

## ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

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

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

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, Ouagadougou, 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](mailto: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

*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<sup>1</sup>. 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.<sup>2</sup> 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.<sup>3-5</sup> 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<sup>6</sup>. 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<sup>7</sup>. 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<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>. 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.<sup>11</sup>

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 <sup>2</sup> 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.<sup>12, 13</sup> También se puede acceder a estos módulos en línea.<sup>14</sup>

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<sup>15</sup>. 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<sup>16</sup>. 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 CMO SVS 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 CMO SVS, 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 CMO SVS 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 CMO SVS, 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 CMOVS. 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.<sup>17</sup> 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.<sup>7,8</sup>

La investigación operativa de los pilotos CMOVS 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 CMOVS, especialmente en Burkina Faso. El módulo CMOVS 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 CMOVS, 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.<sup>18</sup> 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.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup> 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 MISIP 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 módulo 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

- 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: PMC4558004.
- Lisam S. Minimum initial service package (MISP) for sexual and reproductive health in disasters. *J Evid Based Med*. 2014;7(4):245–248.
- Casey SE. Evaluations of reproductive health programs in humanitarian settings: a systematic review. *Confl Health*. 2015;9(1):S1.
- 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.
- 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.
- 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.
- Médecins Sans Frontières. Training brochure 2016. Geneva: MSF OCG; 2016.
- Marie Stopes Kenya. International training centre. Available from: <http://internationaltrainingcentre.org/>
- 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.
-