

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

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 separada-

mente. 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 daba 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 maestría¹⁴. 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 somalí², 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 parecen estar sumamente influenciados por creencias socio-culturales 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 creati-

vas 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/uploads/2013/08/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>
-