from: http://publications.europa.eu/webpub/com/factsheets/refugee-crisis/en/
4. Amnesty International. Tackling the global refugee crisis from shirking to sharing responsibility. London: Amnesty International; 2016.

5. Purvis C. Europe's refugee crisis policy brief. London: International Rescue Committee; 2015.
6. Bonewit A. Reception of female refugees and asylum seekers in the EU case study Germany. Brussels: Policy Department C Citizens Rights and Constitutional Affairs European Parliament; 2016.
7. Frontex. Western Balkans annual risk analysis. Warsaw: Frontex; 2016.
8. Oxfam. Gender analysis: the situation of refugees and migrants in Greece [Internet]. Oxfam; 2016 Aug [cited 2016 Aug 3]. Available from: https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/oxfam_gender_analysis_september2016_webpage.pdf
9. Parker S. Hidden crisis: violence against Syrian female refugees. Lancet. 2015;385:2341–2342.
10. UN Women. Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage. Amman: UN Women; 2013.
11. Nobel Women's Initiative. Women refugees at risk in Europe. Ottawa: Nobel Women's Initiative; 2016.
12. Ward J, Marsh M. Sexual violence against women and girls in war and its aftermath: realities, responses, and required resources. Brussels: UNPFA; 2006.
13. Keygnaert I, Guieu A. What the eye does not see: a critical interpretive synthesis of European Union policies addressing sexual violence in vulnerable migrants. Reprod Health Matters. 2015;23(46):45–55.
14. Hossain M, Zimmerman C, Watts C. Preventing violence against women and girls in conflict. Lancet. 2014;383 (9934):2021–2022.
15. Keygnaert I, Vettenburg N, Temmerman M. Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. Cult Health Sex. 2012;14 (5):505–520.
16. Women's Refugee Commission. Falling through the cracks: refugee women and girls in Germany and Sweden. New York (NY): Women's Refugee Commission; 2016.
17. European Union. Asylum and migration into the EU in 2015. Luxembourg: Publications Office for the European Union; 2016.
18. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA. The world report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
19. European Institute for Gender Equality. What is gender-based violence? [Internet]. EIGE; 2017 [cited 2017 Sep 10]. Available from: http://eige.europa.eu/gender-basedviolence/what-is-gender-based-violence
20. UNFPA/WAVE. Defining gender-based violence [Internet]. UNFPA/WAVE; 2017 [cited 2017 Sep 10]. Available from: http://www.health-genderviolence.org/trainingprogramme-for-health-care-providers/facts-on-gbv/defining-gender-based-violence/21
21. World Health Organization. Violence prevention the evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
22. Keygnaert I, Dias SF, Degomme O, et al. Sexual and genderbased violence in the European asylum and reception sector: a perpetuum mobile? Eur J Public Health. 2015;25 (1):90–96.
23. United Nations Population Fund. Adolescent girls in disaster & conflict interventions for improving access to sexual and reproductive health services. New York: UNFPA; 2016.
24. Eapen R, Falcione F, Hersh H, et al. Initial assessment report protection risks for women and girls in the European refugee and migrant crisis Greece and the former Yugoslav Republic of Macedonia. UNHCR, UNFPA and Women's Refugee Commission; 2015.
25. García-Moreno C. Responding to sexual violence in conflict. Lancet. 2014;383(9934):2023–2024.
26. Hynes M, Cardozo BL. Observations from the CDC: sexual violence against refugee women. J Womens Health Gend Based Med. 2000;9(8):819–823.
27. Womens Refugee Commission. EU-Turkey agreement failing refugee women and girls. New York (NY): Womens Refugee Commission; 2016.
28. UNHCR. Sexual violence against refugees. Guidelines on prevention and response. Geneva: UNHCR; 1995.
29. UNHCR. UNHCR handbook for the protection of women and girls. Geneva: UNHCR The UN Refugee Agency; 2008.
30. UNHCR. Action against sexual and gender-based violence: an updated strategy. Geneva: UNHCR Division of International Protection; 2011.
31. Committee I-AS. Guidelines for integrating gender-based. Violence interventions in humanitarian action: reducing risk, promoting resilience and aiding recovery. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2015.
32. UNFPA. Minimum standards for prevention and response to gender-based violence in emergencies. New York (NY): UNFPA; 2015.
33. Asgary R, Emery E, Wong M. Systematic review of prevention and management strategies for the consequences of gender-based violence in refugee settings. Int Health. 2013;5(2):85–91.
34. Effective Public Health Practice Project. Quality assessment tool for quantitative studies [Internet]. Effective Public Health Practice Project; 2009 [cited 2016 Sep 1]. Available from: http://www.ephpp.ca/tools.html
35. Critical Appraisal Skills Programme. 10 questions to help you make sense of qualitative research [Internet]. Critical Appraisal Skills Programme (CASP); 2013 May 31 [cited 2016 Aug 3]. Available from: https://hhs.hud.ac.uk/lqsu/Useful/critap/Qualitative%20Research%20Checklist/CASPQualitative-Research-Checklist-31.05.13.pdf
36. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7:1085.

37. Shea A, Andersson N, Henry D. A measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR). Supplement to: increasing the demand for childhood vaccination in developing countries: a systematic review. BMC Int Health Hum Rights. 2009;9(1):S5.
38. Long AF, Godfrey M, Randall T, et al. HCPRDU evaluation tool for mixed methods studies [Internet]. University of Salford Manchester; 2002 [cited 2016 Sep 11]. Available from: http://usir.salford.ac.uk/13070/1/Evaluative_Tool_for_Mixed_Method_Studies.pdf
39. Hossain M, Zimmerman C, Kiss L, et al. Working with men to prevent intimate partner violence in a conflictaffected setting: a pilot cluster randomized controlled trial in rural Côte d'Ivoire. BMC Public Health. 2014;14:339.
40. Gurman TA, Trappler RM, Acosta A, et al. By seeing with our own eyes, it can remain in our mind: qualitative evaluation findings suggest the ability of participatory video to reduce gender-based violence in conflict-affected settings. Health Educ Res. 2014;29(4):690–701.
41. Spangaro J, Adogu C, Ranmuthugala G, et al. What evidence exists for initiatives to reduce risk and incidence of sexual violence in armed conflict and other humanitarian crises? A systematic review. PLoS ONE. 2013;8(5):1–13. G M L Robbers, A Morgan. Reproductive Health Matters 2017;25(51):69–89 81
42. Spangaro J, Adogu C, Zwi AB, et al. Mechanisms underpinning interventions to reduce sexual violence in armed conflict: A realist-informed systematic review. Confl Health. 2015;9(1):1–14.
43. Tappis H, Freeman J, Glass N, et al. Effectiveness of interventions, programs and strategies for gender-based violence prevention in refugee populations: an integrative review. PLoS Curr. 2016:8. doi:10.1371/currents.dis.3a465b66f9327676d61eb8120eaa5499
44. Thompson M, Okumu M, Atema E. Building a web of protection in Darfur. Humanitarian Exchange. 2014;2014 (60):24–27.
45. Willman AM, Corman C. Sexual and gender-based violence: what is the World Bank doing, and what have we learned? Washington (DC): World Bank; 2013.
46. United Population Fund. Programming to end violence against women: 10 case studies. New York (NY): UNFPA; 2006.
47. Ray S, Heller L. Peril or protection: the link between livelihoods and gender-based violence in displacement settings. New York (NY): Women's Refugee Commission; 2009.
48. Vu A, Wirtz A, Pham K, et al. Psychometric properties and reliability of the Assessment Screen to Identify Survivors Toolkit for Gender Based Violence (ASIST-GBV): results from humanitarian settings in Ethiopia and Colombia. Confl Health. 2016;10:1.
49. Wirtz A, Glass N, Pham K, et al. Comprehensive development and testing of the ASIST-GBV, a screening tool for responding to gender-based violence among women in humanitarian settings. Confl Health. 2016;10 (1):1–14.
50. Bolten P. Assessing the impact of the IRC program for survivors of gender based violence in eastern Democratic Republic of Congo. International Rescue Committee (IRC) and The Applied Mental Health Research Group; 2009.
51. Abdelnour S, Saeed AM. Technologizing humanitarian space: Darfur advocacy and the rape-stove Panacea. Int Pol Soc. 2014;8:145–163.
52. Women's Commission for Refugee Women and Children. Finding trees in the desert: firewood collection and alternatives in Darfur. New York (NY): Women's Commission for Refugee Women and Children; 2006.
53. CASA Consulting. Evaluation of the Dabaab Firewood project, Kenya. Montreal: UNHCR; 2001.
54. Lattu K. To complain or not to complain: still the question. Consultations with humanitarian aid beneficiaries on their perceptions of efforts to prevent and respond to sexual exploitation and abuse. Geneva: Humanitarian Accountability Partnership (HAP); 2008.
55. Bass JK, Annan J, McIvor Murray S, et al. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. N Engl J Med. 2013;368(23):2182–2191.
56. Casey SE. Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: a systematic review. Confl Health. 2015;9(1):S1.
57. Tol WA, Stavrou V, Greene MC, et al. Sexual and gender-based violence in areas of armed conflict: a systematic review of mental health and psychosocial support interventions. Confl Health. 2013;7:16.
58. Hustache S, Moro M-R, Roptin J, et al. Evaluation of psychological support for victims of sexual violence in a conflict setting: results from Brazzaville, Congo. Int J Ment Health Syst. 2009;3:1–10.
59. Doucet D, Denov M. The power of sweet words: local forms of intervention with war-affected women in rural Sierra Leone. Int Soc Work. 2012;55(5):612–628.
60. Stark L. Cleansing the wounds of war: an examination of traditional healing, psychosocial health and reintegration in Sierra Leone. Intervention. 2006;4(3):206–218.
61. Lekskes J, Van Hooren S, De Beus J. Appraisal of psychosocial interventions in Liberia. Intervention. 2007;5 (1):18–26.
62. O'Brien JE, Macy RJ. Culturally specific interventions for female survivors of gender-based violence. Aggress Violent Behav. 2016;31:48–60.
63. Gruber J. Silent survivors of SV in conflict and the implications for HIV mitigation: experiences from Eritrea. Afr J AIDS Res. 2005;4(2):69–73.
64. Henttonen M, Watts C, Roberts B, et al. Health services for survivors of gender-based violence in northern Uganda: a qualitative study. ReprodHealthMatters. 2008;16(31):122–131.

65. Horn R. Responses to intimate partner violence in Kakuma refugee camp: refugee interactions with agency systems. Soc Sci Med. 2010;70:160–168.
66. Smith JR, Ho LS, Langston A, et al. Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. Confl Health. 2013;7:14.
67. Govender V, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. Glob Public Health. 2008;3(S1):90–103.
68. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F. Access to healthcare in Europe in times of crisis and rising xenophobia, an overview of the situation of people excluded from healthcare systems. Brussels: Doctors of the World; 2013.
69. UNHCR. Refugee coordination model (RCM) [Internet]. UNHCR: The UN Refugee Agency [cited 2016 Aug 10]. Available from: https://emergency.unhcr.org/entry/60930/refugee-coordination-model-rcm
70. Doedens W, Krause S, Matthews J. Assessment of the Minimum Initial Service Package (MISP) of reproductive health for Sudanese refugees in Chad. New York (NY): UNFPA; 2004.

Apéndice

Tabla A1. Características clave de la literatura incluida

Estudio	Entorno y participantes	Tipo de violencia	Diseño del estudio	Intervención	Calidad
Bass *et al* [55]	RDC (entorno de conflicto), sobrevivientes de VS	VS	Ensayo de control aleatorio	Sobrevivientes de VS de 16 poblados aleatoriamente asignados ya sea a CPT o tratamiento de apoyo individual, durante aproximadamente 4 meses	Débil
Hossain *et al* [39]	Costa de Marfil rural (entorno de conflicto), hombres refugiados	VIP/VS	Ensayo de control aleatorio grupal a dos brazos, sin cegar	Grupo de discusión de 16 semanas para hombres sobre prevención de VIP	Débil
Vu *et al* [48]	Etiopía y Colombia (entorno de conflicto), refugiados y personas internamente desplazadas	VS/VG	Evaluación cuantitativa	Evaluación de la fase de implementación de una herramienta de identificación de VG	Débil
Willman *et al* [45]	África, Indonesia, Sri Lanka, Haití (entorno de conflicto, desplazamiento, post conflicto y post desastre), refugiados y comunidades desplazadas	VS	Revisión estratégica	Revisión de programas de de-movilización y reintegración, intervenciones de medios de vida para prevención de VS, campañas de toma de conciencia y programas de soporte psicosocial	Moderada
Casey *et al* [56]	África subsahariana, Asia y Haití (entorno humanitario), mujeres y hombres	VS	Revisión sistemática	Revisión de programas de salud reproductiva en entornos humanitarios	Moderada
O'Brien *et al* [62]	Nivel mundial, África (entornos de conflicto), mujeres sobrevivientes de VS	VG/VS	Revisión sistemática	Integración de prácticas culturales a modelos de tratamiento de VG para mejorar la accesibilidad de respuestas de VS a mujeres de distintas procedencias	Débil
Spangaro *et al* [41]	África, ex Yugoslavia, Liberia, Ruanda, Kenia (entornos de conflicto, post conflicto y humanitarios), refugiados, poblaciones desplazadas y sobrevivientes de VS	VS	Revisión sistemática	Revisión de atención a sobrevivientes, medios de vida, movilización, sistemas y seguridad de la comunidad e intervenciones legales para reducir la VS en comunidades desplazadas	Moderada
Spangaro *et al* [42]	África, Haití, Afganistán, Bosnia-Herzegovina (entornos de conflicto y crisis), poblaciones desplazadas	VS	Revisión sistemática	Revisión realista de la literatura sobre intervenciones para la identificación de mecanismos efectivos para gamas de tipo de intervenciones	Moderada

Tabla A1. (Continuación)

Estudio	Entorno y participantes	Tipo de violencia	Diseño del estudio	Intervención	Calidad
Tappis *et al* [43]	Nivel mundial (entornos humanitarios), poblaciones de refugiados	VG/VS	Revisión integradora	Revisión de la literatura científica sobre estrategias para la prevención primaria de VG y su efectividad dentro de poblaciones de refugiados	Moderada
Tol *et al* [57]	África occidental y Central, EE.UU. y Albania (entornos de conflicto), mujeres vulnerables	VG/VS	Revisión sistemática	Revisión de intervención sobre apoyo de salud mental y psicolíógico para sobrevivientes de VS en países afectados por conflictos	Moderada
Smith *et al* [66]	Kenia, Congo, Etiopía, Jordania (entornos de conflicto en cuatro países), proveedores de salud en contacto con sobrevivientes de VS	VS	Métodos combinados	Encuestas de muestra intencional de 106 proveedores de salud, tanto antes como 3 meses después de una capacitación, para medir actitudes, conocimiento y confianza con respecto a ataques sexuales y tratamiento de respuesta	Moderada
Wirtz *et al* [49]	Etiopía y Colombia (entornos humanitarios), mujeres vulnerables	VG/VS	Métodos combinados	Desarrollo y prueba piloto de la herramienta de evaluación ASIST-GBV para entornos humanitarios en cuatro fases: (1) revisión sistemática de la literatura, (2) investigación cualitativa, incluyendo entrevistas y grupos focales con sobrevivientes de VG y proveedores de servicios, (3) prueba piloto de la herramienta de evaluación y (4) implementación y prueba de la herramienta durante 3 meses	Fuerte
Hustache *et al* [58]	República del Congo (entornos de conflicto), mujeres sobrevivientes de VS	VS	Estudio retrospectivo de cohortes	Evaluación de las consecuencias psicológicas de VS y el efecto del apoyo psicosocial después de una violación	Débil
Doucet y Denov [59]	Sierra Leona (entorno de post conflicto), experiencias de trabajadoras sociales y mujeres sobrevivientes de VS	VS	Estudio cualitativo	Exploración de las experiencias y los factores comunes de éxito para intervenciones psicosociales	Débil

Tabla A1. (Continuación)

Estudio	Entorno y participantes	Tipo de violencia	Diseño del estudio	Intervención	Calidad
Stark [60]	Sierra Leona (entorno post conflicto), niñas soldados que fueron violadas durante el conflicto	VS	Evaluación cualitativa	Exploración del efecto de ceremonias tradicionales de purificación en niñas soldados que sobrevivieron a violaciones sobre su recuperación psicosocial y proceso de reintegración	Moderada
Lekskes *et al* [61]	Liberia (entorno de conflicto), mujeres sobrevivientes de VS	VS	Estudio cuantitativo de control de casos con intervención a 2 brazos	Comparación de la efectividad de dos intervenciones psicosociales: grupo de soporte con capacitación de habilidades vs. asesoría, para el tratamiento de traumas por VS	Moderada
Gurman [40]	Liberia, Sudán del Sur, Tailandia, Uganda, Ruanda (entornos post conflicto), personal de proyectos, proveedores de servicios y comunidades locales	VS(VG	Evaluación cualitativa	Proyecto de video comunitario y participativo de varios años para aumentar la conciencia e iniciar discusiones públicas sobre VG	Débil
Bolten [50]	Este de RDC (entorno de conflicto), mujeres sobrevivientes de VS	VS/VG	Estudio cuantitativo de cohortes	Análisis del efecto del programa IRC sobre traumas causados por VG en funcionamiento y sintomatología	Moderada
Abdelnour [51]	Darfur, Sudan y Dabaab, Kenia (entornos de conflicto y desplazamiento), comunidades de refugiados	VS	Análisis discursivo	Análisis de la tendencia de simplificar demasiado problemas complejos como VS, que llevaron a proveer estufas como la solución para violaciones en un entorno de desplazamiento	Moderada
WCRWC [52]	Darfur, Sudan (entorno de desplazamiento), comunidades y mujeres desplazadas	VS	Reporte de evaluación	Discusión de enfoques efectivos para reducir la vulnerabilidad de las mujeres desplazadas a VG durante la recolección de leña	Débil
Henttonen *et al* [64]	Uganda (entorno de desplazamiento), comunidades desplazadas	VS/VG	Evaluación cualitativa	Evaluación de programas y servicios de VG en el campamento de personas internamente desplazadas en el campamento en el norte de Uganda. El estudio entrevistó a 26 miembros de personal de programas VG y a 11 proveedores de servicios de salud	Débil

Tabla A1. (Continuación)

Estudio	Entorno y participantes	Tipo de violencia	Diseño del estudio	Intervención	Calidad
Lattu [54]	Kenia, Tailandia, Namibia (entorno de desplazamiento), comunidades de refugiados	VS	Evaluación cualitativa	Exploración de las percepciones sobre las medidas existentes para prevención y respuesta a explotación sexual por parte de personal humanitario. Se consultó a 295 humanitarios y beneficiarios	Fuerte
Gruber [63]	Eritrea (entorno post conflicto), sobrevivientes de VS	VS	Evaluación analítica	Evaluación de un programa de VG fallido que trató de llegar a sobrevivientes de VS para brindarles servicios y tratamiento. Se intenta analizar las razones y dinámicas potenciales que causaron la limitada adopción de los servicios brindados	Moderada
Horn [65]	Kenia (entorno de desplazamiento), mujeres abusadas	VIP/VS	Evaluación cualitativa	Organización de 18 discusiones de grupo focal con residentes de campamentos para explorar respuestas comunitarias a la VIP	Fuerte
UNFPA [46]	Sierra Leona y Colombia (entorno de post conflicto y conflicto), mujeres y niñas vulnerables a explotación y violencia	VG/VS	Reporte de evaluación	Presentación y evaluación de intervenciones en distintos países que abordaban la violencia contra las mujeres	Débil
Ray *et al* [47]	Nivel mundial (entorno de desplazamiento), mujeres y niñas desplazadas	VG/VS	Reporte de evaluación	Evalúa el impacto de programas de empoderamiento económico sobre la reducción y prevención de VG	Débil
Doedens *et al* [70]	Chad (entorno de desplazamiento), comunidad de refugiados	VS	Evaluación cualitativa	Evaluación cualitativa del Paquete de Servicios Iniciales Mínimo (MISP) de salud reproductiva implementado para refugiados sudaneses en Chad	Moderada
Thompson *et al* [44]	Darfur, Sudan (entorno de desplazamiento), mujeres y niñas refugiadas	VG/VS	Reporte de programa	Descripción y lecciones aprendidas de un programa que involucraba a mujeres refugiadas en los esfuerzos para aumentar la seguridad del campamento y reducir la VG	Débil
CASA Consulting [53]	Dabaad, Kenia (entorno de desplazamiento), mujeres refugiadas	VS	Reporte de evaluación	Evaluación de un programa de aprovisionamiento de leña como una solución contra las violaciones	Moderada

Tabla A2. Literatura incluida, por marco

	Prevención				Respuesta			
Estudio	Participación e involucración	Seguridad	Protección legal	Educación y capacitación	Tratamiento y asesoría	Protección contra nuevos abusos	Protección legal	Educación y capacitación
Bass *et al* [55]					✓			
Hossain *et al* [39]	✓							
Vu *et al* [48]		✓			✓			
Willman *et al* [45]	✓	✓		✓	✓	✓		✓
Casey *et al* [56]					✓			
O'Brien *et al* [62]					✓			
Spangaro *et al* [41]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Spangaro *et al* [42]	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Tappis *et al* [43]	✓	✓	✓			✓	✓	
Tol *et al* [57]					✓			
Smith *et al* [66]					✓			✓
Wirtz *et al* [49]		✓			✓			
Hustache *et al* [58]					✓			
Doucet and Denov [59]					✓			

Tabla A2. (Continuación)

	Prevención				Respuesta			
Estudio	Participación e involucración	Seguridad	Protección legal	Educación y capacitación	Tratamiento y asesoría	Protección contra nuevos abusos	Protección legal	Educación y capacitación
Stark [60]					✓			
Lekskes *et al* [61]					✓			
Gurman [40]	✓			✓		✓		✓
Bolten [50]		✓	✓			✓	✓	✓
Abdelnour [51]		✓						
WCRWC [52]		✓						
Henttonen *et al* [64]					✓			✓
Lattu [54]			✓			✓		
Gruber [63]					✓			
Horn [65]						✓		
UNFPA [46]	✓			✓	✓		✓	✓
Ray *et al* [47]	✓			✓				
Doedens *et al* [70]					✓			
Thompson *et al* [44]	✓	✓		✓				✓
CASA Consulting [53]		✓						

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,90-94
DOI: 10.1080/09688080.2017.1401895

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

EN LA MIRA

Violencia sexual contra hombres y niños en entornos de conflicto y desplazamiento forzado: implicancias para el sector salud

Sarah K Chynoweth,[a] Julie Freccero,[b] Heleen Touquet[c]

a Investigadora Docente, Centro Handa WSD para Derechos Humanos y Justicia Internacional, Universidad de Stanford, Stanford, California, EE.UU. Correspondencia: sc2250@caa.columbia.edu
b Directora, Programa de Salud y Derechos Humanos, Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad de California, Berkeley, California, EE.UU.
c Profesora Asistente, Estudios Internacionales y Europeos de Leuven, Universidad de Leuven (KUL), Leuven, Bélgica

Resumen *La violencia sexual contra hombres y niños es común en muchos ambientes afectados por conflictos y posiblemente sea también frecuente en situaciones de desplazamiento forzado. Un grupo particularmente vulnerable es el de niños y adolescentes, quienes constituyen mundialmente la mayoría de menores no acompañados. Sin embargo, los servicios de salud con sensibilidad para tratar a varones, adultos, adolescentes y niños sobrevivientes de violencia sexual son escasos, y las barreras para que ellos accedan a estos servicios continúan siendo numerosas. Enseguida describimos los retos actuales y las brechas en la prestación de servicios de salud para los sobrevivientes en entornos afectados por conflicto y desplazamiento forzado, y ofrecemos sugerencias sobre cómo mejorar la prestación y aceptación de servicios.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1401895*

Palabras clave: violencia sexual, crisis humanitaria, hombres y niños, varones, salud

Introducción

En el otoño de 2016, dos de las autoras viajaron a campamentos de refugiados en el Medio Oriente y Grecia, respectivamente, para emprender proyectos relacionados a violencia sexual y de género.[1] Nos habíamos enterado de varios casos alarmantes de violencia sexual contra refugiados varones adultos y niños, incluyendo explotación y abuso sexual, pero encontramos pocos servicios de ayuda disponibles, especialmente para niños, adolescentes y adultos.[2]

En el Oriente Medio, los refugiados relataron terribles historias de actos de violencia sexual contra hombres y niños adolescentes en Siria, que incluían torturas y violaciones, perpetrados por actores estatales y no estatales. En sus países de asilo, algunos refugiados reportaron la explotación sexual de hombres y niños. Ciertos refugiados homosexuales y transgénero explicaron cómo fueron víctimas sexuales de múltiples perpetradores. Sin embargo, muchos trabajadores en instituciones de apoyo humanitario, incluyendo a los proveedores de salud, no estaban al tanto de estos problemas o no estaban seguros de cómo manejarlos. Algunos no creían que los hombres o niños estuvieran siendo sexualmente victimizados. Una administradora de programas de violencia de género en Iraq describió que, cuando planteó el problema durante una capacitación sobre auxilios después de una violación, los doctores y las enfermeras se echaron a reír: "¿Cómo puede ser violado un hombre?" preguntaron.

1 SKC viajó al Líbano, Jordania y la región iraquí de Kurdistán en octubre de 2016, para realizar una investigación para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (con siglas UNHCR, en inglés) sobre violencia sexual contra hombres y niños durante la crisis de Siria. JF trabajó en Grecia como especialista en violencia de género del Fondo de Población de las Naciones Unidas (con siglas UNFPA, en inglés) desde agosto de 2016 hasta enero de 2017, para desarrollar y coordinar respuestas a la violencia de género contra refugiados, migrantes y solicitantes de asilo en campamentos y zonas urbanas.

2 Nótese que también es necesario reforzar los servicios de violencia sexual y de género para mujeres y niñas en estas zonas.

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

En Grecia, los proveedores de refugio contaron historias de hombres mayores que explotaban sexualmente a niños no acompañados de entre 14 y 17 años en *Pedion tou Areos*, un parque en Atenas, a cambio de dinero, alimento, ropa limpia y otras necesidades básicas. A pesar de tener amplio conocimiento sobre este problema, los profesionales no contaban con guías ni métodos basados en evidencia para impedir que estos niños estuvieran expuestos constantemente a abusos sexuales. Si algún niño revelaba que había sufrido este daño los proveedores, en general, no sabían dónde enviarlo para que recibiera un apoyo adecuado médico y psicosocial.

En este estudio nos enfocaremos en las necesidades y brechas de los servicios de salud física para sobrevivientes varones en entornos afectados por conflictos y desplazamientos forzados. La violencia sexual contra varones, adultos y no adultos, incluye la violación oral y anal con objetos, violencia genital, la esterilización forzada como castración, esclavitud sexual, actos sexuales forzados con personas, animales o cadáveres, y otras formas de violencia sexual de gravedad similar.[1]

La carga sobre hombres y niños

A pesar de que se han efectuado pocas investigaciones sobre violencia sexual contra varones en entornos de conflicto, en los casos en que este tema ha sido estudiado, la violencia sexual relacionada a conflictos ha sido identificada como "regular y no excepcional, generalizada y extendida."[1] Por ejemplo, en territorios en conflicto del este de la República Democrática del Congo (RDC), una encuesta de población demostró que casi una cuarta parte (23.6%) de los varones había experimentado violencia sexual.[2] Una encuesta a varones que vivían en una zona de conflicto del Sudán reveló que casi la mitad (46.9%) de ellos había experimentado o había sido testigo directo del abuso sexual de un varón.[3] En Liberia, una encuesta de población reveló que una tercera parte (32.6%) de excombatientes masculinos había sufrido violencia sexual.[4] La violencia sexual contra varones adultos y jóvenes/niños estuvo muy extendida durante el conflicto en la ex-Yugoslavia, como fue documentado por Amnistía Internacional y en informes de la ONU, así como por el Tribunal Criminal Internacional para la ex-Yugoslavia y otros juzgados nacionales.[5,6]

También ha sido documentada la violencia sexual contra varones adultos y jóvenes/ niños en entornos de desplazamiento forzado. En el Líbano, de los incidentes de violaciones registrados en el Sistema de Manejo de Información de Violencia de Género (con siglas GBV IMS, en inglés),[3] de enero a mayo de 2016, por ejemplo, 20% fueron reportados por refugiados hombres y niños; no se reportó el número de sobrevivientes.7 Keygnaert y colaboradores [8] encontraron que fueron varones en el 37.2% (53 de 142) las víctimas de los incidentes de violación reportados entre refugiados y solicitantes de asilo subsaharianos en Marruecos. Una encuesta de Médicos sin Fronteras aplicada a 429 refugiados que huían de la violencia en Centroamérica reveló que 17.2% de los varones había sufrido abuso sexual durante su tránsito por México.[9]

El problema se ha vuelto más urgente para niños no acompañados, ya que el número global de menores no acompañados (la mayoría de los cuales son varones) ha aumentado cinco veces desde 2010.[10] La crisis de refugiados y migrantes en Europa, en particular, ha volcado la atención mundial hacia la explotación y el abuso sexual de niños adolescentes no acompañados, que representaron el 89% de los 63.300 menores no acompañados que solicitaron asilo a la Unión Europea en 2016.[11] A pesar de que la investigación empírica es limitada, los testimonios de trabajadores de grupos de apoyo humanitario, de historias en los medios e informes académicos, de la ONU y de organizaciones no gubernamentales, revelan que los niños no acompañados sufren explotación y abuso sexual, tanto durante la migración como al llegar a los países de destino. Por ejemplo, un estudio de 2016 que incluía 61 entrevistas a menores migrantes no acompañados en el norte de Francia y a lo largo de la costa del Canal de la Mancha encontró que tanto niños como niñas sufrían de constantes abusos sexuales en manos de traficantes.[12] Dicho estudio notó que a lo largo de la ruta migratoria de Afganistán a Calais, en particular, "el abuso sexual de niños parece ser común."[12] En Libia, una evaluación de las necesidades de 122 mujeres y menores migrantes, que viajaban a lo largo de la ruta migratoria mediterránea central del norte de África a Italia, encontró que la

3 GBV IMS es un sistema de manejo de información que permite a los proveedores de servicios que trabajan con sobrevivientes de violencia sexual y de género recolectar, almacenar, analizar y compartir datos en forma segura. Nótese que los datos de GBV IMS son solamente los de casos reportados y, por lo tanto, no son representativos de la incidencia o prevalencia total de violencia sexual y de género en cada entorno. En el Medio Oriente, por ejemplo, un número de instituciones que brindan servicios a sobrevivientes varones no han adoptado el uso de GBV IMS y sus datos, por lo que no se incluyen en los de GBV IMS.

violencia sexual en las fronteras y los puestos fronterizos estaba generalizada, y notó que los niños experimentaban "varias formas" de violencia sexual durante la migración.[13] El abuso y la explotación sexual de niños y adolescentes no acompañados al llegar a Europa ha sido documentada en forma creciente en Grecia e Italia.[14,15] Un estudio de 2017 sobre este problema en Grecia describe la explotación sexual de niños provenientes de Afganistán, Siria, Irak, Irán y Bangladesh. Desesperados por obtener dinero para sobrevivir en Grecia o para pagarle a un traficante para partir, son abusados sexualmente en parques, hoteles o residencias privadas a cambio de pequeños pagos.[6] Aunque la mayor parte de la documentación sobre explotación y abuso sexual de niños se centra en la ruta a Europa, hay otras rutas peligrosas que exponen a los niños a violencia sexual y física, como la de Centroamérica a los Estados Unidos y la de Myanmar a través del sudeste asiático.[10]

Impactos y brechas de salud

La violencia sexual tiene consecuencias desestabilizadoras y multidimensionales, y el impacto sobre la salud física de los sobrevivientes varones puede ser significativo. Las consecuencias de salud pueden incluir, entre otros aspectos, infecciones transmitidas sexualmente como el VIH, incontinencia, discapacidad genital y rectal, infertilidad, disfunción sexual y castración parcial o total. De hecho, dos estudios sobre violencia sexual en el este de la RDC y Croacia/Bosnia encontraron que 13% y 12% de los sobrevivientes varones, respectivamente, había sufrido daños genitales traumáticos.[17] Algunos sobrevivientes varones de violaciones sufren de traumas rectales, como abscesos y fisuras, que pueden hacer doloroso el sentarse, moverse y hasta toser. Esto requiere cirugía reconstructiva especializada; sin ella, las víctimas pueden luchar durante años con dolores o filtrajes fecales malolientes que conllevan costos sociales y económicos como ostracismo y pobreza. A pesar de que no se conoce la cantidad de casos de traumas físicos que requieren cuidados especializados, no se puede asumir que el número sea poco significativo; por ejemplo, se estima que en ciertas zonas del este de la RDC unos 760,000 varones adultos y niños han sobrevivido a incidentes de violencia sexual.[2] Aunque solo un pequeño porcentaje necesitara cuidados especializados, esto representaría miles de individuos.

Existen muchas barreras que impiden a los varones adultos y niños tener acceso a la atención que merecen. Es menos probable que los varones sobrevivientes busquen ayuda médica que las mujeres sobrevivientes [17,18] debido a una serie de factores contextuales y culturales que incluyen vergüenza, temor a ser descubiertos en la comunidad y la consecuente estigmatización social, temor a represalias y temor a ser arrestados en entornos donde tener relaciones con personas del mismo sexo es considerado un delito. Algunos varones adultos y niños pueden tener dificultad para verbalizar la violencia sexual, prefiriendo hablar de "abuso," ya que la violencia sexual a menudo se entiende como dirigida solo hacia mujeres y niñas.[19] Más aún, el impacto de la violencia sexual sobre la salud se suele presentar de forma diferente en varones adultos y menores de edad de la que se presenta en mujeres y niñas, lo cual dificulta que los proveedores de salud identifiquen a posibles sobrevivientes; pueden centrarse en casos de violación anal y no notar otros indicadores de violencia sexual tales como la disfunción sexual, incontinencia y cicatrices genitales.[20] Por otro lado, existe la tendencia de atribuir más responsabilidad a los varones sobrevivientes de explotación y tráfico sexual que a las mujeres; por ejemplo, se puede percibir que los niños se estén "prostituyendo" o "experimentando con su sexualidad" y que, por lo tanto, no tienen tanta necesidad o no merecen recibir protección o apoyo.[21] A veces la atención médica para sobrevivientes se encuentra incluida dentro de programas de salud para madres e infantes, o en servicios de violencia de género que requieren admitir el haber sido víctima de violencia sexual, lo cual puede obstaculizar que los sobrevivientes varones tengan acceso a ayuda.[22] Igualmente, son escasos los protocolos claros y los centros de tratamiento que estén sensibilizados y capacitados para atender a sobrevivientes varones en ambientes críticos humanitarios, lo que ocasiona que los trabajadores allí no sepan a dónde enviar a los sobrevivientes; aunque hay excepciones importantes, como en Beirut (Líbano), donde se ha establecido un pequeño pero efectivo sistema de envío para sobrevivientes varones y transgénero. Puede ser que para sobrevivientes con trauma rectal, no esté disponible la cirugía reconstructiva; donde sí lo está, puede que los sistemas para enviar a los sobrevivientes a estos servicios aún no hayan sido establecidos, como es el caso de Jordania al momento de redactar este informe.

A pesar de que en este artículo nos enfocamos en las consecuencias sobre la salud física, es importante mencionar que el impacto de la violencia sexual sobre la salud mental de varones adultos y

niños puede ser severo, pudiendo incluir depresión, ansiedad, estrés post traumático e ideas suicidas.[23] Por lo tanto, es imperativo que los actores de salud humanitarios desarrollen una guía específica sobre cómo prestar ayuda a sobrevivientes varones, tal como el manual de manejo de violencia sexual contra varones de MOSAIC, una organización local sin fines de lucro en Beirut.[24] El personal, tanto masculino como femenino, debe ser entrenado y sensibilizado sobre cómo identificar y prestar ayuda a sobrevivientes varones. Sin una sensibilización apropiada, los proveedores podrían pasar por alto a sobrevivientes o inducirles mayores heridas emocionales. Por ejemplo, algunos proveedores de salud podrían pensar que todos los sobrevivientes varones son homosexuales o que los varones adultos o adolecentes y púberes no pueden ser victimizados sexualmente. La homofobia y otras actitudes negativas de los proveedores de salud pueden causarles a aquellos una humillación adicional y desalentar a otros sobrevivientes de buscar ayuda.

Orientaciones a futuro

En 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo reafirmó el derecho a la salud de los refugiados y personas internamente desplazadas, y esto incluye a varones de diferentes edades que han sido víctimas de violencia sexual.[25] Se requiere un enfoque multisectorial para cubrir las necesidades de los sobrevivientes varones y los agentes de salud juegan un importante papel en este proceso. Como punto de inicio, los varones, de adultos a niños, deben ser incluidos de mejor manera en guías, protocolos, evaluaciones y materiales de comunicación relevantes.[26] Las instituciones humanitarias deben concientizar y sensibilizar al personal de salud, así como a las primeras personas que respondan, incluyendo a aquellos que trabajan en protección, salud mental y violencia de género. Los proveedores de salud, puntos focales de salud reproductiva, gerentes de casos, trabajadores sociales y, de hecho, todos los interlocutores humanitarios deben entender que los varones, adultos o no, tanto heterosexuales como homosexuales, transgénero y de otros géneros, son vulnerables a la violencia sexual en entornos de conflicto y desplazamiento, y que los sobrevivientes varones tienen una serie de necesidades de salud física, psicológica, psicosocial, y de otros tipos, con derecho a un tratamiento humano y de buena calidad. Los actores de salud deben asegurarse que los entrenamientos de manejo clínico de casos de violación incluyan a varones adultos y niños, de manera adecuada, disipando los mitos sobre la victimización sexual de varones y abordando las actitudes negativas de los proveedores hacia los sobrevivientes varones. Se deben establecer, de forma rutinaria, mecanismos de referencia que incluyan puntos focales sensibilizados para la atención a sobrevivientes varones y de la comunidad LGBTI. Se debe identificar a los sobrevivientes varones con trauma rectal y ayudarlos a que puedan acceder a los servicios de salud necesarios, incluyendo la opción de ser reubicados si la ayuda médica no está disponible dentro del país. Los varones adultos y jóvenes/niños no constituyen un grupo monolítico, así que se debe prestar atención a toda la gama de edad de sobrevivientes varones (adultos, jóvenes, adolescentes, niños), e igualmente de individuos homosexuales y bisexuales, hombres y mujeres transgénero, varones adultos heterosexuales, y varones, jóvenes y niños con discapacidades. Finalmente, es esencial contar con mayor grado de precisión y exactitud en la recolección, el análisis y el reporte de datos, involucrando a actores relacionados con GBV IMS, para poder entender y abordar de mejor manera el rango y la naturaleza de la violencia sexual contra varones.

Si bien se deben identificar y abordar las barreras (tales como asociar toda ayuda de violencia sexual con servicios de salud de mujeres**,** o contar solo con puntos focales para violencia sexual contra mujeres) para que varones adultos, jóvenes y niños tengan acceso a servicios de salud es crucial asegurar que las intervenciones para cubrir las necesidades de salud de los sobrevivientes varones sean consistentes con los esfuerzos existentes destinados a mujeres y niñas, quienes sufren el grueso de la violencia sexual**,** y cuyas necesidades de salud y necesidades relacionadas a violencia de género actualmente son prioritarias en entornos humanitarios.[4] De hecho, el manejo clínico de sobrevivientes de violaciones es una brecha antigua en las crisis humanitarias, [27] y las instituciones humanitarias y donantes deben trabajar para asegurar que todos los sobrevivientes de violencia sexual (mujeres, niñas, hombres y niños) conozcan sus derechos a recibir servicios de salud que les podrían salvar la vida. Las consecuencias de la violación y de otras formas de violencia sexual trascienden al individuo, van mucho más allá, y pueden tener efectos dominó devastadores en las comunidades, a lo largo de mucho tiempo después que los conflictos y desplazamientos hayan terminado.

4 Para un debate sobre la inclusión de hombres y niños en programas humanitarios de violencia de género, ver el debate entre Jeanne Ward y Chris Dolan en International Review of the Red Cross (2014, 2016, 2017).

Referencias

1. Sivakumaran S. Sexual violence against men in armed conflict. Eur J Int Law. 2007;18(2):253–276.
2. Johnson K, Scott J, Rughita B, et al. Association of sexual violence and human rights violations with physical and mental health in territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. JAMA. 2010;304(5):553–562.
3. Nagai M, Karunakara U, Rowley E, et al. Violence against refugees, non-refugees and host populations in southern Sudan and northern Uganda. Glob Public Health. 2008;3 (3):249–270.
4. Johnson K, Asher J, Rosborough S, et al. Association of combatant status and sexual violence with health and mental health outcomes in postconflict Liberia. JAMA. 2008;300(6):676–690.
5. Amnesty International [Internet]. Bosnia-Herzegovina: gross abuses of basic human rights. 1992 Oct 22 [cited 2017 May 31]. Available from: http://www.amnesty.org/en/documents/eur63/001/1992/en/
6. UN Security Council. Final report of the commission of experts established pursuant to Security Council Resolution 780. 1992 (S/1994/674, 1994). Available from: http://www.refworld.org/docid/582060704.html
7. Inter-Agency Coordination-Lebanon, SGBV Sector [Internet]. Key advocacy messages; 2016 June [cited 2017 May 31]. Available from: https://docs.unocha.org/sites/dms/Documents/SGBV_Key_Messages_Messages_June_2016.pdf
8. Keygnaert I, Dialmy A, Manço A, et al. Sexual violence and sub-Saharan migrants in Morocco: a community-based participatory assessment using respondent driven sampling. Global Health. 2014;10(1):32.
9. Médecins Sans Frontières [Internet]. Forced to flee Central America's Northern triangle: a neglected humanitarian crisis. 2017 May [cited 2017 May 31]. Available from: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MSF_Forced-to-flee-Central-America_s-Northern-Triangle.pdf
10. UNICEF. A child is a child: protecting children on the move from violence, abuse, and exploitation, UNICEF, 2017.
11. Eurostat [Internet]. 63 300 unaccompanied minors among asylum seekers registered in the EU in 2016. 2017 May 11 [cited 2017 May 31]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8016696/3-11052017-APEN.pdf/30ca2206-0db9-4076-a681-e069a4bc5290
12. UNICEF. Neither safe nor sound: unaccompanied children on the coastline of the English Channel and the North Sea. UNICEF, 2016.
13. UNICEF. A deadly journey for children: The Central Mediterranean migration route. UNICEF Child Alert. UNICEF, 2017.
14. Damon A. The teenage refugees selling sex on Athens streets [Internet]. CNN Cable News Network. 2016 Nov 29 [cited 2017 May 31]. Available from: http://www.cnn.com/2016/11/29/europe/refugees-prostitution-teenagers-athens-greece/
15. Esselmont T. Exclusive: Migrant children fleeing poverty face labor, sex exploitation in Italy [Internet]. Reuters. 2015 June 1 [cited 2017 May 31]. Available from: http://www.reuters.com/article/us-italy-child-labour-idUSKBN0OH2YP20150601
16. Digidiki V, Bhabha J. Emergency within an emergency: the growing epidemic of sexual abuse and exploitation of migrant children in Greece. Boston (MA): FXB Center for Health and Human Rights, Harvard University; 2017.
17. Ba I, Bhopal R. Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981–2014). Public Health. 2016:1–15.
18. Young SM, Pruett JA, Colvin ML. Comparing help-seeking behavior of male and female survivors of sexual assault: a content analysis of a hotline. Sex Abuse. 2016. doi:10.1177/1079063216677785
19. Oosterhoff P, Zwanikken P, Ketting E. Sexual torture of men in Croatia and other conflict situations: an open secret. Reprod Health Matters. 2004;12(23):68–77.
20. Carlson ES. The hidden prevalence of male sexual assault during war: observations on blunt trauma of the male genitals. Br J Criminol. 2006;46:16–25.
21. Dennis JP. Women are victims, men make choices: the invisibility of men and boys in the global sex trade. Gender Issues. 2008;25:11–25.
22. Ramadan MM.Too many barriers: associations between the setup of sexual violence care programmes and access for male victims. [Internet]. Paper presented at: MSF Scientific Days. 2017 May 19–20 [cited 2017 May 31]; London. Available from: https://www.msf.org.uk/sites/uk/files/9._id72_final.docx
23. Priddy A. Sexual violence against men and boys in armed conflict. In: Casey-Maslen S, editor. The war report: armed conflict in 2013. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 271–296.
24. El Kak F. Male survivors of sexual assault: A manual on evaluation and management for general practitioners. Beirut: MOSAIC; 2015.
25. United Nations. International conference on population and development: programme of action. United Nations; 1994.
26. Touquet H, Gorris E. Out of the shadows? The inclusion of men and boys in conceptualisations of wartime sexual violence. Reprod Health Matters. 2016;24 (47):36–46.
27. Chynoweth SK. Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012–2014 global review. Confl Health. 2015;9(Suppl 1):I1.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,95-102
DOI: 10.1080/09688080.2017.1405674

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

INFORME DE CASO

Hablemos de trabajo sexual en contextos de crisis humanitarias con un enfoque en derechos humanos a refugiadas en Kampala

Jennifer S. Rosenberg,[a] Denis Bakomeza[b]

a Consultora Independiente, Género, Salud Sexual y Derechos Humanos, Chicago, EE.UU. Correspondencia: jennifer@opencoastconsult.com

b Directora de Planificación y Programas. Centro de Información sobre SIDA de Uganda, Kampala, Uganda

Resumen

Aunque es bien sabido que los refugiados se dedican al trabajo sexual como un medio de subsistencia, el estigma y el silencio en torno a este tema persisten en los ámbitos humanitarios. Por consiguiente, se pasan por alto la salud, los derechos sexuales y reproductivos, y vulnerabilidades relacionadas de estos refugiados. Así, no son satisfechas sus necesidades de salud, que son significativas, ni están protegidos en el lugar donde están. En el año 2016, la Comisión de Mujeres Refugiadas y Reproductive Health Uganda se aliaron para pilotear una intervención de educación de pares adaptada para atender las necesidades de los refugiados que participan en el trabajo sexual en Kampala. Los hallazgos del proyecto piloto indican la viabilidad de adaptar las intervenciones actuales con trabajadores sexuales, basadas en derechos y evidencias, conforme a los contextos humanitarios. Además, los hallazgos demuestran cómo la aplicación de la estrategia de empoderamiento comunitario puede facilitar el acceso de estos refugiados a una variedad de información, servicios y opciones de apoyo fundamentales: desde comunicar sobre cómo utilizar métodos anticonceptivos, hasta referencias a servicios amigables de pruebas y tratamiento del VIH, pasando por la consejería de pares y redes protectoras de pares.[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405674*

Palabras clave: trabajo sexual, derechos humanos, respuesta humanitaria, VIH, educación de pares, población clave, empoderamiento comunitario.

"Antes de esta capacitación, yo no sabía que no podía usar un condón más de una vez." (Refugiada congoleña, educadora de pares)

Introducción

Personas refugiadas de todo el mundo venden sexo como medio para generar ingresos, para sí mismas y sus familias. Al hacerlo, corren graves riesgos de salud y seguridad, lo que incluye estar expuestas al VIH y a la violencia sexual a manos de clientes y agentes de seguridad.[1] Al mismo tiempo, las necesidades de salud y protección de estas personas refugiadas, que son complejas, son en gran medida insatisfechas a nivel de campo. La estigmatización y el silencio en torno al tema del trabajo sexual en contextos humanitarios prevalecen, obstaculizando el desarrollo del diálogo, la investigación y la creación de programas que son muy necesarios. Para ayudar a salvar esta brecha, en 2016, la Comisión de Mujeres Refugiadas (WRC por sus siglas en inglés) se asoció a Salud Reproductiva Uganda (RHU) con la finalidad de pilotear una metodología de educación de pares para el trabajo con refugiadas que venden sexo en Kampala. Los resultados del proyecto sugieren que es factible adaptar las intervenciones con trabajadoras sexuales basadas en derechos y evidencias de las necesidades de las personas refugiadas que venden sexo. Los resultados muestran además que hacerlo facilitaría el acceso de estas personas a información y servicios que son vitales (vale decir, relacionados a su salud y derechos sexuales), a la vez que las empodera para que sean defensoras

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

y agentes del apoyo entre pares en sus comunidades.

Antecedentes

Las opciones de subsistencia de las refugiadas a menudo son escasas. Esta es la realidad de millones de refugiados que están en tránsito, huyendo de la guerra y otras crisis, y de aquellas que viven situaciones de desplazamiento prolongado, ya sea en campamentos de refugiados o, más a menudo, en ciudades.

Estas personas deben afrontar muchos obstáculos para conseguir empleo donde encuentran refugio, los que casi siempre operan en forma simultánea e incluyen restricciones legales a su derecho al trabajo, barreras lingüísticas y vectores de discriminación, basados en clase, género, raza, condición de refugiado o discapacidad que se intersectan entre sí. Para la mayoría de mujeres refugiadas (tanto cisgénero como transgénero) la discriminación de género a nivel doméstico y comunitario inhibe aún más su acceso a un trabajo seguro y confiable.

Investigaciones anteriores realizadas por el WRC destacan lo que muchos actores humanitarios ya sabían: que el trabajo sexual en contextos humanitarios no es poco común.[1] Estos descubrimientos también dejaron en claro en qué medida este tema continúa siendo estigmatizado y no abordado dentro de la respuesta humanitaria.

El término "trabajo sexual" no es frecuente en el discurso humanitario o programático. En cambio, la venta consensuada de sexo por parte de adultos a menudo se denomina "sexo de subsistencia"[2] . Es concebida como una estrategia negativa para lidiar con la situación y citada como una justificación para realizar intervenciones complementarias, tales como incrementar la ayuda alimentaria y crear programas para la subsistencia. Dada la necesidad de terminología sin juicios de valor, basada en supuestos mínimos, y que sea inclusiva para las diversas circunstancias y perspectivas de los individuos implicados, este artículo utiliza el término "trabajo sexual". Como muchas personas desplazadas venden sexo, pero no se identifican como trabajadoras sexuales nos referimos en todo momento a ellas como personas "dedicadas al trabajo sexual".

Las necesidades sanitarias y de protección de las personas refugiadas que participan en el trabajo sexual quedan en gran medida insatisfechas a nivel de campo. Esto es a causa de una combinación de factores, que van desde los miedos propios de las personas refugiadas de ser juzgadas o encarceladas a las creencias de los proveedores de servicios de salud sobre el sexo y el trabajo sexual. Las refugiadas que venden sexo admiten no sentirse cómodas con revelar a sus proveedores de salud, incluyendo prestadores de salud sexual y reproductiva (SSR) y encargados de casos de violencia de género (VG). Las personas que lo revelan se sienten estigmatizadas y discriminadas. Relatan que los proveedores de servicios de salud les dan información que no refleja ni la realidad de sus situaciones ni sus propias prioridades. Por ejemplo, a veces se les refiere a programas alternativos de subsistencia (incluyendo programas religiosos) sin tener en cuenta sus propios procesos de toma de decisiones u otras formas de ayuda, como información sobre prácticas sexuales seguras, centros de acogida u opciones de ayuda entre pares. La orientación operativa para el trabajo con personas refugiadas que participan en trabajo sexual también es muy limitada.[3,4]

Si bien las primeras respuestas a la epidemia de VIH reconocieron la necesidad de trabajar con los trabajadores sexuales, ellos siguen siendo tratados con negligencia dentro de la respuesta al VIH.[5] Sin embargo, hoy en día existen una serie de buenas prácticas que han sido establecidas para trabajar con trabajadores sexuales a fin de implementar programas integrales de prevención del VIH. Un sello que caracteriza a estos modelos es que se han desarrollado e implementado en colaboración con trabajadores sexuales.[6-8] La mayor parte de este trabajo se ha originado por fuera del sector humanitario y sigue siendo desconocido a los actores humanitarios. Este es un vacío crítico para la respuesta humanitaria, dada la desproporcionada carga que enfrentan las personas que venden sexo de infección por VIH, [9,10] estigma, [9,10] y violencia[13].

Adicionalmente el 92% de todas las muertes por VIH/SIDA atribuidas al trabajo sexual ocurren entre las mujeres africanas (14) y los países que tienen más del 50% de trabajadoras sexuales viviendo con HIV se encuentran en el África subsahariana[15]. Esta región es también foco de la crisis de refugiados mundial: 4 de los 10 países que albergan más refugiados en el mundo, se encuentra en esta región.[16] Por ello, trabajar en el África subsahariana con personas refugiadas que participan en trabajo sexual debería ser una preocupación primordial.

Las investigaciones sobre las personas refugiadas que venden sexo son escasas, pero las existentes sugieren que enfrentan una serie de riesgos

adicionales y problemas de acceso, en comparación a la comunidad receptora de trabajadores sexuales que las acoge.[1] Las personas refugiadas que participan en trabajo sexual son objeto de violencia, violación, tortura sexual y robo, ya que los perpetradores asumen que tienen menos posibilidades de denunciar o de tener donde acudir.[1] Las barreras idiomáticas, el estigma y la falta de movilidad restringen aún más el acceso de las refugiadas a información y servicios vitales, incluyendo la información sobre cómo prevenir el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) o acceder a prestadores de servicios amigables a los trabajadores sexuales, y espacios o apoyos comunitarios que pueden haber en la zona.[1] También es importante notar que en comparación con la comunidad receptora de trabajadoras sexuales, las refugiadas que participan en trabajo sexual tienen derechos y habilitaciones específicas reconocidas por la legislación internacional y el mandato de protección del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (UNCHR por sus siglas en inglés),[17, 18] tales como el acceso a varios tipos de asistencia y provisión de servicios respetuosos de sus derechos.*[1]

Otro factor que genera complicaciones es que muchas refugiadas involucradas en el trabajo sexual no se identifican como trabajadoras sexuales. No están familiarizadas con el término "trabajo sexual" o lo que significa en materia de derechos y el acceso a recursos.[1] Las personas refugiadas que comercian con el sexo también tienen distintas opiniones sobre el tema: algunas lo ven como un trabajo, otras lo hacen para satisfacer necesidades económicas apremiantes y quieren desesperadamente abandonarlo; otras se refieren a este trabajo como la mejor entre sus limitadas opciones o su única opción real. Las motivaciones que mencionan van desde que les permiten ganar suficiente dinero como para satisfacer sus necesidades básicas (comprar comida, pagar el alquiler) a comprar un smartphone o tener la posibilidad de trabajar de noche y así poder cuidar a sus hijos durante el día.[1] Algunas reportan que este tipo de ocupación les permite ganar más dinero y trabajar menos horas que en los otros trabajos a los que pueden acceder, como el trabajo doméstico, en granjas o en fábricas; asimismo les permite controlar mejor cuándo, dónde y cómo trabajan.[1]

Esta diversidad de perspectivas se complica aún más por el rango de condiciones en las cuales venden sexo, desde hoteles en grandes ciudades hasta carpas en campamentos de personas refugiadas en países donde el trabajo sexual está criminalizado y otros donde no lo está. Tanta variación en las condiciones y contextos normativos socio-legales requiere de enfoques reflexivos y matizados que se ajusten a cada contexto y a cada individuo.

Al mismo tiempo, todas las personas refugiadas que participan en el comercio sexual (ya sea que lo vean como un trabajo o como una táctica de supervivencia) comparten los mismos derechos y deberían tener acceso al mismo tipo de servicio, información y opciones de apoyo. Este es el mensaje central de la reciente Nota Directiva [3]. Esa nota expresa la necesidad urgente de:

Políticas, protocolos y programas mínimos... para salvaguardar los derechos básicos de las personas refugiadas que participan en el trabajo sexual; para mitigar su exposición a la violencia y a la discriminación, para empoderarlas y para hacer defender sus derechos y para construir las capacidades de los prestadores de servicios para trabajar con ellas.[3]

Argumenta que utilizar una metodología basada en derechos y fundada en evidencia para el trabajo con estas personas requiere potenciar las buenas prácticas establecidas desde fuera del sector humanitario, adaptándolas, a medida que sea necesario, a contextos humanitarios.

Este fue el ímpetu del proyecto piloto diseñado para satisfacer las necesidades de las refugiadas involucradas en el trabajo sexual en Kampala, Uganda, y que detallamos a continuación.

Estudio de caso: adaptación de un modelo de educación de pares a mujeres refugiadas que participan en trabajo sexual

Métodos

RHU (Salud Reproductiva de Uganda), afiliado a la Federación Internacional de Planificación Familiar, ha estado brindando servicios de SSR y VG integrados a los y las trabajadoras sexuales de Kampala desde 2008. Los pilares de este trabajo son un centro nocturno gratuito de acogida para trabajadoras sexuales y un programa de educación de pares. Antes de la primavera de 2016, RHU

1 Si bien este artículo se centra en las personas refugiadas que participan en el trabajo sexual, su discusión es relevante para trabajar con un enfoque basado en derechos y justificado por la evidencia con otras personas desplazadas a la fuerza que participan en el trabajo sexual, como aquellas que han sido desplazadas internamente.

no había facilitado intencionalmente la inclusión de personas refugiadas en sus programas para trabajadores sexuales, ni dirigido capacitación entre pares con personas refugiadas.

El programa de educación de pares de RHU encarna el empoderamiento de la comunidad para trabajar con individuos que venden sexo.[6, 8] Después de completar su capacitación de cinco días, las educadoras de pares asumen la función de centros focales y coordinadoras de extensión para otras personas que participan del trabajo sexual en sus comunidades. Se ocupan del diseño y la conducción de actividades, incluyendo la distribución de condones, la construcción de la capacidad de acogida y sesiones de aprendizaje de derechos, realizando consejería de pares y sesiones de apoyos (grupales o individuales), y brindando referencias a individuos que buscan servicios amigables de SSR o para casos de VG.

En marzo de 2016, la Comisión de Mujeres Refugiadas (WRC) y RHU se asociaron para pilotear una intervención de educación de pares con refugiadas queparticipan en el trabajo sexual en Kampala.[2†] El objetivo principal del proyecto era capacitar a 50 personas refugiadas que participan en el trabajo sexual para que se conviertan en educadores de pares y obtener su devolución o comentarios sobre el programa. RHU también trabajaría con los educadores de pares para adaptar el currículo de capacitación en vigencia a fin de que satisfaga mejor las necesidades y prioridades de las personas refugiadas.

Se compartió una invitación para refugiadas que participan en el trabajo sexual con el personal de RHU y su base de clientes, incluyendo a individuos que acceden a servicios en la clínica nocturna gratuita de RHU para trabajadores sexuales. Se registraron 82 mujeres para las 50 vacantes, obligando a RHU a crear criterios de selección que aseguraran la diversidad entre las educadoras de pares en cuestiones de nacionalidad, idioma y de las zonas en las que trabajan o viven en la ciudad. Todas las personas que se registraron fueron mujeres cisgénero, aunque esto no fue intencional. [3‡]

Las educadoras de pares fueron capacitadas en dos grupos de 25 mujeres cada uno, agrupadas por idioma común. Se les ofrecieron, con libertad de elección, servicios de SSR y VG, así como análisis de laboratorio y consejería sobre VIH/ETS.

La capacitación cubría varios temas, incluyendo derechos humanos; temas de SSR, por ejemplo, planificación familiar y prevención y tratamiento de VIH/ETS y otras ETS; legislación local con relación al trabajo sexual; VG y seguridad en el trabajo sexual; interacción con la policía y otras fuerzas de orden público; la crianza de hijos siendo trabajadora sexual, habilidades para la vida y planificación para la acción; divulgación comunitaria; y promoción personal y comunitaria.

El personal de RHU entrevistó a cada participante durante la capacitación. La herramienta de entrevista fue principalmente cualitativa y se cubrieron datos personales como: condiciones bajo las cuales abandonaron sus países natales, ingreso al trabajo sexual, exposición a la violencia y de parte de quién, acceso a servicios de SSR, perspectivas sobre el contenido de la capacitación y conocimiento y acceso a anticonceptivos, así como a distintos apoyos, ya sea financieros o psicosociales de sus pares. Las entrevistas se realizaron en francés y swahili. La información recopilada fue transcrita y traducida al inglés por personal trilingüe de RHU.

En junio de 2016, se realizaron grupos focales de seguimiento en la clínica de Bwaise de RHU con 18 educadoras de pares. Una herramienta cualitativa abierta se usó para facilitar las discusiones lideradas por el personal de WRC y RHU y realizadas en francés y kiswahili con traducción al inglés. La información se transcribió en inglés. Se les pidieron opiniones a las educadoras pares, tanto sobre la capacitación como sobre sus experiencias como educadoras pares. El personal de WRC llevó a cabo entrevistas individuales con miembros del equipo de RHU para entender cómo se debe trabajar con refugiadas como educadoras pares en comparación a trabajar con trabajadoras sexuales ugandesas. Estas entrevistas se realizaron en inglés, con miembros multilingües de RHU.

Resultados

Una mayoría (79%) de las 50 educadoras eran congoleñas. Otras habían huido a Uganda desde Ruanda (9%), Burundi (6%), Sudán del Sur (3%) y Somalia (3%). La mayoría (80%) tenía 30 años de edad o menos, 30% de esas mujeres tenían 20 años o menos.

Comentarios de las participantes

Los comentarios de las participantes sobre la capacitación fueron abrumadoramente positivos.

2 La intervención fue conceptualizada por el WRC e implementada por RHU.

3 Los estudios muestran que los refugiados de diversas orientaciones sexuales, géneros y edades y (dis)capacidades venden sexo para obtener ingresos. 1

Cuando se les preguntó qué temas fueron los más útiles para ellas, algunas mencionaron la consejería legal, mientras otras preferían el sexo seguro y la planificación familiar.

Una mujer con cinco hijos reflexionó:
"Estoy agradecida por la capacitación. Ahora puedo evitar tener más hijos, porque me han capacitado. Estoy capacitando a mis vecinas sobre planificación familiar."

Otra mujer compartió que anteriormente no habían tenido conciencia de que los condones fueran para un solo uso:

"Antes de esta capacitación, no sabía que no podía usar un condón más de una vez."

Como educadoras pares, las participantes expresaron un sólido compromiso con ayudar a sus pares a acceder a la misma información y abordar los vacíos del servicio que habían experimentado.

"La capacitación fue bastante agradable porque pude aprender muchas cosas que no sabía antes... hablo con las personas sobre lo que he aprendido y trato de llegar a la gente y hablarles sobre lo que sé. Sí, cada vez que puedo, cuando puedo estar con ellas, les doy condones."

"La capacitación me ayuda a llegar a mis hermanas, que hacen el mismo trabajo que yo. Como soy una educadora de pares con VIH, esto me ayuda mucho."

"He sido una de las beneficiarias de la capacitación. De verdad me gustó cómo nos capacitaron, y he decidido llevarle esta información a mi comunidad."

"Nos capacitaron para ser embajadoras. Ahora interactúo con cuatro grupos de mujeres, donde comparto información y les muestro cómo usar condones y les doy otra información para protegerlas. Para que sepan cómo protegerse..."

Las entrevistadas notaron que la educación de pares es probablemente más efectiva que otras alternativas para llegar a la comunidad, por ejemplo, con actores del sector de salud, porque a menudo tienen que trabajar "en las sombras" y hacer ejercicio de discreción al discutir sus experiencias.

"Ser una embajadora significa que estamos sirviendo a la comunidad... podemos acompañarlas, o acercarnos a ellas para pedirles referencias. Tenemos grupos que se están conformando, así que puedes conocer diez personas e informarles y que, a su vez ellas informen a otras. Es como una cadena."

La mayoría de las educadoras de pares (88%) dijeron que ejercían el trabajo sexual por falta de otras alternativas que paguen igual. Casi todas dijeron que su trabajo es "un secreto", algo que deben ocultar de sus familias, amigos y comunidad. De las que estaban casadas, casi todas compartían el hecho de que sus maridos no estaban al tanto de que ellas vendían sexo, y no debían estarlo. Coincidiendo con resultados de estudios anteriores en Kampala y otros lugares, [1] las mujeres compartían la opinión de que ellas corren más riesgo de ser violadas, golpeadas y robadas que las trabajadoras sexuales ugandesas porque los atacantes (principalmente clientes y agentes de seguridad) saben que al ser refugiadas tienen aún menos probabilidad de reportar la violencia.

Las educadoras de pares informaron que tomaron varias medidas de mitigación de riesgos, incluyendo trabajar en grupos y compartir información sobre lugares seguros e inseguros para trabajar. Discutieron sobre la violencia cotidiana que recibían de la policía, los clientes y las trabajadoras sexuales ugandesas que las veían como "la competencia", e intercambiaron consejos sobre cómo evitar esas confrontaciones.

Después de comparar las historias de las educadoras de pares refugiadas con las de las trabajadoras sexuales ugandesas, el personal de RHU concluyó que las refugiadas que participan en trabajo sexual tienen más probabilidad de sufrir violencia sexual y física que sus homólogas de la comunidad receptora, sobre todo de parte de los clientes y la policía. También trabajan por menos dinero, y es común que les roben el salario. Como lo dijo un trabajador de RHU:

"Las trabajadoras sexuales refugiadas tienden más a ser blanco del hostigamiento de las fuerzas de seguridad y otras agencias policiales locales; también sufren más golpes y violaciones y varias veces dijeron que 'venían a matar a los ugandeses infectándolos con VIH'."

En vista de que el trabajo sexual es criminalizado en Uganda, los atacantes gozan de impunidad al amenazar con denunciar a la mujer refugiada a la policía u otras fuerzas policiales por vender sexo. El personal de RHU concluyó que, al momento de iniciar la capacitación, ellas estaban comparativamente menos informadas que las trabajadoras sexuales ugandesas sobre SSR y otros temas de protección.

Las educadoras de pares expresaron un interés significativo en aprender sobre anticonceptivos y tener un foro amigable para hacer preguntas; algunas nunca habían visto antes cómo usar co-

rrectamente un condón masculino o femenino, aunque el interés por este último fue particularmente dinámico. La mayoría de las participantes no habían oído nunca de los condones femeninos, pero expresaron que esperaban que les sirviera como protección con clientes que se niegan a ponerse un condón masculino —disputa que frecuentemente fue mencionada por las educadoras de pares como un catalizador de VG por parte de los clientes.

Se ofreció consejería y análisis de VIH en el lugar a todas las participantes. De las 50 educadoras de pares, 15 (30%) eran seropositivas. Solo 2 lo sabían antes de la capacitación y las 13 restantes se enteraron de ello durante su formación.

Desafíos para la implementación

El personal de RHU encontró obstáculos para facilitar el entrenamiento, tales como adaptar el contenido a las necesidades de las participantes y abordar las preocupaciones que tenían sobre su privacidad, especialmente su temor a que se "descubriera" que venden sexo.

Las refugiadas en Uganda provienen de una variedad de países y hablan distintas lenguas y dialectos. Las barreras lingüísticas "no habían aparecido en el imaginario (de RHU) antes", cuando se trataba de brindar capacitaciones, así que hubo que adaptarse. El personal de RHU identificó a educadoras de pares para que se desempeñen como traductoras.

El lenguaje de instrucción es ahora un tema que se considera central para el reclutamiento de educadoras pares por parte de RHU y para la asignación de personal para trabajar con ellas. Sin embargo, el uso de nuevos traductores también causó preocupaciones relacionadas con la privacidad, por lo que el personal de RHU recalcó la confidencialidad como derecho y expectativa, a la vez que generaba mecanismos para proteger las identidades de las educadoras. Un miembro de personal de RHU dijo:

"Los temas de confidencialidad y la protección de los derechos de cada una de las refugiadas resultaron ser lo más importante para ellas, ya que muchas tenían parientes que deseaban que nunca se enteraran de su negocio y ningún otro proveedor estaba abordando prácticamente (sus necesidades de servicios)"

Reflexionando sobre los temores de las refugiadas de que se les descubra, otro trabajador de RHU comentó:

"Las refugiadas que están involucradas en el trabajo sexual, primero que nada, tienen miedo. Así que por más que estén sufriendo violencia, no pueden denunciarla. La violencia contra las trabajadoras sexuales refugiadas es más alta porque su vulnerabilidad es mayor. También porque nadie las protege. La mayoría de las trabajadoras sexuales ugandesas saben cómo maniobrar para denunciar sin admitir a su comunidad y a las autoridades que ejercen el trabajo sexual. También saben a dónde pueden ir (de manera segura) a procurar servicios. Pero las refugiadas, ¿dónde pueden ir? Cuando eres una refugiada los clientes se aprovechan."

El personal de RHU mencionó las dificultades que encontraban para convencer a las refugiadas de que el establecimiento de RHU y la clínica nocturna para trabajadoras sexuales podía ser un lugar seguro para ellas. El personal de RHU atribuía esto a los miedos que tenían las mujeres refugiadas de que la policía descubriera que venden sexo y que se las estigmatice o que su familia y amigos las marginen. Las educadoras pares compartían la intención de abandonar el trabajo sexual una vez "que salgan de la situación de refugiada" y no querían que se las juzgue por su pasado.

Expansión al asentamiento Niévale

Sobre la base del proyecto piloto, en julio 2016, WRC y RHU recibieron financiamiento adicional para expandir la capacitación de educadoras de pares a Nakivale, a 6 horas por tierra al oeste de Kampala. Después de consultar con varios colaboradores, entre ellos UNHCR y el comandante del asentamiento, el personal de RHU capacitó a 30 refugiadas para ser educadoras de pares, usando adaptaciones del paquete de capacitación utilizado en Kampala. Las mujeres eran congoleñas (40%), ruandesas (30%), burundesas (20%) y tanzanas (<1%). De las 30 educadoras de pares de Nakivale, [7] (23.3%) eran seropositivas y al igual que con las educadoras de pares de Kampala, todas actualmente acceden a terapia retroviral y servicios relacionados (informe no publicado de RHU, del archivo de las autoras).

Limitaciones

Las limitaciones de esta investigación incluyen el tamaño y la parcialidad de la muestra. Todas las participantes fueron mujeres cisgénero refugiadas que trabajaban con clientes masculinos, todas se

enteraron del proyecto de boca de alguien. Las barreras lingüísticas hicieron que el personal de RHU tuviera que hacer el seguimiento individualmente con algunas participantes para verificar la información. El personal de RHU también brindó comentarios sobre la capacitación, lo que generó los riesgos inherentes a los datos de informes propios. El análisis de la información fue realizado manualmente por las autoras.

Las limitaciones prácticas y de financiamiento dificultaron la evaluación del impacto de la capacitación de educación de pares a nivel individual y comunitario, más allá de la discusión de junio de 2016 del grupo focal. Es preciso realizar investigaciones adicionales para evaluar a cuántas refugiadas más han llegado las educadoras de pares (en términos de efecto de red) y cómo la información, los recursos y los tipos de apoyo brindado por estas siguen impactando en el bienestar individual y comunitario.

Discusión

Los resultados del proyecto piloto ilustran cómo una intervención basada en derechos y probada en el campo —implementada anteriormente solo con trabajadoras sexuales de la comunidad receptora— puede adaptarse a un contexto humanitario para satisfacer las necesidades de las refugiadas. El proyecto sugiere los beneficios potenciales de la educación de pares como intervención para superar los vacíos de servicios e información que afrontan las refugiadas que participan en el trabajo sexual y, finalmente, mejorar sus resultados sanitarios y de protección. Señala otras ventajas potenciales como su rentabilidad y la asociación entre actores humanitarios y organizaciones locales que trabajan con las trabajadoras sexuales de la comunidad receptora. Ya que estos proveedores de servicio podrían no haber sido sensibilizados en el trabajo con refugiadas, probablemente se tendría que reforzar sus conocimientos y capacidades para que trabajen con las refugiadas en contextos humanitarios.

Dada la poca información que existe sobre las refugiadas que venden sexo y las condiciones en las que lo hacen, la comunidad humanitaria actualmente carece de indicadores objetivos sobre lo común que es, y los riesgos y necesidades de estas personas. El material que existe hace mención a cómo estas refugiadas han sido excluidas de las concepciones humanitarias de "personas de competencia". El tema del trabajo sexual en contextos humanitarios ha sido minimizado y patologizado como una estrategia negativa para lidiar con la situación, sin reflexionar sobre cómo satisfacer necesidades en concordancia con los principios humanitarios y de derechos humanos. Remediar esto necesita cambios decisivos en políticas y prácticas. Un primer paso es afirmar que las refugiadas involucradas en el comercio sexual tienen derecho a la provisión de servicios basados en derechos, informados por la evidencia y no discriminatorios. Lo que debería seguir es el compromiso de desarrollar e implementar estrategias de inclusión, adaptar los enfoques de empoderamiento comunitario para trabajar con trabajadoras sexuales en contextos humanitarios, construir las redes apropiadas de caminos de referencia y desarrollar las habilidades y capacidades del personal para trabajar con —y no sobre— estas personas refugiadas. Los agentes humanitarios no deben avanzar sin consultar y colaborar con expertos de ayuda no humanitaria, que incluyan también a las organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales y los actores de la salud que trabajan con ellas. Esto permitirá garantizar que el conocimiento y las buenas prácticas que ya existen sean aprovechados mientras que las consecuencias no buscadas sean minimizadas. Estos actores también pueden ayudar a los humanitarios a identificar los puntos de entrada específicos al contexto para expandir los enfoques basados en el empoderamiento de la comunidad para apuntar o incluir a las personas refugiadas.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a las educadoras de pares que participaron de las capacitaciones, sobre todo a aquellas que colaboraron con más comentarios durante la discusión del grupo focal en junio de 2016.

Declaración de divulgación

Las autoras no reportaron ningún conflicto de interés potencial.

Financiamiento

Este trabajo recibió el apoyo del fondo Catherine O'Neill, Comisión de Mujeres Refugiadas.

Referencias

1. WRC (US). Mean streets: refugees engaged in sex work. New York: Women's Refugee Commission; 2016.
2. UNHCR. Woman alone: the fight for survival by Syria's refugee women, 2014;fn. 4:37, (defining "survival sex"). Available from: http://www.unhcr.org/ar/53bb8d006.pdf
3. WRC (Rosenberg, J.) and Organization for Gender Empowerment and Rights Advocacy (Uganda). Working with refugees engaged in sex work: a guidance note for humanitarian practitioners, 2016. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1393-sex-work-guidance-note
4. UNHCR. HIV and sex work in refugee situations: a practical guide to launching interventions, 2010. Available from: http://www.unhcr.org/4c7f94cd9.pdf
5. Das P, Horton R. Bringing sex workers to the centre of the HIV response. The Lancet. 2015;385(9962):3–4.
6. World Health Organization, United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, and The World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions, 2013. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/
7. Bekker LG, Johnson L, Cowan F, et al. Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? The Lancet. 2015;385(9962):72–87.
8. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. The Lancet. 2015;385(9963):172–185.
9. Baral S, Beyrer C, Muessig K, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2012;12(7):538–549.
10. World Health Organization. Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries, 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
11. Scambler G, Paoli F. Health work, female sex workers and HIV/AIDS: global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. Soc Sci Med. 2008;66(8):1848–1862.
12. Scorgie F, Nakato D, Harper E, et al. "We are despised in the hospitals": sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. Cult Health Sex. 2013;15(4):450–465.
13. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. The Lancet. 2015;385 (9962):55–71.
14. Prüss-Ustün A, Wolf J, Driscoll T, et al. HIV due to female sex work: regional and global estimates. PloS one. 2013;8(5):e63476.
15. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, et al. An action agenda for HIV and sex workers. The Lancet. 2015;385(9964):287–301.
16. UNHCR. Global trends – forced displacement in 2016. 2017. Available from: http://www.unhcr.org/globaltrends2016/
17. Statute of the Office of the High Commissioner for Refugees, as revised by General Assembly res. 58/153, 22 December 2003.
18. UNHCR. Note on the mandate of the high commissioner for refugees and his office, 2013. Available from: http://www.refworld.org/docid/5268c9474.html

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,103-113
DOI: 10.1080/09688080.2017.1405678

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Cursos para el manejo clínico de sobrevivientes de violencia en Burkina Faso, Nepal y Sudán del Sur

Nguyen Toan Tran,[a,b] Kristen Harker,[b] Wambi Maurice E. Yameogo,[c] Seni Kouanda,[d,e] Tieba Millogo,[f] Emebet Dlasso Menna,[g,h] Jeevan Raj Lohani,[i] Om Maharjan,[j] Sake Jemelia Beda,[k] Elizabeth Akinyi Odinga,[l] Adama Ouattara,[m] Charlemagne Ouedraogo,[n] Alison Greer,[o] Sandra Krause[p]

a Profesor Adjunto, Centro Australiano de Investigación en Salud Pública y de Población, Facultad de Salud, Universidad de Tecnología, Sídney, NSW, Australia
b Consultor Independiente, Comisión para Mujeres Refugiadas, Nueva York, NY, EE.UU.
c Catedrático Asistente, Instituto Africano de Salud Pública, Ouagadougou, Burkina Faso
d Profesor de Epidemiología, Director Adjunto, Instituto Africano de Salud Pública, Ouagadougou, Burkina Faso
e Director de Investigación, Jefe del Departamento de Salud Pública, Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, IRSS, Ouagdougou, Burkina Faso
f Investigador Asistente, Instituto Africano de Salud Pública, Ouagadougou, Burkina Faso
g Ex Coordinador de Seguimiento y Evaluación, Cuerpo Médico Internacional, Juba, Sudán del Sur.
h Coordinador en funciones del Cuerpo Médico Internacional en Amman, Jordania, para Donaciones, Seguimiento, Evaluación, Responsabilidad y Aprendizaje (MEAL)
i Consultor Técnico Principal, Grupo de Evaluación y Valoración, Katmandú, Nepal
j Administrador Médico, Asociación para la Planificación Familiar de Nepal (FPAN), Lalitpur, Nepal
k Formadora de Obstétricas y Directora, Facultad de Enfermería y Obstetricia y del Hospital de Referencia de Juba, Sudán del Sur
m Profesor Asistente, Universidad de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso
n Profesor Adjunto, Universidad de Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso
o Directora de Programa, Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis/Comisión de Mujeres Refugiadas, Nueva York, NY 10018, EE.UU. Correspondencia: alisong@wrcommission.org
p Directora, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Comisión de Mujeres Refugiadas, Nueva York, NY, EE.UU.

Resumen *Durante la respuesta humanitaria temprana a una crisis, existe tiempo limitado para capacitar a prestadores de servicios de salud en los servicios clínicos que salvan vidas del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP) para la Salud Reproductiva. Con el fin de atender esta necesidad, la Iniciativa de Alianza en Capacitación del Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG-TPI, por sus siglas en inglés) creó el modelo S-CORT (por las siglas en inglés de Sexual and reproductive health Clinical Outreach Refresher Training, Capacitación de Actualización en Extensión Clínica sobre Salud Sexual y Reproductiva) para prestadores de servicios que trabajan en emergencias humanitarias agudas y necesitan actualizar sus conocimientos y habilidades rápidamente. Este estudio tuvo como objetivo determinar mediante la investigación cualitativa a facilitadores operativos y las barreras relacionadas con la aplicación de dos módulos de S-CORT: manejo clínico de sobrevivientes de violencia sexual (CMoSVS, por sus siglas en inglés) y aspiración manual endouterina (MVA, por sus siglas en inglés). En tres países participantes (Burkina Faso, Nepal y Sudán del Sur), 135 integrantes del personal de salud asistió a la capacitación de actualización en CMoSVS; 94, y a la capacitación de actualización en MVA. Los resultados de las discusiones en grupos focales (DGF) y en entrevistas a profundidad (EAP) indican que el enfoque S-CORT es respetuoso de los derechos humanos y principios de la calidad de la atención. Más aún, es potencialmente eficaz para mejorar los conocimientos y las habilidades de los prestadores*

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

de servicios existentes, fortalecer su capacidad y cambiar sus actitudes hacia los servicios relacionados con el aborto, por ejemplo. S-CORT es un modelo prometedor cuando es aplicado en la fase aguda de una emergencia después de estabilizada la situación de seguridad. El modelo también puede ser integrado en esfuerzos más amplios de desarrollo de capacidad postcrisis. Futuras investigaciones operativas deberían poner énfasis no solo en evaluar el contenido de nuevos módulos, sino en si es factible, eficaz y eficiente aplicar este modelo de capacitación de actualización en entornos remotos. Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405678

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, creación de capacidades, salud, situaciones de crisis humanitarias, violencia sexual, aspiración endouterina, cuidados post aborto.

Introducción

El Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG, por sus siglas en inglés) fue creado para garantizar que las poblaciones afectadas por situaciones de crisis humanitaria tuvieran acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que pudieran salvar vidas. La Iniciativa de Capacitación Conjunta de IAWG (IAWG-TPI, por sus siglas en inglés) promueve este objetivo desarrollando e incrementando las capacidades de los involucrados en salud sexual y reproductiva, en países y regiones afectados, incluyendo al personal de salud y a proveedores de esos servicios[1]. Dentro del marco de colaboraciones establecidas a nivel local e internacional, con responsabilidad social y participación de profesionales, el IAWG-TPI desea reforzar el acceso y la calidad de los servicios de SSR en entornos de crisis humanitarias de las siguientes formas: (i) coordinando, fortaleciendo y manteniendo el desarrollo de capacidades establecido entre los países miembros e instituciones de formación existentes en países que sufren el impacto de alguna crisis; (ii) implementando módulos de actualización clínica sobre intervenciones que pueden salvar vidas, sobre la base de evidencia comprobada y estándares internacionales; y (iii) haciendo acopio de evidencia sobre los resultados del fomento de capacidades en SSR en situaciones de crisis humanitaria

Al iniciarse una crisis, hay muy poco tiempo para capacitar a los proveedores de servicios de salud en la implementación de los componentes estándar de cuidados, conocidos como Paquete Inicial de Servicios Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) para Salud Reproductiva.[2] Quienes ya están sobre el terreno o han sido enviados allá deben tener la suficiente experiencia y capacidad como para poder aplicar los métodos MISP y salvar vidas. Quizá esto no es siempre posible, según las conclusiones de la evaluación global IAWG, de 2012 al 2014. Dicha evaluación señaló vacíos importantes en el campo de la SSR en situaciones de crisis humanitaria, incluyendo la prevención de violencia sexual, sobrevivientes, aborto seguro, atención post aborto, cuidados obstétricos de emergencia, y cuidados para el recién nacido, entre otros. [3-5] Todavía hay poca evidencia sobre los mejores métodos de fomento de capacidades para actualizar los conocimientos y especialidades de los proveedores de salud necesarios en estas situaciones[6]. Existen modelos de capacitación bien consolidados pero que aún no han sido evaluados, ni se han publicado sus conclusiones, como por ejemplo el módulo sobre SSR de una semana de duración, o el Módulo Avanzado sobre Obstetricia y Sostén Vital (ALSO, por sus siglas en inglés) organizado por y para el personal de Médicos Sin Fronteras (MSF) y ofrecidos en un lugar central, como uno de los Centros Operativos de MSF en Europa[7]. Otros ejemplos son: los módulos de capacitación de tres semanas sobre cuidados obstétricos de emergencia o post aborto, organizados por Marie Stopes Internacional y la iniciativa RAISE, y que están abiertos también para el personal de otras instituciones y llevados a cabo en su centro internacional de capacitación en Kenia[8]. Los módulos más breves, con actividades prácticas, pueden tener muy buenos resultados para actualizar los conocimientos y especialidades aprendidas durante la formación inicial, garantizando así una disponibilidad continua de servicios MISP y manteniendo a los proveedores de servicios de salud en sus propias clínicas, o cerca de ellas.

Para atender esta necesidad, se desarrollaron y dirigieron dos módulos de actualización sobre temas clínicos fundamentales que ayudan a gestionar las consecuencias de la violencia sexual y reducir la mortalidad y morbilidad materna: uno sobre el tratamiento clínico de los sobrevivientes de violencia sexual (CMoSVS, por sus siglas en inglés), y el otro sobre aspiración endouterina (MVA, por sus siglas en inglés). Primero, el grupo de IAWG-TPI realizó una rápida supervisión de

textos existentes para estudiar todo lo referente a CMoSVS y MVA. En base al exhaustivo conocimiento que tienen nuestros expertos sobre el terreno, y también a las deficiencias de tales módulos de actualización, se consideró que una rápida revisión habría bastado para recabar información de manera puntual, limitando así el riesgo de no leer publicaciones fundamentales[9]. Esta búsqueda no dio ningún resultado específico para los módulos de actualización sobre SSR en situaciones de crisis humanitaria. Muchos programas CMoSVS y MVA fueron escogidos y empleados como base para la creación de los dos módulos de actualización a los que nos referimos. El programa CMoSVS se basa en orientaciones bien conocidas de la Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Población de las Naciones Unidas, y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (1). El programa MVA se basa en el extenso trabajo ya realizado por Ipas.[11]

Los programas de dos días de cada módulo se dirigen a los proveedores de servicios de salud en casos de crisis humanitarias: parteras, enfermeras o médicos que ya han recibido capacitación sobre tratamientos clínicos específicos y desean actualizar sus conocimientos y especialidades clínicas. El formato de los módulos se basa en las siguientes consideraciones y premisas: (i) los proveedores de servicios de salud deben haber recibido ya una capacitación sobre intervenciones clínicas (durante módulos pre-servicio o de actividades prácticas), pero no la han empleado durante algún tiempo o están empleando técnicas obsoletas, y por lo tanto necesitan un módulo de actualización; y [2] se trata de reducir el riesgo de no tener suficiente personal en el lugar de trabajo. El programa se limita a dos días y se realiza en o cerca del lugar de trabajo del participante, ya sea en un aula o en actividades prácticas, dependiendo de la situación. Este modelo de capacitación se conoce con el acrónimo de S-CORT *(Sexual and Reproductive Health Clinical Outreach Refresher Training*, o Capacitación de Actualización en Extensión Clínica sobre Salud Sexual y Reproductiva). Los S-CORT fueron creados empleando la más reciente evidencia clínica y técnicas de aprendizaje para adultos (incluyendo dramatizaciones, casos específicos, videos de demostración, e información constructiva) e incluyen presentaciones de PowerPoint interactivas, y sesiones de experiencia práctica.[12, 13] También se puede acceder a estos módulos en línea.[14]

Para poder aprovechar los resultados en futuros módulos de actualización, el grupo IAWG-TPI llevó a cabo investigaciones operacionales incluidas en ambos módulos, para identificar qué factores facilitan u obstaculizan la implementación de los mismos, evaluando los contenidos de cada módulo desde el punto de vista programático. La hipótesis sobre la que se basó dicho estudio fue la capacidad de divulgar estrategias de desarrollo que interesan a instituciones de capacitación en países afectados por situaciones de crisis, demostrando que los módulos breves de actualización son factibles y que contribuyen a mejorar las capacidades de los proveedores de SSR en situaciones de crisis humanitaria.

Metodología

Esta investigación ha sido realizada dentro del marco del tratamiento de recursos humanos, donde varios factores se superponen para robustecer los recursos humanos dedicados a la salud. Estos factores incluyen: políticas, liderazgo y tratamiento, financiación, alianzas y educación, y fomento de capacidades[15]. Aunque todos estos factores son importantes para incrementar la capacitación de los recursos humanos (incluyendo la capacitación en situaciones de crisis humanitaria) mediante la implementación de los módulos S-CORT, el presente estudio hace hincapié en el último componente: educación y desarrollo de los recursos humanos dedicados a la salud. Se han tomado las siguientes medidas para facilitar la implementación de los módulos y sus cursos, e implementar también la investigación operativa durante la implementación en el campo.

Selección del lugar

Se invitó a las instituciones interesadas, inscritas en la lista del servidor IAWG, a que participen en la investigación operativa. Los criterios para participar exigen que las instituciones (i) trabajen en situaciones de crisis humanitaria aguda o continuada; (ii) colaboren con socios locales, y (iii) tengan experiencia en investigación o colaboren con instituciones locales de investigación. Las solicitudes llegaron de seis países: Burkina Faso, la República Democrática del Congo, Nepal, Pakistán, Sudán del Sur y Sri Lanka. Luego de estudiar la capacidad institucional para poder ofrecer el módulo de capacitación e implementar el protocolo de investigación, se seleccionó a los siguientes participantes: Burkina Faso, (Institut Africain de Santé Publique, con el Ministerio de Salud); Nepal (Asociación de

Planificación Familiar de Nepal, en colaboración con un consultor investigador), y Sudán del Sur (la Facultad de Juba de Enfermería y Obstetricia, con el apoyo del Colegio Médico Internacional). Los equipos de esos tres países se comprometieron a implementar los cursos de los módulos S-CORT en zonas determinadas, afectadas por situaciones de crisis (ver Tabla 1).

Desarrollo del Protocolo de Investigación y Aprobación Ética

El IAWG-TPI desarrolló el protocolo y los instrumentos de investigación que fueron presentados y comentados con los colaboradores de cada país participante en la investigación, durante un taller regional con los interesados. La aprobación ética fue otorgada por el Comité de Ética del Ministerio de Salud de Burkina Faso (número de referencia: 2016-6-074), la Facultad de Juba de Enfermería y Obstetricia de Sudán del Sur (la Junta de Cuestiones Éticas del Ministerio de Salud aprobó la investigación con un retraso notable: 15 de Septiembre de 2016), y el Consejo de Investigación de Salud de Nepal (número de referencia 153/2016).

Compromiso de las partes interesadas de la región

Se celebró un taller organizado por IAWG-TPI en marzo de 2016, en Dakar, Senegal, en el que participaron capacitadores clínicos con experiencia en CMoSVS y MVA (2 mujeres, 6 hombres) e investigadores (1 mujer, 2 hombres), de los grupos de los tres países participantes, así como colaboradores internacionales IAWG-TPI (Jhpiego, Ipas, y la Universidad de Papúa, Nueva Guinea: 2 mujeres, 3 hombres). La reunión fue moderada por el grupo coordinador de IAWG-TPI (2 mujeres, 1 hombre). Se alentó a los participantes a que estudiaran y comentaran los proyectos para los módulos de capacitación (incluyendo actividades prácticas) así como el protocolo e instrumentos de investigación, tales como las orientaciones para las discusiones mediante grupos focales (DGF) y para entrevistas a profundidad (EAP). Siete de los capacitadores clínicos fueron luego confirmados como capacitadores principales al concluir el taller.

Tabla 1. Número de participantes, lugar de la capacitación y observaciones sobre los participantes y entornos de crisis por país en estudio

	Módulo CMoSVS Número de proveedores entrenados (lugar de capacitación)	Módulo MVA Número de proveedores entrenados (lugar de capacitación)	Observaciones sobre participantes y entornos de crisis
Burkina Faso	25 (Región Sahel) 24 (Ouagadougou)	22 (Región Sahel)	Incluyendo personal de 2 puestos de salud de una ONG, dentro de dos campamentos de refugiados (Goudebo y Mentao – afectados por conflictos)
Nepal	38 (Dhulikhel) 18 (Gokarna)	38 (Dhulikhel) 18 (Gokarna)	Incluyendo personal de distritos Kavre, Lalitpur y Katmandú. Todos severamente damnificados por el terremoto de 2015
Sudán del Sur	30 (Maban y Juba)	16 (Maban y Juba)	Capacitación para participantes de lugares afectados por la crisis humanitaria en varios lugares del país incluyendo Maban, Nyal, Gmyiel, Yei, Doro y Batil – afectados por conflictos
Total	135	94	Total de entornos de crisis: 11

Implementación del módulo S-CORT

Entre abril y junio de 2016, los capacitadores principales facilitaron el desarrollo de los módulos de capacitación en una sesión de dos días al personal de salud, que incluía a médicos, enfermeras, parteras y personal clínico (2/3 de los presentes aproximadamente fueron mujeres y 1/3, hombres). Los participantes pasaron exámenes antes y después de los módulos y realizaron una evaluación del módulo, incluyendo una auto-evaluación sobre la propia confianza en poder ofrecer los servicios para los que fueron capacitados. Los resultados de tales evaluaciones están resumidos en informes sobre los proyectos por país y no aparecen en este artículo. Se alentó a los proveedores de servicios de salud a que empleen las capacidades que aprendieron, dentro de sus propios lugares de trabajo. La Tabla 1 menciona el número de participantes y lugares de capacitación por cada país.

Tabla 2. Número de DGF y EAP según tipo de personal y país

	Número de DGF (número total de proveedores)	Número de EAP con coordinadores	Número de EAP con capacitadores principales
Burkina Faso	2 (20)	3	1
Sudán del Sur*	1 (8)	4	1
Nepal	6 (23)	5	1
Total	9 (51)	12	3

Investigación cualitativa

Luego de cuatro a ocho semanas del inicio de los módulos S-CORT (período de tiempo flexible, necesario para superar problemas logísticos específicos para la investigación en distintas situaciones), cada uno de los equipos, por país, realizó una investigación cualitativa empleando DGF y EAP con los participantes. La secretaría de IAWG-TPI llevó a cabo las EAP con capacitadores principales en fecha posterior, dadas las limitaciones de tiempo.

Muestreo

Los grupos de muestreo emplearon sistemas de muestreo convenientes para seleccionar a los participantes, tomando en cuenta las diferencias entre los profesionales de salud y los lugares donde trabajan, lo que resultó en varias entrevistas en cada país, y un número diferente de participantes por cada DGF (ver Tabla 2). Todos los capacitadores principales fueron invitados a participar en cada EAP, para lo cual se adaptó el formulario-guía para ellos.

Recopilación de datos

Las guías de entrevistas se tradujeron a cada idioma local (francés en Burkina Faso, nepalí en Nepal) antes de que los investigadores las probaran en el campo. Los temas principales fueron: (i) conocimientos, actitudes y prácticas (KAP) relacionados a los servicios clínicos MISP; (ii) opinión respecto a la eficacia de S-CORT; (iii) eficacia del S-CORT y (iv) consideraciones sobre derechos humanos y calidad del cuidado al brindar servicios, incluyendo confidencialidad y privacidad, acceso y opciones para los clientes, consentimiento informado y no discriminación. Las entrevistas se registraron en audio con el consentimiento de los participantes. La Tabla 2 presenta el número de DGF y EAP por tipo y país. Los asistentes de los investigadores transcribieron las entrevistas empleando Microsoft Word. Los DGF reunieron a proveedores de cuidados de salud de ambos sexos, por lo tanto, no se hizo distinción de género en la transcripción. Se comprobó la fidelidad de las transcripciones respecto a los registros en audio. En el caso de tres de los seis entrenadores principales que la secretaría IAWG-TPI pudo contactar, las EAP fueron realizadas por Skype (uno de los entrenadores principales respondió por escrito).

Análisis de Datos

Un analista especializado llevó a cabo un análisis temático, empleando el software QSR NVivo 11, una herramienta para gestionar el análisis en modo cualitativo[16]. Se elaboró un registro de códigos, describiendo todos los empleados en el análisis, el cual se aplicó para codificar los datos. Cuatro códigos principales reflejan los temas arriba descritos. Los contenidos de cada módulo fueron valorados según los cambios percibidos en el factor KAP, (conocimiento, actitud, percepción), relativo al paquete MISP, en general, del cual son parte MVA y CMoSVS; según las percepciones respecto a la eficacia (incremento de conocimientos, pericias y capacidades en relación a MVA y CMoSVS); y la medida en la cual los derechos humanos y la calidad de los cuidados mejoraron como resultado del S-CORT. Se examinó la eficiencia respecto a factores facilitadores y/u obstaculizadores en cuanto a la implementación de la capacitación. Dicho registro de códigos se amplió con otros a medida que surgían durante el proceso de codificación.

Resultados

La siguiente sección ofrece un resumen de los resultados de la investigación cualitativa.

MISP como base

Luego de ser capacitados, los participantes mostraron conocer bien el MISP y declararon que es importante tanto para los pacientes como para los proveedores de servicios de salud.

"Durante el terremoto no estábamos preparados para ofrecer servicios relacionados con MISP. No sabíamos que existían orientaciones y kits para estos servicios… La capacitación MISP ha sido buena. Hemos aprendido más sobre los servicios esenciales

que debemos proveer. Los servicios MISP son útiles para mujeres y niños ya que ellos son los grupos más vulnerables." (DGF con participantes de ambos sexos, Nepal)

Sin embargo, los capacitadores principales han sugerido que otorgar certificados a participantes en los módulos de aprendizaje a distancia, antes de participar en el taller S-CORT, podría hacer que todos empiecen en pie de igualdad en términos de comprensión del MISP dentro de situaciones de crisis humanitaria.

"[Los participantes] deberían aprenderse el módulo MISP y pasar un examen, ya que con esto la capacitación se hace un poco más fácil; algunos participantes nunca han oído hablar de MISP, pero trabajan en situaciones de crisis humanitarias, por lo tanto, para ellos las cosas son más difíciles. Y los objetivos CMoSVS y MVA son objetivos MISP, de modo que es importante que ellos hagan primero el modelo MISP en línea, y pasen la prueba, antes de recibir la capacitación de actualización." (EAP con una capacitadora principal, Sudán del Sur)

Percepción de la eficacia del S-CORT

En los tres países, los proveedores se mostraron satisfechos, en general, con el contenido y dictado de las sesiones de capacitación. Pusieron en relieve el profesionalismo y la habilidad de los capacitadores para comunicar e interactuar. Apreciaron el material de los módulos y consideraron que sería de ayuda para actualizar sus propios conocimientos además de aprender nuevas pericias.

"[La capacitación] nos recordó lo que habíamos olvidado de los institutos [profesionales] y nos hizo tomar conciencia de nuevos cambios y nuevos tratamientos… Había un procedimiento que yo había olvidado para cuidados post aborto pero lo recordé durante los ejercicios prácticos. Ahora ya conozco todas las fases y estoy preparada a seguirlos después de la capacitación." (DGF con participantes de ambos sexos, Sudán del Sur)

Estas actualizaciones de conocimientos y especialidades coinciden con la mejora en las puntuaciones pre y post capacitaciones recogidas en los tres países. Por ejemplo, en Sudán del Sur, las puntuaciones antes y después de la capacitación fueron, respectivamente, 48% y 67% para el módulo CMoSVS, y 55% y 74% para el módulo MVA (estos resultados están disponibles en los informes, aún no publicados, sobre estos módulos de capacitación en cada país).

El empleo de pictogramas para indicar heridas en varias partes del cuerpo, dentro del módulo CMoSVS fue recibido como una práctica novedosa y muy apreciada.

"Hemos aprendido mucho sobre cómo examinar al sobreviviente. Se nos enseñó cómo dibujar un pictograma e intentar localizar las heridas, algo que nunca se nos había ocurrido. Antes, cuando llegaban las víctimas, solo examinábamos sus genitales y no intentábamos averiguar si quizá había heridas en otras partes del cuerpo." (FDG con participantes de ambos sexos, Burkina Faso)

Durante el módulo CMoSVS, los proveedores de servicios de salud agradecieron los ejercicios para documentar las conclusiones médicas, así como las orientaciones sobre cómo redactar un certificado médico. Muchos indicaron que antes de la capacitación, los certificados que ellos emitían contenían muchos errores y vacíos de información.

"Pero hay otros factores, como los certificados médicos y cómo redactarlos. Antes no sabíamos cómo hacerlos. Emitíamos certificados, pero no contenían información suficiente." (FDG con participantes de ambos sexos, Burkina Faso)

Por último, la capacitación tuvo un impacto positivo para los tratamientos de mitigación del dolor durante el procedimiento de MVA (aspiración endouterina) en los tres países, pues se entregaron bloqueadores para-cervicales cuando el caso clínico lo requería.

"Yo siempre me he ocupado de los cuidados post aborto; hay cosas que no siempre hacía. Pero luego de la capacitación las he adoptado. Por ejemplo, el bloqueador para-cervical: atenúa el dolor de las mujeres y podemos trabajar mejor." (DGF con participantes de ambos sexos, Burkina Faso)

En cuanto a cambio de mentalidades, estos cursos de capacitación fueron entendidos como un modo de incrementar la empatía de los proveedores de salud hacia sus pacientes, eliminando ciertas barreras mentales tales como prejuicios o culpas asociadas a los procedimientos MVA, o durante el tratamiento de sobrevivientes de violencia sexual.

"La capacitación creó también una toma de conciencia respecto a la vulnerabilidad de los sobrevivientes [de violencia sexual] y los que están en tratamiento post aborto. Ya no pueden soportar más tortura ni discriminación; por el contrario, necesitan un tratamiento psicológico adecuado para que vuelvan a

tener esperanzas… [El curso de capacitación] resultó excelente en cuanto a mejorar las técnicas de tratamiento de los sobrevivientes sin estigmatizarlos, así como los modos de obtener información de parte de ellos mismos." (Informe escrito por un participante, sin especificación de género, Sudán del Sur)

Además, los cursos de capacitación propiciaron el diálogo entre los capacitadores y las ONG respecto a puntos de vista sobre los cuidados post aborto, y pusieron en evidencia la necesidad de aclarar y transformar valores y mentalidades, coordinando grupos de trabajo sobre SSR.

Aunque muchos talleres S-CORT son de actualización, hay muchos participantes, tales como los de Burkina Faso, que nunca recibieron preparación sobre CMoSVS. Por lo tanto, este curso ha permitido que los centros de salud tengan ahora más proveedores de servicios de salud para atender a los sobrevivientes de violencia sexual, aumentando al mismo tiempo la disponibilidad de tales servicios.

"Hay cuatro personas más que han sido capacitadas. Tener personal preparado para cuidar de los sobrevivientes de abuso sexual es de mucha ayuda. Creo que las prácticas de estas personas van a cambiar y seguramente servirán de inspiración para otros que no han recibido capacitación." (DGF con participantes de ambos sexos, Burkina Faso)

Eficacia de S-CORT

En cuanto a la duración del curso, se consideró que dos días, en cada uno de los tres países, habrían sido pocos para poder tratar algunos subtemas en detalle, así como para tener suficiente práctica operativa. Se seleccionó algunos países con situaciones humanitarias estables para realizar una prueba piloto, con el objeto de averiguar la factibilidad del modelo S-CORT en situaciones de crisis humanitarias. Sin embargo, algunos cursos se dictaron en situaciones en evolución dentro de los mismos países del proyecto, por limitaciones logísticas y de seguridad. Los participantes expresaron su preocupación respecto a que continuar trayéndolos a un lugar central (como en el caso del proyecto piloto) sería difícil en casos de crisis aguda, cuando tanto la seguridad como la disponibilidad del personal pueden obstaculizar la implementación.

"Si hay una crisis y, digamos, los beligerantes vuelven al lugar, la gente se queda en casa: los trabajadores de salud no salen así nomás para asistir a los cursos de capacitación." (DGF con participantes de ambos sexos, Burkina Faso)

Estas preocupaciones pueden atenuarse llevando a cabo los cursos de capacitación en o cerca de los lugares de trabajo clínico, que es el más apropiado para el S-CORT, reduciéndose así el viaje y el tiempo fuera de la práctica clínica.

Toma de conciencia sobre derechos humanos y calidad de los cuidados

Como resultado de la capacitación, los participantes declararon que cada vez tenían mayor conciencia de los derechos del paciente, incluyendo confidencialidad y privacidad de los tratamientos ofrecidos. Añadieron que la comunicación clara con los pacientes es esencial para garantizar la comprensión de los riesgos y beneficios del tratamiento, y así tomar decisiones informadas.

"Antes de la capacitación no sabíamos mucho respecto a obtener consentimiento. Pero hemos aprendido que primero hay que informar [al paciente] sobre los beneficios que seguirán a los efectos negativos. Luego, una vez obtenido el consentimiento, le pedimos firmar para empezar con el procedimiento." (FDG con participantes de ambos sexos, Nepal)

La no-discriminación, el derecho a la privacidad y la confidencialidad fueron también principios que los participantes declararon haber integrado dentro de sus propias prácticas clínicas luego de asistir a los cursos S-CORT.

"Ofrecer tratamientos de calidad y cuidado a los sobrevivientes significa hacerlo sin preguntar dónde o a qué tribu pertenece el individuo, y sin considerar ni su edad ni su sexo ya que puede tener cualquier edad o sexo… La privacidad y confidencialidad cuando se provee tratamiento SSR permite que el sobreviviente comparta su historia o lo que le haya sucedido, sin temor. Él o ella puede explicarlo todo en detalle, y eso facilita el trabajo de quien lo está tratando." (Informe escrito por un participante, sin especificación de género, Sudán del Sur)

Por último, los proveedores de servicios de salud pusieron énfasis en que responder a las necesidades especiales de ciertos grupos dentro de situaciones de crisis humanitarias debe ser otro principio-guía.

"Es importante prestar atención a los grupos que vienen con exigencias especiales. Todo esto ha sido mejor tratado y sabemos que, en tiempos de crisis, siempre hay casos especiales que deben tomarse en cuenta." (FDG con participantes de ambos sexos, Burkina Faso)

Discusión

Los módulos S-CORT ofrecen un enfoque innovador para reforzar las capacidades de los proveedores de servicios de salud, cuando dan servicios SSR que salvan vidas dentro de situaciones de crisis humanitarias. Esta estrategia ya puede ser implementada en las fases más agudas de alguna crisis, en cuanto la situación de seguridad lo permite. Hasta donde sabemos, el modelo S-CORT es el primero de este tipo; se concentra en los servicios clínicos ofrecidos en el MISP, así como en los proveedores clave que necesitan una rápida actualización mientras trabajan, y les capacita cerca del lugar donde ofrecen sus servicios. Así se reduce el lapso durante el cual tienen que dejar sus obligaciones; y eso es especialmente importante en situaciones de conflicto o de desastre natural en los que han habido pérdidas de capital humano, sobre todo en personal de salud.[17] Este enfoque se añade a otros modelos ya establecidos de incremento de capacidades en servicios de salud reproductiva, que quizá sean menos convenientes en fases de crisis aguda, ya que la capacitación se prolonga durante varias semanas, y significa retirar a los participantes de sus lugares de trabajo y llevarlos a otro lugar para capacitarlos, intentando enseñarles una serie de nuevas pericias a profesionales que quizá no han tenido capacitación anterior sobre esos temas.[7,8]

La investigación operativa de los pilotos CMoSVS y MVA hace pensar que el enfoque S-CORT es respetuoso de los derechos humanos y de los principios de un cuidado de calidad, y que pueden servir en situaciones de crisis humanitarias, teniendo un potencial de eficacia en cuanto a incrementar conocimientos y pericias, aportando cambios de actitud y robusteciendo las capacidades de los proveedores de servicios de salud en el lugar.

Modelo de capacitación

Son varios los métodos dinámicos de enseñanza que se han empleado, y los informes al respecto son muy positivos. Sin embargo, y cuando fuera posible, los directores de programas de SSR deben garantizar que los participantes obtengan certificados del módulo de aprendizaje a distancia MISP como base para luego seguir con el taller S-CORT, que ayudará a incrementar la eficacia del modelo. Ello también facilitará a los proveedores de servicios de salud entender cómo cada pericia es parte de un paquete mínimo de servicios que salvan vidas, y que deben ser priorizadas en momentos de crisis.

El enfoque S-CORT está destinado a revitalizar conocimientos y pericias de los participantes que ya han recibido capacitación en intervenciones específicas en los tres países del proyecto. Los informes de conclusión presentados por nuestros colaboradores en implementación indicaron que solo pocos proveedores de servicios de salud habían sido previamente capacitados en CMoSVS, especialmente en Burkina Faso. El módulo CMoSVS se consideraba de fundamental importancia para los participantes; sin embargo, dada la necesidad del mismo, los dos días de capacitación resultaban insuficientes y no daban tiempo para que los entrenadores principales pudiesen tratar todo el contenido del manual de capacitación. Por lo tanto, los gestores de programas que supervisan la capacitación para personal de salud deberían primero determinar si el módulo de actualización podría cubrir las exigencias de los participantes, o si sería necesaria una capacitación más completa. Si los proveedores de salud que operan en situaciones de crisis necesitan S-CORT, los gestores de programas deberían seguir los criterios de participación, evaluando rápidamente los requisitos de aprendizaje, y comunicar las deficiencias en conocimientos e intereses a los capacitadores principales, quienes podrán modificar las sesiones de capacitación según sea necesario.

En países donde no hay capacitación sobre tratamientos para salvar vidas en temas relacionados con SSR (como son los módulos CMoSVS, MVA u otros servicios relacionados con MISP), los grupos de trabajo SSR deben tratar de convencer a los que determinan políticas, y colaborar con instituciones profesionales, tales como facultades de enfermería y obstetricia, para integrar los temas faltantes y adaptar el curso de capacitación dentro de los programas nacionales de esas instituciones. Esta es una buena práctica en el contexto de reducción de riesgos de desastre, incluyendo planes de preparación para emergencias, (DRR/EPP, por sus siglas en inglés). El modelo S-CORT no es una varita mágica que puede sustituir las deficiencias en capital humano en situaciones de crisis humanitaria. Debe implementarse dentro del marco de una colaboración interagencial reforzada, con un enfoque holístico basado en DDR/EPP y con principios para reaccionar ante una crisis, lo que significa crear sistemas eficaces de derivación, divulgación sobre modos de colaborar, mecanismos de movilización comunitaria y foros de intercambio de experiencias, entre otros, para garantizar la disponibilidad de servicios de SSR.

El modelo de dos días de duración se consideró demasiado breve para realizar prácticas operativas. Algunos participantes sugirieron una duración de cuatro a cinco días. Pero ello significaría que el personal de salud estaría fuera de servicio en sus clínicas lo que causaría un importante desmedro en la disponibilidad de personal en las clínicas, reduciendo también el acceso a cuidados para la población afectada. Para maximizar el impacto de la capacitación uno-a-uno, y cuando la logística lo permita, los participantes deberían recibir material de enseñanza y ser alentados a estudiarlos con anticipación al curso. Este modelo de "aula invertida" ha sido pensado para capacitación intensiva en medicina, y puede ser específicamente conveniente para el modelo S-CORT.[18] Además, los capacitadores pueden debatir y, posiblemente, organizar un calendario de oportunidades al concluir la capacitación, para que los participantes puedan practicar los conocimientos adquiridos en sus propias instituciones y proveer recursos adicionales de capacitación, si hubiera oportunidad para ello, con el objeto de ampliar el tiempo de capacitación durante uno o dos días más.

Integración dentro del marco ampliado de desarrollo de capacidades

El modelo S-CORT ofrece una oportunidad para impulsar los conocimientos y pericias (como si fuera una "vacuna de inmunización reforzada") de proveedores de servicios operando en entornos de crisis humanitarias agudas que han sido previamente entrenados para salvar vidas antes de o durante su servicio (lo que sería la "primera dosis de la vacuna"). Este modelo está dirigido a cerrar brechas específicas en situaciones de crisis humanitaria, pero no puede sustituir una estrategia nacional completa para el desarrollo de capacidades, que debería ser promovida por las autoridades nacionales responsables, los profesionales y las instancias reguladoras, y ser implementada apenas la situación lo permita.

Aunque el modelo S-CORT puede considerarse como un potenciador de conocimientos y pericias, la evidencia muestra que ese potenciamiento debe repetirse a intervalos regulares para mejorar los resultados del aprendizaje y el rendimiento del personal de salud.[19] Esto puede hacerse mediante sesiones uno-a-uno, de aprendizaje y práctica permanentes. La supervisión regular, que también es un apoyo y parte de los esfuerzos generales de mejora de la calidad de servicios, también es eficaz en robustecer los resultados producidos por la capacitación.[20] Todo esto puede ser difícil de implementar en fases de crisis aguda, pero deben tomarse en cuenta apenas la situación lo permita, y ser parte del esfuerzo para implementar el MISP y facilitar la transición hacia servicios de SSR más completos e integrales. Para promover este enfoque, los módulos S-CORT deben proponer un calendario de aprendizaje clínico permanente, mediante sesiones estructuradas y continuas de prácticas con la finalidad de que los proveedores de servicios practiquen entre sí. Esto podría incluir el aprendizaje estudiando casos clínicos simulados para tomar decisiones o prácticas operativas empleando listas de factores por controlar y otros instrumentos de ayuda. La mayoría de los ejercicios ya están a disposición dentro de los módulos en uso, pero deben ser reordenados dentro de un programa de aprendizaje clínico permanente, administrado por los capacitadores.

Limitaciones

La prueba piloto y la investigación operativa se concentraron en el contenido de los módulos debido a las limitaciones de tiempo, y no sobre la evaluación de factibilidad del modelo en lugares de acceso remoto. Para las investigaciones operativas de futuros módulos S-CORT se debería poner énfasis en determinar si la implementación de este modelo en lugares remotos, donde exista una situación continuada y aguda de crisis humanitaria, resulte factible, eficaz y eficiente.

Los equipos de Burkina Faso y Nepal implementaron los S-CORT en situaciones de crisis humanitarias o de otro carácter, donde algunos de los temas de investigación no eran de importancia para S-CORT. Por razones de logística, los participantes de ambos países asistieron a los mismos talleres organizados en un lugar centralizado. Luego, muchos fueron invitados nuevamente a un centro para llevar a cabo la investigación cualitativa, y los entrevistaron en las mismas DGF. Esta mezcla de participantes se refleja en las DGF y en los resultados. Las transcripciones tuvieron que ser escogidas según el contenido, que debía referirse únicamente a situaciones de crisis humanitarias.

Se reportaron desafíos para asegurar la participación de todos los involucrados en la investigación cualitativa. Estos incluyeron, entre otros, problemas de seguridad, falta de personal y demasiado trabajo en algunos centros de servicios de salud, así como de rotación de personal. Por lo tanto, se empleó el sistema de muestreo conveniente, lo que podría limitar una generaliza-

ción de las conclusiones. Los colaboradores en la investigación de los tres países pudieron, a pesar de todo, reclutar un 40% de todos los capacitados para llevar a cabo la investigación cualitativa, cosa que redujo las limitaciones de un muestreo de conveniencia.

El modelo S-CORT ha sido elaborado para ser implementado en situaciones de crisis agudas, pero tiene limitaciones inherentes: los capacitadores principales en un país o región tienen que estar a disposición; la situación debe ser lo suficientemente segura como para permitirles viajar a los lugares más remotos, y los proveedores de servicios de salud deben haber recibido ya algún entrenamiento en la materia. Las dos últimas limitaciones están fuera del alcance de IAWG-TPI, pero la primera está estrechamente vinculada con su estrategia esencial: empoderar a los operadores locales y regionales, tales como instituciones profesionales y académicas (por ejemplo, institutos de obstetricia) para que asuman la propiedad de los módulos S-CORT u otros cursos apoyados por IAWG-TPI, y para que estén listos a implementarlos apenas se les requiera.

Conclusiones

El modulo S-CORT es un modelo muy prometedor de colaboración interagencial, tanto local como global, dirigida a optimizar el capital humano encargado de proveer cuidados clínicos que salvan vidas en intervenciones clínicas de MISP y en situaciones de crisis humanitaria. Los módulos actuales, y también los futuros, deberán tomar en cuenta e integrar los resultados y recomendaciones del presente estudio. Se requiere mayor investigación operativa que ponga énfasis no solo en valorar el contenido de nuevos módulos, sino también considerar si la implementación del modelo en zonas remotas en situaciones de crisis humanitarias agudas y/o prolongadas es factible, eficaz y eficiente.

Agradecimientos

El presente estudio no habría sido posible sin la colaboración constante entre los miembros de IAWG, a través de los esfuerzos de la Iniciativa de Colaboración para la Capacitación. En especial, estamos profundamente agradecidos a nuestros asociados: Institut Africain de Santé Publique y Ministerio de Salud en Burkina Faso; la Asociación para Planificación Familiar de Nepal, y el Instituto Juba de Enfermería y Obstetricia y Cuerpo Médico Internacional de Sudán del Sur. Nuestro reconocimiento a los proveedores de servicios de salud y coordinadores que dedicaron tiempo a la participación en la investigación y a los cursos de capacitación. Los autores agradecen, asimismo, a la Dra. Hanna Tappis, a la Sra. Anushka Kalyanpur y al Dr. Augustin Paluku, por su revisión experta y sus aportaciones al proyecto y a la investigación.

Financiación

El presente trabajo ha recibido ayuda financiera de la Oficina de Ayuda por Desastres en el Extranjero (OFDA) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Referencias

1. Tran NT, Dawson A, Meyers J, et al. Developing institutional capacity for reproductive health in humanitarian settings: a descriptive study. PLoS One. 2015;10(9):e0137412. doi:10.1371/journal.pone.0137412. PubMed PMID: 26331474; PubMed Central PMCID: PMCPMC4558004.
2. Lisam S. Minimum initial service package (MISP) for sexual and reproductive health in disasters. J Evid Based Med. 2014;7(4):245–248.
3. Casey SE. Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: a systematic review. Confl Health. 2015;9(1):S1.
4. Whitmill J, Blanton C, Doraiswamy S, et al. Retrospective analysis of reproductive health indicators in the united nations high commissioner for refugees post-emergency camps 2007–2013. Confl Health. 2016;10(1):3.
5. Casey SE, Chynoweth SK, Cornier N, et al. Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. Confl Health. 2015;9(1):S3. doi:10.1186/1752-1505-9-s1-s3.
6. Smith JR, Ho LS, Langston A, et al. Clinical care for sexual assault survivors multimedia training: a mixed-methods study of effect on healthcare providers' attitudes, knowledge, confidence, and practice in humanitarian settings. Confl Health. 2013;7(1):14.
7. Médecins Sans Frontières. Training brochure 2016. Geneva: MSF OCG; 2016.
8. Marie Stopes Kenya. International training centre. Available from: http://internationaltrainingcentre.org/
9. Khangura S, Konnyu K, Cushman R, et al. Evidence summaries: the evolution of a rapid review approach. Syst Rev.

2012;1(1):10.
10. World Health Organization. Clinical management of survivors of rape: a guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Geneva: WHO; 2002.
11. Hyman AG, Castleman L. Woman-centered abortion care. Reference Manual. Chapel Hill (NC): Ipas; 2005.
12. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: WHO; 2013.
13. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2012.
14. IAWG Training Partnership Resources. New York (NY): IAWG2017 [cited 2017 Nov 4]. Available from: http://iawg.net/tpi-home/resources/
15. World Health Organization. Human resources for health action framework. Available from: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/haf/en/
16. QSR International Pty Ltd. NVivo qualitative data analysis software; 2012.
17. Ghobarah HA, Huth P, Russett B. The post-war public health effects of civil conflict. Soc Sci Med. 2004;59 (4):869–884.
18. Tolks D, Schäfer C, Raupach T, et al. An introduction to the inverted/flipped classroom model in education and advanced training in medicine and in the healthcare professions. GMS J Med Ed. 2016;33(3): Doc46. doi:10.3205/zma001045, URN: urn:nbn:de:0183-zma0010451
19. Bluestone J, Johnson P, Fullerton J, et al. Effective in-service training design and delivery: evidence from an integrative literature review. Hum Resour Health. 2013;11(1):51. doi:10.1186/1478-4491-11-51
20. Rowe AK, Rowe SY, Vujicic M, et al. Review of strategies to improve health care provider performance. In: Peters DH, El-Saharty S, Siadat B, et al., editors. Improving health service delivery in developing countries. From evidence to action. Washington (DC): The World Bank; 2009. p. 101–126.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,114-123
DOI: 10.1080/09688080.2017.1405676

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Capacitación de profesionales de la salud en un entorno posconflicto: un estudio sobre la educación en medicina, enfermería y obstetricia en Mogadishu, Somalia

Abdiasis Yalahow,[a] Mariam Hassan,[b] Angel M Foster,[c]

a Exalumno de Post Grado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ottawa, Canadá
b Consultor Independiente en Mogadishu, Somalia
c Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud y Científico Principal, Instituto de Salud Poblacional, Universidad de Ottawa, Canadá. Correspondencia: angel.foster@uottawa.ca

Resumen *Luego de dos décadas de guerra civil, Somalia ha iniciado recientemente la fase de reconstrucción posconflicto, lo que ha resultado en una rápida proliferación de instituciones de educación superior. Dada la tasa tan alta de mortalidad materna, el Gobierno ha otorgado prioridad a la educación de los profesionales de salud en cuestiones que atañen a la salud reproductiva. Sin embargo, la medicina, enfermería y obstetricia están poco informadas sobre temas como anticoncepción, aborto, embarazo, nacimiento, y violencia sexual y de género. Durante 2016, emprendimos un estudio empleando varios métodos, para comprender cuál era el nivel de la educación sobre salud reproductiva, así como las facilidades de capacitación, y para identificar las posibilidades de que las próximas generaciones de profesionales en servicios de salud pueda estar mejor capacitados. Nuestro estudio incluyó dos componentes: entrevistas con 20 personas principales (nuestras fuentes de información) y 7 discusiones de grupos focales (DGFs), con 48 participantes entre médicos, enfermeras, parteras y estudiantes de medicina. Sobre la base de las transcripciones, memorandos y notas de campo, hemos realizado un estudio en varias fases, con el fin de analizar datos, contenidos y temas. Nuestras conclusiones demuestran que la educación en salud reproductiva para los estudiantes de enfermería y obstetricia es poco consistente, y tiene vacíos considerables, sobre todo en el campo del aborto y de violencia sexual y de género. Los estudiantes tienen pocas posibilidades de recibir capacitación, y los enormes retos que pesan sobre la educación en Somalia también tienen impacto sobre los programas profesionales de salud en Mogadishu. En este momento hay una posibilidad de desarrollar estrategias creativas para mejorar el ámbito y profundidad de la educación y capacitación basada sobre evidencias, y parece que muchos interesados están decididos a fomentar intercambios sur-a-sur con este objetivo.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405676*

Palabras clave: salud reproductiva, aborto, anticoncepción, embarazo, parto, violencia sexual y de género, Somalia, post conflicto, Estado frágil

Introducción

Somalia acaba de salir de una guerra civil que duró dos décadas, durante la cual los sistemas de salud, ya bastante frágiles, colapsaron completamente[1,2]. Antes de que empezara la guerra civil en 1991, el sistema de salud de Somalia tenía ya la reputación de ser muy débil, pues el gobierno destinaba la mayor parte de ayuda extranjera a cubrir sus gastos militares.[1] El colapso de ese gobierno en 1991 abrió paso al caos, conflicto civil, destrucción de las infraestructuras locales y total falta de reglamentación.[3] Durante los años de guerra civil, las instituciones del sector público, incluyendo las de educación académica y los hospitales eran muy escasos, y este conjunto de problemas dejó al 80% de la población sin acceso a cuidados primarios.[4,5] Los indicadores de salud reproductiva del país

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

reflejan esa dinámica. Con un promedio de más de mil muertes por cada 100.000 nacidos vivos, Somalia ocupa el tercer lugar en la tasa de mortalidad materna del mundo, así como una de las más altas en mortalidad infantil, apenas debajo de las 100 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Con una tasa total de fertilidad de alrededor de casi seis niños por mujer, y una tasa de empleo de métodos anticonceptivos de solo 1%, los indicadores de salud reproductiva del país demuestran la carencia de servicios relacionados con el embarazo, parto y planificación familiar. En efecto, el aborto es legalmente permitido solo para salvar la vida de la mujer.[9] La hemorragia postparto y los abortos en condiciones no seguras son los que más muertes causan, en el campo de la salud reproductiva en ese país. (10). Un reciente estudio cualitativo, tanto con personal involucrado como con mujeres somalíes, demuestran la enorme necesidad de proveer cuidados en el sector de la salud reproductiva.

Los retos que se afrontan están exacerbados por una enorme carencia de profesionales de servicios de salud; obstetras, ginecólogos, enfermeras y parteras son muy escasos.[8,13] La falta de instituciones académicas en funcionamiento durante el período de la guerra civil, de 1991 hasta 2012, hizo que se perdiera la posibilidad de brindar capacitación a una generación entera de trabajadores de salud. Actualmente, los métodos clínicos en uso son obsoletos, las prácticas se basan más bien en la tradición y no en evidencias, y la ausencia de protocolos para implementar mejores prácticas hicieron aún más precaria la situación de desintegración de todo el sistema de salud durante el conflicto.[8] Para aquellos que habían recibido formación antes de la guerra civil, no hubo posibilidades de capacitación continua, y los exámenes de licenciatura, así como las juntas supervisoras fueron desintegrándose a medida que el gobierno central se derrumbaba.

Desde 2012, cuando se instauró el nuevo gobierno federal, Somalia dio prioridad al desarrollo de su fuerza laboral, sustituyendo el personal anterior, ya de cierta edad, que pronto dejará la práctica. El plan general consiste en una serie de estrategias; entre ellas, educar y emplear a los más jóvenes en el sector de la salud.[2] La formación de parteras recibe especial prioridad ya que requiere menos tiempo de entrenamiento y es una profesión generalmente preferida por las mujeres.[2] Por lo tanto, durante estos últimos 10 años, el sector oficial de educación ha cambiado drásticamente: en 2013 había ya 22 universidades en plena operación en Mogadishu, casi la mitad con facultades de ciencias médicas o salud pública, con 20% de los 25,000 estudiantes de educación superior en la capital del país.[14] El número de instituciones postsecundaria casi se duplicó en 2016,[13] y el sector privado fue el impulsor principal de la proliferación de estos centros de estudio.[14,15]

Luego de instalarse el primer gobierno federal después de veinte años y más y al empezar a establecerse una situación estable de seguridad, se presentó una oportunidad para explorar la situación actual de la educación y capacitación en cuestiones relativas a la salud reproductiva. En un esfuerzo para dar más contenido a las políticas y programas de cuidados de salud reproductiva en Somalia, llevamos a cabo un estudio valiéndonos de varios métodos para poder comprender la gama de conocimientos que se tenía en ese campo, y para determinar vías que permitan el desarrollo y mejora de una nueva generación de profesionales de servicios de salud.

Métodos

Entre abril y junio de 2016, el grupo de investigación llevó a cabo un estudio valiéndose de varios métodos, centrados en la educación en temas de salud reproductiva en Somalia. Nuestro proyecto incluyó una revisión del material curricular existente, entrevistas sobre temas clave para recabar información de parte de los principales involucrados en los sectores de salud y educación, y discusiones de grupos focales (DGF) con profesionales de salud, medicina, enfermería, obstetricia, y estudiantes de medicina en Mogadishu, la capital de Somalia. Aunque el tema de la salud reproductiva abarca una serie de asuntos y materias, en el presente estudio nos hemos concentrado en anticoncepción, aborto, embarazo y parto, así como en la violencia sexual y violencia de género. Sobre todo, en este estudio nos hemos focalizado en los resultados obtenidos en las entrevistas mencionadas anteriormente, así como en los resultados de los grupos de estudio.

Recopilación de datos: entrevistas con informantes clave

Realizamos 20 entrevistas para recabar información esencial, con líderes y decisores que ocupan varios cargos de importancia, incluyendo representantes de los ministerios de Salud y Educación;

decanos y profesores de medicina, enfermería y obstetricia en las instituciones y universidades públicas y privadas; representantes de ONG nacionales e internacionales; personal hospitalario y administrativo, y profesionales de la salud en ejercicio de su profesión. Con la finalidad de conseguir varias opiniones, nos pusimos en contacto con personas que trabajan en organizaciones e instituciones específicas según listados públicos, redes personales del grupo de estudio y referencias brindadas con anterioridad por los participantes.

A.Y es un somalí-canadiense que está completando su maestría en Ciencias Interdisciplinarias de la Salud en la Universidad de Ottawa. Él nos ayudó en las entrevistas en inglés/somalí, luego de haber sido capacitado por A.M.F, un antropólogo médico que tiene vasta experiencia en la investigación sobre salud reproductiva en zonas posconflicto. Empleando una guía de entrevistas específicamente elaborada para este estudio, nuestras averiguaciones incluyeron datos demográficos, características, conocimientos y experiencias de los participantes sobre los servicios existentes de salud reproductiva, sobre educación superior, así como sus opiniones acerca de modos de mejorar los programas actuales e incorporar temas relacionados con la salud reproductiva en los programas de capacitación, sus perspectivas respecto a los obstáculos en la educación para ejercer la medicina, e ideas para mejorar y divulgar la educación sobre salud reproductiva en Somalia. Las entrevistas duraron un promedio de 50 minutos y se llevaron a cabo ya sea en el lugar de trabajo del entrevistado o en oficinas facilitadas por nuestros asociados locales. Todas las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los participantes, y luego fueron transcritas y traducidas (cuando era necesario) al inglés. Inmediatamente después de cada entrevista (que A.Y. transcribía fielmente) se realizaba un proceso de reflexión, cosa que también constituyó una fase muy importante del análisis.

Recopilación de datos: discusión con grupos focales

Se realizaron siete discusiones con grupos focales (DGF) formados por profesionales de servicios de salud y estudiantes de medicina. Se organizaron dos grupos diferentes para lograr cierta homogeneidad: uno con médicos, enfermeras y estudiantes, y otro con parteras. Dadas las normas sociales vigentes, así como los temas de nuestras investigaciones, agrupamos hombres y mujeres separadamente. Dado que la obstetricia es un campo casi totalmente cubierto por mujeres, hicimos un grupo separado solo con ellas. Los representantes de las universidades que colaboraron con nosotros, la Universidad de Mogadishu y la Universidad Internacional Al-Imra, nos ayudaron a reclutar participantes de varios hospitales, clínicas y universidades de la ciudad. Eso se hizo mediante anuncios, conversaciones personales y redes de contactos también personales.

Cada grupo comprendía de 5 a 10 participantes. Todas las reuniones DGF se llevaron a cabo en un espacio privado brindado por nuestros colaboradores de la universidad local. A.Y facilitó todos los debates con hombres; M.H, una persona con preparación médica e investigativa, le asistió tomando notas. Luego de ser capacitada por A.Y, M.H se hizo cargo de los debates con grupos femeninos, mientras que A.Y. estuvo presente como cofacilitador de estos. Empleamos una guía con orientaciones específicamente determinadas para este estudio, y todas las intervenciones se hicieron en idioma somalí.

Las reuniones se iniciaban con la presentación de cada participante quien se identificaba y dada información básica sobre sí mismo. Luego se examinaba el nivel de conocimiento, actitud, y experiencias de cada uno respecto a los cuidados de salud reproductiva y los servicios brindados en Somalia. La siguiente parte de la investigación se concentraba en el nivel de conocimientos de los participantes y sus opiniones respecto a los programas de salud reproductiva y sus contenidos. Luego les preguntábamos sobre sus puntos de vista respecto a la anticoncepción, aborto, embarazo y cuidados pre y postnatales, así como de la violencia sexual y de género. Finalmente, se concluía con un debate sobre áreas prioritarias y modos de mejorar y divulgar la educación sobre salud reproductiva y servicios de salud en Mogadishu. Antes de iniciar el estudio, se obtuvo consentimiento verbal de parte de todos los participantes, y se grabaron todas las discusiones. Cada una de estas duraba unos 90 minutos. A modo de agradecimiento por su contribución, y para cubrir sus gastos de viaje, le dimos US$10.00 a cada uno. Apenas terminados los debates, A.Y y M.H nos informaban todo sobre el proceso, contenido, dinámicas verbales y no verbales, y su modo de facilitar esas conversaciones. Luego, A.Y redactaba un informe oficial donde quedaba reflejada la dinámica de la reunión, facilitando así el proceso analítico. Las discusiones fueron transcritas y traducidas al inglés.

Análisis de Datos

Nuestro plan de análisis se concentró en contenidos y temas determinados. Empleamos el software ATLAS. Ti para organizar los datos, incluyendo las transcripciones al inglés, memorandos y notas del trabajo de campo. El análisis de temas y contenidos es un proceso reiterativo y continuado que empieza con la recolección de datos. Sobre la base de las preguntas que hicimos y las orientaciones para entrevistas y debates se desarrollaron algunos códigos y categorías predeterminados, y a medida que nos familiarizábamos con esos datos, seguimos creando códigos para capturar ideas que surgían poco a poco; por lo tanto, el proceso empleó técnicas tanto inductivas como deductivas.[16,17] Durante las DGF, empleamos un enfoque analítico, comparativo y constante, para explorar semejanzas y diferencias entre los grupos con base en sus actividades: campo de acción, género, nivel profesional o de estudios. Al principio se analizaron por separado los dos componentes del proyecto. En la fase final, se combinaron las conclusiones resultantes de las entrevistas con nuestras fuentes principales de información, con las conclusiones de las DGF, poniendo especial atención en las discordancias entre ambos grupos. A lo largo de todo el proceso, nuestra interpretación global de los resultados estuvo guiada por reuniones regulares entre los miembros del grupo de estudio.

Consideraciones éticas

La Junta de Ética en Investigación sobre Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Ottawa aprobó el proyecto. Además, los investigadores en medicina de la Universidad de Somalia examinaron nuestro protocolo de estudio, así como todos los instrumentos empleados en este, y determinaron que cumplíamos con todas las normas locales de investigación. En la sección "Resultados" presentamos temas cruciales que surgieron durante las discusiones, con citas para apoyar e ilustrar nuestra interpretación. Hemos ocultado, o cambiado, toda información que pueda llevar a identificar a personas, empleando seudónimos.

Resultados

Características de los participantes

Se entrevistó a 20 personas consideradas como fuentes principales de información: 11 hombres y 9 mujeres. Nuestros informantes clave trabajaban para una serie de instituciones y organizaciones, incluyendo agencias gubernamentales, universidades, hospitales, clínicas, y ONG. Habían trabajado un promedio de 15 años en el campo de la salud reproductiva. En cuanto a las DGF, participaron 48 personas: 18 hombres y 30 mujeres. Los participantes, trabajadores en servicios de salud, tenían un promedio entre 22 y 34 años, y unos 8 años de experiencia laboral en sus campos respectivos. Los 14 estudiantes que participaban asistían a 3 distintas facultades de medicina en Somalia. Se puede ver más información sobre las características de los participantes en la Tabla 1.

La cobertura de servicios de salud reproductiva es incompatible con las necesidades, y hay brechas significativas en los contenidos de los programas de medicina y enfermería.

"Cada universidad crea su propio programa… [Las universidades] tratan de respetar las normas internacionales pero el Ministerio no ofrece ningún programa concreto" (Ali, profesor de medicina).

Tanto las fuentes principales como los participantes en las DGF destacaron, varias veces, que la cobertura de servicios de salud reproductiva varía considerablemente según los programas de estudio de medicina y enfermería de las universidades. Algunos hicieron hincapié en que la ausencia de un programa nacional contribuía a esta situación. Tal como nos dijo Abdirahman, uno de nuestras fuentes de información: "Yo enseño [medicina] en varias universidades, pero no es lo mismo. Cada universidad tiene su propio método para asignar créditos a los temas por estudiar". Consecuencia de ello es que la enseñanza de salud reproductiva depende de las prioridades de los líderes y personas que toman las decisiones, tanto en sus propios programas como en los de los donantes, y también los programas vigentes en otros países para medicina y enfermería: muchas escuelas privadas están financiadas por -o directamente vinculadas a- Turquía, el mundo árabe (sobre todo los países del Golfo) y África Oriental. A pesar de la diferencia entre instituciones, hay algunos temas relacionados con la salud reproductiva que tienen prioridad sobre otros. Los estudiantes de todas las facultades de medicina y enfermería reciben información didáctica sobre embarazo y parto. Un decano de la Facultad de Medicina en una universidad privada de Mogadishu decía: "[la educación perinatal] es muy importante… desde cómo asistir al parto, [manejar] el embarazo, luego del parto… todo es importante". Tanto nuestras fuentes

de información como los participantes en las DGF describieron el componente de salud reproductiva como algo que se incorpora de manera rutinaria en los cursos de salud materna y también en los de salud familiar. Los espacios entre nacimientos y los medios de anticoncepción también están incluidos en la mayoría de los programas de estudio de medicina y enfermería. Sin embargo, parecería que en esos dos campos hay mayor énfasis en los métodos tradicionales en vez de los modernos. Fátima, una enfermera que participó en uno de estos grupos, nos decía: "Hemos aprendido sobre anticoncepción, pero creemos que los métodos tradicionales son mejores". Las conversaciones sostenidas con nuestras fuentes de información y con los profesionales de la salud durante las DGF sugieren que la desinformación sobre métodos de anticoncepción modernos es abrumadora, y que tal desinformación se alimenta con la instrucción brindada por los programas de medicina y enfermería. Tal como otra enfermera en nuestro grupo explicaba: "Si yo pongo una inyección (Depo-Provera) quizá me contagie con algo... Y ahora existe ese anillo… ¿qué pasa si se me pierde?... Los efectos son demasiado negativos". Aisha, una joven estudiante de medicina, también tiene esa impresión: "Hemos estado usando [estos métodos tradicionales] durante mucho tiempo. ¿Para qué cambiar a estos [anticonceptivos modernos] si pueden causar efectos colaterales? ¿Y qué pasa si después ya no podemos tener hijos? ¿Quién va a arreglar eso?"

Tabla 1: Composición de nuestras DGF con 48 participantes

DGF	Tipo	Sexo	Número de participantes	Descripción
1	Enfermeras	F	8	Enfermeras que trabajan en Mogadishu, de entre 22 y 34 años
2	Enfermeros	M	8	Enfermeros que trabajan en Mogadishu, de entre 22 y 34 años
3	Médicos	M	5	Doctores que trabajan en Mogadishu, entre 24 y 34 años
4	Médicas	F	5	Doctoras que trabajan en Mogadishu, entre 24 y 34 años
5	Estudiantes	F	9	Mujeres estudiantes, asisten a tres universidades distintas en Mogadishu, entre 18 y 34 años
6	Estudiantes	M	5	Hombres estudiantes, asisten a tres universidades distintas en Mogadishu entre 18 y 34 años
7	Parteras	F	8	Parteras que trabajan en Mogadishu, que tienen alguna formación educativa entre los 18 y 24 años.

En contraste a lo que sucede con el embarazo y la anticoncepción, el aborto inducido y la violencia sexual y/o de género suscitan muy poco interés. Los estudiantes de medicina, como también los médicos recién graduados, han reconocido que se les impartió alguna información sobre cuidados postaborto, espontáneo o no, y en general consideraban que el tratamiento después de una pérdida espontánea del embarazo era parte esencial de la salud materna. Sin embargo, tanto los partos inducidos como la violencia sexual y de género son temas que parecen ser conceptos más bien de orden familiar o social, y no problemas médicos. Tratando el tema de cómo se trata la violencia sexual y de género, un informante expresó opiniones ampliamente compartidas por otros: "Tenemos procedimientos establecidos para tratar problemas familiares: vas donde los ancianos. Por lo tanto, no es muy importante para la formación de los médicos."

Finalmente, aunque la cobertura didáctica varía según temas e instituciones, los participantes en ambos grupos de estudio manifestaron que reciben, tanto en medicina como en enfermería, muy poca capacitación práctica en cuestiones de salud reproductiva. Nuestras fuentes señalaron que el obstáculo más grande en los programas de medicina y enfermería de Mogadishu es la falta de oportunidades de capacitación general en prácticas clínicas. Fathiya, una funcionaria del gobierno,

dijo que "no reciben [capacitación clínica]… porque para ello se necesitan hospitales equipados, y que ellos participen, que cuenten con buenos médicos en ejercicio, capaces de enseñar [a los estudiantes]."

La prioridad de la educación en medicina y enfermería es mejorar el nivel de formación en temas relacionados con el embarazo y el parto.

"El embarazo y el parto son áreas muy importantes: ¡se trata de salvar la vida de dos personas!" (Fathiya, funcionaria del gobierno)

Nuestras fuentes de información mencionaron repetidamente que el cuidado perinatal es la máxima prioridad, tanto en medicina como en enfermería. Los entrevistados, y también los participantes en las DGF, reconocieron que la tasa tan alta de mortalidad materna era crítica en el país, y aseguraron que todos los profesionales de salud (no solo las mujeres) debían recibir una capacitación cabal y completa. Asli decía, con el acuerdo de otros participantes de la DGF sobre partería, "los hombres deben aprender también [los cuidados durante el parto]; todos deben ser capaces de salvar vidas". Los participantes en ambos componentes del proyecto enfatizaron la necesidad de instrucción didáctica, capacitación clínica y campañas públicas de concientización sobre las obligaciones institucionales en este campo, como modos de tratar de abordar este problema de salud pública, tan importante en Somalia.

Pero en contraste a lo arriba indicado, la mayoría de nuestras fuentes de información expresaron muy poco interés, hablando de dar prioridad a una educación cabal y completa sobre la anticoncepción, dentro de los programas de medicina y enfermería. Los participantes en ambos grupos indicaron que sus reservas se debían a la falta de demanda, en general, y a una preocupación sobre efectos colaterales, por no mencionar una falta de confianza en los motivos del Norte Global en promover la planificación familiar en Somalia. Una doctora participante comentaba: "[Para ellas] eso es cosa de occidente que, bueno, [las mujeres somalíes] rechazan, de modo que no le dan importancia". Nuestras fuentes de información y los participantes en las DGF hacían constante referencia a normas socioculturales y a la interpretación del islam suní en el país. Cuando las enfermeras profesionales participantes en las DGF hablaban de los problemas para incrementar la educación en métodos anticonceptivos entre los profesionales de servicios de salud, una participante expresó la opinión del grupo: "Las somalíes estamos dispuestos a tener hijos, todavía no hemos llegado al nivel de tener que limitar los embarazos".

Del mismo modo, cuando se hablaba de cuidados completos para situaciones de aborto en los programas de medicina y enfermería, los participantes frecuentemente mencionaban sus opiniones socioculturales, y también el tema de la autorización religiosa para inducir el aborto. La opinión general fue que el aborto se justifica para salvar la vida de la mujer pero que, de otro modo, era lo mismo que dar fin a una vida e interferir con la voluntad de Dios. Tal como explicó Saida, la partera: "Dios nos ha confiado estos conocimientos; debemos emplearlos para cumplir con Su voluntad [salvando vidas], y no desobedecerle [provocando abortos]". Sea como fuere, nuestras fuentes de información y algunos participantes en las DGF reconocieron que los abortos son una realidad, por lo tanto, los profesionales de la salud deben recibir educación didáctica sobre el tema. Zaynab, directora de una ONG en Mogadishu, comentó que "hay que saber más sobre el aborto, muy bien. Pero si la gente se entera [de cómo hacerlo] lo practicarán sobre cualquiera, y eso no va a ser bueno para nuestra sociedad".

La idea de que la violencia sexual y de género son temas eminentemente sociales y no médicos hizo que los participantes en ambos componentes del proyecto no consideraran que la capacitación en investigación, documentación, gestión o tratamiento de esos casos fuera una prioridad. Nuestras fuentes de información pusieron especial énfasis en que esos temas deben tratarse en procesos a nivel familiar y comunitario. Tal como decía el representante de una ONG internacional: "Hay procedimientos establecidos para tratar problemas de familia. Uno va al consejo de ancianos, de modo que esto no tiene mucha importancia para la formación de los médicos". Los estudiantes de medicina hicieron eco de esta opinión. Tal como dijo una participante de DGF: "No es tan importante que aprendamos esto, si no vamos a emplearlo. Hay cosas más importantes que debemos tratar".

Los programas para parteras incluyen sistemáticamente una serie de temas de salud reproductiva

"Recibimos parteras todo el año, y las capacitamos para atender partos, [acompañándolas] hasta que se sientan seguras para actuar ellas solas." (Faisa,

instructora en partería en un hospital universitario)

Las fuentes de información y los participantes alababan constantemente los programas para parteras en Somalia, definiéndolos como "dignos de una medalla de oro" en temas de educación y capacitación en salud reproductiva. Nuestras fuentes nos explicaron que, a diferencia de la medicina y enfermería, el gobierno del país tiene un papel muy importante en la definición de los programas de educación en partería, e influye sobre la estandarización de sus contenidos en Somalia. La gama de programas de partería después del período de conflicto suscitó una iniciativa del gobierno, y promovió la capacitación a nivel local para robustecer los servicios perinatales.

Tanto nuestras fuentes de información y las parteras en las DGF informaron que los programas de Mogadishu incluyen una serie de temas de salud reproductiva y dan prioridad a la capacitación práctica en las clínicas, según normas internacionales. Los programas de partería en Somalia se centran en formar un grupo de mujeres que puedan asistir en partos seguros en la comunidad, y reconocer cuándo es necesario llevar a la embarazada o parturienta a un hospital, para dar a luz allá. La ayuda de las ONG, y sus contactos en los hospitales, ayudan a garantizar que las parteras adquieran las capacidades clínicas apropiadas.

También se ofrece formación a los estudiantes de obstetricia sobre una serie de técnicas de anticoncepción, especialmente para el período postparto. Como decía Asli: "se nos enseñan las varias modalidades [de anticoncepción] y su eficacia, y cómo recomendarlas a las mujeres". Estos programas también incorporan constante información sobre aborto y violencia sexual y de género. Sigue Asli: "Realmente no aprendemos cómo realizar abortos sino cuándo derivar a las personas [a otras instancias], y [lo mismo sucede] en casos de violencia sexual y de género". Parecería, pues, que los programas de obstetricia incorporan una serie más amplia de cuestiones de salud reproductiva en su rutina de enseñanza y práctica, más de lo que sucede en los programas de medicina o enfermería. Sin embargo, la educación sobre el aborto y violencia sexual y de género se concentra más bien en derivaciones hacia otros médicos o instituciones, y como los médicos y enfermeras reciben una capacitación mínima en estos temas, tales derivaciones pueden no estar tratando los casos de manera adecuada.

Hay problemas mucho más graves que influyen sobre la cobertura de temas relacionados con la salud reproductiva, en la educación universitaria.

"Nuestro problema más grande es la ausencia del gobierno." (Muna, participante en DGF de enfermería)

Según nuestras fuentes de información, la educación superior en Somalia tiene que enfrentar una serie de problemas. La proliferación de instituciones de educación superior se extiende rápidamente, ofreciendo oportunidades de progreso más allá de la educación secundaria, pero la falta de una supervisión por parte del gobierno ha resultado en una ausencia de estándares uniformes, y la proliferación de las instituciones privadas. Abukar, un profesor, nos dijo: "Hay demasiadas universidades; todas compiten entre sí para ganar estudiantes, de modo que sus estándares no son muy altos." También supimos que, dado el temor de perder alumnos, las universidades frecuentemente se ven obligadas a agilizar sus programas y hacer que los alumnos terminen sus estudios rápidamente; lo que tiene consecuencias sobre la solidez de los programas mismos.

Asimismo, los participantes en las DGF de medicina y enfermería reiteraron una y otra vez su preocupación respecto a la calidad de capacitación en las profesiones relacionadas con la salud. La falta de oportunidades de colocación, falta de consistencia en los programas de estudio y ausencia de estándares nacionales son la plaga de los programas de medicina y enfermería en general y no solo en el sector de la salud reproductiva. Por lo tanto, nuestras fuentes y también los participantes de las DGF expresaron la necesidad de que el gobierno federal somalí ejerza un control sobre todas las profesiones relacionadas con la salud, no solamente la obstetricia y partería, y facilite el desarrollo de estándares nacionales con prioridades programáticas.

Discusión

Durante la última década, el sector de la educación superior en Somalia ha crecido de manera significativa. Gran parte de este desarrollo se ha concentrado en la capital, Mogadishu.[14,15] Estas instituciones, la mayoría de las cuales son privadas, se han convertido en un símbolo de progreso del período posconflicto: hay mayor estabilidad y seguridad. En 2013, había más de 50.000 estudiantes procedentes de toda Somalia asistiendo

a más de 40 instituciones de educación superior. Y ese número sigue creciendo con cada año que pasa.[14] La proliferación de instituciones privadas ha resultado en una competencia feroz por obtener recursos limitados y personal calificado: solo 11% de los profesores tiene un grado universitario (PhD) o equivalente, y 50% tienen una maestría[14]. La mayor parte de esas instituciones carecen de bibliotecas, facilidades tecnológicas de información y laboratorios científicos, lo cual compromete la calidad de la educación impartida y la posibilidad de que los estudiantes tengan ocasiones de capacitarse adecuadamente en una diversidad de materias.[1,14]

Nuestras conclusiones sugieren que estos son problemas generalizados que influyen sobre la amplitud y calidad de la capacitación sobre salud reproductiva dentro de la medicina y enfermería. A pesar de que esta materia ha sido definida como área prioritaria por el gobierno somalí[2], nuestros resultados indican que los profesionales de los servicios de salud carecen de una información integral sobre salud reproductiva, así como de una capacitación adecuada, y que hay una notable inconsistencia en toda la oferta. La obstetricia parece ser una excepción: este campo tiene un programa unificado y basado en estándares educativos internacionales de la Confederación Internacional de Enfermeras Obstetras.[18] Los programas en esta disciplina se han beneficiado de un apoyo logístico proporcionado por el Fondo para la Población de las Naciones Unidas, bajo supervisión del gobierno somalí, y ha sido reconocido por la calidad y amplitud de sus programas de educación y prácticas. Aunque todavía quedan márgenes por superar, en Somalia la práctica de la partería puede dar lecciones a otros comprometidos en mejorar la educación y capacitación en este sector en general, y en salud reproductiva en particular, tanto dentro de la medicina como en la enfermería.

Dada la falta de estándares en temas de salud reproductiva dentro de los programas de medicina y enfermería, las decisiones relativas a lo que deben incluir dichos programas parecen ser hechas a discreción. Hemos comprobado que el contenido y ámbito de esos programas parecer estar sumamente influenciados por creencias socioculturales y religiosas sobre lo que es permisible, aceptable, y lo que es realmente una cuestión de salud. Las posiciones teológicas dentro del islam suní, en general, permiten el uso de métodos anticonceptivos no permanentes dentro de una relación marital, y el aborto inducido debe ocurrir antes de que el feto tenga alma.[19-21] Sin embargo, los participantes en este estudio no asumían estos principios de manera rígida, cosa que también hemos comprobado en otras investigaciones realizadas en Somalia.[11] Podría ser un elemento de gran ayuda en estos casos el promover un intercambio de ideas e información entre representantes de programas en Mogadishu y en otros países de mayoría musulmana sunita, especialmente los que han incorporado una serie más completa de cuestiones relativas a la salud reproductiva.

Nuestras conclusiones también sugieren que se requiere de estrategias creativas para incrementar las oportunidades de práctica clínica de capacitación en temas de salud reproductiva para estudiantes de medicina y enfermería. En ausencia de cambios generales en el sistema de educación superior bajo una supervisión gubernamental mucho más intensa, todos estos esfuerzos se llevarán a cabo, seguramente, a través de las ONG y del sector privado. El apoyo de las ONG internacionales, con el objeto de ofrecer capacitación de alta calidad y basada sobre evidencias, con oportunidades de colocación en clínicas, seguramente colmará un vacío evidente. Al trabajar con el gobierno para desarrollar estándares mínimos para los capítulos de salud reproductiva, se podría garantizar algún nivel de uniformidad. Recurriendo a la vasta diáspora somalí de profesionales de la salud, se podría incrementar la conciencia de lo importantes que son tales servicios, y ello constituiría un mecanismo útil para incrementar también su reconocimiento a nivel cultural. Finalmente, al facilitar la creación de juntas voluntarias de evaluación sobre estándares de acreditación,[22] también se estaría apoyando el desarrollo eventual de estándares nacionales.

Limitaciones

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones. Aunque confiamos en que los temas que hemos tratado son de importancia más allá de un estudio poblacional, y reflejan normas sociales más amplias, su naturaleza cualitativa por definición significa que los resultados no se pueden generalizar. El hecho de que no incluyéramos a los estudiantes de enfermería u obstetricia en el estudio es un vacío que habrá que colmar en futuros estudios. Además, y en razón de una serie de razones pragmáticas, incluyendo la seguridad durante la época en que se recopilaron datos, hemos limitado el proyecto a Mogadishu. Aunque la mayoría de

las universidades y estudiantes están en la capital, los proyectos futuros se beneficiarían al incluir universidades de otras partes del país. El lugar donde se encuentran es importante, y podemos comprender que los investigadores hayan influido tanto sobre las fuentes de información como sobre los participantes de las DGF. Se tomaron varias medidas, incluyendo la toma de notas y reuniones de información inmediatamente después de los grupos, para entender esas posibles influencias y aumentar la credibilidad y confiabilidad del presente estudio.

Conclusión

La creación de una fuerza laboral cabal y completamente preparada en una serie de temas relacionados con la salud reproductiva, que a su vez deben incluirse en los programas de educación de salud, es un tema significativamente prioritario en Somalia. Sin embargo, esta educación en cuestiones de salud reproductiva sigue estando fragmentada. La preparación de las enfermeras obstétricas pone en evidencia lo que se puede obtener cuando existe colaboración multisectorial. La reconstrucción posconflicto, y el compromiso manifiesto del gobierno federal para reducir la mortalidad materna o discapacidad, nos ofrecen una ventana de oportunidad para desarrollar estrategias creativas para ampliar y profundizar la educación sobre la base de evidencias y capacitación.

Reconocimientos

Las opiniones y conclusiones presentadas en este estudio son de los autores, y no necesariamente reflejan los puntos de vista de las organizaciones con las que los autores están afiliados, ni de los proveedores de fondos para el mismo estudio.

Financiación

Hemos recibido financiamiento gracias a un premio de la Sociedad de Planificación Familiar, y de varias pequeñas donaciones de la Universidad de Ottawa. El Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de Ontario financió la Cátedra Subvencionada 2011-2016 de Angel Foster para la Investigación en Salud Femenina, y apreciamos el apoyo y tiempo que nos ha dedicado para hacer posible este proyecto.

Declaración de divulgación

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés, ni económicos ni de ningún otro carácter.

ORCID

Angel M Foster http://orcid.org/0000-0001-8848- 203X

Referencias

1. Leeson PT. Better off stateless: Somalia before and after government collapse. J Comp Econ. 2007;35(4):689–710.
2. World Health Organization. Midwives at heart of Somalia's new reproductive health strategy [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Available from: http://www.who.int/features/2013/somalia_skilled_birth_attendants/en/
3. Sorbye I, Leigh B. Reproductive health: national strategy & action plan 2010–2015. Somalia: UNFPA, WHO, UNICEF; 2009.
4. Lindley A. Transnational connections and education in the Somali context. J East Afr Stud. 2008;2(3):401–414.
5. Ahmed II. The heritage of war and state collapse in Somalia and Somaliland: local-level effects, external interventions and reconstruction. Third World Q. 1999;20(1):113–127.
6. International Conference of Population and Development. Somalia: country implementation profile [Internet]. ICPD; 2012. Available from: http://www.unfpa.org/ICPD_SO? page=1
7. Sorbye IK. A situation analysis of reproductive health in Somalia [Internet]. Nairobi, Kenya: UNICEF; 2009. Available from: http://www.unicef.org/somalia/SOM_resources_finalRHSanalysis.pdf
8. World Health Organization. WHO country cooperation strategy at a glance: Somalia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136871/1/ccsbrief_som_en.pdf
9. United Nations. Abortion policy Somalia. Geneva: United Nations; 2000. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/somalia.doc
10. Lewis G. Maternal mortality in the developing world: Why do mothers really die? Obstet Med. 2008;1(1):2–6.
11. Gure F, Yusuf M, Foster AM. Exploring Somali women's reproductive health knowledge and experiences: results from focus group discussions in Mogadishu. Reprod Health Matters. 2015;23(46):136–144.
12. Gure F, Koshin Dahir M, Yusuf M, et al. Emergency contraception in post-conflict Somalia: A multi-methods assessment of awareness and perceptions of need. Stud Fam Plann. 2016;47(1):69–81.
13. World Health Organization. Global health observatory data repository [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444

14. The Heritage Institute of Population Studies. The state of higher education in Somalia: privatization, rapid growth, and the need for regulation [Internet]. Mogadishu: HIPS; 2013. Available from: www.heritageinstitute.org/wp-content/…/08/HIPS_Higher_Education_ENGLISH.pdf
15. Eno MA, Eno OA, Mweseli MN. The revival of higher education in Somalia: prospects and challenges. J Somali Stud. 2015;2(1–2):9–45.
16. Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008;62(1):107–115.
18. United Nations Population Fund. New Somali midwifery curriculum gets international recognition [Internet]. Nairobi, Kenya: UNFPA; 2016. Available from: http://somalia.unfpa.org/en/news/new-somali-midwiferycurriculum-gets-international-recognition
19. Dardir A, Ahmed W. Islam and birth planning: an interview with the Grand Mufti of Egypt. Popul Sci (Cairo, Egypt). 1981;2:1–5.
20. Omran AR. Family planning in the legacy of Islam. New York: Routledge; 2012.
21. Bowen DL. Abortion, Islam, and the 1994 Cairo population conference. Int J Middle East Stud. 1997;29(02):161–184.
22. Havergal C. Doing it themselves: the rebuilding of Somalia's higher education sector: The World University Rankings [Internet]; 2015. Available from: https://www.timeshighereducation.com/news/doing-it-themselvesrebuilding-somalias-higher-education-sector

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,124-139
DOI: 10.1080/09688080.2017.1405677

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

"Tenemos que actuar": mejorando las prácticas de cuidado al recién nacido en el contexto de la crisis de Sudán del Sur

Samira Sami,[a] Kate Kerber,[b] Barbara Tomczyk,[c] Ribka Amsalu,[d] Debra Jackson,[e,f] Elaine Scudder,[g] Alexander Dimiti,[h] Janet Meyers,[i] Kemish Kenneth,[j] Solomon Kenyi,[k] Caitlin E. Kennedy,[l] Kweku Ackom,[m] Luke C. Mullany[n]

a Catedrática Asociada, Departamento de Salud Internacional, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MD, EE.UU. Correspondencia: ssami1@jhu.edu
b Especialista Senior, Salud del Recién Nacido, Save the Children, Washington, DC, EE.UU.
c Científica de Salud, Oficina del Director, Centro de Salud Global, Centros de los EE.UU. para Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA, EE.UU.
d Consultor Senior, Salud en Emergencias, Save the Children, San Francisco, CA, EE.UU.
e Especialista de Salud Senior, UNICEF, Nueva York, NY, EE.UU.
f Profesora, Universidad del Cabo Occidental, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
g Oficial de Programa Senior, Salud del Recién Nacido, Save the Children, Washington, DC, EE.UU.
h Director General, Directorado de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud, Juba, República de Sudán del Sur
i Consultora de Salud Reproductiva en Emergencias, Save the Children, Washington, DC, EE.UU.
j Oficial de Salud para Maternidad y Recién Nacidos, UNICEF, Juba, República de Sudán del Sur
k Coordinador de Investigación en el Campo, Cuerpo Médico Internacional, Juba, República de Sudán del Sur
l Profesora Asociada, Departamento de Salud International, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MD, EE.UU.
m Consultor de Salud Senior, Cuerpo Médico Internacional, Londres, Reino Unido
n Profesor, Departamento de Salud International, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Baltimore, MD, EE.UU.

Resumen *Las tasas más altas de mortalidad neonatal ocurren en países que recientemente han sufrido conflicto. En junio de 2016, el Cuerpo Médico Internacional implementó una serie de prácticas de atención al recién nacido, basadas en Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide (Salud del recién nacido en situaciones humanitarias: guía de campo), dirigida a trabajadores de salud de comunidades e instalaciones de salud, en campamentos de personas desplazadas en Sudán del Sur. Describimos los conocimientos y las actitudes de los trabajadores de salud hacia las prácticas de atención al recién nacido, antes y después de recibir capacitación clínica e insumos, y recomendamos estrategias de difusión para mejorar la aceptación de las guías relativas al recién nacido en situación de crisis. Se utilizó un enfoque de métodos combinados que incluyó exámenes de conocimientos iniciales y finales, y entrevistas a profundidad. Los participantes del estudio fueron trabajadores de salud de comunidades e instalaciones de salud, en dos campamentos de personas internamente desplazadas situados en Juba y Malakal, y en dos campamentos de refugiados en Maban, desde marzo hasta octubre de 2016. Las puntuaciones medias de conocimientos de las prácticas de atención neonatal y signos de riesgo aumentaron entre 72 trabajadores de salud de comunidades (antes de la capacitación: 5.8 [DE: 2.3] vs. después de la capacitación: 9.6 [DE: 2.1]) y 25 trabajadores de salud de instalaciones de salud (antes de la capacitación: 14.2 [DE:2.7] vs. después de la capacitación: 17.4 [DE: 2.8]). Los conocimientos y las actitudes hacia las prácticas esenciales clave, tales como el uso del partograma para evaluar el progreso del trabajo de parto, el inicio temprano de lactancia materna, el contacto piel a piel y pesar al bebé, mejoraron entre los asistentes de parto calificados. A pesar de los retos en entornos afectados por conflicto, brindar capacitación tiene el potencial de incrementar los conocimientos de los trabajadores de salud acerca de la salud neonatal. La comunidad humanitaria debe reforzar estos conocimientos con medidas clave para cambiar las normas culturales que amplíen la atención brindada a las mujeres y sus recién nacidos en estos contextos.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405677*

Palabras clave: salud del recién nacido, Sudán del Sur, conflicto, comunidad, establecimiento, conocimientos del trabajador de salud, atención postnatal, poblaciones desplazadas, capacitación

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

Antecedentes

Los primeros 28 días de vida —el período neonatal— constituyen el mes de mayor riesgo en el ciclo de vida humano. En 2015, se estima que 2.7 millones de recién nacidos fallecieron [1] principalmente debido a complicaciones por nacimiento prematuro (36%), infecciones (23%) y complicaciones en el período intraparto (23%).[2,3] Se pueden evitar muchas de estas muertes, especialmente en el contexto de sistemas de salud débiles en países de bajos y medianos ingresos. Hay una disparidad creciente en mortalidad neonatal entre quienes viven en entornos políticos estables y quienes sufren conflictos y violencia. Hoy en día, de los 15 países con la mayor mortalidad neonatal, 14 sufren una emergencia humanitaria.[4] Las crisis humanitarias empeoran los retos a la prestación de servicios de salud al impedir el acceso a poblaciones que ya se encuentran en riesgo, ralentizar la entrega de insumos médicos y medicamentos, y disminuir la dotación de trabajadores de salud. Las mujeres embarazadas o que acaban de dar a luz y sus recién nacidos constituyen un grupo especialmente vulnerable en entornos de conflicto o de desastres y son quienes más necesitan de esfuerzos específicos para asegurar el acceso a una atención médica de calidad. Para cumplir con las metas de desarrollo sostenible para la salud reproductiva, de maternidad y de recién nacidos, los líderes de la salud en el mundo deben priorizar las prácticas probadas en estos entornos.[5]

Se recomienda usar paquetes de prácticas de intervención especialmente diseñados para lograr una mayor efectividad en entornos humanitarios y frágiles, siendo necesario integrar en forma colaborativa los esfuerzos de las comunidades normativas, de desarrollo y humanitarias.[6] Un resultado de la colaboración entre instituciones de desarrollo y humanitarias, el documento *Newborn Health in Humanitarian Settings: Field Guide* (Salud del recién nacido en situaciones humanitarias: guía de campo, al cual haremos referencia en este estudio como *Guía de campo*), publicado en 2016, es una recopilación y resumen de los estándares de atención de la OMS e incluye guías sobre cómo brindar servicios para recién nacidos en un contexto de crisis humanitaria.[7] La *Guía de campo* prioriza los servicios de salud e insumos médicos más críticos para prevenir y tratar las tres principales causas de muerte neonatal, brindando herramientas para integrar la atención de salud a recién nacidos dentro del contexto más amplio de servicios de salud reproductiva. Estas prácticas se alinean con los estándares de atención médica en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP, por sus siglas en inglés) para salud reproductiva y los refuerzan en situaciones de crisis.[8]

Aún no existen muchos estudios que demuestren que las guías basadas en evidencia promueven la mejora de las condiciones de salud para recién nacidos dentro de entornos humanitarios.[9] La adopción de guías clínicas y de procedimientos requiere la aceptación de muchos componentes del sistema de salud, como los trabajadores de salud y los mecanismos de prestación de servicios.[10] Proctor *et al* definen "aceptabilidad" como "la percepción entre los interesados de que un tratamiento, servicio, práctica o innovación es conforme, aceptable o satisfactorio".[11] En particular, entre los trabajadores de salud, la adopción de prácticas nuevas o existentes se basa en actitudes influenciadas por características de los proveedores, facilitadores organizacionales y redes sociales, como se define en *Framework on the Role of Attitudes* (Marco del rol de las actitudes) de Aaron.[12] Por lo tanto, es indispensable entender estas actitudes para poder aceptar e implementar la *Guía de campo*.

En Sudán del Sur, el conflicto que empezó en diciembre de 2013 y que empeoró en julio de 2016 aumentó el desplazamiento masivo, la escasez de alimentos y la violencia contra los civiles y trabajadores humanitarios. Hacia finales de octubre de 2016, las Naciones Unidas calcularon que había aproximadamente 1.8 millones de personas internamente desplazadas (PID) en Sudán del Sur, unas 204,918 de esas PID vivían en campamentos y el resto fuera de ellos.[13] Otros 262,730 refugiados, la mayoría provenientes de Sudán septentrional, residen en Sudán del Sur.[13] El país presenta un alto número de muertes maternas (789 por cada 100.000 nacimientos con vida), muertes neonatales (39 por cada 1000 nacimientos con vida) y muertes fetales (30 por cada 1000 nacimientos con vida).[14–16] Sudán del Sur también enfrenta un grave déficit de trabajadores de salud y tiene un número limitado de instituciones de formación.[17] El Ministerio de Salud y sus asociados, incluyendo al Cuerpo Médico Internacional (CMI), están trabajando para mejorar el nivel del personal de salud mediante la capacitación de enfermeras y de parteras registradas o de comunidades;[18] muchas parteras locales se han graduado recientemente de estos programas. El contenido de la atención médica a los recién nacidos se limitaba al período de parto, y se encontraba ausente de la mayoría

de programas de trabajadores de salud comunitaria. (TSC).

Reportaremos las conclusiones de un estudio cuasi-experimental que examinó el conocimiento y las actitudes de trabajadores de salud sobre la adopción de prácticas médicas para los recién nacidos, antes y después de ser capacitados durante una crisis humanitaria en curso. Nuestros objetivos eran: (1) describir el cambio en el conocimiento sobre la atención al recién nacido entre trabajadores de salud; (2) explicar los cambios de actitud, tales como reconocer la importancia o tener la intención de adoptar prácticas recomendadas; y (3) caracterizar los factores que influyen en las actitudes de los trabajadores de salud.

Métodos

Diseño y entorno

Para este estudio se usó un enfoque con métodos concurrentes y combinados; era parte de un estudio mayor que examinaba el impacto de la implementación de una serie de prácticas para recién nacidos en los campamentos de desplazados en Sudán del Sur. El objetivo del estudio mayor era medir la aceptación de las prácticas de los trabajadores de salud y de los directivos de programas mediante la observación directa y entrevistas en profundidad, que incluyeron a los participantes de este estudio más específico. Para este estudio se llevaron a cabo cuestionarios auto-administrados y entrevistas en profundidad a trabajadores de salud comunitaria (TSC), parteras de las instalaciones y asistentes de parto tradicionales (APT) contratadas por el CMI. El estudio se realizó entre marzo y octubre de 2016 en cuatro campamentos de desplazados: dos campamentos de refugiados ubicados en el condado de Maban (Gendrassa y Kaya), y dos campamentos PID ubicados en los condados de Juba (campamento de protección de civiles de Juba) y Malakal (campamento de protección de civiles de Malakal). Se seleccionaron estos campamentos a partir de la disponibilidad de programas de comunidades e instalaciones de salud manejadas por el CMI que incluían servicios de parto y que se preveía permanecerían operacionales durante la ejecución del estudio. La población de los campamentos, a octubre de 2016, fue de 17.000 a 40.000 desplazados, siendo Sudán Septentrional el principal origen de los refugiados y Sudán del Sur el de las PIDs.[19,20] En Juba, los proveedores de las instalaciones rotan entre el hospital (el cual opera 24 horas al día, 7 días a la semana con asistentes capacitados, un departamento de pacientes internados y atención obstétrica integral de emergencia) y el centro principal de atención de salud. Los centros principales de atención de salud fuera de Juba son operados en forma conjunta por parteras y APT. Las parteras eran asistentes capacitadas que habían recibido capacitación formal en una escuela de parteras, mientras que las APT eran asistentes no capacitadas con educación primaria y que recibieron capacitación de la ONG durante el trabajo..

Paquete de capacitación

Se diseñó un currículo de capacitación con la participación de varios autores de este estudio (quienes usaron materiales de *Save the Children,* la OMS y UNICEF) y la Academia Estadounidense de Pediatría, donde también se incluyó material de *Helping Babies Survive* (Ayudando a los bebés a sobrevivir) y videos educacionales del *Global Health Media Project* (Proyecto de medios sobre salud global).[21–25] Se adaptó el material para un curso de dos días sobre conocimientos y prácticas esenciales para prevenir y manejar las tres principales causas de muerte neonatal (complicaciones intraparto, nacimientos prematuros e infecciones), como se describe en la Guía de campo (Tabla 1). Específicamente, el currículo para trabajadores de salud de instalaciones cubría signos de riesgo durante el embarazo, monitoreo del feto usando el partograma, resucitación neonatal, cuidados inmediatos al recién nacido, soporte para lactancia materna, reconocimiento de signos de riesgos en el recién nacido, lactancia materna y método madre canguro (MMC) para bebés con bajo peso, tratamiento de infecciones graves y asesoría postnatal antes de dar de alta a los pacientes. Para los TSC, los temas incluyeron cómo identificar y monitorear el embarazo, la importancia de la atención prenatal (APN) y los partos en las instalaciones de salud, signos de riesgo durante el embarazo y en el recién nacido, prácticas de atención esenciales, soporte para lactancia materna, visitas a domicilio para revisar al recién nacido durante la primera semana de vida, y el uso del cronómetro para medir la frecuencia respiratoria, la balanza y el termómetro. Las capacitaciones consistieron principalmente en juegos de roles y sesiones prácticas basadas en simulaciones, usando NeoNatalie™, PreemieNatalie™ y MamaBreast™ de Laerdal Medical,[26–28] con una introducción corta mediante presentaciones y videos.

Las capacitaciones se llevaron a cabo en junio de 2016 con 72 TSC (43 hombres y 29 mujeres) y

25 trabajadores de salud de instalaciones (9 hombres y 16 mujeres). Todos los TSC y los trabajadores de salud de instalaciones (por ejemplo, parteras, enfermeras, oficiales clínicos y asistentes de parto tradicional) que trabajaban para el CMI en los cuatro campamentos completaron la capacitación. Las asistentes de parto tradicional de las instalaciones se capacitaron separadas de los demás trabajadores de salud de las instalaciones, usando el mismo currículo, debido a limitaciones de lenguaje y diferencias de habilidades y conocimientos. Cada grupo recibió la capacitación de dos días (a nivel de instalación o de comunidad) en su localidad, impartida por seis entrenadores (de un grupo mixto de hombres y mujeres). Estos seis participaron en una capacitación conjunta conducida por un entrenador maestro en Juba; eran coordinadores médicos expatriados o supervisores de parteras de campo. Esto también permitió a los entrenadores brindar supervisión de soporte y tutoría durante el período de estudio. La capacitación estaba limitada a dos días, pues el personal no podía dejar de

Tabla 1. Componentes clave de la capacitación de atención al recién nacido para trabajadores de salud de comunidades e instalaciones

Componentes de capacitación de atención esencial al recién nacido	Componentes adicionales de capacitación para manejar complicaciones previas al parto e infecciones graves	Componentes adicionales de capacitación para manejar complicaciones intraparto
Nivel de hogar (por TSC) • Identificar mujeres embarazadas (ya estaba siendo hecho) • Promover que el parto sea en una instalación de salud • Usar botiquines de TSC e ítems a ser distribuidos a mujeres • Capacitación en la aplicación de antiséptico de clorhexidina al cordón umbilical • Realizar visitas a domicilio durante la primera semana para promover el cuidado básico al recién nacido (cuidado térmico, higiene, cuidado del cordón, lactancia materna exclusiva) y evaluar si hay signos de riesgos • Orientar a familias sobre dónde derivar a recién nacidos gravemente enfermos	• Orientar a familias sobre dónde derivar a recién nacidos gravemente enfermos	• Derivación inmediata de mujeres en trabajo de parto o preparación para un parto seguro y limpio en el hogar
Nivel de instalación • Reconocer signos de riesgo del recién nacido durante el embarazo • Monitoreo y grabación del feto durante la labor de parto • Cuidado esencial del recién nacido en el período postnatal inmediato: o Pinzamiento tardío del cordón umbilical o Cuidado termal incluyendo método piel a piel inmediato y retrasar el primer baño por más de 6 horas o Aplicación de antiséptico de clorhexidina al cordón umbilical o Lactancia materna temprana y exclusiva o Lavado de manos e higiene o Lavado del cordón y cuidado de la piel o Evaluar y aconsejar sobre signos de riesgos o Pesar al bebé y registrar o Identificar a recién nacidos que necesitan cuidados adicionales y brindar apoyo o Notificar el nacimiento	• Completar examen físico dentro de las primeras dos horas • Cuidados termales adicionales, mediante MMC, para bebés estables de menos de 2kg • Medidas adicionales de prevención de infecciones y tratamiento inmediato • Soporte adicional para lactancia materna, incluyendo extracción de leche materna de ser necesario • Monitorear y registrar signos vitales durante por lo menos 24 horas o Temperatura cada 4 horas o Peso diario o Registrar lactancias • Promover identificación y primera dosis de antibióticos, además de explicar a dónde derivar (brindar guías para tratamiento si no es posible derivar) • Soporte a la familia en caso de muerte del recién nacido o si sobrevive con discapacidad	• Respuesta inmediata a línea de acción del partograma o desaceleraciones tardías en el ritmo cardíaco del feto, incluyendo derivación de ser posible • Estimulación y resucitación por bolsa y máscara para bebés que no respiran al nacer • Soporte a la familia en caso de muerte del feto o del recién nacido, o si sobrevive con discapacidad

atender sus obligaciones diarias durante un período más extenso. Por lo tanto, la capacitación inicial fue complementada con capacitaciones de actualización durante el trabajo y visitas de supervisión semanales usando listas de control estandarizadas, a partir de un mes de la capacitación inicial. Las listas de control se adaptaron del Programa Integral de Salud Materna y del Niño (MCHIP, por sus siglas en inglés) para observar las prácticas de atención al recién nacido incluidas en nuestra capacitación.

Muestreo de participantes

A todos los TSC y trabajadores de salud de instalaciones (como parteras y APTs de las instalaciones) que participaron en la capacitación se les pidió que completaran los cuestionarios auto-administrados. Para las entrevistas a profundidad, se reclutaron a ciertos participantes específicos, catalogándolos según el tipo de trabajador de salud (de comunidad o de instalación) y condado (Juba, Malakal, Maban). Se seleccionó para una entrevista previa a la capacitación a los trabajadores de salud que estarían disponibles en la fecha de la entrevista, que tuvieran 18 años o más de edad, que hablaran inglés o árabe, que planearan participar en el paquete de capacitación y que dieran su consentimiento verbal. Aquellos que no estuvieron disponibles para una segunda entrevista tres meses después de la capacitación fueron reemplazados por otros trabajadores de salud de la misma categoría y localidad que aquellos que habían completado la capacitación. En cada campamento se organizaron por lo menos dos entrevistas entre los TSC y dos entre parteras o APT en cada momento. Se seleccionaron participantes adicionales durante la recolección de datos hasta que no se encontró más información relevante a la investigación. Se completó un total de 17 entrevistas antes de la capacitación y 16 después de la capacitación hasta llegar al punto de saturación por condado y tipo de trabajador de salud (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los participantes en las entrevistas a profundidad de marzo a octubre 2016

	Antes de la capacitación		Después de la capacitación		Total	
Variable	**Número**	**(%)**	**Número**	**(%)**	**Número**	**(%)**
Localidad						
Juba	5	(29)	4	(25)	9	(27)
Malakal	4	(24)	6	(38)	10	(30)
Maban	8	(47)	6	(38)	14	(42)
Tipo de trabajador de salud						
Trabajador de Salud de Comunidad						
Hombres	3	(18)	5	(31)	8	(24)
Mujeres	3	(18)	1	(6)	4	(12)
Parteros						
Hombres	3	(18)	3	(19)	6	(18)
Mujeres	6	(35)	3	(19)	9	(27)
Asistente de Parto Tradicional						
Hombres	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Mujeres	2	(12)	4	(25)	6	(18)
Sexo						
Hombres	6	(35)	8	(50)	14	(42)
Mujeres	11	(65)	8	(50)	19	(58)
Edad promedio (años)	31.5 ± 9.2		34.25 ± 10.9		32.8 ± 10.0	
Nivel de educación						
Primaria						
Hombres	1	(6)	0	(0)	1	(3)
Mujeres	3	(18)	3	(19)	6	(18)
Secundaria						
Hombres	2	(12)	4	(25)	6	(18)
Mujeres	1	(6)	2	(13)	3	(9)
Certificada o mayor						
Hombres	3	(18)	4	(25)	7	(21)
Mujeres	7	(41)	3	(19)	10	(30)
Tiempo promedio trabajando en CMI (años)						
Hombres	1.6 ± 1.6		1.3 ± 0.9		1.4 ± 1.2	
Mujeres	1.7 ± 1.4		2.0 ± 1.3		1.8 ± 1.3	

Recolección de datos

Se usó el cuestionario auto-administrado para evaluar el conocimiento sobre atención médica al recién nacido inmediatamente antes y después de que los trabajadores de salud recibieran el paquete de capacitación en cada condado en junio de 2016. El cuestionario consistió en 12 y 19 preguntas de selección múltiple para trabajadores de comunidades e instalaciones, respectivamente (Tablas 3 y 4). A los trabajadores de las instalaciones se les hizo dos preguntas abiertas adicionales para que enumerasen cinco signos de riesgo del recién nacido y cinco mensajes educacionales sobre salud del recién nacido; a los TSC se les hizo las mismas preguntas sobre signos de riesgo, pero usando selección múltiple. La herramienta fue diseñada usando evaluaciones estándar de conocimientos utilizadas en contextos similares por paquetes existentes sobre recién nacidos como *Helping Babies Survive* (Ayudando a los bebés a sobrevivir).[24] Los supervisores de la investigación administraron los cuestionarios en el caso de TSC y APT analfabetos o que necesitaban ayuda con la traducción.

Se realizaron entrevistas a profundidad antes de la capacitación (marzo a abril de 2016) y tres meses después de la capacitación (setiembre a octubre 2016). Estas se llevaron a cabo en un local privado cercano a una instalación del CMI; fueron grabadas en audio y duraron en promedio 63 minutos cada una. A cargo de las entrevistas estuvo un investigador asociado del estudio, con capacitación y experiencia previa en investigación cualitativa en contextos humanitarios. Un grupo de supervisores locales, quienes recibieron capacitación en ética de investigación y calidad de datos como parte del estudio mayor, tradujeron las discusiones con los participantes que no hablaban inglés. Debido al escalamiento del conflicto en Sudán del Sur en julio de 2016, el investigador asociado tuvo acceso limitado a las localidades del estudio para las entrevistas posteriores a la capacitación. Por lo tanto, dichas entrevistas fueron realizadas por los supervisores después de recibir una capacitación de cinco días en Uganda conducido por el investigador asociado para reorientarlos sobre métodos de investigación cualitativa e instrumentos de estudio.

El equipo del estudio diseñó una guía de entrevistas semiestructurada basándose en factores identificados en estudios previos para capturar las actitudes hacia la adopción de prácticas basadas en evidencias (por ejemplo, pinzamiento tardío del cordón, promover el contacto piel a piel, tomar la temperatura del recién nacido) en el paquete de capacitación.[11,29,30] Se utilizó la técnica, más estructurada, del *pile sorting* (clasificación de pilas o montones), para evaluar actitudes tales como la importancia percibida de cada práctica (muy importante, algo importante y no importante) y la intención de adoptar cada práctica (baja, media o alta probabilidad). Se preguntó a los participantes acerca de los factores que influían en sus actitudes. Se modificó la guía de entrevistas posteriores a la capacitación para poder captar de qué manera la crisis de julio había afectado la intención de los participantes para adoptar dichas prácticas. Durante las entrevistas se recogieron las características de los participantes tales como edad, sexo, nivel de educación y tiempo que trabajaban en el CMI. Los facilitadores documentaron las observaciones no verbales y las reflexiones sobre el proceso de recolección de datos. Luego las entrevistas fueron transcritas y traducidas al inglés y revisadas por el equipo del estudio para garantizar la exactitud. Por último, se recibió la aprobación ética del Ministerio de Salud de la República de Sudán del Sur.

Análisis

Los datos de los cuestionarios auto-administrados fueron ingresados a Microsoft Excel (Versión 15.31) y luego exportados a Stata (StataCorp LLC, Versión 13.1) para ser analizados. Los cuestionarios completados por enfermeras u oficiales clínicos se excluyeron del análisis, ya que este se enfocaba en TSC, parteras y APT. Las respuestas a preguntas de selección múltiple y de enumeración libre fueron analizadas como una variable binaria (correcta/incorrecta). Las respuestas en blanco fueron codificadas como "No sabe" y analizadas como incorrectas. Presentamos las estadísticas descriptivas del conocimiento de los trabajadores de salud, agrupadas por tipo de trabajador de salud.

Para las entrevistas a profundidad, el análisis temático siguió un proceso de dos pasos donde las entrevistas fueron codificadas y recodificadas como categorías y subcategorías para discernir patrones emergentes de los datos. En primer lugar, usamos codificación inductiva para identificar temas frecuentes que emergían de las entrevistas con los trabajadores de salud. Utilizamos la codificación inicial para desarrollar los subtemas para el libro de códigos, y agrupamos estos códigos usando el Marco Conceptual para el Rol de las Actitudes en la Implementación de

Prácticas basadas en Evidencia.[12] Los códigos fueron categorizados en cuatro temas principales que influían sobre las actitudes hacia prácticas basadas en evidencia para la atención al recién nacido: (1) características personales, (2) complejidad de la práctica, (3) facilitadores organizacionales y (4) ambiente externo (Tabla 5). En segundo lugar, usamos codificación centrada en recodificar todas las transcripciones en NVivo (QSR International, Versión 11.4.0) utilizando el libro de códigos final. Simultáneamente, un asistente de investigación codificó un subconjunto de las transcripciones y comparó los memorándums analíticos con el primer autor para tener una perspectiva adicional. De las 16 entrevistas posteriores a la capacitación, 10 se realizaron a personas que habían sido entrevistadas antes de la capacitación y 6 a personas que no habían sido entrevistadas. Comparamos los resultados entre las personas con dos entrevistas y aquellas con solo una, y encontramos que eran similares. Las citas de los participantes son ejemplos de respuestas comunes. Las respuestas de los ejercicios de ordenamiento de pilas fueron tabuladas según el nivel de importancia o intención y luego examinadas cuantitativamente para entender el cambio general de actitudes.

Presentamos los resultados cuantitativos de los cuestionarios antes y después de la capacitación, seguidos por datos cualitativos sobre las actitudes hacia la adopción de prácticas de salud del recién nacido antes y después de la capacitación, incluyendo los factores que influyen sobre la no adopción de prácticas. Los resultados fueron analizados de forma separada para trabajadores de salud de comunidades e instalaciones.

Tabla 3. Respuestas correctas al cuestionario para evaluar el conocimiento de los TSC antes y después de la capacitación (*N* = 72)

Variable	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	N°	%	N°	%
Embarazo, labor de parto y nacimiento				
1. ¿Por qué es importante identificar a las mujeres embarazadas en la comunidad?	55	(76.4)	68	(94.4)
2. ¿Por qué es importante que las mujeres den a luz en un establecimiento de salud?	42	(58.3)	58	(80.6)
Cuidado posnatal				
3. ¿Cuál de los siguientes es un signo de que el bebé está lactando adecuadamente?	35	(48.6)	49	(68.1)
4. ¿Cuándo debería el bebé empezar a tomar otros líquidos además de la leche materna?	26	(36.1)	48	(66.7)
5. ¿Cuál es la razón más importante para pesar al bebé poco después del nacimiento?	46	(63.9)	52	(72.2)
6. ¿Por qué es importante colocar al bebé sobre el pecho desnudo de la madre luego del parto?	38	(52.8)	64	(88.9)
7. ¿Por qué es importante aplicar gel de clorhexidina al cordón umbilical del bebé?	34	(47.2)	52	(72.2)
8. ¿Cuál es el rango normal de temperatura para un bebé sano?	33	(45.8)	71	(98.6)
9. ¿Cuán pronto después del nacimiento se puede bañar a un bebé sano?	21	(29.2)	65	(90.3)
10. ¿ Cuán rápido debería respirar un bebé normal?	12	(16.7)	67	(93.1)
11. ¿Cuáles son los mensajes clave que se deben dar a los padres de un bebé sano?	25	(34.7)	61	(84.7)
12. ¿En qué consisten los signos de riesgo para un recién nacido?	28	(38.9)	55	(76.4)

Resultados

Conocimiento sobre prácticas de atención al recién nacido y signos de riesgo

En los exámenes de conocimiento auto-administrados, los trabajadores de establecimientos de salud mostraron un mayor porcentaje promedio de respuestas correctas (73.0%) en comparación con los TSC (48.3%) antes de recibir la capacitación. En general, los trabajadores de salud mostraron tener mayor conocimiento sobre prácticas de atención al recién nacido y signos de riesgo luego de participar en la capacitación (Tablas 3 y 4). Para los TSC, el número promedio de respuestas correctas aumentó de 5.8 (DE = 2.3) antes de la capacitación a 9.6 (DE = 2.1) después de la capacitación. Entre los TSC, el conocimiento aumentó en 40% o más en preguntas sobre rango normal de temperatura,

frecuencia normal de respiración, baño diferido y mensajes clave sobre la salud del recién nacido. Si bien los trabajadores de establecimientos de salud experimentaron una tendencia similar, con el número promedio de respuestas correctas aumentando de 14.2 (DE = 2.7) antes de la capacitación a 17.4 (DE = 2.8) después de la capacitación, en las respuestas individuales las mejoras fueron de menor magnitud, ello se debió principalmente a las mayores puntuaciones iniciales que limitaron el rango por mejorar. Adicionalmente, para dos preguntas (cuándo realizar el pinzamiento del cordón para bebés que requieren resucitación y frecuencia de extracción de leche materna) la proporción de trabajadores con respuestas correctas disminuyó ligeramente. Sin embargo, para preguntas sobre el lapso para el contacto inicial piel a piel, rango normal de temperatura y signos de riesgo del recién nacido, las puntuaciones para trabajadores de las instalaciones aumentaron en 40% o más.

Cambiando las actitudes hacia la atención durante el embarazo, labor de parto y nacimiento

Los resultados de las entrevistas a profundidad describen el cambio en las actitudes de los trabajadores de salud antes y después de la capacitación. Antes de participar en la capacitación, las parteras y los APT percibían como muy importantes la mayoría de las atenciones al recién nacido durante el embarazo, la labor de parto y el nacimiento y mantuvieron una actitud similar luego de la capacitación. Después de la capacitación, varios proveedores reconocieron que algunos incidentes como el sangrado o la ruptura prematura de las membranas constituían riesgos para los recién nacidos y las mujeres embarazadas. De igual manera, antes de la capacitación los participantes ya eran conscientes de los beneficios del uso del partógrafo para la salud materna.

Tabla 4. Respuestas correctas al cuestionario para evaluar el conocimiento de los trabajadores de salud de instalaciones antes y después de la capacitación (*N* = 25)

Variable	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	N°	%	N°	%
Embarazo, labor de parto y nacimiento				
1. ¿Cuántas veces hay que registrar la frecuencia cardíaca del feto en el partógrafo?	22	(88.0)	22	(88.0)
2. ¿Qué insumos se necesitan en la sala de partos para atender un parto?	24	(96.0)	25	(100.0)
3. Si un bebé necesita resucitación, ¿dónde se le coloca la máscara?	17	(68.0)	20	(80.0)
4. Si un bebé necesita resucitación, ¿en qué momento se pinza y corta el cordón?	16	(64.0)	11	(44.0)
Cuidado postnatal				
5. ¿Por qué es importante empezar la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento?	15	(60.0)	20	(80.0)
6. ¿Cuándo debería el bebé empezar a tomar otros líquidos además de la leche materna?	14	(56.0)	17	(68.0)
7. ¿A qué bebés y con qué problema les ayudaría tomar leche materna en taza?	18	(72.0)	20	(80.0)
8. ¿Con qué frecuencia una madre cuyo bebé no puede lactar del pecho se debería extraer leche?	20	(80.0)	17	(68.0)
9. ¿Cuál es la razón más importante para pesar al bebé poco después del nacimiento?	22	(88.0)	24	(96.0)
10. ¿Por qué es importante colocar al bebé sobre el pecho desnudo de la madre luego del parto?	21	(84.0)	24	(96.0)
11. ¿Durante cuánto tiempo debe durar el contacto piel a piel entre madres y bebés sanos?	8	(32.0)	20	(80.0)
12. ¿Cómo se debe abrigar al bebé luego del contacto piel a piel con su madre?	22	(88.0)	23	(92.0)
13. ¿Qué tan pronto después del nacimiento se puede bañar a un bebé sano?	21	(84.0)	24	(96.0)
14. ¿Qué tan rápido debería respirar un bebé normal?	20	(80.0)	23	(92.0)
15. ¿Cuál es el rango normal de temperatura para un bebé sano?	11	(44.0)	21	(84.0)
16. 90 minutos después del nacimiento, un bebé de 2700 gramos tiene una temperatura de 35.8 °C. ¿Qué se debería hacer a continuación?	17	(68.0)	20	(80.0)
17. ¿Cuándo se deberían dar antibióticos a un bebé?	21	(84.0)	24	(96.0)
18. Se ha determinado que un bebé que pesó 1800 gramos al nacer necesita recibir antibióticos. ¿Cuánta ampicilina (200 gr/ml) debería dársele?	16	(64.0)	19	(76.0)
19. ¿Qué se aplica al cordón umbilical luego de cortarlo?	8	(32.0)	17	(68.0)
20. Enumere cinco atenciones básicas al recién nacido que se debería enseñar a las madres.	6	(24.0)	13	(52.0)
21. Enumere cinco signos de riesgo del recién nacido que requieren acción inmediata.	9	(36.0)	20	(80.0)

"El partógrafo nos puede ayudar a saber si hay obstrucciones durante la labor de parto y así poder tomar decisiones rápidas. Así, se decide si se deriva a la madre y cuál debe ser el manejo en caso de problemas, pues al llegar el momento crítico debemos tomar acción." (Partera de Juba después de la capacitación).

Los participantes capacitados expresaron su aceptación por el uso del partógrafo como una práctica, que podría detectar el sufrimiento fetal, además de trabajos de parto prolongados. Asimismo, el personal de Juba mostró su intención de usar el partógrafo para el monitoreo del feto. Igualmente, los TSC sintieron que era importante identificar a las mujeres en etapas tempranas del embarazo antes de la capacitación, dado el mal estado nutricional de las mujeres en los campamentos y el consecuente impacto negativo sobre el embarazo. Sin embargo, los TSC se mostraron a menudo reacios a adoptar esta práctica debido al estigma social de revelar un embarazo. Después de la capacitación, los TSC expresaron que establecer confianza y educar a las mujeres en edad reproductiva sobre los beneficios de la atención prenatal daría como resultado un mayor número de identificaciones tempranas. Otra práctica, la promoción de partos en establecimientos de salud, ya era una actividad que los TSC realizaban antes de la capacitación, y continuaron percibiendo que esta era la práctica más importante para prevenir muertes de madres y recién nacidos.

Tabla 5. Resumen de los temas emergentes para no adoptar prácticas según las entrevistas a profundidad

Tema	Subtema emergente
Características personales	Conocimiento personal de los beneficios para madres y/o recién nacidos Creencias o valores personales sobre la importancia de la tarea
Complejidad de la práctica	Comodidad reflejada sobre la dificultad o facilidad de la tarea teniendo en cuenta conocimientos Duración de la tarea Falta de claridad sobre cómo ejecutar los pasos de la tarea
Facilitadores organizacionales	Capacitaciones relevantes o temas que requieren mayor capacitación Protocolos clínicos organizacionales que facilitan o dificultan el parto Nivel de recursos dedicados a tareas u operaciones actuales Referencias a la disponibilidad de personal para implementar tareas Nivel de supervisión o retroalimentación dada al personal Comunicaciones con otras instalaciones para derivaciones, incluyendo aspectos del proceso de derivación
Ambiente externo	Percepción de aceptación de la comunidad hacia la tarea Efectos de conflictos en el sistema de atención de salud

"Un buen trabajador de salud de una comunidad no debería decir que una mujer está embarazada. Debemos llegar a los integrantes de la comunidad. Ellos son quienes pueden ayudar a identificar a las mujeres embarazadas. Si se les educa, ellos respetarán lo que se les está diciendo y serán quienes ayuden a buscar a las mujeres embarazadas." (TSC hombre de Juba después de la capacitación)

La resucitación del recién nacido fue vista consistentemente como una práctica que salvaba vidas, y los proveedores de instalaciones sintieron que la capacitación les dio más confianza para utilizar la bolsa y máscara para el recién nacido sin ayuda. Dos parteras de Maban, antes de recibir la capacitación, se mostraban reacias a demorar el pinzamiento del cordón por más de un minuto, y una de ellas dijo: *"No deberíamos demorar mucho… porque la sangre aún se mueve en el cordón así que podría haber el riesgo de transmisión de infección de madre a hijo."* Después de la capacitación, los proveedores entendieron mejor los beneficios de demorar el pinzamiento del cordón para aumentar el nivel de hierro y de células sanguíneas, a pesar de que no pudieron describir la necesidad del pinzamiento inmediato durante la resucitación del recién nacido.

Cambio de actitudes hacia la atención postnatal

La lactancia materna exclusiva, la limpieza del cordón, el cuidado de la piel y los consejos sobre

signos de riesgo del recién nacido fueron considerados universalmente como muy importantes por los proveedores de instalaciones, tanto antes como después de la capacitación. Si bien varios de los participantes sabían de los beneficios de la lactancia materna exclusiva (por ejemplo, prevención de infecciones o espaciamiento entre nacimientos), los conceptos de la importancia del inicio temprano para crear vínculos, nutrición y pérdida de sangre después del parto eran nuevos para muchos trabajadores de salud de instalaciones. A medida que la capacitación fue aclarando los beneficios de empezar lo antes posible la lactancia materna, los proveedores expresaron su intención de promover el contacto piel a piel durante la primera hora después del nacimiento. Otras prácticas tales como pesar al bebé, notificar el nacimiento y diferir el primer baño ganaron importancia entre los proveedores luego de la capacitación; inicialmente estas acciones eran consideradas como menos importantes porque no se percibía que evitaban riesgos al recién nacido. Como expresó una partera antes de recibir la capacitación: *"Pesar al bebé puede ser importante, pero no es una emergencia"*. Luego de la capacitación, los proveedores describieron el beneficio de registrar el peso para identificar a bebés de bajo peso que requieran atención adicional. Los TSC aprovecharon su experiencia brindando atención a niños menores a cinco años y la aplicaron en sus actitudes hacia la importancia de las prácticas posnatales. Ya sabían que la frecuencia respiratoria, la temperatura y el peso eran medidas esenciales para detectar enfermedades entre niños mayores, dadas las indicaciones de salud y nutrición, pero luego de la capacitación entendieron los riesgos específicos para los recién nacidos

."Hay algunos bebés que pesan menos de 2.5 [kg] al nacer. Este no es un buen peso para un recién nacido y [el bebé] debe recibir atención en el hospital y no en el hogar. Por eso digo que pesar al recién nacido es muy importante." (TSC, hombre de Malakal luego de la capacitación)

Algunas prácticas nuevas, tales como aconsejar a las madres sobre signos de riesgo y visitas posnatales a domicilio, fueron consideradas por los TSC, antes de la capacitación, como actividades que podrían integrar a sus labores. Tres meses después, los TSC reportaron haber adoptado la mayoría de las prácticas posnatales, aunque no eran hechas consistentemente durante la primera semana de vida. Varios trabajadores de salud atribuían la adopción de las prácticas a un reforzamiento positivo durante las visitas de los supervisores. Una TSC de Juba describió su experiencia después de recibir la capacitación: *"Hacemos reportes diarios y [esto]… nos permite saber en dónde tenemos que mejorar, por ejemplo, si hubo algo que no pudimos hacer como el supervisor quería, él nos lo dirá."*

Cambio de actitudes hacia la atención de recién nacidos enfermos o de bajo peso

La percepción hacia la importancia de adoptar prácticas tales como exámenes físicos oportunos, tomar la temperatura del recién nacido, extraer leche materna y MMC variaba entre los trabajadores de instalaciones antes de recibir la capacitación. A pesar de que en la ausencia de incubadoras se puede usar MMC (y de hecho es el más alto estándar de atención para bebés prematuros estables),[31] los proveedores le daban poca importancia a la preferencia a usar incubadoras (que, por otra parte, no estaban disponibles en ninguna de las instalaciones) para evitar la hipotermia, mientras que la baja adopción de MMC se debía a una falta de capacitación clínica y aceptación por los prestadores de atención. Una partera de Maban reportó: *"Aquí no tenemos lo que llaman incubadora, y yo me siento realmente cómoda al usar incubadoras para bebés de bajo peso… En las clínicas bien provistas había incubadoras para todos los bebés prematuros."* Después de la capacitación, una partera describió este cambio de actitud: *"Según el MMC, si la madre da a luz un bebé prematuro, como la piel del bebé por sí sola no puede ganar temperatura, hay que ponerlo junto a la piel de la madre para darle calor."*

Antes de nuestra capacitación, los proveedores de los establecimientos de salud sabían que la septicemia era una enfermedad grave que podía ocasionar la muerte. En estos, frecuentemente se adoptaban prácticas para prevenir las infecciones, pero la administración de una primera dosis de antibióticos para los recién nacidos con signos de septicemia no era común entre los proveedores antes de recibir la capacitación. Los trabajadores de salud de los centros describieron sentirse más cómodos al prestar atenciones médicas a recién nacidos enfermos o de bajo peso. Luego de la capacitación, ya fue común que los TSC reportaran sus intenciones de derivar a recién nacidos enfermos o de bajo peso a las instalaciones, ya que ahora sabían cómo usar el peso y la temperatura para identificarlos. Durante la discusión los TSC no mencionaron otros signos de riesgo.

Factores que influyen en la actitud de no adoptar prácticas del recién nacido después de la capacitación

Complejidad de la práctica entre trabajadores de salud

Los participantes identificaron varios obstáculos para adoptar ciertas prácticas de atención al recién nacido incluso después de la capacitación. Durante las entrevistas a profundidad, los temas clave identificados fueron la dificultad percibida de los elementos de cuidado neonatal y el tiempo adicional que este cuidado requeriría. Como reportó una partera de Maban, *"Si hay que dedicar más atención a un bebé de bajo peso, habría que descuidar la APN (atención prenatal) a las madres."* Algunos APT de instalaciones no podían usar el partógrafo pues no sabían leer ni escribir; por lo tanto, las parteras de estas instalaciones no usaban el partógrafo ya que la labor de parto se extendía hasta el turno de la tarde, que era cubierto por los APT. La atención a recién nacidos con fiebre, infecciones serias o alimentación baja seguían siendo retos tanto para parteras como para APT. Enfatizaron que unentrenamiento de dos días no era suficiente y solicitaron una capacitación más intensa sobre estas prácticas. De igual manera, algunos TSC también percibieron que la medida de frecuencia respiratoria y peso eran difíciles debido al mal diseño del cronómetro y de la balanza.

Barreras organizacionales

Han persistido la falta de protocolos clínicos y de derivación, recursos, supervisión y capacitación continua relacionados al recién nacido obstaculizando la adopción de prácticas tanto en instalaciones como en comunidades después de la capacitación. Estos cuellos de botella han sido más comunes en el caso de recién nacidos enfermos o de bajo peso. Los protocolos organizacionales obligaban al personal de maternidad a derivar cualquier infante con problemas de alimentación al departamento de nutrición, lo que creaba dificultades para monitorear el progreso de los bebés de bajo peso que necesitaban una atención distinta a la de niños mayores con malnutrición aguda. Varias prácticas, tales como derivación o inyecciones intramusculares, a menudo se demoraban pues se requería la presencia de un oficial clínico o de un médico. Las principales barreras contra la atención a bebés de bajo peso en el hospital eran la inadecuada dotación de personal y la falta de espacio en el área de maternidad. La escasez de camas para monitorear a bebés prematuros por más de 6 horas en el hospital de Juba empeoró debido a la crisis de julio, cuando el hospital fue destruido y los servicios de parto se trasladaron a clínicas de atención médica primaria. Los TSC mencionaron la baja dotación de personal y la priorización como las principales barreras para realizar visitas a domicilio oportunas, especialmente al tener otras actividades simultáneas como campañas de vacunación o vigilancia contra enfermedades. Los cronogramas semanales incluían salud mental y otras actividades sectoriales, pero la atención al recién nacido se integraba inconsistentemente con estas otras actividades programadas en forma rutinaria.

Ambiente externo

La adopción de prácticas que requerían cambios sociales y de comportamiento entre los proveedores de atención médica siguió siendo improbable incluso después de la capacitación. Los trabajadores de salud de las instalaciones explicaron que la resistencia de las madres a la lactancia materna exclusiva, extracción de leche materna y contacto piel a piel prolongado disminuía la intención de los trabajadores de salud a promover estas prácticas. La larga duración percibida de las prácticas MMC fue reportada como la principal objeción de las madres. La falta de aceptación de la comunidad permaneció entre las principales razones para no pesar al recién nacido. Abordando esto, los TSCs expresaron que se necesitaba más tiempo para trabajar con la comunidad a fin de reducir la aprensión hacia el cuidado de los nuevos bebés. Un TSC hombre en Juba declaró:

"Como un trabajador de salud comunitario profesional, uno debe ganarse la confianza, construir la confianza con la familia, pues es difícil que te dejen llegar al niño… Las familias no permiten ni siquiera al padre entrar a la casa durante el primer mes… Pero gracias al aumento de mensajes sobre salud, esto está cambiando."

A pesar de las actitudes positivas entre los trabajadores de salud hacia la mayoría de las prácticas de atención para recién nacidos, el efecto del conflicto en Sudán del Sur fue uno de los factores más discutidos que influían sobre la baja adopción de prácticas. La limitación de movimientos causada por el temor de que los trabajadores humanitarios fueran atacados afectó la disponibilidad de

asistentes de parto calificados (APC) para manejar complicaciones, así como de ambulancias para derivar familias. Una partera de Maban dijo:

"Las asistentes de parteras [APT deestablecimientos de salud] que tenemos en el terreno no saben leer ni escribir, así que solo saben atender partos normales y no pueden identificar las complicaciones… Entonces, durante cuatro o cinco días no tendremos ningún registro de todas las madres que han dado a luz."

Cuando los servicios se integraron con el departamento de pacientes ambulatorios luego de la destrucción del área de maternidad, las asistentes de parto en Juba no podían establecer medidas de prevención de infecciones, adherirse a las precauciones estándar para recién nacidos ni manejar casos de bebés con bajo peso.. Los trabajadores de salud expresaron su preocupación sobre el aumento de casos de septicemia y partos de bebés prematuros durante la intensificacióndel conflicto. También se descuidó la educación sobre salud reproductiva debido a la poca disponibilidad de los trabajadores de salud y las actividades centradas en los TSC sobre salud mental y violencia de género. Los TSC detectaron que era cada vez más difícil localizar o contactar a las madres durante las visitas a domicilio. Otro TSC masculino de Juba describió:

"Esas personas [que] fueron afectadas… Cuando volví a trabajar, no pude encontrarlas… Habían huido por su seguridad… Pueden ver, eso me hace difícil encontrarlas, ver quién está aquí y quién está allá… Realmente no había acceso a esas personas."

Discusión

A pesar de que se han logrado progresos sustanciales en los últimos años para entender cómo implementar prácticas de salud neonatal, se han realizado pocos estudios en situaciones de crisis humanitarias en curso. [32] Nuestro estudio sobre el conocimiento de los trabajadores de salud y sus actitudes hacia prácticas basadas en evidencia para recién nacidos en Sudán del Sur proveen evidencia sobre factores que influyen en la adopción de prácticas de atención al recién nacido entre trabajadores de salud. Evaluamos los resultados de la investigación de implementación[11] tales como la aceptabilidad y la implementación de estas prácticas luego de recibir capacitación en un contexto muy cambiante. A pesar de la corta duración de la capacitación, principalmente debida a que el personal esencial no podía dejar de lado sus obligaciones diarias, los trabajadores de salud mejoraron su conocimiento sobre signos de riesgo del recién nacido luego de la capacitación. A pesar de que hubo visitas semanales de supervisión con el objeto de mantener el conocimiento y las prácticas después de la capacitación, hubo algunos obstáculos para implementarlas principalmente factores organizacionales y externos. No se encontraron diferencias entre trabajadores de salud masculinos y femeninos en las comunidades ni en las instalaciones.

Las prácticas posnatales fueron responsabilidades nuevas para los TSC, en tanto que identificar a las mujeres embarazadas y promover que los partos se llevaran a cabo en establecimientos de salud ya eran parte de su trabajo. Esto, con toda probabilidad, produjo una disparidad en las puntuaciones por prácticas en los cuestionarios previos a la capacitación. Por el contrario, las parteras y los APT tenían un rol más definido desde el período prenatal hasta el posparto, además, se encontró que tenían un mayor nivel de conocimiento inicial que los TSC. Mientras que el rango por mejorar entre los trabajadores de establecimientos de salud era más limitado debido a las mayores puntuaciones iniciales, el conocimiento en general de ambos grupos aumentó inmediatamente después de la capacitación, particularmente en el reconocimiento de que signos de riesgo tales como respiración acelerada, hipotermia y fiebre requieren de acción inmediata.

El conocimiento del tiempo que debe tomar el pinzamiento del cordón umbilical para bebés que necesitan resucitación podría haberse reducido después de la capacitación, probablemente por el énfasis dado en el pinzamiento retrasado del cordón. Por otro lado, el menor conocimiento sobre la frecuencia de extracción de leche materna probablemente se debió a una mala interpretación de la pregunta. Las entrevistas cualitativas que se realizaron a continuación demostraron que después de la capacitación de dos días aparecieron algunos cambios positivos en las actitudes de los trabajadores de salud. Entendieron mejor los beneficios para la salud de prácticas como el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna. Las parteras y los APT ganaron confianza para realizar resucitaciones sin ayuda, pero resultó más difícil la aceptación de MMC (en lugar de incubadoras) como una práctica disponible y de bajo costo que podría salvar la vida a bebés de bajo peso. Mientras tanto, los TSC, a pesar de

los obstáculos para realizar visitas oportunas a domicilio, expresaron haber entendido los mensajes clave sobre salud neonatal durante el período postnatal. Asimismo, estaban dispuestos a tomar la temperatura y medir la frecuencia respiratoria para identificar signos de riesgo y derivar a los recién nacidos en caso de ser necesario.

Sin embargo, los cambios observados en conocimientos no necesariamente aseguraban la aceptación o adopción de las prácticas. El conocimiento de los dos grupos de trabajadores de salud mejoró inmediatamente después de la capacitación, pero tres meses después seguía siendo improbable que los trabajadores (tanto hombres como mujeres) adoptaran ciertas prácticas; en particular, aquellas que requerían desafiar las normas culturales, tales como las visitas posnatales en la comunidad durante la primera semana de vida del bebé y aquellas que requerían acceder a un asistente de parto calificado (APC) como la atención a recién nacidos de bajo peso o enfermos en las instalaciones de salud. En forma similar, un estudio antes y después en Tanzania encontró mejoras significativas en el conocimiento de los trabajadores sobre resucitación neonatal, pero sus habilidades no mejoraron.[33] Esto sugiere que la mejora del conocimiento por sí misma no es suficiente para asegurar la adopción de guías.

Las prácticas durante el período de labor de parto y del parto en sí tienen el mayor impacto en la mortalidad neonatal.[34] Estas prácticas fueron las aceptadas más ampliamente por los trabajadores de salud de establecimientos. Es cierto que los APT no contaban con las habilidades para monitorear el ritmo cardíaco del feto usando el partógrafo o para manejar partos complicados después de la capacitación. Varios estudios han encontrado que, incluso en entornos sin crisis, el uso del partógrafo es una práctica de baja adopción,[35,36] pero el factor que afectaba su uso en este estudio, se debía a que era percibido por las parteras como el acceso continuo de APC durante horas de atención. Durante este estudio, el conflicto limitó el movimiento del personal no local en las tardes o durante momentos álgidos y esto a su vez provocó una baja dotación de APC en las instalaciones de salud. No encontramos actitudes negativas entre los TSC hacia la identificación de mujeres embarazadas o hacia promover los partos en establecimientos luego de recibir la capacitación.

En forma similar, la mayoría de las prácticas posnatales resultaron aceptables entre los trabajadores de salud tanto de comunidades como de establecimientos cuando percibieron que estas podrían salvar vidas. El bajo valor dado al registro de nacimientos probablemente impedirá su adopción entre parteras y APT, lo cual tendrá consecuencias para garantizar los derechos de los niños; en particular, en poblaciones desplazadas donde la identificación es crítica para proteger el acceso de los niños a servicios.[37,38] Es improbable que los TSC adopten las visitas a domicilio durante la primera semana de vida durante períodos de desplazamientos masivos debido a la dificultad para localizar los hogares y al poco personal disponible para atender prioridades simultáneas. La evidencia de entornos en desarrollo identificó retos en la atención a recién nacidos a nivel de comunidad que pueden complicarse en situaciones con epidemias de cólera y desplazamientos súbitos.[39]

La adopción de prácticas para bebés enfermos o con bajo peso se vio afectada principalmente por factores organizacionales. Encontramos que las parteras no tenían autoridad para inyectar antibióticos contra la septicemia o para alimentar a estos recién nacidos y, a menudo, tenían que derivarlos a otros departamentos u organizaciones que percibían que contaban con mejores profesionales o infraestructura. Las políticas adoptadas en entornos en desarrollo para recién nacidos de bajo peso o enfermos, tales como el *Every Newborn Action Plan* (Plan de acción para todo recién nacido),[40] pueden ser una guía para las organizaciones humanitarias con mayor acceso a personal de salud calificado e insumos.

Limitaciones

La generalización de nuestras conclusiones está limitada por el momento y el contexto en que los datos fueron recolectados. Nuestra medida del conocimiento de los participantes se limitó a inmediatamente antes y después de la capacitación, mientras que las actitudes fueron evaluadas tres meses después de la capacitación. Los factores que afectan las actitudes hacia la adopción de mejores prácticas pueden ser muy susceptibles a cambiar, especialmente durante una crisis humanitaria en curso. Los participantes que cumplían con los criterios de inclusión para las entrevistas fueron seleccionados dependiendo de su disponibilidad y aquellos que no estaban disponibles para una segunda entrevista fueron reemplazados por otros trabajadores de salud. Un subanálisis de los diez trabajadores de salud que participaron en entrevistas antes y después reflejó los mismos resultados generales, de tal forma que no pensa-

mos que esto haya afectado la validez de nuestras conclusiones. Finalmente, nos concentramos en los conocimientos y actitudes de los proveedores; no nos fue posible medir los cambios reales en las prácticas luego de la capacitación.

Conclusiones

A pesar de los desafíos originados por el conflicto en curso, el conocimiento de los trabajadores de salud sobre salud neonatal aumentó después de nuestra capacitación de dos días. Mirando hacia adelante, el uso de una capacitación de dos días tiene el potencial de ser adoptada en entornos inestables afectados por conflictos prolongados, junto con seguimiento a los practicantes y tutorías. Sin embargo, la comunidad humanitaria debe reforzar este conocimiento con acciones clave tales como empoderar a las comunidades para que cambien las normas culturales y recursos organizacionales, tales como protocolos clínicos actualizados y supervisiones que amplíen la atención brindada a las madres y sus recién nacidos en estos entornos. Las parteras y los TSC que prestan atención médica en campos de personas desplazadas en Sudán del Sur afirmaron que es importante abordar factores organizacionales y externos, además de capacitación e insumos, para mejorar la adopción de atenciones neonatales de alta calidad. Este estudio resalta la necesidad de implementar prácticas basadas en evidencias para el recién nacido en situaciones de crisis agudas, con estrategias innovadoras y recursos adicionales para asegurar una atención médica continua.

Reconocimientos

Los autores quieren agradecer a los participantes del estudio y al personal de programa del Cuerpo Médico Internacional que hicieron posible esta investigación junto a colegas de Sudán del Sur de Save the Children, UNICEF y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (UNHCR, por sus siglas en inglés). También agradecemos al grupo de asesoría técnica del estudio, incluyendo a Sheena Currie, Jean Bosco Niyonzima, Josep Vargas, Teshome Ashagre, Grace Njiru, Sarah Moxon, Heather Papowitz, Sadia Azam, Consolata Maina, Steve Wall y Luwei Pearson. Los resultados y conclusiones en este reporte son de los autores y no necesariamente representan la posición oficial de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. El contenido es responsabilidad de los autores únicamente y no necesariamente representa la posición oficial de ninguno de los financiadores.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por el programa Saving Newborn Lives (Salvando vidas de los recién nacidos) de Save the Children y por una donación de The Elma Relief Foundation.

ORCID

Samira Sami http://orcid.org/0000-0002-2995-5957
Caitlin E. Kennedy http://orcid.org/0000-0001-6820-063X

Referencias

1. UNICEF. Levels & trends in child mortality report 2015. 2015. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2015/en/
2. Lee ACC, Katz J, Blencowe H, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. Lancet Glob Health. 2013;1:e26–36.
3. Lawn JE, Blencowe H, Oza S, et al. Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. Lancet. 2014;384:189–205.
4. Wise PH, Darmstadt GL. Confronting stillbirths and newborn deaths in areas of conflict and political instability: a neglected global imperative. Paediatr Int Child Health. 2015;35:220–226.
5. Horton R. Offline: the future for women's and children's health. Lancet. 2016;387:1982.
6. Zeid S, Gilmore K, Khosla R, et al. Women's, children's, and adolescents' health in humanitarian and other crises. BMJ. 2015;351:h4346.
7. Save the Children, UNICEF. Newborn health in humanitarian settings: field guide (Interim Version). [cited 2016 Feb 1–31]. Available from: http://www.healthynewborn-network.org/resource/newborn-healthhumanitarian-settings-field-guide-interim-version/
8. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health. Interagency field manual on reproductive health in humanitarian settings: 2010 revision for field review (field manual). 2010. Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/emergencies/field_manual/en/
9. Morof DF, Kerber K, Tomczyk B, et al. Neonatal survival in complex humanitarian emergencies: setting an evidence-based research agenda. Confl Health. 2014;8:8.

10. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Production. 2007:1–56.
11. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health. 2011;38:65–76.
12. Aarons GA. Measuring provider attitudes toward evidencebased practice: consideration of organizational context and individual differences. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2005;14:255–271. viii.
13. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. South Sudan: humanitarian snapshot (October 2016). 2016. Available from: http://reliefweb.int/report/south-sudan/south-sudan-humanitarian-snapshotoctober-2016
14. Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. Lancet Glob Health. 2016;4:e98–e108.
15. United Nations Children's Fund. State of the world's children 2016. 2016. Available from: https://www.unicef.org/publications/index_91711.html
16. WHO. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 estimates by WHO,UNICEF,UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. 2015. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/
17. Achiek M, Lado D. Mapping the specialist medical workforce for Southern Sudan: devising ways for capacity building. South Sudan Med J. 2010;3:6–9.
18. Wakabi W. South Sudan faces grim health and humanitarian situation. Lancet. 2011;377:2167–2168.
19. OCHA. OCHA South Sudan: humanitarian data exchange. [cited 2017 May 23]. Available from: https://data.humdata.org/organization/ocha-south-sudan
20. UNHCR. South Sudan situation: information sharing Portal. [cited 2017 May 23]. Available from: http://data.unhcr.org/SouthSudan/country.php?id=251
21. Save the Children. Chlorhexidine for umbilical cord care. Available from: http://www.healthynewbornnetwork.org/issue/chlorhexidine-for-umbilical-cord-care/
22. Save the Children and Powerfree Education and Technology. Helping babies survive labour: an educational programme to empower Ugandan midwives to save mothers' and babies' lives. 2014. Available from: http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/HBSL-training-booklet.pdf
23. World Health Organization. Caring for the newborn at home: a training course for community health workers: community health worker manual. Geneva; 2012. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/caring-for-the-newborn-at-home/en/
24. American Academy of Pediatrics. Helping babies survive. [cited 2017 May 23]. Available from: https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/helping-babies-survive/Pages/Facilitator%20Tools.aspx
25. Global Health Media Project. Global health media. [cited 2017 May 23]. Available from: https://globalhealthmedia.org
26. Laerdal Medical. MamaBreast. [cited 2017 May 23] Available from: http://www.laerdalglobalhealth.com/doc/2557/MamaBreast
27. Laerdal Medical. PreemieNatalie. [cited 2017 May 23] Available from: http://www.laerdalglobalhealth.com/doc/2525/PreemieNatalie
28. Laerdal Medical. NeoNatalie. [cited 2017 May 23] Available from: http://www.laerdal.com/us/products/simulationtraining/obstetrics-pediatrics/neonatalie/
29. Aarons GA. Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: the evidence-based practice attitude scale (EBPAS). Ment Health Serv Res. 2004;6:61–74.
30. Aarons GA, Palinkas LA. Implementation of evidence-based practice in child welfare: service provider perspectives. Adm Policy Ment Health. 2007;34:411–419.
31. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; Issue 8. Art. No.: CD002771.
32. Bang A, Bellad R, Gisore P, et al. Implementation and evaluation of the helping babies breathe curriculum in three resource limited settings: does helping babies breathe save lives? A study protocol. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:e1001080.
33. Makene CL, Plotkin M, Currie S, et al. Improvements in newborn care and newborn resuscitation following a quality improvement program at scale: results from a before and after study in Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14:395.
34. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? Lancet. 2014 Jul 26;384(9940):347–70.
35. Ameh CA, Kerr R, Madaj B, et al. Knowledge and skills of healthcare providers in sub-saharan Africa and Asia before and after competency-based training in emergency obstetric and early newborn care. PLoS One. 2016;11:e0167270.
36. Sama C, Takah NF, Danwe VK, et al. Knowledge and utilization of the partograph: a cross-sectional survey among obstetric care providers in urban referral public health institutions in northwest and southwest Cameroon. PLoS One. 2017;12:e0172860.
37. Duff P, Kusumaningrum S, Stark L. Barriers to birth registration in Indonesia. Lancet Glob Health. 2016;4:e234–235.

38. UNICEF. Every child's birth right: inequities and trends in birth registration. New York (NY); 2013. Available from: https://www.un.org/ruleoflaw/files/Embargoed_11_Dec_Birth_Registration_report_low_res.pdf
39. Tulenko K, Møgedal S, Afzal MM, et al. Community health workers for universal health-care coverage: from fragmentation to synergy. Bull World Health Organ. 2013;91:847–852.
40. WHO and UNICEF. Every newborn: an action plan to end preventable newborn deaths. Geneva; 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,140-150
DOI: 10.1080/09688080.2017.1403276

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Utilizar un enfoque de mejoramiento de calidad para perfeccionar la atención materna y neonatal en Kivu del Norte, República Democrática del Congo

Michelle Hynes,[a] Kate Meehan,[b] Janet Meyers,[c] Leon Mashukano Maneno,[d] Erin Hulland[e]

a. Epidemióloga, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, EE.UU... Correspondencia: mhynes@cdc.gov
b. Científica de la Salud, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, EE.UU.
c. Vicedirectora de Políticas y Prácticas Sanitarias (anteriormente), Cuerpo Médico Internacional, Washington, DC, EE.UU.
d. Gerente de Salud Reproductiva, International Medical Corps, Goma, República Democrática del Congo
e. Estadística, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, EE.UU.

Resumen *La prestación de servicios de salud de calidad en entornos humanitarios es un reto, debido al desplazamiento de la población, la falta de personal calificado y de vigilancia de supervisión, y por interrupción de las cadenas de suministro. Este estudio exploró si se podría utilizar una intervención participativa para el mejoramiento de la calidad (MC) en un entorno de conflicto prolongado, con el fin de mejorar la atención materna y neonatal en unidades de salud. Se utilizó un diseño longitudinal cuasiexperimental para examinar la entrega de los componentes de la atención materna y neonatal en 12 unidades de salud, en el este de la República Democrática del Congo. Las unidades de salud incluidas en el estudio fueron divididas en dos grupos, ambos grupos recibieron una intervención inicial "estándar" de capacitación clínica. El grupo de intervención "mejorada" aplicó la metodología MC, que consistió en equipos de MC en cada unidad de salud, apoyados por tutores, y probando cambios pequeños para mejorar la atención. Este artículo presenta los hallazgos sobre dos de los resultados del estudio: entrega del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) y atención esencial al recién nacido (AERN). Medimos MATEP y AERN por medio de entrevistas de salida con mujeres posparto y comparamos los partogramas de la línea base con los de la línea final en un plazo de 9 meses. Utilizando modelos de estimación de ecuación generalizada, el grupo de intervención mejorada mostró mayor tasa de variación que el grupo de control para MATEP (OR 3.47, 95% CI: 1.17-10.23) y AERN (OR: 49.62, 95% CI: 2.79-888.28), y logró el 100% de conclusión de AERN en la línea final. Éste es uno de los primeros estudios en utilizar esta metodología MC en un entorno de conflicto prolongado. Un método donde el personal de salud asume la responsabilidad de mejorar la atención, es aún más valioso en un contexto humanitario donde los recursos externos y el apoyo son escasos.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1403276*

Palabras clave: salud materna y neonatal, conflicto humanitario, República Democrática del Congo, mejoramiento de la calidad, enfoques participativos, seguridad sanitaria mundial

Introducción

La prestación de servicios de salud en entornos humanitarios, y la morbilidad y mortalidad subsecuente, son afectadas directa e indirectamente por los conflictos armados. Brindar atención sanitaria en entornos humanitarios contribuye a la seguridad sanitaria mundial al enfrentar las amenazas para la salud pública en el lugar donde se originan. Los desplazamientos de población, averías en la infraestructura de atención sanitaria y falta de personal de salud y de supervisión son desafíos para la prestación de servicios de salud de calidad.[1] Las personas desplazadas internamente (PDI) y las comunidades receptoras pueden sufrir un exceso de mortalidad, aun mayor que el de la población refugiada.[2] La evaluación de la eficacia y calidad de las intervenciones de salud sexual y reproductiva (SSR) ha merecido poca atención en

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

las crisis humanitarias, particularmente en entornos de crisis prolongada. Según un estudio de las evidencias recogidas en intervenciones en crisis humanitarias, se precisa contar con más investigaciones que se concentren en la calidad de los paquetes de prestación de servicios de salud.[3] El Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (MISP por sus siglas en inglés) fue establecido por el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG) como un conjunto mínimo de actividades prioritarias e intervenciones de alto impacto que deben llevarse a cabo de manera coordinada por personal capacitado ante una emergencia, con actividades que van aumentando con el transcurso del tiempo.[4]

El Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una intervención crítica para prevenir las hemorragias posparto, una de las mayores causas de mortalidad materna.[5] La Atención Esencial al Recién Nacido (AERN) consiste en una serie de intervenciones que deben brindarse a todos los recién nacidos aún en las fases agudas de una emergencia humanitaria, e incluyen cuidado térmico, prevención de infecciones, ayuda alimentaria, monitoreo de señales de peligro y chequeos de atención posnatal.[6] Los miembros del IAWG han priorizado la atención obstétrica y neonatal básica de emergencia (BEmONC, por sus siglas en inglés),que incluye MATEP y AERN, como un área que requiere más investigación sobre todo para crear y ejecutar programas efectivos para situaciones de emergencia.[7] El presente artículo contribuye a estos temas críticos examinando la prestación de servicios de atención materna y neonatal y respondiendo a la interrogante de si el servicio mejora con un proceso participativo de Mejoramiento de Calidad (MC) en las unidades de salud que atienden a poblaciones afectadas por el conflicto en Kivu del Norte, República Democrática del Congo (RDC).

Violencia prolongada en la RDC

La RDC viene sufriendo un conflicto prolongado durante las últimas dos décadas dentro de sus fronteras y como resultado de los conflictos de los países vecinos. La inseguridad política ha aumentado la violencia aún más y en 2016, RDC tuvo el mayor número de PDI por conflicto a nivel mundial.[8] Las Naciones Unidas estiman que desde diciembre 2016, han habido 3.7 millones de PDI en la RDC. La mayoría de las PDI en ese país ha sido desplazada hacia el Este, por la violencia existente en la RDC, que incluye a la provincia de Kivu del Norte. Kivu del Norte alberga al 23.3% de los PDI en la RDC y aproximadamente el 82% de los 863.000 PDI de la provincia de Kivu del Norte vive con familias de acogida.[10] Las familias de acogida comparten con frecuencia su comida, vivienda y tierras de labranza con sus invitados, generándose una carga adicional para sus recursos.

Salud materna y neonatal en RDC

En la RDC, a nivel nacional, la mujer tiene un riesgo de mortalidad materna de 1 en 24 a lo largo de la vida y hay más de 30 muertes de recién nacidos entre cada 110.000 nacidos vivos.[11] Los resultados son pobres en Kivu del Norte; la tasa de mortalidad materna en el primer semestre de 2013 fue de 790 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.[12] La inseguridad, la infraestructura sanitaria deficiente, la falta de BemONC, y las demoras en buscar atención, llegar a ella y recibirla, son solo algunas de las causas de una mortalidad tan alta. El porcentaje de partos atendidos por parteras calificadas en las zonas de salud estudiadas va de 42% a 62% de los partos esperados y el porcentaje de mujeres que llega a completar cuatro visitas de atención prenatal es inferior al 20% en algunas zonas.[13] Llegar a las unidades de salud que cuenten con la infraestructura necesaria para BemONC puede tomar más de dos días a pie, desde algunas comunidades de Kivu del Norte.

Métodos

Diseño del estudio

Este artículo presenta resultados sobre la prestación de atención materna y neonatal como parte de un estudio piloto de mayor envergadura que utilizaba un diseño longitudinal cuasiexperimental de métodos combinados para evaluar la implementación de componentes de MISP y BemONC usando un enfoque de MC. El proyecto fue producto de una colaboración entre International Medical Corps (IMC), University Research Co., LLC (URC), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Estados Unidos, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), y el Ministerio de Salud de la provincia de Kivu del Norte de la RDC (MdS). IMC viene trabajando en la RDC desde 1999, apoyando a más de dos millones de personas, 80% de las cuales son desplazadas. IMC colabora con el MdS para apoyar a las clínicas y hospitales de Kivu

del Norte y del Sur brindando insumos médicos, capacitación para trabajadores de la salud y servicios de derivación. Las áreas de estudio fueron elegidas teniendo en cuenta los lugares de Kivu del Norte donde IMC había brindado ese apoyo.
Un muestreo de conveniencia de 12 unidades de salud, donde IMC tenía actividades programáticas continuas, fue elegido de 3 de las 34 zonas de salud de la provincia de Kivu del Norte, incluyendo 6 en la zona de salud de Itebero, 3 en la zona de salud de Walikale y 3 en la zona de salud de Kibua. De las 12 unidades de salud, 10 eran establecimientos de atención de salud primaria que brindan servicios para partos sin complicaciones y 2, unidades de salud de derivación con facilidades para atención obstétrica de emergencia. Todas las unidades atienden tanto a PDI como a poblaciones receptoras.

Antes de iniciar cualquiera de las actividades de la intervención, se realizó una evaluación de línea de base durante un período de seis semanas sobre aspectos de prestación de servicios de atención materna y neonatal en todas las unidades del estudio. La evaluación se hizo a través de entrevistas con mujeres posparto, utilizando la información de sus respectivos partogramas. El personal de salud que acompaña los trabajos de parto y los partos de las 12 unidades de salud del estudio, recibió una intervención inicial "estándar" de capacitación en atención clínica de BemONC y AERN por parte de IMC y del MdS que incluyó el llenado de partogramas. La capacitación duró en total 12 días y consistió en cuatro días de sesiones teóricas, cuatro días de aplicaciones prácticas en modelos anatómicos, tres días de práctica en las unidades de salud y un día de recapitulación general. Además, todas las unidades del estudio recibieron nuevos equipos e insumos médicos incluidos en los kits de salud reproductiva humanitaria del UNFPA.

Las unidades del estudio se dividieron en dos grupos, basándose en su ubicación geográfica. El grupo de intervención "mejorada" fue asignado a participar en la intervención de MC, lo que implicaba que los equipos de capacitación de cada unidad probaran cambios pequeños para mejorar la atención. Para asegurar la comparabilidad de los resultados las unidades se combinaron, en la mayor medida posible, entre los grupos según las siguientes características: tipo de instalación y nivel de atención disponibles (cada grupo tenía cinco unidades de salud primaria con facilidades de BemONC y una unidad de salud de derivación con capacidad para brindar EmONC), tamaño de la población atendida y número promedio de partos por mes.

La intervención de MC se implementó durante nueve meses, después de los cuales se realizó una evaluación de línea final durante un período de seis semanas. El grupo de control recibió capacitación en metodología de MC luego de que los datos de la línea final hubieran sido completamente recolectados.

Aprobación ética

Se obtuvo la revisión y aprobación ética del Comité de Ética de la Université Libre des Pays des Grands Lacs en Goma, RDC; la Oficina de Investigación de Sujetos Humanos de CDC juzgó que el personal de CDC no estaba desarrollando investigaciones sobre sujetos humanos ya que la asistencia técnica brindada no implicaba interacción con personas ni analizaba información identificable. Se obtuvo el consentimiento informado por una presentación oral de todos los participantes antes de la recolección de datos.

Intervención mejorada

El *Modelo para mejoras*, desarrollado por la University Reseach Company (URC), es un enfoque participativo de MC que ha sido exitosamente aplicado en una gran variedad de entornos de atención sanitaria en países de bajos y medianos ingresos para mejorar la salud materna e infantil, la atención para pacientes con VIH/SIDA y tuberculosis y para niños vulnerables entre otros, tanto en la unidad de salud como a nivel comunitario.[14-16] Se ha utilizado exitosamente un enfoque de mejoramiento en entornos humanitarios para perfeccionar la atención materna y al recién nacido en unidades de salud y a nivel comunitario en Afganistán, donde tres de las 10 provincias del estudio estaban viviendo un conflicto armado prolongado.[17] Este proyecto observó a lo largo de los años de su duración, un aumento en el uso correcto de cartogramas, en la proporción de mujeres que reconocía las señales de peligro en madres y recién nacidos, y en la proporción de unidades que brindaba MATEP correctamente. Una de las fortalezas de esta metodología de MC es la apropiación del proceso por parte de quienes conocen mejor el sistema de salud. El personal de la unidad de salud es quien mejor puede identificar las fortalezas y debilidades del lugar donde trabaja y determinar las acciones que pueden mejorar el sistema. Nuestra investigación brinda la oportunidad de explorar la aplicación del enfoque de MC exclusivamente en un entorno de conflicto prolongado, en otras partes del mundo.

Para la intervención MC del estudio, URC capacitó en MC a los equipos de atención sanitaria de cada unidad de intervención mejorada. Estos equipos los conformaba el personal de las unidades de salud involucrado en atención materna y neonatal en distintos niveles (por ejemplo, el portero del establecimiento, la recepcionista y la partera). Como parte del proceso participativo, cada equipo elegía las acciones que sentía que podría mejorar algún aspecto de la prestación de servicios de atención materna y neonatal. El equipo probaba una acción cada vez, recolectando datos sobre el proceso durante el período de prueba y luego utilizaba la información de este proceso para evaluar si la acción generaba una mejora de la atención. Se adoptaban solo las acciones que se consideraba exitosas. El equipo discutía las acciones que no resultaban exitosas para modificarlas o desarrollar una nueva mejora para lograr los objetivos. Entre los ejemplos de las acciones probadas por los equipos de MC se incluyó asegurar la disponibilidad de los equipos e insumos en la sala de partos, para poder brindar la atención de manera oportuna con una sola partera. Otras acciones servían para reforzar las habilidades clínicas incluidas en la capacitación o para instruir al personal que no había recibido la capacitación clínica. Los equipos siguieron implementando y probando las acciones durante todo el período de intervención. El personal de IMC y del MdS que brinda servicios de supervisión como parte de su trabajo regular recibió formación adicional de URC sobre cómo apoyar y acompañar a los equipos de mejoramiento. Los capacitadores visitaron las unidades a intervalos de uno a dos meses para brindar asesoramiento y revisar los datos del proceso y los logros con los equipos. URC e IMC brindaron comentarios a los participantes y orientaciones constantes.

Fuentes de datos del estudio

Los análisis se realizaron con datos de la línea de base (noviembre-diciembre 2015) y de la línea final (septiembre-noviembre 2016). Las entrevistas de salida a las usuarias (ESU) se realizaron con las mujeres que habían tenido un parto vaginal espontáneo sin complicaciones para la madre o el recién nacido en las unidades de salud durante los dos períodos de recolección de datos. Las entrevistadoras provenían de las comunidades destinatarias de los servicios de las unidades de salud, y fueron capacitadas por el equipo de investigación de IMC durante ocho días. La capacitación comprendía una prueba piloto del cuestionario y adaptaciones a los puntos del cuestionario según la prueba. El cuestionario contenía información demográfica, historia del embarazo, la atención brindada a la madre y al recién nacido durante el trabajo de parto y en el propio parto, y la calidad percibida de la atención. El cuestionario se tradujo del francés al swahili y fue traducido nuevamente al francés antes de ser probado. Las mujeres podían participar de las entrevistas de salida si tenían por lo menos 18 años de edad, habían tenido un parto vaginal espontáneo normal (sin complicaciones para la madre o el bebé) en una de las instalaciones del estudio, hablaban swahili y tenían la capacidad mental de dar su consentimiento. Las complicaciones que excluían a las mujeres del estudio eran: cesáreas, hemorragias, haber sido transferida a un nivel más alto de atención para la madre o el recién nacido y asfixia del recién nacido. No se excluyó a las mujeres que requerían una episiometría. Los partogramas completos del MdS (registros básicos de información materna y fetal durante el trabajo de parto, y de la atención materna y al recién nacido durante el parto y el posparto) se complementaron con ESU. El equipo de investigación de IMC recopiló y combinó la información de los partogramas después de las entrevistas.

Cálculos del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó basándose en el número de mujeres que se requería para que las entrevistas de salida midan los indicadores de nuestro estudio en dos muestras transversales de línea de base y línea final. Dado que no se conocen las tasas de prevalencia, el equipo de la investigación asumió la prevalencia estimada de 50%, la más conservadora de todos los indicadores del estudio. Asumiendo una potencia de 80% y un alfa de 0.05, se necesitaba una muestra de 97 por grupo para detectar una diferencia absoluta de 20% para los resultados maternos y neonatales entre la línea base y la línea final. Anticipando una tasa de no-respuesta de 10%, una muestra de 107 mujeres por grupo por vez apuntan a un total de 214 mujeres por cada punto temporal y fue necesario contar con un total de 428.

Medidas

Debido a que la mortalidad materna y neonatal es un evento raro, no existe la potencia estadística necesaria para identificar cambios significativos

en estos resultados. Por lo tanto, los indicadores directos de MATEP y AERN fueron usados para medir los cambios dentro y entre los grupos a lo largo del tiempo. Para este estudio, la definición de MATEP incluía dos elementos completos: la entrega de una droga uterotónica (en RDC la droga recomendada es la oxitocina) y un masaje uterino después de la expulsión de la placenta (Tabla 1).

Los componentes fueron evaluados por un autoinforme de las ESU. Las tracciones controladas del cordón, a menudo incluido como componente del MATEP, no se incluyeron en este estudio, ya que la OMS solo recomienda la tracción controlada del cordón cuando hay parteras capacitadas presentes luego de que la madre haya recibido atención especializada, lo que no siempre fue el caso en los establecimientos del estudio.

Hay muchas acciones que son esenciales para que la atención al recién nacido sea de calidad. Para este estudio, se evaluaron tres acciones clave a fin de determinar si se había brindado atención neonatal esencial: 1. Pesar al recién nacido, 2. Aplicar tetraciclina a los ojos del recién nacido, y 3. Los cuidados de higiene del cordón umbilical (Tabla 1). Estas acciones fueron elegidas con base a su inclusión en los partogramas. Los datos de las ESU no se usaron para medir la atención al recién nacido, ya que existe la posibilidad de que la atención fuera brindada sin que la madre estuviera al tanto de ello.

Tabla 1. Indicadores de resultados y fuentes de datos

Indicador	Numerador	Denominador	Componentes	Fuente de los datos
Porcentaje de partos en unidades con MATEP a.	Número de mujeres en las unidades que reciben oxitocina y masaje uterino luego de la expulsión de la placenta	Número de mujeres que dieron a luz en la unidad en el mismo período	1. Oxitocina 2. Masaje uterino	ESU
Porcentaje de recién nacidos en establecimientos que reciben atención esencial al recién nacido(AERN)[6]	Número de recién nacidos que recibieron tres elementos de atención neonatal esencial	Número de bebés nacidos en la unidad en el mismo período	1. Cuidados de higiene del cordón umbilical 2. Aplicación de antibióticos en los ojos 3. Peso	Partogramas correspondientes

Nota; Kivu del Norte, RDC 2015-2017

a AMTSL: New WHO Recomendaciones Help to Focus Implementation. WHO, 2014.

b Newborn Health in Humanitarian Settings Field Guide. UNICEF and Save the Children, New York, 2015.

Análisis

Todos los análisis se realizaron usando SAS versión 9.3 Las estadísticas descriptivas resumían las características demográficas y clínicas entre la línea de base y la línea final y entre ambos grupos. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y pruebas t para evaluar el significado estadístico. En cada grupo las pruebas t se realizaron para los resultados de MATEP y AERN a fin de determinar si había un cambio significativo con el correr del tiempo. Más aún, las diferencias entre grupos en la línea de base también se evaluaron con pruebas t para determinar si los grupos empezaban teniendo distintos niveles de atención.

Para evaluar el impacto de la intervención de MC en los resultados de MATEP, se utilizaron ecuaciones de estimación generalizada (GEE, por sus siglas en inglés) teniendo en cuenta el punto temporal (de la línea de base a la línea final), grupo (si la unidad recibió el MC) y una interacción entre el punto temporal y el grupo para evaluar la diferencia en las diferencias (tasa de cambio) entre los dos grupos. Cada modelo daba cuenta de mediciones repetidas en la clínica utilizando una matriz de correlación intercambiable conservadora. Se crearon dos modelos distintos: uno que solo trataba la influencia de la intervención de MC a lo largo del tiempo, y otro que controlaba los factores demográficos, como grupo etario, grado de estudios, estado civil y paridad. La multicolínealidad entre los datos demográficos se evaluó usando correlaciones y factores de variación de inflación (VIF)

El modelo GEE para evaluar la tasa de cambio de AERN se modificó ya que el grupo de intervención mejorada llegó al 100% de conclusión de la atención en la línea final. Para justificar el recuen-

to de celdas en cero, y la consiguiente variabilidad nula, se agregó la corrección Haldane de 0.5 a cada celda añadiendo información solo a cada punto temporal, grupo y tasa de variación.[18]

Resultados

Se recopilaron los datos de la línea de base entre el 6 de noviembre y el 22 de diciembre de 2015 y los de la línea final entre el 22 de septiembre y el 10 de noviembre de 2016. La recopilación de datos de la línea final se adelantó un mes para evitar la inminente violencia que se anunciaba con relación a las elecciones nacionales que se iban a realizar a fines de noviembre de 2016, y por lo tanto el período de la intervención se redujo ligeramente.

Características de las unidades de salud

La información sobre las unidades y el personal se recolectó durante la línea de base. Las unidades declararon tener entre dos y seis prestadoras que estaban en condiciones de supervisar partos (promedio = 3.5). Las prestadoras eran parteras entrenadas, enfermeras, y parteras enfermeras. Se entrevistaron a 23 prestadoras de servicios de salud que trabajaban en pabellones de maternidad (2 de cada una de las 11 unidades y una de la unidad restante) sobre su capacitación en atención materna y neonatal y conocimiento de las señales de peligro en mujeres embarazadas y recién nacidos.

Doce de los 23 proveedores (52.1%) recibieron capacitación en partos normales (sin complicaciones), mientras que 10 (43.4%) recibieron capacitación en complicaciones de parto. Todas las formaciones se habían realizado desde 2010 y la mayoría fue brindada por IMC. Solo seis prestadoras (26.0%) respondieron que habían recibido capacitación en MATEP.

Ocho prestadoras (34.7%) habían recibido capacitación en atención esencial al recién nacido en los cinco años anteriores y la mayor parte la recibió de IMC. Siete de las ocho prestadoras que habían sido capacitadas en atención esencial al recién nacido también dijeron haberlo sido en complicaciones del recién nacido. Una prestadora más no había recibido capacitación en atención esencial al recién nacido, pero la había recibido en complicaciones del recién nacido. Dieciocho prestadoras (78.2%) dijeron que conocían las nueve señales de peligro para mujeres embarazadas, pero solo once (47.8%) fueron capaces de nombrar cuatro de ellas. Dieciséis prestadoras (69.5%) respondieron que conocían las señales de peligro para recién nacidos, pero solo nueve (39.1%) pudieron nombrar correctamente cuatro señales.

Tabla 2. Características de desplazamiento y parto de las entrevistadas de ESU con cartogramas por punto temporal

	Línea base (N=200)	Línea final (N=194)
	n(%)	n(%)
Estado de desplazamiento		
No desplazada	173 (86.50)	110 (56.70)
Desplazada	24 (12.00)	84 (43.33)
Desconocido	3 (1.50)	-0 (0.00)
Tiempo de desplazamiento	N = 24	N = 84
Desplazada por 2 años o menos	15 (62.50)	39 (46.43)
Desplazadas por más de 2 años	6 (25.00)	41 (48.81)
Desconocido/ no sabe	3 (12.50)	4 (4.76)
Medio de transporte a la unidad de salud para el parto		
A pie	157 (78.50)	159 (81.96)
En Motocicleta	41 (20.50)	31 (15.98)
Otro	2 (1.00)	3 (1.55)
Desconocido	0 (0.00)	1 (0.55)
Lugar de preferencia para el parto		
Unidad de salud actual	173 (86.50)	168 (86.60)
Otra lugar	25 (12.50)	26 (13.40)
No sabe	2 (1.00)	0 (0.00)
Lugar del parte previo más reciente	N = 170	N = 171
Esta unidad	92 (54.12)	82 (47.95)
Otra unidad	47 (27.65)	63 (36.84)
Su hogar	12 (7.06)	12 (7.02)
Otro	16 (9.41)	10 (5.85)
Desconocido	3 (1.76)	4 (2.34)

Nota: Kivu del Norte, RDC 2015-2017

Durante el período de recolección de datos de la línea base, se completaron 257 entrevistas, 142 en el grupo de intervención mejorada, y 115 en el grupo de control, con mujeres que habían tenido partos vaginales sin complicaciones. Ninguna se negó, y 200 (78%) de las entrevistas se complementaron con un partograma completo. Durante la recolección de datos de la línea final, se realizaron 224 entrevistas, 133 en el grupo de intervención mejorada y 91 en el grupo de control, y 194 (87%) de las entrevistas contaron con su correspondiente partograma.

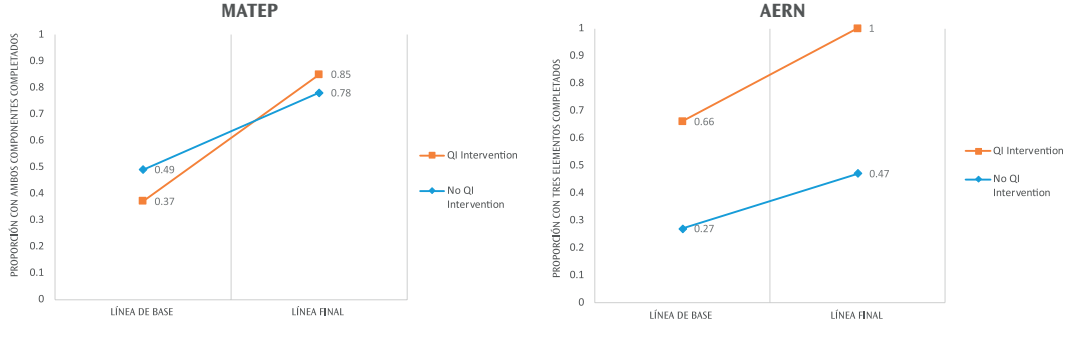
La ESU tenía preguntas sobre el estado de desplazamiento y uso de las unidades de salud para partos (Tabla 2). Entre las entrevistadas que tenían partograma, 12.0% en la línea base y 43.3% en la línea final se autoidentificaban como desplazadas. Entre ellas, 62.5% y 46.4% habían estado desplazadas por dos años o menos, en la línea de base y la línea final, respectivamente. Aproximadamente el 80% de las mujeres llegaron a la unidad de salud a pie, y el 86% dijo querer dar a luz en la unidad de salud, para ambos períodos temporales. Entre las mujeres que habían tenido un embarazo anterior, el 54.1% en la línea base y el 48.0% en la línea final habían tenido su último parto en la misma unidad de salud. Alrededor del 7% de las mujeres habían dado a luz en su hogar para ambos períodos temporales. (Tabla 2).

Tabla 3. Características sociodemográficas por punto temporal

	Línea de base (n = 200)	Línea final (n = 194)	Valor p
	n (%) o μ(σ)	n (%) o μ (σ)	
Edad promedio [a]	25.33 (5.77)	26.8 (6.39)	0.02
Grupo etario [a]			0.07
18–24	94 (47.47)	76 (39.79)	
25–34	86 (43.43)	84 (43.98)	
35+	18 (9.10)	31 (16.23)	
Cantidad de partos			0.36
Primíparas	30 (15.00)	23 (11.86)	
Multíparas	170 (85.00)	171 (88.14)	
Número promedio de partos previos [c]	4.8 (2.40)	5.3 (2.45)	0.12
Nivel educativo			0.19
Ninguno	45 (22.50)	32 (16.49)	
Primario	79 (39.50)	92 (47.42)	
Secundario o mayor	76 (38.00)	70 (36.08)	
Estado civil [b]			0.53
Casada	182 (91.00)	172 (89.12)	
Soltera, no convive	18 (9.00)	21 (10.89)	

Notas: Kivu del Norte, RDC 2015–2017. Los valores en negritas indican una significancia de nivel $p < .05$
a. Faltan dos observaciones con edades desconocidas o ilógicas en la línea base y tres en la línea final.
b. Falta una observación en la línea final
c. Solo se contaron las mujeres multíparas

Figura 1. Variación en los grupos entre la línea de base y la línea final de MATEP y AERN Kivu del Norte, RDC 2015-2017



Características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de las participantes de la ESU por punto temporal se muestran en la Tabla 3. En total, 394 mujeres de 18 años o más que habían dado a luz recientemente en una de las unidades de salud del estudio y que contaban con su respectivo partograma participaron en este estudio; 200 en la línea de base y 194 en la línea final. No hubo diferencias significativas en las características sociodemográficas entre las participantes de la línea de base y la línea final, a excepción de la edad promedio, 26.8 años, que fue ligeramente más alta que la edad promedio de línea de base, 25.3 años (p = .02)

Tabla 4. Resultados de GEE para la tasa de variación de MATEP, controlando las variables sociodemográficas

		MATEP (n = 376)
		aOR (95% CI)
Grupo temporal	Línea final vs. Línea de base	3.04 (1.73–5.34)
	Intervención MC vs. Sin intervención MC	0.57 (0.21–1.53)
Tasa de variación	25–34 vs. 18–24	3.47 (1.17–10.23)
	35+ vs. 18–24	0.98 (0.66–1.46)
		1.29 (0.61–2.69)
Grupo Etario	Soltera, no convive vs. Casada o convive	1.46 (0.62–3.45)
Estado civil	Primípara vs. Multípara	0.73 (0.39–1.35)
Número de partos	Primaria vs. Ninguno	1.10 (0.60–2.02)
Nivel Educativo	Secundario o superior vs. Ninguno	1.29 (0.62–2.67)

Notas: Kivu del Norte, RDC 2015–2017. Los valores en negritas indican una significancia de nivel $p < .05$.

Tasa de variación en MATEP y AERN entre los grupos

El gráfico muestra la variación en el tiempo de MATEP y AERN para el grupo de intervención mejorada y el grupo de control. Ambos grupos mejoraron significativamente sus mediciones de MATEP entre la línea de base y la línea final ($p < .001$ para ambos grupos), y de AERN ($p < .001$ en el grupo de intervención mejorada, p = .006 para el grupo de control) Notablemente, el porcentaje de conclusión de AERN fue significativamente más alto en la línea de base para el grupo de intervención mejorada ($p < .001$) pero no hubo una diferencia significativa en los resultados de MATEP entre los grupos en la línea base. En el grupo de intervención mejorada, todos los recién nacidos recibieron los tres componentes de AERN en la línea final.

Tabla 5. Modelo GEE para la tasa de variación de AERN entre la línea base y la línea final

	OR (95% CI)
Línea final vs Línea base	2.44 (1.28–4.66)
Intervención vs. Control	5.02 (2.72–9.28)
Tasa de variación	49.62 (2.79–888.28)

Nota: Los valores en negritas indican una significancia de nivel $p < .05$

En el modelo multivariable (Tabla 4), el grupo de intervención mejorada tenía una tasa de variación significativamente mayor que la del grupo de control de MATEP (aOR 3.47, 95% CI: 1.17–10.23), que controla grupo etario, estado civil, número de partos y nivel escolar.

En el modelo GEE para AERN, el grupo de intervención mejorada tenía una mayor tasa de variación que el grupo de control (OR: 49.62, 95% CI: 2.79–888.28). Además, tanto el punto temporal (OR: 2.44, 95% CI: 1.28–4.66) como el grupo (OR: 5.02, 95% CI: 2.72–9.28) fueron significativos al indicar que la finalización fue más alta tanto en la línea final total como en el grupo de intervención mejorada total. (Tabla 5).

Discusión

Informamos que hubo mejoras en la prestación de servicios de atención materna y neonatal en un entorno de conflicto prolongado luego de una intervención de mejoramiento perteneciente a un proceso de MC luego de una capacitación clínica y de la provisión de insumos. Estas mejoras fortalecen la seguridad sanitaria mundial al facilitar esfuerzos colaborativos para lograr las capacidades básicas requeridas por los marcos de seguridad sanitaria mundial y la OMS.

Tal como se esperaba, ambos grupos mejoraron entre la línea de base y la línea final, en lo que respecta a prestación de servicios de atención materna y neonatal después de la capacitación clínica y la provisión de equipos e insumos médicos. Si bien el grupo de intervención mejorada no mostró niveles significativamente más altos de conclusión de MATEP que el grupo de control, sí mejoraron a un ritmo mayor. Ambos grupos tenían índices de finalización de MATEP relativamente altos en la línea final, con 85% para el grupo de intervención mejorada y 78% para el grupo de control. El grupo de intervención mejorada también mostró una mayor tasa de variación de AERN en el tiempo y logró un 100% de conclusión de AERN en la línea final, lo que fue significativamente más alto que el 47% del grupo de control. La diferencia en las mediciones del resultado podría deberse a lo relativamente nuevo del énfasis que se le pone a AERN y por lo tanto, la MC pudo lograr un mayor impacto. Nuestros hallazgos indican que el proceso de MC sí tuvo un efecto agregado en la prestación de servicios de atención materna y neonatal más allá del resultante de la capacitación clínica.

Creemos que el proceso de MC pudo facilitar la mejora de la atención a través de los cambios

que abordaban progresos en la logística del trabajo, tales como asegurar que una provisión de oxitocina por día sea llevada del refrigerador al salón de partos en un conservador de hielo para que esté disponible para la única prestadora del servicio y pueda ser suministrada oportunamente. Otra acción fue conectar a las matronas, con bajo nivel de alfabetización, con compañeras que puedan ayudarlas a llenar el partograma. Otras acciones reforzaron la capacitación clínica, tales como crear soportes visuales para poner en las paredes de la unidad y realizar sesiones de aprendizaje con el personal que no asistió a la capacitación o con quienes necesitaban más experiencia aplicada para mejorar. Finalmente, algunas acciones no repercutieron directamente en el resultado, ya que abordaban otros aspectos de la atención de calidad, tales como mejorar la privacidad de las mujeres durante el parto.

También resaltamos que mientras el proceso de MC implementado en este estudio se concentraba en la atención materna y neonatal, el método participativo traía otros beneficios. Muchos de estos resultados no fueron medidos por el proceso de MC de este estudio, pero los comentarios cualitativos del personal y el equipo de capacitación de MC indican que el impacto de la intervención se expandió más allá de los resultados que se midieron en este artículo. Por ejemplo, el personal de la unidad de salud se empoderó no solo para identificar los problemas de sus establecimientos, sino también para buscar soluciones y crear cambios por ellos mismos. Estas capacidades permanecerán con el personal, que pueden seguir utilizándolas más allá del alcance del proyecto para lograr mejoras adicionales dentro de sus unidades de salud. Se les capacitó sobre la importancia de recolectar y usar la información para orientar su trabajo. Las relaciones de supervisión preexistentes se reforzaron con este proceso, y las capacidades obtenidas por los supervisores podrían ser utilizadas con otros trabajadores de la unidad más allá del parto y el trabajo de parto.

Al ser esta una de las primeras veces que el método de MC ha sido implementado en un entorno de conflicto prolongado, este estudio también demostró que las intervenciones mejoradas pueden ser implementadas con éxito en este contexto. Por cuestiones de limitación del entorno hubo que adaptar o flexibilizar algunos aspectos del proceso de MC, tales como la programación de visitas de supervisión regulares debido a cuestiones de acceso y seguridad, y la incorporación y capacitación de nuevos miembros del equipo a causa de la rotación de personal. Reforzar los sistemas de supervisión existentes, manteniendo la flexibilidad en la programación y planificar la incorporación de nuevos miembros del equipo con el pasar del tiempo a causa de la rotación de personal será esencial para el éxito de la implementación de MC en otros entornos de conflicto prolongado. Si bien el proceso de MC pudo ayudar a mejorar la entrega y calidad de la atención más allá de las mejoras percibidas a través de la capacitación clínica, hace falta más investigación para comprender el nivel de mejora visto sin capacitación clínica, y la factibilidad de aplicar MC en entornos más agudos, donde la rotación del personal y la supervisión se vean aún más afectados.

Limitaciones

Este estudio tiene muchas limitaciones que deberían ser tomadas en cuenta. Esta fue una muestra de conveniencia de las unidades de salud que recibían apoyo programático de IMC y que por lo tanto no son representativas de otras unidades de salud en la RDC. Los indicadores de nuestro estudio se midieron utilizando entrevistas cara a cara y la información registrada en los partogramas. Cada fuente tiene un sesgo potencial sobre notificación de temas. Si bien no empleamos al personal de salud para entrevistar a las mujeres, es posible que ellas, igualmente, se hayan sentido reacias a reportar tratamientos negativos o falta de tratamiento ya que las entrevistas se realizaban en las unidades de salud. La capacidad de las mujeres para recordar si recibieron los componentes de la atención AERN registrados en sus partogramas puede haber causado que los estimados sean más altos o más bajos que la atención realmente recibida. Los componentes de AERN registrados en los partogramas pueden haber sido sobrenotificados si el personal registraba atención que no entregaba, o puede que el personal olvidara marcar los casilleros durante la atención. Además, el proceso de MC incluyó objetivos de mejora ligados a la calidad de la información y mantenimiento de registros, dos áreas identificadas como particularmente deficientes durante la recopilación de datos de la línea base. Como los componentes de la variable AERN se extrajeron de los partogramas rellenados por el personal de la unidad de salud, algunas de las mejoras en la entrega de AERN pueden haberse debido a un mejor registro de datos. Dos de los desafíos más grandes al adaptar el método de MC

a este contexto de conflicto prolongado fueron: el acceso limitado a las unidades de salud debido a las ubicaciones remotas y cuestiones de seguridad, y una limitada comunicación entre el personal del proyecto, los establecimientos de salud y las participantes del estudio. Como resultado de estos desafíos, la supervisión no fue tan frecuente como podría haberlo sido en un contexto no humanitario. Finalmente, como el grupo de intervención mejorada informó haber logrado una conclusión de los componentes de AERN de 100% en la línea final, tuvimos que utilizar un modelo simplificado de GEE sin controlar las variables sociodemográficas, teniendo como resultado intervalos de confidencia muy amplios.

Conclusiones

Esta es una de las primeras veces que esta metodología de MC ha sido utilizada en un entorno de conflicto. Tanto el grupo de intervención mejorada como el grupo de control mostraron mejoras con el pasar del tiempo, después de una capacitación clínica en BemONC, AERN y en el uso del partograma. Ello destaca la importancia de la capacitación clínica brindada al personal de trabajo de parto y parto de la unidad, al principio de la intervención mejorada. Sin embargo, como lo demostró este trabajo, el grupo de intervención mejorada mostró tasas de variación de la entrega de MATEP y AERN significativamente mayores que las mejoras en capacitación clínica y pudo lograr tasas de finalización de AERN significativamente más altas. En entornos de conflicto humanitario, donde los recursos y el apoyo externo son particularmente escasos, el uso de un método de MC participativo donde el personal de la unidad de salud lo hace suyo, el proceso de mejoramiento puede brindar mayores logros en la prestación de servicios de atención sanitaria de calidad.

Reconocimientos

El proyecto fue una colaboración entre International Medical Corps, University Research Co., LLC, Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Ministerio de Salud de la Provincia de Kivu del Norte. Las autoras desean agradecer a muchas personas, dentro de estas organizaciones, que contribuyeron al éxito de este proyecto, agradeciendo particularmente a Michelle Dynes, Basia Tomczyk, y Curtis Blanton de CDC; Joel Djibrina, Balla Conde, Esperance Nyange, y Teiggy Birhula de IMC RDC; Kim Stover y Sabou Djibrina de URC; y las entrevistadoras de Kivu del Norte. Finalmente agradecemos a las muchas mujeres que gentilmente accedieron a participar de este estudio. Los resultados y las conclusiones de este informe pertenecen a las autoras y no representan necesariamente la posición oficial de los Center for Disease Control and Prevention. Todas las autoras declaran no tener conflictos de intereses. MH, KM, EH y JM prepararon el protocolo de estudio; MH, KM y EH escribieron el documento; EH y KM analizaron la información; LM lideró la recopilación de datos. Todas las autoras comentaron y aprobaron la versión final del artículo.

Financiamiento

El estudio fue financiado por el Programa del Elrah's Research for Health in Humanitarian Crises (R2HC), que busca mejorar los resultados en salud fortaleciendo la base empírica de las intervenciones de salud pública en crisis humanitarias, que fue financiado en partes iguales por el Welcome Trust y el Gobierno del Reino Unido.

ORCID

Michelle Hynes http://orcid.org/0000-0002-2204-6531
Erin Hulland http://orcid.org/0000-0003-2813-4476

Referencias

1. Salama P, Spiegel P, Talley L, et al. Lessons learned from complex emergencies over past decade. Lancet. 2004;364:1801–1813.
2. Heudtlass P, Speybroeck N, Guha-Sapir D. Excess mortality in refugees, internally displaced persons and resident populations in complex humanitarian emergencies (1998–2012) – insights from operational data. Confl Health. 2016;10:283.
3. Casey S, Chynoweth SK, Cornier N, et al. Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. Confl Heal. 2015;9.
4. Inter-agency Working Group. Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: 2010 revision for field-tested; 2010 [cited 2017 Aug 17]. Available from http://www.iawg.net/resources/IAFM%202010/IAFM-2010chapter6.pdf.
5. World Health Organization, US Agency for International Development, Maternal and Child Health Integrated Program. Active management of the third stage of labour: new WHO recommendations help to focus implementation. 2014.

6. Robb-McCord J, Sacks R. Newborn health in humanitarian settings field guide. New York (NY): United Nations Children's Fund, Save the Children; 2016.
7. Inter-agency Working Group on RH in Crises. Technical workshop on setting research priorities for reproductive health in crisis settings: summary of proceedings. Atlanta (GA); Unpublished report; 2011.
8. IDMC. Global report on internal displacement. Internal Displacement Monitoring Center. Norwegian Refugee Council; 2017 May.
9. United Nations High Commissioner for Refugees. DRC regional refugee response [cited 2017 May 17]. Available from: http://data.unhcr.org/drc/regional.php
10. DR Congo: 2017-2019 Overview. Kinshasa, Democratic Republic of the Congo: United Nations Office of Humanitarian Affairs (OCHA); 2017.
11. Statistics: Democratic Republic of the Congo: UNICEF; [cited 2015 Apr]. Available from: https://www.unicef.org/infobycountry/drcongo_statistics.html
12. Save the Children. State of the world's mothers 2014: saving mothers and children in humanitarian crises. Westport (CT); Save the Children; 2014.
13. International Medical Corps. North Kivu assessment report. Internal document; 2014.
14. Catsambas T, Franco L, Gutmann M, et al. Evaluating health care collaboratives: the experience of the quality assurance project. Bethesda (MD): University Research Co., LLC (URC); 2008.
15. Franco LM, Marquez L. Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 lessdeveloped and middle-income countries. BMJ Qual Safety. 2011;20:658.
16. Sibley L. Improving maternal and newborn health care delivery in rural Amhara and Oromiya regions of Ethiopia through the maternal and newborn health in Ethiopia partnership. J Midwifery Wom Heal. 2014;59:S6–S20.
17. USAID Health Care Improvement Project (HCI) Afghanistan: University Research Co., LLC; [cited 2014 Jan]. Available from: http://www.urc-chs.com/projects/usaid-health-careimprovement-project-hci-afghanistan
18. Haldane J. The estimation and significance of the logarithm of a ratio of frequencies. Ann Hum Genet. 1956;20:309–311.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,151-160
DOI: 10.1080/09688080.2017.1405675

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

REPORTE DE CASO

Estrategias legales para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la crisis de refugiados en Europa: un reclamo ante la Defensora del Pueblo Europeo

Elena Laporta Hernández
Abogada, Women's Link Worldwide, Madrid, España. Correspondencia: e.laporta@womenslinkworldwide.org

Resumen *En el contexto de la crisis de refugiados en Europa, se ha comprobado que las medidas adoptadas por las instituciones y los organismos de la Unión Europea con relación al respeto, protección y garantía de los derechos humanos son lamentablemente insuficientes. La formulación de una política de inmigración restrictiva, defensiva y basada en la seguridad ha llevado al incumplimiento de las obligaciones de derechos humanos por parte de los países europeos y la Unión Europea. En particular, el Acuerdo celebrado entre la Unión Europea y Turquía el 18 de marzo de 2016, además de externalizar las fronteras, situó en primer plano intereses económicos y políticos, lo cual produjo graves violaciones de los derechos humanos de las personas refugiadas y migrantes, incluidos sus derechos sexuales y reproductivos. En un esfuerzo por identificar los fracasos y las instituciones responsables de promover las medidas necesarias para mitigar los impactos negativos que estas políticas han tenido, la organización internacional de derechos humanos Women's Link Worldwide presentó una queja ante la Defensora del Pueblo Europeo. En su queja, Women's Link alega mala administración por parte de la Comisión Europea por su incumplimiento de realizar una evaluación del impacto que tuvo en los derechos humanos el Acuerdo celebrado el 18 de marzo de 2016 entre la UE y Turquía, así como de los informes sobre su ejecución. Dicha evaluación debería incluir una perspectiva de género y un enfoque de derechos del niño, y su omisión no solo representa un incumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos, sino que también afecta directa y negativamente los derechos de las mujeres, las niñas y los niños.*[1] *Enlace del artículo: https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405675*

Palabras clave: estándares de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, Unión Europea, crisis de refugiados, Defensora del Pueblo Europeo

Introducción

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados reportó que en 2015 hubo 65.3 millones de personas en el mundo obligadas a desplazarse, debido a persecuciones, conflictos, violencia extendida o violación de derechos humanos, lo que representó un aumento de 5.8 millones de personas con respecto al año anterior. En la segunda mitad de 2015, más de un millón de refugiados y migrantes (1'015,078) ingresaron a Europa tras cruzar el Mar Egeo de Turquía a Grecia. Este número es cuatro veces mayor que el del año anterior. Un 84% de estas personas venían de los países con mayor salida de refugiados, tales como Siria, Afganistán e Irak. Del total, 25% eran niños, 17% mujeres y 58% hombres.[1,2] Entre enero y diciembre de 2016, otras 362,376 personas cruzaron el Mar Mediterráneo.[3]

Si bien un amplio abanico de derechos puede verse afectado negativamente en entornos de crisis humanitarias, los derechos sexuales y reproductivos están entre los violados con mayor frecuencia.[1] A pesar de que estos derechos no fueron reconocidos internacionalmente sino hasta los

1 *Women's Link* hace una distinción clara entre derechos sexuales y derechos reproductivos, ya que la sexualidad no necesariamente está asociada a la reproducción.

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

años 1990 con el Programa de Acción de El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing,[4,5] hoy en día ya se encuentran completamente incorporados dentro del corpus de derechos humanos y han sido interpretados ampliamente por la ONU y otros organismos de derechos humanos regionales; por ejemplo, mediante el desarrollo del derecho a la vida, salud y privacidad; a no sufrir violencia de género, a no sufrir tortura u otro trato cruel, inhumano o degradante, y el derecho a la igualdad y a la no discriminación.[2]

Estos, son considerados derechos humanos fundamentales, esenciales para la dignidad de todas las personas. Son necesarios para poder ejercitar otros derechos, así como para lograr justicia social y desarrollo sostenible, inclusivo y equitativo y sociedades con mayor capacidad de recuperación. [6,7]

De acuerdo a los documentos internacionales de derechos humanos,[4,5,7–9] la salud y los derechos sexuales y reproductivos incluyen, como mínimo, el derecho a tomar decisiones libres, autónomas y responsables sobre nuestro propio cuerpo, incluyendo el tener hijos, y de ser así, cuándo y cuántos. También implican poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria, tener acceso irrestricto a información sexual y reproductiva, recibir educación sexual, tener acceso a servicios para interrumpir el embarazo, y disfrutar el mayor nivel posible de servicios médicos sexuales y reproductivos sin coerción, violencia o discriminación y en condiciones de dignidad e igualdad. En resumen, los derechos sexuales y reproductivos garantizan a las mujeres y niñas la autonomía y libertad para tomar sus propias decisiones y permitir un acceso real y efectivo a servicios de atención médica sexuales y reproductivos adecuados.

Claramente los refugiados y migrantes pueden gozar de estos derechos tanto como cualquier otro grupo de la población. Por ejemplo, tanto el Programa de Acción de El Cairo como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer abordaron específicamente la salud sexual y reproductiva y el acceso a servicios para personas desplazadas, en particular mujeres.[4,5] Más recientemente, la Declaración de las Naciones Unidas sobre Refugiados y Migrantes (Nueva York, 2016) afirmó lo siguiente:[10]

"Garantizaremos que nuestras respuestas a los grandes movimientos de refugiados y migrantes generalicen una perspectiva de género, promuevan la igualdad de géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas, y respetaremos y protegeremos por completo los derechos humanos de las mujeres y niñas. Combatiremos la violencia sexual y de género hasta el máximo posible. Proveeremos acceso a servicios médicos sexuales y reproductivos. Atacaremos las múltiples y entrecruzadas formas de discriminación contra mujeres y niñas refugiadas y migrantes. Al mismo tiempo, reconociendo las significativas contribuciones y el liderazgo de las mujeres en las comunidades de refugiados y migrantes, trabajaremos para garantizar su participación completa, igualitaria y significativa en el desarrollo de soluciones y oportunidades locales. Tomaremos en cuenta las diferentes necesidades, vulnerabilidades y capacidades de mujeres, niñas, niños y hombres."

Basados en los instrumentos antes mencionados sobre leyes vinculantes y no vinculantes de derechos humanos, los Estados tienen un conjunto de obligaciones y compromisos para respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres; en particular, sus derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo a los estándares establecidos bajo la legislación internacional de los derechos humanos,[8,11–14] que permanecen válidos en entornos de conflicto y posconflicto.[15] Incluyen obligaciones para proveer acceso a servicios médicos sexuales y reproductivos; acceso a información; soporte psicosocial; planificación familiar, incluyendo anticoncepción de emergencia; atención de maternidad, prenatal y posnatal; servicios de aborto seguro, incluyendo atención postaborto; y prevención y tratamiento para enfermedades de transmisión sexual.[16]

A pesar de lo mencionado anteriormente, los derechos sexuales y reproductivos de refugiados y migrantes en Europa han estado, y aún están, en riesgo. En términos generales, la respuesta de los gobiernos europeos y de las instituciones regionales a la crisis ha sido lamentablemente inadecuada[17,18] y no ha proporcionado mecanismos efectivos para proteger a los refugiados y migrantes que entran a la región.

Este artículo reflexiona sobre una estrategia jurídica que *Women's Link Worldwide* ha desarrollado exitosamente para brindar evidencia sobre estos fracasos y sus efectos en los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos.

2 Por ejemplo, la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25); el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Artículos 10 y 12); la Convención para la Eliminación de todo tipo de Discriminación contra las Mujeres (Artículos 12 y 16); la Convención sobre los Derechos del Niño (Artículo 24); y la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (Artículos 23 y 25).

El acuerdo entre la Unión Europea y Turquía

Women's Link Worldwide (*Women's Link)* es una organización internacional de derechos humanos que usa el poder de la ley para promover un cambio social que impulse y promueva los derechos de las mujeres y niñas, especialmente aquellas que sufren múltiples formas de discriminación. Tiene oficinas regionales en Bogotá (Colombia) y Madrid (España) y asociados en África Oriental, concentrando su labor en América Latina, Europa y África. Considera la relación dinámica entre los niveles globales, regionales y nacionales como una oportunidad para aprovechar los estándares existentes para mejorar la protección de los derechos de las mujeres y niñas en todo el mundo.

La organización considera las acciones y recursos legales como herramientas que pueden ser usadas para reforzar la infraestructura de derechos humanos. Crea y promueve estándares legales y jurisprudencia innovadora para defender los derechos de las mujeres y niñas, apoyar la capacidad y el compromiso de los defensores de los derechos humanos, y crear condiciones para un diálogo público que transformará sociedades y creará cambios duraderos.[3]

Women's Link sostiene que la respuesta de la Unión Europea y de sus Estados Miembros a la crisis de refugiados ha sido manifiestamente insuficiente, lo cual ha llevado a serias violaciones de los derechos humanos. En particular, la organización objeta una de las medidas tomadas por la Unión Europea como respuesta a la crisis de refugiados: la firma del Acuerdo con Turquía, el 18 de marzo de 2016.[20] El objetivo declarado de este acuerdo es combatir las actividades ilegales de traficantes y ofrecer alternativas menos riesgosas a los migrantes. Estableció, entre otras medidas, que a partir del 20 de marzo de 2016, los nuevos "migrantes irregulares" que lleguen a las islas griegas desde Turquía serán enviados de regreso.

Es una de muchas decisiones tomadas en años recientes que, en forma colectiva, contribuyen a la progresiva externalización de las fronteras de la Unión Europea. El acuerdo puso las consideraciones económicas y geopolíticas en primer plano, escondiendo el impacto negativo sobre los derechos humanos de refugiados y migrantes. En este caso, el reforzar la seguridad de las fronteras ha ido de la mano con un intercambio de ayuda extranjera en términos de apoyo económico y político entre la Unión Europea y Turquía. Por ejemplo, una gran cantidad de dinero ha sido otorgada a Turquía por su cooperación, en el cuerdo se incluyó una promesa para acelerar las negociaciones del ingreso de Turquía a la Unión Europea.[4]

Si bien el acuerdo establece que se pondrá en efecto dentro del marco del derecho de la Unión Europea y del derecho internacional y que se protegerá a todos los migrantes respetando los estándares internacionales relevantes, ha sido duramente criticado por una larga lista de organismos regionales e internacionales así como por organizaciones de derechos humanos, que objetan tanto su validez como su viabilidad, afirmando que no cumple con los principios de no rechazo y devolución de los migrantes y de "tercer país seguro",[5] socavando la ley de asilo y violando tanto las regulaciones de la UE como la Convención para Refugiados de la ONU.[6]

En abril de 2016, el Consejo de Europa publicó la Resolución 2109 (2016), titulada "La situación de los refugiados y migrantes bajo el Acuerdo entre la UE y Turquía del 18 de marzo de 2016", en la cual se dijo lo siguiente sobre el acuerdo:[21]

"La Asamblea considera que el Acuerdo entre la UE y Turquía plantea varios problemas serios sobre derechos humanos, tanto de esencia como de implementación, ahora y en el futuro […]."

3 Ver, por ejemplo, Roa y Klugman.19

4 El punto ocho del Acuerdo dice:
"La UE y Turquía reconfirmaron su compromiso a re-energizar el proceso de ingreso, como se estipuló en la declaración conjunta del 29 de noviembre de 2015 […]. Saludaron que la Comisión haga una propuesta a este efecto en abril. La labor preparatoria para abrir otros Capítulos continuará en forma acelerada, sin perjuicio a las posiciones de los Estados Miembros, de acuerdo con las reglas existentes."

5 De acuerdo a la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, el principio de no rechazo significa que "Nadie puede ser removido, sacado, expulsado o extraditado a un Estado donde haya serio riesgo de que él o ella sea sometido a la pena de muerte, tortura u otro trato o castigo inhumano o degradante" (artículo 19.2); La Directiva 2013/32/EU del Parlamento Europeo y del Consejo define "tercer país seguro" como "un país de origen donde, en base a la situación legal, la aplicación de la ley dentro de un sistema democrático y las circunstancias políticas en general, se puede demostrar que, en forma general y consistente, no hay persecución […], no hay tortura o trato o castigo inhumano o degradante ni amenazas debido a violencia indiscriminada en situaciones de conflicto armado internacional o interno."

6 La Comisión de Mujeres Refugiadas, por ejemplo, dijo:
"Si bien había que tomar acción urgente para manejar la crisis, la Comisión de Mujeres Refugiadas considera que el acuerdo es corto de miras, discriminatorio y legalmente dudoso, con ramificaciones profundas y alarmantes para los refugiados en busca de asilo y para la reunificación de familias en Europa, particularmente mujeres y niñas: Comisión de Mujeres Refugiadas."
El Acuerdo EU-Turquía no cumple con proteger a mujeres y niñas refugiadas, 2015, p. 25.

Entre otras cosas, esta resolución tiene que ver con el hecho de que el sistema de asilo de Grecia no cuenta con la capacidad para asegurar el registro oportuno de solicitudes de asilo, emisión de decisiones en primera instancia o determinación de apelaciones. También afirma que el regreso de solicitantes de asilo a Turquía como un "tercer país seguro" contradice el derecho de la Unión Europea y el derecho internacional: como Turquía no brinda protección de acuerdo a la Convención de Refugiados, los refugiados no tienen acceso efectivo al procedimiento de asilo.

El Relator Especial de la ONU sobre derechos humanos de migrantes también hizo un comentario sobre el Acuerdo durante su visita de seguimiento a Grecia:[22]

"Lo que falta en este desarrollo es una evaluación ex ante completa del impacto en los derechos humanos de la 'declaración' entre la UE y Turquía, la cual debería cubrir todos sus aspectos, así como un mecanismo claro para una supervisión ex post de los derechos humanos. Dicha supervisión debería extenderse por varios años para captar sus características cambiantes a lo largo del tiempo, especialmente considerando el largo periodo que toma llevar a las cortes y los tribunales los reclamos sobre violaciones constitucionales o de leyes de derechos humanos de la UE […]."

Women's Link también considera que el acuerdo se opone a los principios y valores de la Unión Europea y sus Estados Miembros, así como a las obligaciones y los compromisos hacia los derechos humanos que los vincula[7] y que ignora las necesidades particulares de protección médica para mujeres y niñas con respecto a acceso a asilo; acceso a atención médica, incluyendo salud y derechos sexuales; y al derecho a no sufrir violencia de género, entre otros temas.

Por esta razón, la queja busca traer a la luz la incapacidad de las instituciones y organismos de la Unión Europea y de los países europeos para respetar, proteger y garantizar adecuadamente los derechos humanos en el contexto de la crisis de refugiados debido al desarrollo de unas políticas de inmigración restrictivas, defensivas y basadas en la seguridad, así como identificar algunas de las instituciones responsables de promover las medidas necesarias para mitigar los efectos negativos que estas políticas han tenido.

Este artículo se concentra principalmente en los alegatos de la queja relacionados con violaciones de derechos sexuales y reproductivos.

La queja ante la Defensora del Pueblo Europeo

La queja contra la Comisión Europea por mala administración fue enviada a la Defensora del Pueblo Europeo el 21 de junio de 2016. Si bien el acuerdo fue adoptado por el Consejo de la Unión Europea, recae en la Comisión Europea la coordinación y organización de las estructuras de soporte necesarias para su implementación efectiva, por lo cual la queja fue interpuesta contra la Comisión. Tal como el Defensora ha señalado, en consonancia con el derecho primario de la Unión Europea:[8]

"[…] una buena administración significa, en primer lugar, observar y respetar los derechos fundamentales. De hecho, si los derechos fundamentales no se respetan, no puede haber una buena administración. Por lo tanto, las instituciones y organismos de la UE siempre deben considerar si sus acciones cumplen con los derechos fundamentales y el posible impacto de sus acciones sobre los derechos fundamentales." [9]

7 Artículo 21 del Tratado de la Unión Europea; la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea; el Marco y Plan de Acción Estratégico de la UE sobre Derechos Humanos y Democracia de junio de 2012; el Plan de Acción de la UE sobre Derechos Humanos y Democracia 2015-2019; las Estrategias de la UE para igualdad entre hombres y mujeres 2010-2015 y 2016-2019; las Guías de la UE sobre violencia contra mujeres y niñas y el combate contra todo tipo de discriminación contra ellas; las Guías de la UE para la promoción y protección de los derechos del niño; las Guías sobre la política de la UE hacia países no miembros de la UE sobre torturas y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes; y el derecho internacional público.

8 Por ejemplo, Artículo 21.1:
"Las acciones de la Unión en la escena internacional serán guiadas por los principios que han inspirado su propia creación, desarrollo y crecimiento, y que busca promover en todo el mundo: democracia, el estado de derecho, la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos y libertades fundamentales, respecto por la dignidad humana, los principios de igualdad y solidaridad, y respeto por los principios del Estatuto de las Naciones Unidas y el derecho internacional. La Unión buscará desarrollar relaciones y crear alianzas con países y organizaciones internacionales, regionales o globales que compartan los principios mencionados en el primer subpárrafo. Promoverá soluciones multilaterales para problemas comunes, en particular dentro del marco de las Naciones Unidas."
Artículo 21.2.b:
"La Unión definirá y buscará políticas y acciones comunes, y trabajará por un mayor grado de cooperación en todos los campos de las relaciones internacionales, para consolidar y apoyar la democracia, el estado de derecho, los derechos humanos y los principios del derecho internacional."

9 Defensora del Pueblo Europeo, Decisión en el caso 1409/2014/MHZ sobre el incumplimiento de la Comisión Europea de realizar una evaluación previa del impacto sobre los derechos humanos del tratado de libre comercio entre la UE y Vietnam.

En ese sentido, la queja pone de manifiesto el no haber realizado una evaluación del impacto en los derechos humanos del Acuerdo y de sus reportes de seguimiento.[23,24] Una evaluación de este tipo también debería haber incluido, inherentemente, la perspectiva de género y la protección de los derechos de los niños. La ausencia de una evaluación de impacto en los derechos humanos y las consecuencias derivadas de dicha ausencia han significado una violación a las disposiciones específicas del derecho europeo, estrategias y guías de derechos humanos y, en un sentido más amplio, la obligación de diligencia debida. Por ejemplo, el Marco y Plan de Acción Estratégico sobre Derechos Humanos y Democracia del 25 de junio de 2012 requieren que la Comisión "incluya los derechos humanos en todas las evaluaciones de impacto."

El objetivo de la queja es demostrar que la omisión ha colocado a los refugiados y migrantes en una posición extremadamente vulnerable, al no incluir mecanismos para asegurar que la implementación del Acuerdo sea hecha cumpliendo con las obligaciones de la Unión Europea con los derechos humanos, en particular con aquellos de las mujeres.

Adicionalmente, la falta de evaluación no ha permitido establecer medidas efectivas para prevenir violaciones a los derechos humanos,[10] detectar violaciones que hayan sucedido y evitar que se repitan. Como se describió antes, *Women's Link* ha señalado deficiencias en el acceso al asilo y a la protección internacional que cumplan con el principio de no rechazo y la evaluación del concepto de "tercer país seguro" desde una perspectiva de género, así como una protección insuficiente de los derechos a información, asesoría legal, libertad de movimientos, salud y derechos sexuales y reproductivos, y de no sufrir violencia sexual y otros tipos de violencia de género, incluyendo el tráfico de mujeres y niñas.

La queja incluye una perspectiva de género y un análisis inter-seccional. Es un hecho establecido que las crisis humanitarias afectan a las mujeres en forma desproporcionada, aumentando el riesgo de que sufran violencia de género (particularmente, violencia por parte de la pareja, violaciones y acoso sexual a manos de actores estatales y no estatales, esclavitud sexual, embarazos forzados, matrimonios de niños y tráfico de seres humanos), colocándolas en situaciones de mayor vulnerabilidad con respecto a enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados o de alto riesgo, y morbilidad y mortalidad materna.6

Los impactos diferenciados de las crisis humanitarias sobre mujeres y hombres, así como sus conexiones con la desigualdad y discriminación existentes contra las mujeres en forma más amplia, deben ser considerados para mitigar sus efectos. Por lo tanto, se deben diseñar e implementar políticas con una perspectiva de género basadas en los derechos humanos, tomando en cuenta las necesidades y los factores de riesgo específicos de las mujeres.[2]

Women's Link argumenta que tales consideraciones deben incluir las intersecciones entre discriminación, salud y derechos sexuales y reproductivos, y violencia de género. Por ejemplo, en el caso de la crisis de refugiados en Europa, la discriminación afecta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; ciertas violaciones de estos derechos constituyen formas de violencia de género; y esta, a su vez, constituye la forma más extrema de discriminación.

Adicionalmente, las historias y las experiencias de las mujeres son influenciadas por una larga lista de factores que se intersectan y que pueden aumentar los riesgos y situaciones de vulnerabilidad, particularmente en contextos de crisis humanitarias, incluyendo edad, nivel socioeconómico, situación migratoria, nivel de educación, estado civil, nacionalidad, origen étnico, discapacidades, sexualidad o estado de salud.[2,6]

Como se ha mencionado anteriormente, si bien es cierto que todos los refugiados y migrantes afrontan serios riesgos y violaciones de derechos humanos en el contexto de la crisis actual de refugiados, las mujeres y niñas han experimentado condiciones particularmente graves debido a su género, no solo en los países de destino sino también en los de origen y tránsito.

En el caso de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, estos riesgos incluyen embarazos tempranos; embarazos forzados; embarazos de alto riesgo debido al estrés físico y psicológico del desplazamiento forzado, que aumenta el riesgo de complicaciones, parto prematuro y muerte materna; embarazos no deseados; transmisión de VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente; violación; acoso sexual; violencia de la pareja; y prostitución forzada, entre otros.[2,17,18,25]

10 Los derechos humanos en riesgo debido al Acuerdo incluyen los derechos a la protección internacional, a ser libre de violencia y discriminación en territorio de la UE, a la integridad física y moral, a ser libre de tortura o de trato inhumano o degradante, a una vida privada y familiar, a la salud, a una atención médica sexual y reproductiva, y a ser libre de esclavitud o servidumbre forzada.

Estos riesgos han sido extensamente documentados por organizaciones internacionales y no gubernamentales y han estado presentes a lo largo de la ruta migratoria a Europa, en parte debido a la falta de cuidado especializado, personal y recursos. Es evidente que los servicios de atención de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos han sido inadecuados o inexistentes. Estos incluyen atención médica prenatal y posnatal, planificación familiar, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, atención para embarazos no deseados y atención postaborto. La falta de información ha hecho difícil para las mujeres saber dónde encontrar estos servicios y si tienen derecho a usarlos.[18,25,2]

En algunos casos, cuando se repartían artículos no comestibles a los refugiados y poblaciones desplazadas, las necesidades de las mujeres y niñas con frecuencia eran desatendidas, de tal forma que no se distribuían artículos como ropa interior o productos de higiene femenina. En otros casos, esos artículos eran provistos, pero no se entregaban directamente, creando obstáculos cuando las mujeres o niñas que los necesitaban no sabían que estaban disponibles o se sentían avergonzadas de pedirlos.[18]

Por otra parte, las estructuras y condiciones de los alojamientos disponibles para refugiados y poblaciones desplazadas han aumentado el riesgo de violencia de género, particularmente violencia sexual, y otros resultados negativos para la salud. El alojamiento muchas veces ha sido unisex, sin espacios separados para mujeres o incluso áreas privadas donde cambiarse la ropa. Los baños y las duchas han estado ubicadas en el mismo espacio y han sido usadas tanto por mujeres como por hombres; el consiguiente temor a esta situación ha limitado la libertad de movimientos de las mujeres refugiadas y desplazadas. Algunas mujeres reportaron haber permanecido sin comer o beber para no tener que ir a baños que no consideraban seguros. Las condiciones de las instalaciones a menudo no eran sanitarias, aumentando el riesgo de problemas de salud.[17,18,25,26]

Además, la protección para mujeres que sufrían o estaban en riesgo de sufrir violencia de género ha sido inadecuada o inexistente y han tenido dificultades para acceder a los servicios, cuando los había (por ejemplo, refugios). Los procesos para identificar a las sobrevivientes fueron inadecuados, y no hubo mecanismos para prevenir o reaccionar a los incidentes de violencia de género de forma integral y efectiva. Por ejemplo, no ha existido ayuda legal ni se han habilitado lugares seguros donde entrevistar a las sobrevivientes.[17,18,25]

Tampoco se tomaron medidas para superar las barreras de género, idioma y cultura, creando obstáculos para acceder a información y así identificar y usar los servicios disponibles. Por ejemplo, ha existido una escasez de personal calificado y personal femenino, vital para abordar ciertas violaciones de los derechos de las mujeres, y una falta de intérpretes.[17,18,25]

Particularmente, la queja a la Defensora del Pueblo se refiere a varias visitas de exploración que *Women's Link* realizó en Grecia y Turquía del 23 de abril al 1 de mayo de 2016, y en Grecia del 29 de mayo al 6 de junio de 2016.[27] Se debe tomar en cuenta que, en el caso específico de Grecia, una vez que el Acuerdo entró en vigencia, se llevó a los migrantes y refugiados a campamentos, limitando su libertad de movimiento.

Women's Link encontró deplorables condiciones de hacinamiento y mala higiene en los campamentos de Moria y El Pireo, donde se alojaba a los refugiados, así como una ausencia o deficiencia de servicios médicos sexuales y reproductivos para mujeres y niñas, además de barreras para acceder a ellos. Generalmente no se abordaba la necesidad urgente de servicios como atención prenatal (particularmente para embarazos y partos de alto riesgo), servicios de aborto seguro, atención ginecológica y prevención y tratamiento de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual mayormente, a pesar del mayor riesgo que las mujeres refugiadas y desplazadas afrontaban bajo esas condiciones.

También existía una falta de intérpretes en estos campamentos, lo cual dificultaba a las mujeres comunicarse y obtener información sobre sus derechos y sobre procedimientos legales (la información era dada en griego y en inglés). Incluso los abogados tenían acceso restringido a los campamentos.

La queja aborda algunos de los problemas estructurales dentro de los campamentos que aumentaban los riesgos de violencia de género, un factor que *Women's Link* ha documentado en el contexto de esta y otras crisis humanitarias.[11] En El

11 *Women's Link,* junto con varias otras organizaciones, solicitó medidas cautelares de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos para proteger los derechos de las personas desplazadas que vivían en campamentos después del terremoto en Haití de 2010. Las medidas solicitaban disposiciones específicas para proteger a las mujeres de la violencia sexual y facilitarles el acceso a servicios médicos, incluyendo anticoncepción

Pireo, las mujeres tenían acceso solo a unas pocas duchas, excusados y letrinas portátiles. Las letrinas estaban sucias y las mujeres preferían ir a otros sitios, pero temían sufrir violencia allí. En este caso, *Women's Link* argumenta que la ausencia de una evaluación de impacto impidió prevenir, investigar, procesar, sancionar o incluso otorgar reparaciones por incidentes de violencia sexual y otras formas de violencia de género, las cuales prevalecían debido a la estructura y las condiciones de los campamentos.

Estas condiciones también han aumentado el riesgo de que las mujeres y niñas sean víctimas de traficantes de personas. No existían procedimientos adecuados para identificación y protección de las víctimas, a pesar de que este tipo de tráfico es una forma de persecución por género y, por lo tanto, una base válida para solicitar asilo. En ese sentido, no había perspectiva de género al procesar los pedidos de asilo; hay que tener en cuenta, además, que el sistema de asilo estaba sumido también en una profunda crisis.

La queja concluye en que la obligación de diligencia debida de la Comisión Europea requiere, en concordancia con el marco de la UE, una evaluación del impacto diferenciado, particular y adverso de la crisis humanitaria, que tome en cuenta los derechos de las mujeres y niñas. Una evaluación del impacto sobre los derechos humanos es un instrumento clave para determinar si las políticas y acciones adoptadas por la Unión Europea están conduciendo a violaciones de los derechos humanos. Tal evaluación debería servir como una herramienta de monitoreo continuo para prevenir y remediar violaciones a los derechos humanos y asegurar que no se repitan.

La decisión de la Defensora del Pueblo Europeo

En respuesta a esta queja y otras similares presentadas por varias organizaciones no gubernamentales españolas y ciudadanos privados, la Defensora del Pueblo Europeo abrió una investigación conjunta sobre los alegatos, contactó a la comisión y, luego de realizar una evaluación de las respuestas y comentarios de los demandantes, emitió una decisión el 18 de enero de 2017,[28] donde recomendaba a la comisión incluir en sus reportes los factores que podrían perjudicar a los derechos humanos y las medidas para mitigar sus impactos. Los argumentos de la comisión, en sus respuestas a la queja, se concentraron en dos temas. Primero, argumentó que el acuerdo era de naturaleza política. Según la Comisión, no constituía un acuerdo internacional sino una declaración política y, por lo tanto, no era necesaria una evaluación de derechos humanos. Segundo, argumentaba que, en todo caso, la evaluación se reflejaba en los reportes periódicos del progreso del acuerdo y en la comunicación del 16 de marzo de 2016[29] sobre las medidas de cooperación entre la Unión Europea y Turquía. Citaba una disminución del número de migrantes irregulares y solicitantes de asilo que ingresaban a Europa, así como la ayuda financiera otorgada por la Unión Europea a Grecia y Turquía, incluyendo ayuda humanitaria, y la atención brindada a los grupos vulnerables.

Sobre el primer argumento, la Defensora del Pueblo Europeo adoptó la siguiente posición:

"[…] ni la naturaleza política [del Acuerdo], ni el título "Acuerdo" o "Declaración" disminuyen de ninguna manera la responsabilidad de la Comisión para asegurar que sus acciones cumplan con los compromisos de la UE con respecto a los derechos fundamentales. La Defensora del Pueblo hace notar la permanente opinión de su oficina de que una buena administración significa, en primer lugar, observar y respetar los derechos fundamentales; cuando los derechos fundamentales no se respetan, no puede haber buena administración. Por lo tanto, para todas las políticas y acciones de instituciones y organismos de la UE que afectan a seres humanos, cualquier evaluación debe contener una consideración explícita de los efectos sobre los derechos humanos de dichas políticas y acciones. Tales evaluaciones de impacto deben considerar el principio de proporcionalidad."

A pesar de que la Defensora del Pueblo no negó la dimensión política del acuerdo en su decisión, anotó que su implementación se estaba llevando a cabo a través de acciones administrativas, y que de acuerdo al derecho europeo[12] se tenía que realizar una evaluación, ya que dicha implementación impactaba los derechos humanos de los migrantes y la capacidad de la Unión Europea

de emergencia. La violencia se estaba dando en parte debido a las condiciones estructurales de los campamentos: Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. Medida cautelar No. MC 340/10: Mujeres y niñas víctimas de violencia sexual viviendo en 22 campamentos de personas internamente desplazadas en Port-au-Prince, Haití. 2010. http://www.oas.org/en/iachr/decisions/precautionary.asp

12 La Defensora del Pueblo cita el Preámbulo de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y el Artículo 6(3) del Tratado de la Unión Europea.

y de sus Estados Miembros de cumplir sus obligaciones con los derechos humanos.

Pasando al segundo argumento de la comisión, la Defensora del Pueblo citó su propia definición de una evaluación de impacto:[13]

"[…] la evaluación del impacto en los derechos humanos no es una recolección de datos ni una respuesta a la oposición pública, sino una herramienta analítica para demostrar que todos los factores y circunstancias necesarios han sido tomados en cuenta al formular una política. La herramienta de evaluación del impacto en los derechos humanos identifica las fuentes de riesgo y los impactos sobre los derechos humanos de los interesados en cada etapa de la vida del proyecto. Su rol es en primer lugar preventivo, ya que cuando se identifican impactos negativos, o bien las disposiciones negociadas deben ser modificadas o se debe decidir sobre medidas de mitigación antes de que el acuerdo se ponga en vigencia."

Para la Defensora del Pueblo, esta herramienta puede ser usada antes, después, o tanto antes como después de poner en ejecución un acuerdo que pueda tener implicancias sobre los derechos humanos. En este caso, no se usó antes de poner en vigencia el acuerdo, y la información incluida en la comunicación y los reportes posteriores fue inadecuada, consistiendo solo de información general que no permitía determinar posibles efectos adversos. Por lo tanto, la opinión de la Defensora fue que no podía ser considerada como "un sustituto adecuado para una evaluación del impacto en los derechos humanos."

La Defensora continuó diciendo que la evaluación debía ser hecha en forma continua durante la duración del acuerdo y que debería incluir un análisis de su impacto sobre los derechos humanos a la luz de las obligaciones especificadas en la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y en el derecho humano internacional.

Añadió que tal evaluación debería dar respuestas a tres preguntas:

"(i) ¿Cuál es el impacto (directo e indirecto) de la implementación del acuerdo sobre los derechos humanos de los individuos que se ven afectados directamente por este, en particular los de las mujeres, niños y personas con discapacidades? (ii) ¿Hasta qué punto son las agencias relevantes de la UE y los Estados Miembros capaces de cumplir sus obligaciones con los derechos humanos en el contexto de la implementación del Acuerdo? (iii) De ser aplicable, ¿qué medidas de mitigación son necesarias?"

La Defensora del Pueblo concluyó que los informes de situación sobre la implementación del Acuerdo deberían incluir una sección separada que aborde los temas que potencialmente afecten los derechos humanos, en forma directa o indirecta, así como medidas para minimizar los impactos negativos. Esta sugerencia no ha sido puesta en práctica por la comisión; no se incluyó una sección así en el reporte[30] que presentó unas semanas después de la emisión de la Decisión de la Defensora del Pueblo.

Conclusión

A través de esta estrategia legal, la comunidad de derechos humanos pudo defender la necesidad de evaluaciones de impacto que podrían medir el efecto de las políticas migratorias sobre los derechos humanos de las mujeres y niñas refugiadas en la actual crisis humanitaria en Europa.

Al hacer esta recomendación, sin importar la naturaleza de una política o acción específica a ser emprendida, la Decisión da cabida para una amplia interpretación de las obligaciones de las instituciones y organismos de la Unión Europea hacia los derechos humanos.

Al mismo tiempo, reafirma que los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, deben ser respetados sin importar el estado migratorio de un individuo. Reafirma que la introducción de nuevas políticas o acuerdos no pueden ser una excusa para bajar los estándares. La decisión resalta que si no hay una evaluación de ese tipo de los derechos humanos, la Unión Europea y los países europeos no pueden asegurar que están respetando los derechos humanos.

Sin embargo, la Decisión también representa algunos retos. Por ejemplo, se refiere a los derechos humanos en general. Esto significa que hay una necesidad constante de reforzar que los derechos de la mujer son derechos humanos, que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, y que estos deben ser garantizados. En ese sentido, es esencial la labor de activistas y organizaciones de derechos humanos para crear conciencia y continuar denunciando la falta de cumplimiento con los estándares legales.. La capacidad de trabajar colaborativamente a nivel nacio-

13 La Defensora del Pueblo ofreció por primera vez esta definición en su Decisión 1409/2014/MHZ sobre el incumplimiento de la Comisión Europea de realizar una evaluación previa del impacto sobre los derechos humanos del tratado de libre comercio entre la UE y Vietnam.

nal y regional, estableciendo también los vínculos entre las políticas y responsabilidades europeas con las nacionales, es crítica.

La comisión no ha tomado aún pasos concretos para cumplir con la decisión, creando nuevos retos y oportunidades. Los siguientes pasos de acción y defensa podrían incluir la identificación de casos individuales de mujeres y niñas cuyos derechos sexuales y reproductivos han sido violados, y litigarlos ante cortes europeas y nacionales. De esta forma, el incumplimiento con este tipo de evaluación puede ser usada en futuras estrategias jurídicas o no jurídicas para defender los derechos sexuales y reproductivos, como un indicador de negligencia.

Así, tanto la queja como la decisión resultante sientan las bases para esfuerzos continuos a fin de implementar estándares de derechos humanos que protejan los derechos de migrantes y refugiados en situaciones de crisis humanitarias.

Referencias

1. United Nations Refugee Agency. Global trends: forced displacement in 2015. 2015. p. 2, 7, 32, and 33. Available from: http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html
2. UN Women. Gender assessment of the refugee and migration crisis in Serbia and FYR Macedonia. 2016. p. 2. Available from: http://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/01/gender-assessment-of-the-refugeeand-migration-crisis-in-serbia-and-fyr-macedonia
3. United Nations Refugee Agency. Refugees and migrants see arrivals in Europe. Monthly data update. December 2016. Available from: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Monthly_Arrivals_to_Greece_Italy_Spain_Jan_Dec_2016.pdf
4. United Nations Population Fund. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development in Cairo in 1994. 20th Anniversary Edition. 2014. Bases for action 7.2 and 7.3. Available from: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf
5. United Nations General Assembly. Report of the Fourth World Conference on Women. UN Doc. A/CONF.177/20/Rev.1.New York: UN; 1996. paras. 94 and 95. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf
6. United Nations Population Fund. State of World Population 2015. Shelter from the storm. A transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world. New York: United Nations Population Fund; 2015. p. 8, 11 and 92.
7. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Montevideo consensus: first session of the regional conference on population and development in Latin America and the Caribbean. 2013. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21860/4/S20131039_en.pdf
8. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. UN Doc. E/C.12/2000/4. 2000. para. 11.
9. Human Rights Council. Report of the working group on the issue of discrimination against women in law and in practice: health and safety. UN Doc. A/HRC/32/44. 2016. paras. 13, 14 and 23.
10. General Assembly of the United Nations. New York Declaration for Refugees and Migrants. UN Doc. A/RES/71/1 2016. para. 31.
11. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Article 12. Resolution 34/180 of 18 December 1979. General Assembly of the United Nations.
12. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation 19: Violence against women. UN Doc. A/47/38.
13. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation 24: Women and health. UN Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I.
14. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 16: Article 3: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights, UN Doc. E/C.12/2005/4. 2005. para. 29.
15. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation 32 on the genderrelated dimensions of refugee status, asylum, nationality and statelessness of women. UN Doc. CEDAW/C/GC/32. 2014. paras. 7–8.
16. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General Recommendation 30: women in conflict prevention, conflict and post-conflict situations. UN Doc. CEDAW/C/GC/30 GR 30. 2013. para 52 c) and 57 g).
17. United Nations Refugee Agency, United Nations Population Fund and Women's Refugee Commission. Initial assessment report: protection risks and responses for women and girls in the European refugee and migrant crisis. Greece and the Former Yugoslav Republic of Macedonia. 2016. p. 3–5. Available from: http://www.unhcr.org/569f8f419.pdf
18. Women's Refugee Commission. No Safety for Refugee Women on the European Route: Report from the Balkans. 2016. p. 3–5. Available from: https://www.womensrefugeecommission.org/gbv/resources/1265-balkans-2016

19. Roa M, Klugman B. Considering strategic litigation as an advocacy tool: a case study of the defence of reproductive rights in Colombia. Reprod Health Matters. 2014;22 (44):31–41.
20. European Union. EU-Turkey Statement. 18 March 2016. Available from: http://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2016/03/18-eu-turkey-statement/
21. Council of Europe. Resolution 2109 (2016): the situation of refugees and migrants under the EU–Turkey Agreement of 18 March 2016. Available from: http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=22738&lang=en
22. UN Special Rapporteur on the human rights ofmigrants. Visit to Greece. Available from: http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=19972&LangID=E
23. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council: First Report on the progress made in the implementation of the EU-Turkey Statement. COM (2016) 231 final. April 2016.
24. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council: Second Report on the progress made in the implementation of the EU-Turkey Statement. COM (2016) 349 final. June 2016.
25. Women's Refugee Commission. EU-Turkey Agreement Failing Refugee Women and Girls. New York: Women's Refugee Commission; 2016.
26. Nobel Women's Initiative. Women Refugees at Risk in Europe. Ottawa, Canada: Nobel Women's Initiative; March 2016. p. 9.
27. Women's Link Worldwide. Trapped in Europe. Dignity denied. 2016. Available from: http://www.womenslinkworldwide.org/files/8a73611615c5dd0af3571f66cee82df0.pdf
28. European Ombudsperson. Decision in the joint inquiry into complaints 506-509-674-784-927-1381/2016/MHZ against the European Commission concerning a human rights impact assessment in the context of the EU-Turkey Agreement. 2017. Available from: https://www.ombudsman.europa.eu/cases/decision.faces/en/75160/html.bookmark
29. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council: Next operational steps in EUTurkey cooperation in the field of migration. COM (2016) 0166. 2016.
30. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the European Council and the Council: Fifth Report on the progress made in the implementation of the EU-Turkey Statement. COM (2017) 204 final. March 2016.

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

© 2018 edición en español, 2017 edición en inglés,
Reproductive Health Matters 25:51,161-162
DOI: 10.1080/09688080.2017.1410361

RHM TEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA

DE NUESTRA BIBLIOTECA

Nuevos recursos para promover la investigación sobre salud sexual y derechos reproductivos en situaciones de crisis humanitaria

Métodos de investigación sobre violencia de género en situaciones de crisis humanitaria: evaluación de las evidencias y algunas recomendaciones[1]

El documento de orientación *Métodos de Investigación sobre Violencia de Género en Condiciones de Crisis Humanitaria…* de las autoras, Mazeda Hossain y Alys McAlpine, nos ofrecen recomendaciones en las áreas de metodología y ética de la investigación para apoyar a investigadores a desarrollar propuestas de investigación en el tema de la violencia basada en el género (VBG).

Por otro lado, el Programa de Investigación de Elrha para la salud en situaciones de crisis humanitarias (R2HC, por sus siglas en inglés) encargó la elaboración de las pautas mencionadas para que los candidatos a becas u otras posibles ayudas financieras, en la oferta anual del R2HC, puedan estar bien informados al respecto. Este documento-guía seguramente será de interés para cualquier especialista inmerso en el desarrollo y conducción de investigaciones rigurosas y ajustadas a las diversas situaciones de violencia de género, y a su prevención y remedio en situaciones de crisis humanitaria.

Las recomendaciones contenidas en este documento de orientación se han desarrollado luego de evaluar la evidencia de incidentes de violencia de género en situaciones de crisis humanitaria: un estudio y evaluación sistemáticos de situaciones de crisis humanitarias, así como una revisión de los métodos empleados para la investigación, con la presentación de ejemplos de casos. Para poder resumir toda la evidencia disponible hasta el momento, las autoras han enfocado el tema en múltiples etapas, proponiendo recomendaciones para llevar a cabo investigaciones sobre el tema de la violencia de género en situaciones de crisis humanitarias. Como paso previo, ellas estudiaron tres publicaciones que les han servido de base para determinar orientaciones, y subsanar las deficiencias ocasionadas por la falta de evidencia con los métodos actuales de investigación sobre violencia de género. El conocimiento de estas publicaciones les ha servido, asímismo, para tomar en cuenta los métodos de evaluación que se emplean en la investigación, y para formular [tomaron en debida cuenta las] recomendaciones sobre las mejores prácticas en la realización de estudios sobre violencia de género.

Nuevo instrumento de investigación ética para Investigadores de Salud Pública que trabajan en situaciones de crisis humanitaria.

Toda investigación requiere de una cuidadosa consideración preliminar de las potenciales repercusiones éticas del trabajo a realizar; los investigadores que trabajan en contacto directo con el público deben estar perfectamente informados sobre el impacto posible y las consecuencias que pueden tener sus actividades en situaciones de crisis humanitaria. La importancia de una ética profesional es especialmente decisiva cuando se está en situaciones de vulnerabilidad extrema, conmoción social, riesgo, y posibles conflictos.

Algunas consideraciones éticas incluyen cuestiones como cuándo iniciar la investigación luego de una situación de crisis aguda; o cómo se debe proteger tanto a los investigadores nacionales y extranjeros – igual que a los participantes - de cualquier posible riesgo o de posibles repercusiones. Se debe garantizar, asimismo, la seguridad de todos los participantes en esa tarea. A menudo, la investigación en tales condiciones se lleva a cabo con limitados recursos e infraestructuras y sin acceso a mecanismos de supervisión local que contemplen cuestiones éticas. Además, muchos investigadores y participantes se ven obligados a enfrentar retos implícitos cuando trabajan en diferentes contextos culturales, idiomáticos y de

© 2017 Las Autoras. Publicado por Informa UK Limited representando a Taylor & Francis Group. Este es un artículo de acceso libre, distribuido bajo los términos de Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.

formación académica. Más aún, investigadores y participantes tienen que negociar lo que luego serán las diversas prioridades por atender, así como los muy difíciles temas relacionados con cuestiones de mando, privilegios y conocimientos.

En 2017, el Programa R2HC de ELRHA encargó la elaboración del documento "Orientaciones para llevar a cabo una investigación ética", que pudiera servir de guía a los investigadores de salud pública que trabajan en situaciones de crisis humanitaria. Los autores son: Chesmal Siriwardhana, Sapto Lignou, Shannon Doherty y Dónal O'Mathúna. Tales orientaciones tienen el propósito de estimular el debate y la reflexión sobre las diversas consideraciones éticas con las que un investigador se enfrenta en situaciones de crisis humanitarias. Estas han sido organizadas en torno a la elaboración, ejecución, divulgación y evaluación de los resultados de un proyecto de investigación, posterior a la investigación misma.

El enfoque de este instrumento de ética en la investigación, reconoce que frecuentemente se suscitan debates en torno a qué tipos de investigación o de proyectos requieren la aprobación previa de parte de comités de ética, o de juntas institucionales de evaluación. Además, toman en cuenta que a veces las distintas jurisdicciones tienen sus propios marcos legislativos y reglamentarios, y que estos pueden ser aplicables dependiendo del tipo de investigación que se lleve a cabo.

Por lo tanto, estas orientaciones plantean una definición muy amplia de lo que es "una investigación," poniendo énfasis en que las varias actividades de constatar evidencias y recopilar datos pueden también dar lugar a similares cuestionamientos éticos, y que estos deben ser cuidadosamente estudiados y tomados en cuenta por quienes realizan esa tarea.

El marco ético que ofrecen estas orientaciones se basa en el anterior Marco Ético de R2HC y fue desarrollado después de estudiar los artículos recientes sobre el tema, tomando en cuenta el análisis de otras orientaciones éticas disponibles, y en consulta con una serie de interesados.

Este instrumento guiará al usuario para reflexionar sobre riesgos versus beneficios, confidencialidad, privacidad y protección de datos, consentimiento informado, y sobre todas las aprobaciones éticas que sean necesarias. Luego indicará al usuario qué temas éticos pueden presentarse mientras se lleva a cabo el trabajo de campo, incluyendo la ética de uno o más participantes. El lector reflexionará sobre temas éticos que deben tomarse en cuenta después de concluir la investigación, incluyendo divulgación, sostenibilidad y reflexiones sobre los resultados de la investigación y sobre el proyecto. Dado el carácter tan crítico y complejo de la ética de la investigación en situaciones de crisis humanitaria, estas orientaciones servirán de ayuda a los investigadores en salud pública, incluyendo aquellos que trabajan en el contexto de salud sexual y derechos reproductivos.

Prevención de violencia en el hogar: estrategias prometedoras para situaciones de crisis humanitarias

El informe sobre "Prevención de violencia en el hogar: Estrategias prometedoras en situaciones de crisis humanitaria" de 2017, examina toda la literatura disponible para compilar estrategias que pueden prevenir la violencia en el hogar y en situaciones de crisis humanitaria. Sus autores son Khudejha Ashgar, Beth Rubenstein y Lindsay Stark, en nombre de la Alianza para la Protección en la Acción Humanitaria; por la Red de Aprendizaje CPC, UNICEF y USAID. Hace hincapié en que la violencia contra la mujer y la violencia contra los niños son, ambos, temas globales y a la vez epidemias íntimamente entretejidas, y que la violencia contra mujeres y niños ocurren frecuentemente dentro de la misma familia. Sin embargo, los autores también hacen notar que la mayoría de las intervenciones de parte de todos los sectores interesados en la protección de la niñez y la lucha contra la violencia de género han resultado fragmentadas al afrontar estos casos dentro de situaciones de crisis humanitarias.

En cuanto a la atención sobre la violencia contra las mujeres y niños en situaciones de crisis humanitaria, los autores señalan que no siempre se focalizan en la violencia dentro de la familia, incluyendo la violencia perpetrada por uno de los cónyuges, o parejas íntimas, o cuidadores, a pesar de que la mayoría de los actos de violencia se cometen dentro del hogar. En cambio, la atención tiende a concentrarse en ciertas formas de violencia de gran impacto mediático (por ejemplo, de parte de las fuerzas armadas, o el abuso y explotación de parte de los "trabajadores humanitarios"). Este estudio examina con un lente holístico las intervenciones realizadas en situaciones de crisis humanitaria que podrían aplicarse en la prevención primaria de violencia interpersonal dentro del hogar, incluyendo violencia contra las mujeres, o los niños, o ambos. Entre otras conclusiones, el

estudio determina que solo 6 de 43 intervenciones realizadas se concentraron en prevenir tanto la violencia entre cónyuges o parejas como aquella contra los niños. Por ello se sugiere que podrían estarse perdiendo oportunidades para cubrir algunas deficiencias dentro de los programas que se están realizando en el presente para remediar algunos casos de violencia estrechamente entretejidos dentro del hogar contra niños y mujeres.

Asimismo, señala que existe una gran carencia de información sobre poblaciones clave, subgrupos – incluyendo refugiados – poblaciones desplazadas y poblaciones afectadas por situaciones de crisis en el Medio Oriente y la Región de África del Norte. Además, el estudio determina que los casos mayormente detectados son los de violencia física. De las 32 intervenciones de evaluación, solo 13 han indicado casos de violencia múltiple. No se encontraron inconsistencias respecto a la definición de lo que es violencia para llevar a cabo las intervenciones, pero también se comprobó que las evaluaciones que se realizan en varios sitios a la vez son muy pocas y muy distanciadas en el tiempo. El presente estudio constituirá, seguramente, un recurso válido con aportes importantes para los investigadores que trabajan en temas tales como violencia doméstica en situaciones de crisis humanitaria. Ofrece una guía, un mapeo del territorio para realizar investigaciones y evaluaciones mejor informadas y con posibles intervenciones más concretas.

Por: Reproductive Health Matters