

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

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

Kingsley Chukwumalu,<sup>a</sup> Meghan C. Gallagher,<sup>b</sup> Sabine Baunach,<sup>c</sup> Amy Cannon<sup>b</sup>

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 morbilidad 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](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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

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.<sup>3-5</sup> A pesar de ser reconocido como un factor que contribuye significativamente a las muertes ma-

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.<sup>3,6,7</sup>

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 morbilidad 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.<sup>8</sup> 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.<sup>8,9</sup>

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.<sup>10-13</sup> La necesidad de servicios de SR en zonas de conflicto es grande y su acceso es difícil.<sup>14</sup> 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 De-

sarrollo de 1994, los vacíos en el servicio de SR siguen existiendo en intervenciones fundamentales, tales como los servicios de APA necesarios para la supervivencia.<sup>15-17</sup> Mejorar el acceso a la APA, planificación familiar (PF) y otros servicios de mujeres en entornos humanitarios es una estrategia clave para prevenir la morbilidad 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.<sup>16</sup> 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.<sup>18</sup> 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.<sup>19,20</sup> 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.<sup>21</sup>

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.<sup>22</sup>

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.<sup>23</sup> La capacitación integral contenía, entre sus temas, el tratamiento para complicaciones de abortos, incluyendo aspiración endouterina

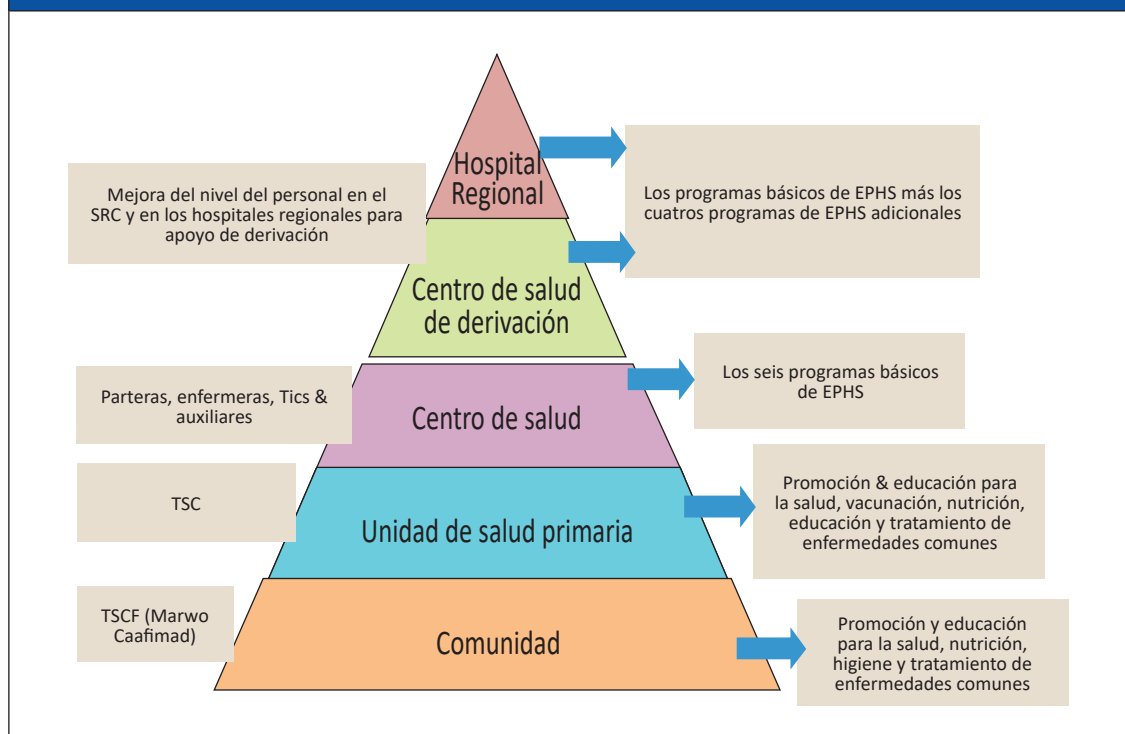
(AVM) y misoprostol; consejería de PF postaborto y un amplio rango de métodos anticonceptivos, incluyendo métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC por sus siglas en inglés) y métodos permanentes. Además, los trabajadores de salud fueron capacitados en otras áreas necesarias para 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 doxiciclina, 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 un 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 capacitó 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.

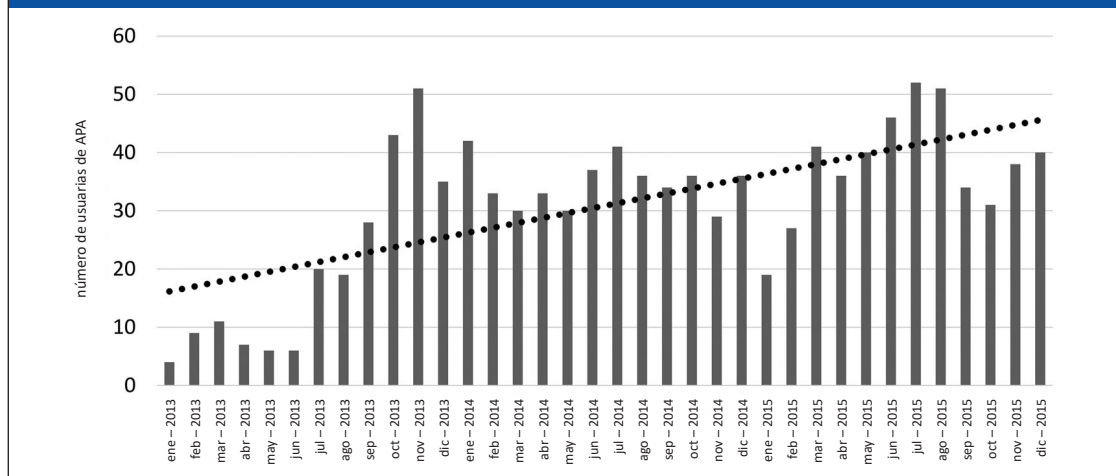
### *Resultados*

#### *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**



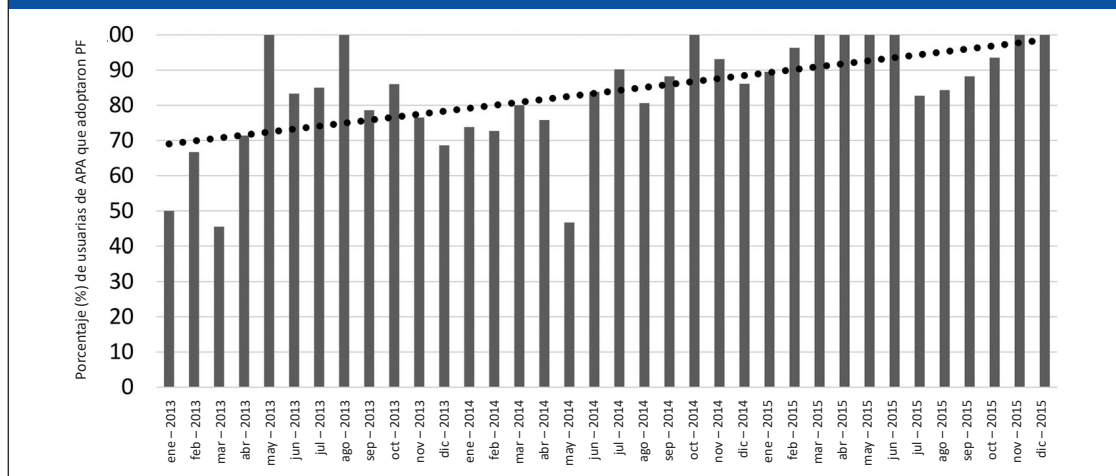
**Aceptación de la consejería y cuidados postaborto de PF**

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.

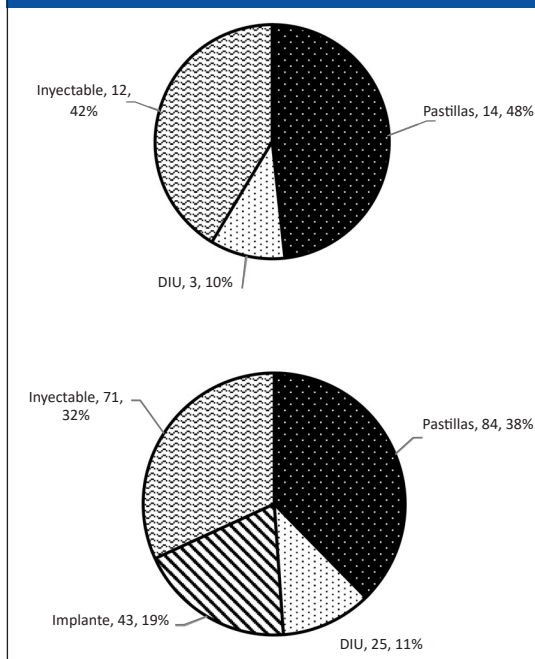
Previamente a la implementación del programa, solo el hospital contaba con servicios de APA y solo realizaba evacuaciones utilizando D&C. A pesar de sus ventajas, seguridad y rentabilidad, MVA era muy difícil de conseguir en Puntland a causa de la ausencia de personal capacitado e insumos. Luego de la 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.<sup>24</sup> 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.<sup>8</sup>



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%.<sup>25</sup> 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.<sup>26</sup>

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.<sup>27,28</sup> 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

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



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.<sup>29</sup> 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.

### 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. Maxwell L, Voetage 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 middle-income 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.
-