



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

Máster Universitario en Cooperación Internacional al
Desarrollo: Gestión y Dirección de Proyectos

Programa de aborto seguro y cuidados postaborto en la República Democrática del Congo

Trabajo fin de máster presentado por:	Gema Latorre Marco
Tipo de trabajo:	Proyecto de intervención social
Director/a:	Manuel Antonio Jiménez Castillo
Fecha:	Julio 2021

**“Las mujeres no están muriendo por enfermedades que no podemos tratar.
Mueren porque las sociedades aún no han tomado la decisión de que vale la
pena salvarles la vida.”**

*Mahmoud Fathalla, Doctor en Medicina. Antigo presidente de la Federación Internacional de Ginecología y
Obstetricia, hablando sobre el problema del aborto inseguro*

Resumen

El aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal. Puede ser espontáneo, si no hay una intención deliberada, o inducido, en cuyo caso las condiciones en que se realizan y la persona que lo facilita determinan el éxito, la seguridad y las consecuencias del proceso.

Los abortos inseguros constituyen una de las causas de morbilidad materna más importantes a nivel mundial, y la única evitable prácticamente en su totalidad.

En la República Democrática del Congo, pese a la dificultad para conseguir datos fiables relativos a este aspecto debido a la alta sensibilidad que provoca el tema y al estigma con el que se ven afectadas las usuarias, se sospecha que los abortos inseguros contribuyen a aumentar la tasa de mortalidad del país, una de las más elevadas del mundo.

Con este trabajo, se presenta un programa de prestación de servicios de aborto seguro y cuidados postaborto adaptado a un contexto particular de la región de Sud Kivu, en la República Democrática del Congo, y en base a los resultados obtenidos tras su aplicación, se pretende que sirva de modelo para implementarlo de forma sencilla y guiada en otras áreas del país.

Palabras clave: interrupción voluntaria del embarazo, aborto inseguro, aborto clandestino, cuidados postaborto, programa.

Abstract

Abortion is the termination of pregnancy before foetal viability. It can be spontaneous, if there is no deliberate intention, or induced, in which case the conditions under which it is performed and the person who provides it, determine the success, safety and consequences of the process.

Unsafe abortions are one of the leading causes of maternal morbidity and mortality worldwide, and the only one that is practically completely preventable.

In Democratic Republic of Congo, despite the difficulty of obtaining reliable data on this aspect due to the high sensitivity and the stigma with which users are affected, it is suspected that unsafe abortions contribute to increasing the mortality rate in the country, one of the highest in the world.

This essay presents a program for the provision of safe abortion services and postabortion care, adapted to a particular context in the South Kivu region, in the Democratic Republic of Congo. Based on the results obtained after its application, it is intended that it will serve as a model to be implemented in a simple and guided way in other areas of the country.

Keywords: Termination of pregnancy, unsafe abortion, clandestine abortion, postabortion care, program.

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Justificación.....	9
1.2. Objetivos del trabajo.....	12
1.2.1. Objetivo general.....	12
1.2.2. Objetivos específicos.....	12
2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Antecedentes históricos del aborto.....	13
2.2. El aborto como ejercicio de la libertad.....	16
2.3. Contextualización de la problemática: el caso de la RDC.....	18
2.3.1. Situación sociopolítica del país.....	18
2.3.2. Marco legal e incidencia y percepción del aborto.....	20
2.3.3. Sistema sanitario de la República Democrática del Congo.....	24
2.3.3.1. Políticas del sistema sanitario.....	24
2.3.3.2. Estructura del sistema sanitario.....	25
2.3.3.3. Financiación del sistema sanitario.....	27
2.3.3.4. Recursos humanos.....	27
2.3.3.5. Sistemas de información sanitaria.....	28
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Objetivos del proyecto.....	33
3.1.1. Objetivo general.....	33
3.1.2. Objetivos específicos.....	33
3.2. Beneficiarios.....	33
3.3. Actividades y tareas.....	34
3.3.1. Bloque 1.....	34

3.3.2. Bloque 2	36
3.4. Cronograma	56
3.5. Recursos	57
3.5.1. Recursos humanos	57
3.5.2. Recursos materiales	58
3.6. Evaluación	58
4. CONCLUSIONES	61
5. LIMITACIONES	62
Referencias bibliográficas	63
Anexo A. Cuestionario taller: pre-test y post test	68
Anexo B. Actividad 3: ¿por qué murió ella?	69
Anexo C. Actividad 4: el último aborto	70
Anexo D. Actividad 6: crucigrama	72
Anexo E. Cuestionario de satisfacción del taller día 1	74
Anexo F. Cuestionario de satisfacción del taller día 2 (específico para sanitarios)	75

Índice de figuras

Figura 1: Mapa de la RDC. (CAID, 2020).....	29
Figura 2: Mapa de la región de Sud Kivu y territorio de Shabunda. (CAID, 2016)	29
Figura 3: Mapa de la zona sanitaria de Lulingu. (Division Provinciale de la Santé de Sud Kivu, 2019)	32

Índice de tablas

Tabla 1. Centros de salud de la zona sanitaria de Lulingu	31
Tabla 2. Matriz DAFO para el análisis estratégico	36
Tabla 3. Agenda del taller teórico-práctico	38
Tabla 4. Estrategias para abordar las diferentes barreras	46
Tabla 5. Check-list del observador de comunicación profesional/paciente	54
Tabla 6. Cronograma de las actividades	57

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

Cuando una adolescente o mujer adulta está decidida a interrumpir su embarazo, busca un aborto independientemente de la seguridad y la legalidad del procedimiento, a menudo porque la alternativa resulta insoportable: no poder cuidar a otros hijos, rechazo, vergüenza, repudio, marginación, repercusiones en la familia y un largo etcétera.

La Organización Mundial de la Salud define el aborto peligroso o aborto inseguro como una intervención destinada a la interrupción del embarazo, practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez (WHO, 1993).

Los datos sobre incidencia y prevalencia de embarazos no deseados y abortos inducidos documentan las tendencias en salud y la autonomía sexual y reproductiva, y ayudan a dirigir los esfuerzos a su mejora. Sin embargo, la variabilidad en la disponibilidad y confiabilidad de los mismos plantea importantes retos para monitorizar y medir, por lo que, en la actualidad, se utiliza una combinación de métodos directos e indirectos para su obtención, con el objetivo de que reflejen al máximo posible la realidad (Bearak et al., 2020; Sedgh & Keogh, 2019). Por tanto, las estadísticas que presentan los diferentes organismos y agencias en lo relativo a embarazos no deseados y abortos suelen estar basadas en estimaciones y es necesario investigar sobre nuevas técnicas de investigación fiables para su obtención.

La Organización Mundial de la Salud, basándose en estimaciones, cifra en más de 80 millones el número de embarazos no planificados cada año en el mundo (2 de cada 5), fruto de la falta de uso de anticonceptivos, de un uso ineficaz de los mismos o de un fallo del método. Entre ellos, unos 46 millones son interrumpidos de forma voluntaria, 27 millones legalmente y 19 fuera del sistema legal, siendo estos últimos mayoritariamente realizados por personal no cualificado y/o en condiciones antihigiénicas (WHO, 2004).

Un estudio reciente publicado en el año 2020 actualiza estos datos, y cuantifica en 121 millones el promedio anual de embarazos no deseados durante el periodo entre 2015-2019, lo que supone un 48% del total de embarazos. De entre ellos, 73,3 millones, es decir el 61%, terminaron en un aborto inducido (Bearak et al., 2020).

Otros estudios centran su atención en la proporción de abortos inseguros con respecto al total: el 48% de todos los abortos en el mundo fueron inseguros y más del 97% de ellos se realizaron en países en desarrollo (Sedgh et al., 2007). Ganatra et al. también confirman que dicha proporción fue significativamente mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados: 49,5% frente a 12,5%; y por otro lado, también fue significativamente mayor en países con leyes de aborto altamente restrictivas que en aquellos con leyes menos restrictivas: 75% frente a 13% (Ganatra et al., 2017).

Como consecuencia de los abortos inseguros, unas 68.000 mujeres mueren anualmente en el mundo, y sólo en África, se calcula que hubo en el año 2000 unas 30.000 muertes asociadas a esta causa (WHO, 2004); Según otro estudio, una de cada ocho muertes maternas a nivel global y una de cada cinco en África oriental siguen siendo atribuibles a abortos inseguros (Ahman & Shah, 2011), aunque estas cifras pueden ser erróneas debido a la falta de registros, ya que muchas mujeres no revelan sus intentos de aborto y muchos profesionales sanitarios tampoco informan las muertes como tales (Say et al., 2014).

En cualquier caso, el aborto inseguro constituye una de las principales causas de mortalidad materna (entre un 9 y un 13%) y la única totalmente evitable, y es también causa de múltiples complicaciones a largo plazo, como: mala cicatrización de las heridas, infertilidad, incontinencia urinaria y/o fecal derivadas de fístulas vesicovaginales o rectovaginales, y por supuesto, daño psicológico (Haddad & Nour, 2009). Además, cuando aparecen dichas complicaciones, se dan muchas reticencias a buscar ayuda profesional por miedo a tener que explicar lo sucedido y que se tomen represalias, provocando un retraso en la atención médica que agrava aún más las consecuencias.

Por otro lado, los costes del aborto inseguro resultan muy elevados para las sociedades, e incluyen costes directos para los sistemas de salud, y costes indirectos, como la pérdida de productividad económica de mujeres que dejan de aportar a sus comunidades o el efecto sobre la salud y la educación de los demás hijos si su madre muere o queda discapacitada (Grimes et al., 2006).

La situación humanitaria en la República Democrática del Congo se caracteriza por la violencia entre comunidades, los disturbios políticos y los brotes de enfermedades que dieron como resultado un total 12,8 millones de personas con necesidad de asistencia humanitaria y

protección en 2019, lo que representa el 10% del total de casos de emergencia humanitaria a nivel mundial, siendo la región más afectada la provincia de Kivu (Gallagher et al., 2019).

Se estima que el número de embarazos no deseados en este país es de 147 por cada 1000 mujeres en edad fértil, y el número de abortos inducidos es de 57 por cada 1000 (Chae et al., 2017). La prevalencia en el uso de anticonceptivos es del 19%, de los cuales solo un 8% se refiere a métodos anticonceptivos modernos, y el resto, un 11%, a los llamados métodos naturales o tradicionales (Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM) et al., 2014).

A falta de datos oficiales, solo podemos sospechar que el número de complicaciones relacionadas con el aborto inducido en este país, así como las muertes relacionadas con ellos, puede ser alto y contribuir significativamente a la tasa de mortalidad materna, que es una de las más elevadas del mundo (846 por cada 100.000) (Ishoso et al., 2018).

Es posible prevenir casi todos los casos de mortalidad y morbilidad a consecuencia de un aborto mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, la práctica de abortos provocados en condiciones de seguridad y la atención a tiempo de las complicaciones. Sin embargo, la provisión de servicios para un aborto seguro es un tema que puede resultar muy delicado, y muchas organizaciones no le dan cobertura por motivos como la potencial pérdida de donantes, las cuestiones legales en algunos escenarios o la complicación de la implantación en un contexto de crisis (McGinn & Casey, 2016).

Todo apunta a que la actual crisis desatada por la pandemia de la COVID-19 va a intensificar aún más el problema, aunque no se cuenta con datos concretos todavía: por un lado, la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, si bien indispensable, pasa a un segundo plano en muchos contextos debido a la reorganización de las prioridades y recursos de las diferentes organizaciones; y por otro lado, el aislamiento, la distancia social y el creciente estrés contribuyen al aumento de casos de violencia de género y explotación sexual (Kumar et al., 2020), lo cual, a su vez, tiene una repercusión directa en el aumento de los embarazos no deseados.

A la luz de todos estos datos (altas tasas de abortos inseguros y morbimortalidad materna asociada, escasa utilización de métodos anticonceptivos eficaces y contexto frágil de la RDC, y en concreto de la región del Kivu, que dificulta el acceso a servicios médicos apropiados y

umenta los casos de violencia sexual y el consecuente número de embarazos no deseados) parece necesario el desarrollo y la implantación de programas que ayuden a mejorar estas estadísticas y, a la vez, a empoderar a las mujeres en el desarrollo de sus derechos como seres individuales y soberanos.

1.2. Objetivos del trabajo

1.2.1. Objetivo general

Desarrollar un modelo de programa de salud que incluya servicios de aborto seguro, cuidados postaborto y educación sexual aplicable a los centros sanitarios de la República Democrática del Congo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Determinar la importancia de la percepción del aborto dentro de una comunidad y su impacto en la incidencia de abortos clandestinos.
- Identificar los aspectos legales de la interrupción del embarazo en el país de estudio.
- Elaborar y diseñar talleres sobre aborto seguro dirigidos a los profesionales de los centros de salud del área a intervenir.
- Enumerar posibles barreras (sociales, culturales, políticas...) para la implantación de un programa de alta sensibilidad en un área determinada.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes históricos del aborto

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) definen el aborto como la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas de gestación) o de otro producto de la gestación de cualquier peso pero que sea absolutamente no viable, independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado (interrupción voluntaria del embarazo) (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2009).

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un hecho tan antiguo como la humanidad misma y son numerosas las diferentes técnicas utilizadas a lo largo de la historia para su consecución: desde la primera receta de un abortivo oral encontrado en un escrito chino que data de 3000 años antes de Cristo, pasando por múltiples fórmulas y hierbas, así como una variedad de instrumentos dilatadores del cuello del útero usados por civilizaciones griegas, aztecas y romanas, hasta llegar a las técnicas utilizadas en nuestros días, que si bien no difieren mucho en el principio de actuación, hoy en día son altamente seguras si se realizan en condiciones asépticas y por un personal con conocimientos y entrenado específicamente para ello (Abad, 2002; Garrido Calderón, 1995).

Lo que sí que ha ido variando a lo largo de la historia es la punibilidad o no del aborto, así como su percepción y aceptación por parte de las diferentes sociedades, que van desde la libertad plena, hasta las que otorgan el calificativo de homicidio al aborto provocado.

Los pueblos primitivos, por ejemplo, ya practicaban el aborto, aunque las primeras referencias a los aspectos legislativos no aparecen reflejadas hasta el Código de Hamurabi (1758 A. C.), donde se contempla únicamente el aborto accidental, acaecido en el curso de peleas o riñas, pero no dice nada del aborto voluntario o planificado.

En la antigua Grecia, sin embargo, encontramos referencias al aborto utilizado como método de control de la natalidad, como recogen en sus textos Platón y Aristóteles (siglo IV a. C.), por lo que no es de extrañar que su práctica fuera muy frecuente, en contra de excepcionales argumentos religioso-morales, como el que aparece en el famoso juramento hipocrático,

texto de origen pitagórico del siglo V a. C., que rechaza el aborto de forma tajante: “No administraré a nadie un fármaco mortal; no recetaré a ninguna mujer un pesario abortivo; al contrario, huiré y practicaré mi arte de forma santa y pura” (Gracia, 1998).

En Roma también estaba permitido el aborto, e incluso el infanticidio, cuyo objetivo era crear generaciones fuertes que sirvieran de manera efectiva al Imperio, bien como mano de obra, bien como fuerza militar (Gorjón Barranco, 2009).

Pero no es hasta la llegada del cristianismo cuando se instala una sobria hostilidad hacia el aborto, centrándose el debate de los primeros documentos cristianos en dos aspectos: el primero, el hecho pecaminoso del aborto cuando se utilizaba para ocultar el pecado sexual o la fornicación; y el segundo, en qué momento ocurría la hominización o infusión del alma en el feto, predominando durante mucho tiempo la creencia de que ocurría tardíamente (a los 40 días para los hombres y a los 80 para las mujeres). Esta opinión fue vertida originalmente por Aristóteles y sustentada más tarde por San Agustín de Hipona en el siglo V, razón por la cual en esa época se hacía una distinción entre el aborto practicado sobre un feto animado – que se equiparaba al homicidio – del aborto practicado sobre un “informe” sin alma humana, que era igualmente repudiado, pero tenía una pena menor (Garrido Calderón, 1995).

Esta distinción entre ambos periodos se suprime en 1869 por el Papa Pío IX, quien proclama la hominización desde el momento de la concepción, promulgando la excomunión automática a toda mujer que aborte deliberadamente en cualquier momento de la gestación (Abad, 2002).

El magisterio eclesiástico ha sido reiterativo en sus condenaciones al aborto a lo largo de la historia al elevar estas conductas a delito en base a una defensa a ultranza del derecho a la vida, por lo que su influencia en la incidencia de abortos clandestinos es incuestionable; no es hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando comienzan a inquietarse las esferas intelectuales y legales en Europa y Estados Unidos, proponiendo la exclusión del aborto como hecho punible, apoyado en el cambio cultural que tuvo lugar tras los hechos sociales y económicos generados en este siglo: la industrialización y el éxodo de las familias del campo a la ciudad hicieron necesaria la búsqueda de un control de la fertilidad, dándose así un giro al hasta el momento incesable crecimiento poblacional, donde la extensión de los métodos anticonceptivos y el aborto jugaron un papel importante (Drife, 2010).

A lo largo del siglo XX, los países nórdicos y socialistas o comunistas dieron los primeros pasos en favor de su despenalización, y tras ellos, muchos países han reconocido este derecho de las mujeres con mayor o menor amplitud.

Cabe destacar como hecho importante el caso de la Rusia soviética, que, a iniciativa de las mujeres de la clase trabajadora, fue el primer país del mundo en legalizar el aborto en el año 1920 y a autorizar su práctica de forma gratuita en los hospitales; su promulgación fue el resultado de interesantes reuniones previas que se llevaron a cabo entre sus detractores y sus defensores: los primeros argumentaban que el aborto debía ser considerado un acto criminal, ya que el orden soviético no debía apoyar nada que pudiera conducir a la destrucción del embarazo; los segundos, por el contrario, señalaban que criminalizar el aborto conlleva a graves peligros para la salud de la mujer, ya que conduce a su práctica clandestina, y que la maternidad debía ser vista como un derecho y no como un deber de la mujer libre.

Con este decreto, que además mencionaba la intención del gobierno de luchar contra los abortos clandestinos mediante la planificación familiar, se redujo la tasa de los mismos de un 57% en 1923 a menos de un 10% a principios de los años 30 (Gaido, 2018).

En 1936, sin embargo, el estalinismo volvió a criminalizar la interrupción voluntaria del embarazo con un nuevo decreto cuyo contenido y método significó el cese de la lucha por la liberación de la mujer en el socialismo, bajo la justificación de que la permisividad del aborto había provocado la caída de la tasa de natalidad, y atribuyendo a la mujer su rol como “madre y ciudadana que asume la gran obligación y responsabilidad de dar a luz y criar ciudadanos”. Este decreto permanece hasta 1955, cuando Nikita Krushev promulgó una nueva ley más permisiva sobre el aborto, sin establecer una ruptura total con la ley anterior, ya que rescataba las medidas de apoyo a la maternidad promulgadas por Stalin.

El caso de Rusia es un ejemplo de cómo el desarrollo histórico, cultural e ideológico de los pueblos ha producido legislaciones muy variadas en lo que respecta al aborto a lo largo de la historia, basándose con frecuencia en motivos que distan del bienestar de la mujer y sus derechos, y dictadas por equipos de gobierno con escasa o nula participación femenina.

En la actualidad, el panorama sobre la legalidad del aborto se resume en que es abierto y accesible en países desarrollados, y en contraste, las leyes son más restrictivas y el aborto más inseguro en países menos desarrollados.

Hay una clara evidencia de que al legalizar el aborto y hacerlo más accesible a la población con ingresos bajos se reduce la morbilidad por aborto inseguro, como ocurrió en Sudáfrica

en la segunda mitad de la década de los 90 (Faundes, 2015) o en Nepal entre 1998 y 2009 (Sedgh ScD et al., 2012), y por otro lado, no solo no aumenta el número de abortos, sino que puede contribuir a reducirlos si se incluye un componente de anticoncepción postaborto bien organizado en el servicio de interrupción legal del embarazo (Singh et al., 2010).

2.2. El aborto como ejercicio de la libertad

La lucha en favor de los derechos de las mujeres ha sido una constante a lo largo de la historia, y permanece aún en la actualidad. Algunos de los aspectos relacionados, como el derecho al sufragio universal, la igualdad ante la ley o la protección frente a la violencia de género, están hoy en día ampliamente aceptados por la comunidad internacional como derechos (aunque ello no quiere decir que se apliquen de igual forma en todos los países); sin embargo, en el tema del aborto, una oposición poderosa y eficaz ha contrarrestado la modesta tendencia mundial hacia su liberalización y sigue siendo un tema muy controvertido.

En esta línea, Boyle et al. (2015) plantean en un artículo cómo los marcos de pensamiento sostenidos en la sociedad mundial, y aprobados y difundidos previamente por los teóricos y las organizaciones internacionales, llevan a los diferentes estados a adoptar políticas muy similares a pesar de las diferencias culturales y de recursos; pero en el caso del aborto no predomina un enfoque único, sino que destacan tres marcos de pensamiento diferentes que originan sendas políticas en materia de aborto:

- 1.- El enfoque médico: se correlaciona fuertemente con la adopción de medidas liberalizadoras, defendidas bajo el argumento de las potenciales consecuencias asociadas al aborto clandestino y de las amenazas con sanciones penales de los sanitarios durante el ejercicio de su deber profesional.
- 2.- El enfoque de los derechos de las mujeres: reconoce a las mujeres de forma individual, más allá de los roles que desempeña, e iguales entre sí y con los hombres, y tiene un impacto positivo en la liberalización del aborto, sobre todo si aumenta la presencia de mujeres en los órganos de gobierno.
- 3.- El enfoque familiar/religioso: desafía el concepto de individualización y enfatiza las responsabilidades de las mujeres como madres por encima de sus derechos como individuos, por lo que da lugar a políticas restrictivas y a la coartación de la libertad de elección.

Actualmente, no existe un consenso global unificado sobre el aborto debido a la intensa disputa entre quienes promueven el marco de los derechos de las mujeres y quienes promueven un marco familiar/natural, y esto es un reflejo de algo que va más allá del hecho concreto de las políticas liberalizadoras en materia de aborto: influye en el desarrollo pleno de una sociedad como tal.

El desarrollo, como afirma Amartya Sen, economista indio ganador del Premio Nobel de economía en 1998, puede ser considerado como un proceso de expansión de las libertades reales que disfruta la gente, y al mismo tiempo, el desarrollo genera libertad: es un círculo que se retroalimenta a sí mismo, de ahí la relación entre la libertad individual y el desarrollo social. Los logros que una persona puede conseguir están influidos por las oportunidades económicas, libertades políticas, poderes sociales, condiciones adecuadas de salud y educación, fomento y desarrollo de iniciativas... y, a su vez, las medidas institucionales relacionadas con estas oportunidades se ven influidas por el ejercicio de la libertad, a través de la participación en la elección social y en la toma de decisiones públicas (Sen, 2000).

Si consideramos el desarrollo pleno como el fin último de una sociedad, la libertad es un medio para conseguirlo, y a su vez, una sociedad desarrollada se mantendrá garante de la libertad de los individuos; pero este concepto de libertad ha de ser considerado desde un enfoque amplio, es decir, como un proceso integrado de las libertades sustantivas que se conectan entre sí.

Amartya Sen dice: “El ejercicio de la libertad está mediado por los valores, pero los valores a su vez se ven influenciados por debates públicos e interacciones sociales, que son en sí influenciados por libertades participativas” (Sen, 2000).

En el caso que nos ocupa: si una mujer recurre a abortar de forma clandestina puede ser, bien porque en el país en el que se encuentra es ilegal y está penalizado, o bien porque, aunque exista una regulación, no está del todo aceptado socialmente, y, por tanto, no se puede interrumpir un embarazo sin que esto traiga consecuencias de algún tipo. En ambos casos, su libertad está coartada de la misma forma, de ahí que la mera implantación de políticas liberadoras no parezca ser la solución al problema.

¿Por dónde empezar entonces? ¿Esperar a que se produzcan cambios de valores sociales, para después implementar políticas? ¿O el desarrollo de programas dentro o fuera de un marco legal más o menos restrictivo cambiaría mentalidades, al observar sus frutos?

Las dramáticas cifras de morbilidad materna por abortos inseguros urgen a la búsqueda de soluciones concretas sin demora, pero la implementación de programas sin concienciación social quizá disminuya las cifras, pero no se mantendrán en un largo plazo.

Por eso, el desarrollo de un programa de aborto seguro debe ir respaldado de un plan de educación sexual global, pero también de un trabajo de conciencia social para el empoderamiento de la mujer en la lucha por el derecho a tomar sus decisiones, de manera que el ejercicio de la libertad plena, sin restricciones morales encubiertas, conduzca al desarrollo de nuestras sociedades.

2.3. Contextualización de la problemática: el caso de la RDC

2.3.1. Situación sociopolítica del país

La República Democrática del Congo (denominado Zaire entre 1971 y 1997) es uno de los 54 países de África, situado en la región ecuatorial, que cuenta con una población de más de 86 millones de habitantes.

El índice de desarrollo humano (indicador de desarrollo elaborado cada año por Naciones Unidas teniendo en cuenta tres variables: vida larga y saludable, conocimientos y nivel de vida digno) situó a este país en el puesto 175 de 189 en el año 2019, por lo que sus habitantes están entre los que ocupan peor lugar del ranking; la esperanza de vida al nacer es de 60,68 años, la tasa de mortalidad en el 9,48‰ y la renta per cápita es de 530 dólares (World Bank Group, 2019).

La inmensa riqueza de recursos minerales de este país contrasta con la pobreza que sufre la mayoría de su población, entre la cual unos 13 millones de personas necesitan de la ayuda humanitaria para su subsistencia, y su fragilidad se ha visto agravada por décadas de múltiples crisis superpuestas. Además, la actual crisis de la Covid-19 anuncia consecuencias muy negativas para una economía que se basa fundamentalmente en las exportaciones, incluso para satisfacer sus necesidades alimentarias (Ministerio de Asuntos Exteriores de España. Oficina de Información Diplomática, 2020).

Se estima que más de cinco millones de personas han muerto en el este del Congo desde 1996, cuando una invasión ruandesa provocó una conflagración para terminar con los más de 30 años de la dictadura de Mobutu, caracterizada por la represión, las rebeliones sofocadas

violentamente, las graves violaciones de los derechos humanos y el enriquecimiento de las élites mobutistas a través de la expropiación de los recursos naturales en beneficio propio (Escudero & Sánchez, 2020).

La desaparición política de Mobutu creó una situación de desorden profundo que favoreció la llegada al poder de Laurent-Desiré Kabila (Kabila padre) gracias al apoyo de sus vecinos Ruanda, Uganda y Burundi, a los que prometió la concesión de suculentos contratos para la extracción de los codiciados recursos naturales. El proceso de instauración en el poder de Kabila desencadenó la llamada “Primera Guerra del Congo” contra Mobutu. Pero, cuando Kabila se convirtió en presidente, cambió radicalmente de posición, rompió sus compromisos con sus aliados y les forzó a abandonar el suelo congoleño. Ruanda, Uganda y Burundi se sintieron traicionados. En agosto de 1998, estalló la “Segunda Guerra del Congo” o “Primera Guerra Mundial Africana”, una guerra internacional de consecuencias gravísimas que involucró a siete países: Angola, Burundi, Ruanda, Namibia, Uganda, Zimbabue, Chad y Sudán. En ella, los ejércitos y los grupos armados extranjeros llegaron a ocupar dos tercios de la RDC (Cervera Vallterra, 2016).

La culminación del proceso de paz entre 2002 y 2003 condujo a la formación de un gobierno de transición dirigido por Joseph Kabila, hijo de Laurent Kabila (asesinado en 2001 por uno de sus guardaespaldas durante la contienda). Fue finalmente elegido en el año 2006 como presidente en las primeras elecciones democráticas después de más de 40 años, pero esto no ha significado el fin de la violencia (Royo Aspa, 2009).

El conflicto y la inseguridad continúan afectando a las poblaciones, sobre todo en el este del Congo. En medio de una pandemia mundial que agota los fondos humanitarios (solo el 34% de la ayuda anual solicitada llegó al Congo en 2020), el desastre continúa desarrollándose y arroja un récord de 5,5 millones de desplazados en todo el país. Datos recientes también indican un fuerte aumento de asesinatos, muertes violentas y otras formas de violencia desde fines de 2019, en comparación con años anteriores (Kivu Security Tracker, 2021).

La RDC ha sido considerada por algunas organizaciones humanitarias como uno de los peores lugares del mundo en los que ser niña o mujer. La violencia sexual, incluida la violación, la mutilación genital, la esclavitud sexual y la tortura, entre muchas otras atrocidades, se ha convertido en una práctica generalizada, con un promedio de 48 mujeres violadas por hora y una estimación del 12 por ciento de las mujeres violadas en algún momento en el país. Las

milicias armadas y las fuerzas de seguridad gubernamentales utilizan la violencia sexual como arma de guerra para controlar y oprimir a las poblaciones locales, especialmente en la lucha por los recursos minerales (Archambault, 2021).

Como consecuencia de esta grave situación, podemos decir que en este país ocurre un fenómeno comparable al que fue observado y descrito por primera vez por el mencionado anteriormente Amartya Sen, en un ensayo publicado en 1990 en *The New York Review of Books*, titulado "More than 100 million women are missing", y que fue ampliado en su trabajo académico posterior: Sen estimó que más de cien millones de mujeres estaban "desaparecidas por millones de la población total de los países asiáticos" (traducción literal) basándose en diferentes supuestos, es decir, la población contaría con millones de mujeres más si no se hubieran perdido sus vidas de una forma evitable. Para estimar el número de mujeres desaparecidas de las poblaciones, calculó la proporción de mujeres adicionales que habrían sobrevivido en esa sociedad si tuviera la misma proporción de mujeres y hombres que en otras regiones del mundo donde reciben una atención similar, y concluyó que este déficit es un reflejo silencioso de la desigualdad y negligencia que conduce a un exceso de muertes femeninas (Croll, 2001).

El objetivo de Sen al publicar estos datos era llamar la atención sobre la magnitud del problema de la supervivencia de las mujeres en gran parte de Asia y África, que consideraba "uno de los problemas mundiales más trascendentales y olvidados", y, por otro lado, esperaba comprender mejor las explicaciones culturales y económicas que subyacen a las tasas excesivas de mortalidad femenina, con el fin de que se puedan desarrollar acciones políticas correctivas y políticas públicas.

En la misma línea que Sen, este trabajo pretende demostrar que es muy probable que, en muchos lugares del mundo, y en concreto en la RDC, el aborto inseguro esté contribuyendo a este exceso de mortalidad femenina, al ser uno de los grandes olvidados, por lo que es necesario desarrollar programas específicos, justificar su utilidad y trabajar para su implantación.

2.3.2. Marco legal e incidencia y percepción del aborto

El marco legal del aborto en la RDC aparece reflejado en:

- Código Penal Congoleño (“Code Pénal Congolais,” 2004):
 - Artículo 165: “El que, por comida, bebida, medicación, violencia o cualquier otro medio provoque el aborto de una mujer, será sancionado con pena de prisión de cinco a quince años”.
 - Artículo 166: “La mujer que voluntariamente se someta a un aborto será sancionada con penas de cinco a diez años”.
- Ordenanza 70-158 sobre las reglas de la deontología médica (Ordonnance 70-158: Règles de La Déontologie Médicale, 1970):
 - Artículo 32: “El aborto está prohibido por el Código Penal. En casos excepcionales, cuando la vida de la madre se ve seriamente amenazada y el aborto terapéutico parece ser la única forma de salvarla, la legitimidad de esta intervención permanece en discusión. Si se está convencido de que el aborto terapéutico es necesario, antes de proceder, el médico debe obtener el consentimiento de dos colegas cuya autoridad sea notoria”.

Más tarde, en el año 2006, la RDC ratifica el Protocolo de Maputo (protocolo adicional a la Carta Africana de Derechos Humanos adoptado por la Unión Africana en 2005), que estipula que “los Estados signatarios protegerán el derecho de las mujeres al aborto, controlarán su fertilidad y adoptarán el método anticonceptivo de su elección, entre otros derechos de salud”, y lo publica en el Diario Oficial de la Nación en 2018, lo que significa que a partir de ese momento entra y modifica el marco jurídico nacional, aunque contempla la legalidad de la interrupción del embarazo solo en determinados supuestos específicos: violación, incesto, daño fetal o preservación de la salud física y mental de la mujer (“Journal Officiel de La République Démocratique Du Congo: Banque de Données Juridiques,” 2018).

Este marco legal restrictivo, unido a la estigmatización del aborto, y a un entorno de conflicto armado que dura ya más de dos décadas, hacen que el acceso a servicios médicos adecuados e incluso su existencia misma, resulte muy difícil, por lo que, en la actualidad, las mujeres en este país continúan abortando de forma clandestina y en condiciones inseguras (Casey et al., 2019; Lince-Deroche et al., 2019).

Los datos sobre la incidencia del aborto resultan difíciles de obtener en lugares donde está legalmente restringido o se realiza clandestinamente, ya que su ocurrencia tiende a no ser declarada o a hacerse por debajo de la realidad, pero su estimación es una base necesaria

para la investigación sobre la seguridad y las consecuencias de los abortos clandestinos, y se utiliza, además, para estimar otros resultados de salud reproductiva, como los fallos de los métodos anticonceptivos y las tasas de embarazos no deseados (Sedgh & Keogh, 2019).

La Organización Mundial de la Salud estima en más de 80 millones el número de embarazos no planificados cada año en el mundo (2 de cada 5), como resultado de la falta de uso de anticonceptivos, de un uso ineficaz de los mismos o de un fallo del método. Entre ellos, unos 46 millones son interrumpidos de forma voluntaria, 27 millones legalmente y 19 fuera del sistema legal, siendo estos últimos mayoritariamente realizados por personal no cualificado y/o en condiciones antihigiénicas (WHO, 2004).

En el caso de la RDC, no existen datos recogidos acerca de la tasa de abortos a nivel nacional, pero un estudio realizado en 2016 en Kinshasa, capital del país, estimó la tasa de embarazos no deseados en 147 por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años, y la tasa de abortos en 56 por cada 1000 (tasa más elevada que en el resto de África Central, donde se estima en 35 de cada 1000), lo cual indica que 2 de cada 5 embarazos no deseados concluyen en un aborto (Chae et al., 2017).

La problemática concreta de la RDC se encuentra agravada por el contexto de crisis humanitaria y sus dramáticas consecuencias: el sistema sanitario está fuertemente debilitado, y, además, esta crisis ha desencadenado violencia sexual y de género, incluida la violación, la esclavitud sexual, la trata, la violencia de pareja y la explotación sexual, lo cual incrementa aún más el número de embarazos no deseados.

Según un estudio realizado en 2010 en el este del país, un 40% de las mujeres había sido víctima de alguna forma de violencia sexual, y el 17% de ellas declaró un embarazo resultante de la violencia sexual (Johnson et al., 2010). Otro estudio cualitativo realizado en 2012 mediante entrevistas a 55 mujeres que habían tenido un embarazo a consecuencia de la violencia sexual exponía los siguientes resultados: las mujeres que habían abortado (17), lo hicieron en su mayoría por sus propios métodos con hierbas tradicionales, aconsejadas por familiares o curanderos tradicionales, sólo 3 de ellas acudieron a un centro sanitario. Las que continuaron con el embarazo (38), declararon haber fallado en el intento de aborto, no saber dónde acudir para interrumpir la gestación o bien el miedo a morir en el intento de abortar (Burkhardt et al., 2016).

Las mujeres que recurren a un aborto tras un embarazo no deseado, sea cual sea su causa, se enfrentan no solo a las consecuencias físicas y psicológicas, sino también a una estigmatización que de alguna u otra forma está siempre presente, independientemente del contexto en el que se desarrolle. Incluso en nuestras sociedades contemporáneas, por mucho que exista una regulación legal y parezca que el aborto está aceptado, la mayoría de las mujeres tratan de ocultar sus antecedentes, ya que tienen miedo de sentirse juzgadas.

En algunas comunidades, las mujeres que abortan son condenadas al ostracismo, se las trata de “asesinas” o se las percibe como una mala influencia para la sociedad, por lo que llegan a ser aisladas y repudiadas. Existe por tanto una doble presión en las mujeres que, queriendo terminar con un embarazo no deseado por vergüenza, recurren a abortos inseguros para esconder sus actos por miedo a ser repudiadas, por lo que el sentimiento de culpa, sea cual sea su decisión, es enorme.

Burtscher et al. realizaron un estudio antropológico para conocer las percepciones y actitudes ante el aborto y los embarazos no deseados en tres provincias del este de la RDC, utilizando como población de estudio a profesionales de centros sanitarios, a miembros clave de la comunidad, como líderes religiosos y autoridades locales, y a mujeres que habían sido víctimas de violencia sexual y/o aborto (Burtscher et al., 2020). Las mujeres identificaron la violencia sexual y la prostitución como las principales causas de embarazo no deseado; la vergüenza y el estigma que éste provoca, condujo a la búsqueda de su interrupción sin informar a la familia por miedo al rechazo que genera una mujer violada, hasta el punto de que sus maridos llegan a abandonarlas, o a no ser aceptadas para casarse en el caso de las mujeres solteras. Otros motivos declarados como causa de interrupción de embarazo fueron el elevado número de hijos, la falta de acceso a métodos anticonceptivos o las dificultades en la relación con la pareja. En cuanto a la percepción del aborto dentro de la comunidad, las respuestas obtenidas fueron variadas, desde el rechazo y su consideración como un asesinato, crimen o pecado, hasta actitudes más abiertas que reconocen la necesidad de proporcionar aborto seguro con el fin de reducir las consecuencias de la clandestinidad, pero la mayoría aseverando que se debe respetar los supuestos legales, por lo que existe un miedo a represalias por parte de los profesionales de los centros sanitarios.

Son muchas las barreras que impiden actualmente a las mujeres de la RDC acceder a la atención médica adecuada: el estigma, las limitaciones legales, las actitudes morales, el miedo

a las repercusiones, la imposibilidad de pagar, el difícil acceso a los centros sanitarios... Todo ello explica por qué la clandestinidad en la interrupción del embarazo sigue siendo la opción más elegida, llevándose por delante la vida de muchas mujeres y provocando, sin lugar a duda, graves consecuencias psicológicas que están aún por explorar.

El desarrollo de un modelo de programa de atención a mujeres que desean interrumpir su gestación y que sea aplicable a cualquier centro sanitario de la RDC, facilitaría el acceso a una atención adecuada, mejoraría la aceptabilidad dentro de la comunidad, disminuiría la morbilidad materna, y con todo ello, posibilitaría el ejercicio de la libertad de las mujeres contribuyendo al desarrollo de la sociedad de este país.

2.3.3. Sistema sanitario de la República Democrática del Congo

Para integrar un programa de salud de cualquier tipo, es necesario conocer primero cómo es el sistema sanitario del país diana, sus políticas, su estructura y organización, modos de financiación, recursos humanos con los que cuenta y los sistemas de información sanitaria.

2.3.3.1. Políticas del sistema sanitario

El artículo 47 de la Constitución de la RDC garantiza el derecho a la salud y a la seguridad alimentaria para todos sus ciudadanos. La Política Nacional de Salud, adoptada en 2001, establece la atención primaria como la principal orientación según la cual el Ministerio de Salud y el gobierno de la República Democrática del Congo desean organizar el sistema de salud. Para ello, la unidad de implementación operativa es la “zona de salud”, que organizará la provisión de una atención de salud integral, continua e integrada.

En el año 2018, el Ministerio de Salud elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2019-2022, cuyo objetivo general es incrementar la cobertura de atención y servicios de salud de calidad, así como su uso por parte de la población con equidad y protección financiera (Ministère de la Santé Publique. RDC, 2018). Este plan señala como uno de sus objetivos específicos la reducción de la mortalidad materna de 846 a 776 por 100.000 nacidos vivos en 2022, y para su consecución plantea la mejora en las intervenciones destinadas a madres y recién nacidos, y apunta a la planificación familiar y la prevención de embarazos no deseados,

pero no nombra en ningún momento la provisión de servicios de interrupción de embarazo como tal (Ministère de la Santé Publique. RDC, 2018).

En revisiones y Planes Nacionales anteriores, el propio Ministerio de la Salud describe el sistema sanitario como “desintegrado, desestructurado de sus elementos, con un ejercicio anárquico de las actividades de salud y con una producción de servicios deshumanizada y de dudosa calidad”, fruto probablemente de un enfoque centrado únicamente en la situación de emergencia por el conflicto continuo que vive el país desde los años 90 y que se ha convertido en crónico, no dejando paso a dotar al sistema sanitario de un enfoque de desarrollo (Ministère de la Santé Publique. RDC, 2006).

2.3.3.2. Estructura del sistema sanitario

La provisión de la oferta sanitaria se materializa a través de estructuras públicas y privadas. El sector público está organizado en torno a los centros de salud, los hospitales de referencia y los hospitales de las Fuerzas Armadas. El sector privado se subdivide, a su vez, en dos categorías: privado con fines de lucro y privado sin fines de lucro (servicios de salud de organizaciones no gubernamentales y religiosas). El lucrativo sector privado está floreciendo sobre todo en las zonas urbanas y en los centros económicos. Está integrado por consultorios médicos y paramédicos, clínicas o policlínicas y centros de diagnóstico (laboratorios, radiodiagnóstico). Las autorizaciones de apertura son otorgadas por el Ministerio de Salud Pública, mientras que la solicitud de apertura es aprobada por la provincia.

Por otro lado, hay que considerar la presencia no desdeñable de la medicina tradicional, aunque es difícilmente cuantificable al no estar declarada abiertamente; constituye en algunas zonas el primer recurso, debido a la ausencia de estructuras modernas y al escaso poder adquisitivo de algunas poblaciones, que no pueden permitirse financiar los pagos que tanto el sector público como el privado reclama a los pacientes por acto clínico.

La reforma del sistema actual establece una administración estructurada en tres niveles: un nivel central, un nivel provincial y un nivel operacional. Este último comprende:

- 516 “zonas de salud”, con un “médico jefe de zona” responsable en cada una, subdivididas a su vez en 8504 áreas de salud, de las cuales 8266 disponen de un centro de salud (CS).

- 393 hospitales generales de referencia (HGR), con un “médico jefe de hospital” y un “enfermero jefe de hospital” en cada uno.

Los centros de salud y los hospitales generales de referencia realizan actividades específicas y complementarias y deben trabajar de forma coordinada, para lo cual es importante un trabajo en equipo entre los médicos jefes de hospital y los médicos jefes de zona.

Además de estas estructuras sanitarias, existe también en la mayoría de las provincias del país una entidad que trabaja a nivel comunitario. Son los denominados “agents de santé communautaires” (ASC) o agentes de salud comunitarios, que trabajan de forma no remunerada y sirven de punto de unión entre los centros de salud y la comunidad. Su existencia se remonta a la época colonial, y su misión es garantizar actividades de promoción de la salud, movilización comunitaria y sensibilización. Los ASC también brindan servicios especializados, como el tratamiento de la diarrea y la fiebre, la nutrición y, cada vez más, la planificación familiar. Todos estos servicios forman parte de un paquete estandarizado establecido por el Ministerio de Salud, que lo considera como un programa de salud integrado, y se encarga de desarrollar políticas y recomendaciones acerca del mismo, así como de ofrecer apoyo técnico a las zonas de salud en su implementación (Advancing Partners & Communities, 2013).

Hay dos tipos de ASC: los “relais de site” (RS) y los “relais promotionnels” (RP).

Los RS son asalariados de otras profesiones con un nivel educativo superior, elegidos por las propias comunidades para desempeñar esta responsabilidad. Para ello, reciben una formación específica (inicial y continua) y una supervisión por parte del enfermero jefe del centro sanitario al que están adscritos, lo cual les permite administrar determinados tratamientos a nivel comunitario. En general realizan este trabajo de forma voluntaria, aunque en ocasiones obtienen una compensación económica por su labor.

Los RP son voluntarios, capacitados para liderar actividades de comunicación de salud y movilizar a su comunidad, cuya principal tarea es informar y educar. Cuando son seleccionados, reciben una formación de una semana sobre materias específicas, como nutrición, paludismo o planificación familiar. Suele haber un RP por cada quince o veinte familias, a las que realizan visitas a domicilio para ofrecer sus servicios.

Tanto los RS como los RP cuentan con unos formularios específicos de recogida de datos que entregan de forma periódica a sus responsables para su adhesión a los datos de los centros correspondientes.

2.3.3.3. Financiación del sistema sanitario

El sistema de financiación del sector salud en la República Democrática del Congo se basa en un trípode compuesto por la adjudicación a través de los presupuestos del Estado, las contribuciones externas (bilaterales y multilaterales) y la recuperación de los costes mediante el pago directo de los servicios por parte de los usuarios.

La asignación de recursos públicos al sector de la salud es baja: el gasto total en salud per cápita aumentó de 15 dólares en 2008 a 23 dólares en 2016, pero permanece muy por debajo del coste del paquete de servicios esenciales, fijado en 86 dólares (Ministère de la Santé Publique. RDC, 2016). Según el informe de las cuentas del sistema de salud de 2014, el porcentaje de los gastos sustentado por las aportaciones de los pacientes fue del 39%, un punto más que el de los fondos públicos, que fue del 38% (Ministère de la Santé Publique. RDC, 2018), lo cual se traduce en un aumento de la dificultad de acceso a los servicios de salud para la población más pobre.

2.3.3.4. Recursos humanos

Existe un gran desequilibrio entre los diferentes tipos de profesionales. Desde el año 2000, el número de centros de formación superior de médicos y enfermeros ha crecido, provocando un exceso de profesionales que a su vez conlleva al aumento de centros privados de dudosa calidad y escasa coordinación con los centros públicos, debido a la falta de otras salidas profesionales por el desequilibrio de la oferta y la demanda. Sin embargo, existe una carencia de otro tipo de profesionales, como las matronas, cuyo ratio se sitúa por debajo de 2 por cada 1000 nacimientos, muy por debajo de la norma internacional, que es de 6 por cada 1000 nacimientos (Ministère de la Santé Publique. RDC, 2018).

2.3.3.5. Sistemas de información sanitaria

El Plan 2019-2022 define una serie de subsistemas o componentes para una mejor planificación y gestión de los servicios de salud: el subsistema de Información Sanitaria de los Servicios Primarios de Salud (SNIS SSP), el de vigilancia epidemiológica, el de seguimiento y evaluación de programas, el de cuentas nacionales de salud, el de gestión de recursos humanos, el de educación para la salud...

El primero de ellos, el SNIS SSP, tiene como objetivo la recolección de los datos y su posterior análisis en un software llamado DHIS2, implementado en cada una de las zonas de salud. Sin embargo, la excesiva dependencia de la capital para la obtención de las herramientas necesarias para la recogida de datos en los propios centros, la elevada carga de trabajo y falta de conocimientos de los profesionales para una correcta cumplimentación de los libros, así como la falta de disponibilidad de recursos informáticos, conexiones a internet e incluso cortes de electricidad constante, dificultan mucho la capacidad de suministrar datos fiables y en tiempo real.

Este trabajo plantea la aplicación del programa de aborto seguro en Lulingu (territorio de Shabunda, provincia Sud Kivu), una de las 34 “zonas de salud” en las que está dividida la región, como proyecto piloto donde realizar la intervención. A través de los resultados que se obtengan, se podrá plantear la extensión de este modelo a otras zonas sanitarias de la región, y posteriormente, del país.



Figura 1. Mapa de la RDC. (CAID, 2020)

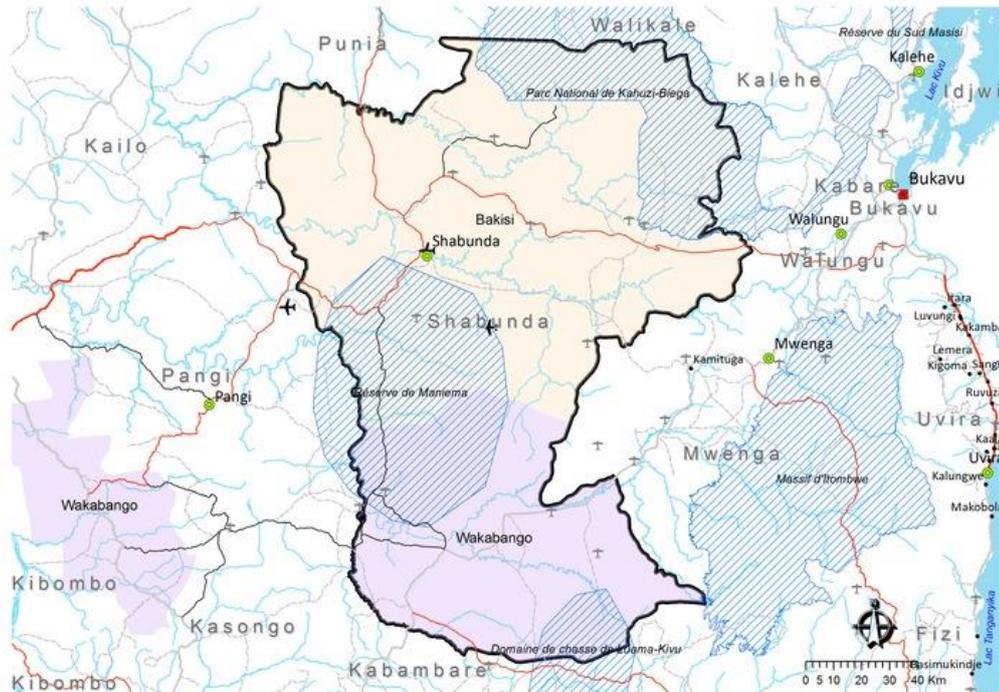


Figura 2. Mapa de la región de Sud Kivu y territorio de Shabunda. (CAID, 2016)

La zona sanitaria de Lulingu tiene una superficie de 602 km² y una población total de 187.817 personas, de las cuales 43.198 son mujeres entre 15 y 49 años. Cuenta con un hospital general de referencia (HGR), situado en la ciudad de Lulingu, y 21 centros de salud (CS), situados en los alrededores de la ciudad (Cellule d'analyses des indicateurs de développement - CAID, 2019).

En esta zona de salud trabajan 364 personas entre el HGR y los CS, y 525 agentes de salud comunitarios integrados dentro de la comunidad (Division Provinciale de la Santé de Sud Kivu, 2019). Se distribuyen de la siguiente forma:

- Personal sanitario: 178 personas (49%):
 - 11 médicos generalistas: 9 en el HGR, 2 en dos CS y 1 médico jefe de zona en la oficina central de la zona de salud.
 - 159 enfermeros, entre los que están incluidas las matronas, cuyo número no aparece especificado: 50 en el HGR, 106 distribuidos por los diferentes CS y 4 en las oficinas centrales de la zona de salud.
 - 2 técnicos de laboratorio
 - 2 nutricionistas
 - 1 auxiliar de farmacia
 - 3 responsables de gestión
- Personal no sanitario: 186 (51%):
 - 3 administrativos/as
 - 29 secretarios/as
 - 66 agentes de limpieza (hombres)
 - 76 agentes de limpieza (mujeres)
 - 12 vigilantes de seguridad

A nivel político y de seguridad, existe actualmente una relativa tranquilidad en 20 de las 21 áreas. En el área de Matamba, en ocasiones se han producido enfrentamientos entre grupos armados y FARDC que han condicionado los desplazamientos de la población.

A nivel socioeconómico, la población de esta zona vive de pequeños negocios, de la agricultura, la piscicultura y la minería artesanal, aunque todo esto no cubre realmente su supervivencia.

Tabla 1. Centros de salud de la zona sanitaria de Lulingu

CENTRO SANITARIO	POBLACIÓN ADSCRITA	DISTANCIA AL HGR (km)
BUBALA	7391	62
BYANGAMA	7958	86
KASANGATI	6412	91
KATANTI	6708	122
KATCHUNGU	10041	42
LOLO	5542	19
LUGUNGU	17414	76
LULINGU	16573	4
LUMBA	7257	80
LUZA	6408	32
MAPIMO	8321	129
MASANGA	6413	85
MATAMBA	6776	62
MILENDA	6970	27
MINORO	7192	111
MUNTUTUGU	6413	62
NDUMA	9352	46
NYAMBEMBE	10101	34
SELEBO	8047	149
TCHAMPUNDU	9757	38
TCHONKA	16771	10
	187817	

CAID, 2019



Figura 3. Mapa de la zona sanitaria de Lulingu. (Division Provinciale de la Santé de Sud Kivu, 2019)

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Objetivos del proyecto

3.1.1. Objetivo general

Establecer un programa de atención a mujeres que desean interrumpir el embarazo en el área sanitaria de Lulingu (Sud Kivu, RDC).

3.1.2. Objetivos específicos

- Investigar sobre las tasas de mortalidad materna en el área y sus causas (registros oficiales y datos sin registrar).
- Recabar información sobre a dónde y a quién recurren las mujeres cuando quieren abortar o cuando surgen complicaciones derivadas de un aborto clandestino (presencia de clínicas clandestinas, dispensarios, parteras o curanderos...).
- Monitorizar la percepción de la interrupción del embarazo entre los proveedores de servicios sanitarios, así como entre los líderes de la comunidad y representantes locales.
- Capacitar al personal sanitario para la intervención segura de la interrupción del embarazo y formarles sobre cuidados postaborto.
- Reducir la tasa de embarazos no deseados mediante la integración de un programa de educación sexual global y la mejora del acceso a los métodos anticonceptivos eficaces.

3.2. Beneficiarios

Los beneficiarios directos de este programa son las mujeres con un embarazo no deseado por cualquier causa que desean interrumpir su embarazo, en el área sanitaria de Lulingu.

Los beneficiarios indirectos son las familias de las pacientes y todos los miembros de las comunidades del área sanitaria de Lulingu.

A largo plazo, los beneficiarios se extenderán a otras áreas, al pretender la implantación de un modelo de programa que sea extensible a cualquier centro sanitario del país.

3.3. Actividades y tareas

La organización sin ánimo de lucro estadounidense IPAS cuenta con una amplia gama de materiales para ayudar a los defensores y profesionales de la salud reproductiva a ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro de alta calidad. Para ello, ofrecen toda una serie de recursos en varios idiomas, descargables de forma gratuita en su página web (www.ipas.org), que incluyen hallazgos de investigación, hojas informativas y guías para la formación. Algunas de las herramientas propuestas van a ser utilizadas y/o adaptadas para la descripción de este programa.

La implantación será llevada a cabo por un facilitador, representando a la organización a la que pertenece y en concreto al equipo de salud sexual y reproductiva, e idealmente irá acompañado de un profesional sanitario originario del país intervenido, que será reclutado y formado previamente en la materia, y servirá además de intérprete en el idioma local de la zona de trabajo.

Consta de dos paquetes fundamentales de actividades:

- 1.- Un primer bloque que se centra en el análisis del contexto particular: recogida de datos de morbimortalidad materna y sus posibles causas, identificación de servicios de aborto legal y clandestino en el área y monitorización de la percepción del aborto entre los principales actores y representantes locales de la comunidad.
- 2.- Un segundo bloque de actividades dirigidas a todos los trabajadores de los centros sanitarios en el que se va a implantar el programa, con una parte específicamente dirigida a aquellos que van a prestar este servicio de forma directa.

3.3.1. Bloque 1

Este bloque incluye una serie de entrevistas dirigidas a personas clave con el objetivo de realizar un mapeo de los datos del área de intervención.

Una vez identificadas las personas a las que deseamos entrevistar, el facilitador establecerá contacto con ellas, se presentará a sí mismo y a la organización a la que representa, y concertará una cita para llevar a cabo la entrevista.

En la zona sanitaria de Lulingu, las personas a las que se va a entrevistar en una primera instancia son los responsables directos de la implementación de las actividades sanitarias, que son:

- El médico jefe de la zona de salud.
- El médico jefe del hospital general de referencia de Lulingu.
- Uno de los enfermeros jefes de la oficina de la zona de salud.
- El representante de los agentes de salud comunitarios del área.

Estos encuentros se realizarán de forma individual con cada uno de ellos, ya que esto les otorgará una mayor libertad a la hora de expresarse y relatar su visión acerca de este tema, que puede resultar de alta sensibilidad para ellos.

Los objetivos de estas entrevistas son:

- Presentar a la organización y en concreto al equipo de trabajo del área de salud sexual y reproductiva.
- Introducir la problemática del aborto inseguro en la RDC.
- Recabar información acerca de la percepción del aborto y de su visión como problema en el área de Lulingu.
- Solicitar permiso para acceder a los datos oficiales de morbilidad materna de los centros.
- Recabar información sobre centros privados o proveedores de medicina tradicional a los que las mujeres puedan estar acudiendo para solicitar ayuda para la interrupción del embarazo.

La información obtenida en estas entrevistas va a permitir tener una visión actualizada acerca de la percepción del aborto que tienen estas personas no solo como profesionales de la salud, sino también como miembros de la comunidad misma de la que forman parte. Además, a través de ellos, se indagará sobre otros potenciales miembros de la comunidad a los que entrevistar y su forma de acceder a ellos, como líderes religiosos, curanderos y el alcalde de la ciudad de Lulingu.

Una vez recabada toda la información, se realizará un estudio de la situación mediante la herramienta DAFO. Esta herramienta permite llevar a cabo, por un lado, un análisis interno de

las fortalezas y debilidades de la organización y del programa, y, por otro lado, un análisis externo de las oportunidades y amenazas que el contexto puede presentar a la organización.

A modo de ejemplo, se presenta la siguiente tabla:

Tabla 2. Matriz DAFO para el análisis estratégico

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
DEBILIDADES (-)		AMENAZAS (-)	
1	Dificultad de acceso a la información por falta de registros de morbilidad materna y por procedimientos realizados en la clandestinidad	1	Actores en contra por intereses económicos (al ver pérdidas potenciales de clientes)
2	Miedos en la comunidad por la ilegalidad en determinados supuestos	2	Percepción negativa de estos servicios entre detractores del aborto
3		3	
4		4	
5		5	
FORTALEZAS (+)		OPORTUNIDADES (+)	
1	Experiencia de proyectos similares en otros contextos	1	Identificar actores locales que participen en el proyecto y formarles (tanto sensibilizadores del problema en la comunidad como personal cualificado para asistir a pacientes)
2	Personal cualificado en la base para diseñar el proyecto	2	Establecer protocolo de actuación
3	Personal cualificado en terreno para implementar el proyecto	3	Identificar apoyo económico
4		4	
5		5	

Fuente: elaboración propia

3.3.2. Bloque 2

Este bloque consiste en un taller teórico-práctico de cuatro módulos repartidos en dos días, alternando con visitas presenciales de los facilitadores a los centros sanitarios de la zona, una vez que los trabajadores de los mismos hayan recibido la formación, con el fin de dar apoyo directo in situ y evaluar la comprensión e implementación del programa (ver organización en

cronograma). Además, en estas visitas se realizará un inventario del material con el que cuentan en el CS, con el fin de evaluar las carencias para el desarrollo completo del programa.

El taller teórico-práctico se organizará de la siguiente forma: en la primera jornada, participarán profesionales sanitarios y no sanitarios de todos los centros sanitarios del área de forma conjunta, es decir, se van a incluir también a trabajadores de mantenimiento y limpieza, vigilantes, administrativos y agentes de salud comunitarios. La segunda jornada, en cambio, está dirigida a aquellos que van a brindar los cuidados de forma directa (médicos/matronas/enfermeros), con el objetivo de capacitarles de los conocimientos y herramientas específicas y necesarias para ofrecer servicios de aborto seguro, cuidados postaborto y educación sexual de alta calidad.

El hecho de realizar los talleres mezclando diferentes perfiles otorgará un valor añadido de enriquecimiento de las diferentes posturas de otras personas, y, además, servirá para que el mensaje llegue de forma indirecta a la población, ya que los trabajadores son también miembros de la misma, y pueden actuar como informadores y captadores de potenciales pacientes que necesiten este servicio.

El taller se llevará a cabo en el hospital general de referencia, al que acudirán progresivamente los trabajadores tanto del propio hospital como de los centros de salud adscritos. Se realizarán varias ediciones de forma que se formen grupos de aproximadamente 30 personas hasta que al menos un 75% de los trabajadores de los centros sanitarios y al menos 3 agentes de salud comunitarios adscritos a cada uno de los centros de salud hayan participado en la formación.

Teniendo en cuenta el número de trabajadores de la zona sanitaria de Lulingu (178 sanitarios, 186 no sanitarios y 525 agentes de salud comunitarios), se pueden realizar ediciones con grupos mixtos formados por 12 sanitarios, 12 no sanitarios y 6 agentes de salud comunitaria en cada uno, consiguiendo que en un total de 12 ediciones se hayan formado 144 sanitarios (80%), 144 no sanitarios (77,4%) y 72 agentes de salud comunitaria (3 o 4 agentes de cada uno de los CS). La segunda jornada de cada edición estará formada por grupos de 12 sanitarios, ya que esta formación es específica para ellos.

El objetivo general del taller es desarrollar la capacidad y el compromiso de cada participante para tomar acción en favor del aborto seguro, ya sea de forma directa o indirecta, cada uno en función de su perfil profesional.

Tabla 3. Agenda del taller teórico-práctico

	DIA 1 (GRUPO MIXTO DE 30 PERSONAS APROX.)	DIA 2 (GRUPO DE 12 SANITARIOS APROX.)
8:30	Bienvenida	Bienvenida y resumen del día anterior
8:45	Actividad rompe-hielo y presentación de objetivos y normas del curso	
9:00		
9:15	Pre-test	Charla: atención integral al aborto
9:30	Charla: introducción al aborto	
9:45		
10:00		
10:15	Actividad 1: cruzar la línea	Charla: métodos anticonceptivos y cuidados postaborto
10:30		
10:45		
11:00		Actividad 6: crucigrama
11:15	DESCANSO	DESCANSO
11:30	Actividad 2: lista de motivos	Charla: apoyando a las mujeres
11:45		
12:00		
12:15	Actividad 3: por qué murió ella	Actividad 7: rol playing apoyando a las mujeres
12:30		
12:45		
13:00	COMIDA	COMIDA
13:15		
13:30		
13:45		
14:00		
14:15	Charla: barreras legislativas, sociales y de los sistemas de salud	Grupo 1: práctica métodos de aborto
14:30		
14:45	Actividad 4: el último aborto	Grupo 2: práctica anticonceptivos
15:00		
15:15		
15:30	Actividad 5: barreras	Grupo 1: práctica anticonceptivos
15:45		
16:00		
16:15	Actividad 5: barreras	Grupo 2: práctica métodos de aborto
16:30		
16:45	Post-test y despedida	Puesta en común
17:00		

Fuente: elaboración propia

DÍA 1

La sesión comenzará con una bienvenida, una exposición de las normas y de los objetivos del curso, y una presentación de los facilitadores y los participantes, para lo cual se puede utilizar una actividad rompe-hielo (por ejemplo, se puede utilizar una pelota para hacer una ronda de presentaciones: con el grupo formando un círculo, el facilitador se coloca en el centro y comienza presentándose él mismo al grupo, diciendo su nombre, su profesión y un hobby, y luego lanza la pelota al azar a otra persona para que haga lo mismo, hasta que todo el grupo haya participado. Se trata de una forma ágil y amena de presentarse que obliga a los participantes a estar atentos).

Una vez terminadas las presentaciones, los participantes realizarán un pre-test (incluido en el anexo A) que ofrecerá información acerca de los conocimientos, actitudes y compromisos de cada participante acerca del aborto, y que volverán a realizar al terminar la jornada, para establecer comparaciones antes/después. Este test consiste en un cuestionario sencillo con múltiple opción de respuesta, que será cumplimentado de forma anónima, pero irá identificado con el pseudónimo que el participante elija. Después de 5-10 minutos, se recogerán y se pasará al desarrollo del primer módulo.

MÓDULO 1: INTRODUCCIÓN AL ABORTO

Este módulo consta de una charla introductoria y tres actividades participativas. El objetivo es ayudar a los participantes a aprender información básica sobre el aborto, a entender cómo el aborto inseguro afecta a las mujeres y sociedades y a entender y empatizar con las personas que solicitan este servicio.

CHARLA INTRODUCTORIA: 45 minutos de duración. Se apoyará de una presentación en power point. Su contenido versará sobre:

- Definición de aborto y tipos.
- Aspectos históricos del aborto.
- Aborto como problema de salud pública: estadísticas mundiales y nacionales sobre morbilidad materna por aborto inseguro.

- Enfoque en el aborto basado en los derechos humanos: principios de universalidad, inalienabilidad, no discriminación, indivisibilidad e interdependencia. Relación con los derechos de salud sexual y reproductiva.

Al finalizar la exposición, se dejarán 5 minutos para comentarios y resolución de dudas.

ACTIVIDAD 1: CRUZAR LA LÍNEA. 45 minutos.

- Objetivo: expresar sentimientos y creencias acerca del aborto, identificar los diferentes puntos de vista entre los participantes y entender cómo el estigma influye en las opiniones y reacciones personales y sociales respecto al aborto.
- Material necesario: una cinta adhesiva o cuerda para trazar una línea en el suelo de la sala, que debe estar despejada de sillas y mesas para que los participantes se puedan mover.
- Instrucciones:
 1. Solicitar que todos los participantes se pongan de pie a un lado de la línea.
 2. Explicar que se leerá en voz alta una serie de declaraciones, y que los participantes deben cruzar la línea por completo si la declaración es aplicable a sus experiencias o creencias.
 3. Recordar a los participantes que no existe un punto medio, deben colocarse a un lado de la línea o al otro, y que no hay respuestas correctas o incorrectas.
 4. Solicitar que los participantes no hablen durante el ejercicio a menos que necesiten aclaración o que no entiendan la declaración leída.
 5. Colocarse en uno de los extremos de la línea y leer una declaración fácil a modo de ejemplo, como la siguiente: Cruce la línea si desayunó con fruta esta mañana.
 6. Una vez que algunas personas hayan cruzado la línea, dar a los participantes la oportunidad de observar quién cruzó la línea y quién no e invitarles a percatarse de cómo se sienten al estar donde están.
 7. Pedir a alguien que cruzó la línea, y después a otra persona que no la cruzó, que explique concisamente su respuesta a la declaración. Si sólo hay una persona que cruzó o no cruzó la línea, preguntarle cómo se siente con eso.

8. Invitar a todos los participantes a regresar a un lado de la línea.

9. Repetir esto para varias de las declaraciones sobre el aborto. Como ejemplo, podemos citar:

“Cruce la línea si:”

- *Su crianza le ha hecho creer que el tema del aborto no se debe discutir abiertamente.*
- *En algún momento en su vida, usted pensaba que no está bien tener un aborto.*
- *Cree que el aborto es un derecho de las mujeres.*
- *Se le ha pedido mantener en secreto el aborto de alguien.*
- *Alguna vez ha sentido incomodidad al hablar sobre el aborto.*
- *Alguna vez ha sentido vergüenza al hablar sobre el aborto.*
- *Alguna vez ha oído a un político hablar con desprecio sobre las mujeres que han tenido abortos.*
- *Alguna vez ha oído a algún amigo o miembro de su familia hablar con desprecio sobre las mujeres que han tenido abortos.*
- *Usted o alguien cercana a usted ha tenido un aborto.*
- *Alguna vez ha reprimido sus sentimientos respecto a una experiencia de aborto.*
- *Alguna vez ha evadido el tema del aborto para evitar conflictos.*
- *Alguna vez ha oído el término “asesinos de bebés” aplicado a las mujeres que tienen abortos o a los trabajadores de la salud que realizan los procedimientos de aborto.*
- *En algún momento en su vida, usted creía que el alivio es una reacción común después de tener un aborto.*
- *Usted cree que existe la necesidad de contar con un ambiente social que brinde apoyo en cuanto al aborto.*
- *Usted cree que todas las mujeres merecen tener acceso a servicios de aborto seguro y de alta calidad.*

10. Después de haber leído las declaraciones, solicitar que los participantes tomen asiento.

11. Analizar la experiencia, con preguntas para iniciar la conversación: ¿Cómo se sintió respecto a la actividad? ¿Qué aprendió acerca de sus propios puntos de vista y los de otros

respecto al aborto? ¿Hubo momentos en los que se sintió tentado o tentada a moverse con la mayor parte del grupo? ¿Se movió o no? ¿Cómo se sintió eso? ¿Qué aprendió de esta actividad ¿Cómo han cambiado sus sentimientos respecto al aborto desde que era más joven? ¿Qué nos enseña esta actividad respecto al estigma en torno al aborto? ¿De qué manera influye el estigma en la experiencia psicológica de las mujeres con el aborto? ¿Y cómo influye en los familiares de la mujer? ¿De qué manera influye el estigma en las experiencias de los trabajadores de la salud y prestadores de servicios que trabajan en el área de la atención del aborto?

12. Solicitar y resolver con los participantes cualquier pregunta, observación o inquietud pendiente. Agradecer al grupo por su participación.

ACTIVIDAD 2: LISTA DE MOTIVOS: 45 minutos

- Objetivos: Identificar los diversos motivos por los cuales las mujeres tienen embarazos, embarazos no deseados y abortos, así como los motivos para continuar con embarazos no deseados. Diferenciar los niveles de comodidad de los participantes con respecto a los diferentes motivos y analizar cómo dichos niveles afectan al acceso a la atención segura del aborto.
- Material necesario: Tiras de papel en las que aparecerán escritas estas preguntas (una pregunta en cada tira): ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres tienen relaciones sexuales? ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres se quedan embarazadas? ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres tienen embarazos no deseados? ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres continúan con un embarazo no deseado? ¿Cuáles son los motivos por los cuales las mujeres toman una decisión sobre su embarazo no deseado que en realidad no quieren tomar? ¿Cuáles son los motivos por los cuales los gobiernos regulan la actividad sexual, los embarazos y abortos de las mujeres?
- Instrucciones:

1. Dividir a los participantes en grupos de tres a cinco personas. Entregar a cada grupo una hoja de papel de rotafolio, marcadores y una o más tiras de preguntas. Cada grupo designará a un registrador de datos y a un portavoz.

2. Solicitar que cada grupo realice una lluvia de ideas de todas las respuestas posibles a la pregunta que les tocó, pensando lo más detenida y ampliamente posible, reflexionando sobre la gran variedad de mujeres y las circunstancias de su vida.
3. Cuando terminen, el portavoz de cada grupo presentará las respuestas de su grupo al resto. Los integrantes de los demás grupos no harán comentarios hasta que todos los grupos hayan realizado sus presentaciones.
4. Una vez que todos los grupos hayan realizado sus presentaciones, solicitar respuestas adicionales a todas las preguntas. Posiblemente haya que sugerir respuestas adicionales que no hayan sido mencionadas por el grupo.
5. Pedir a los participantes que estudien en silencio los motivos proporcionados para cada pregunta y que evalúen su nivel de comodidad con cada motivo.
6. Facilitar una discusión usando algunas de las siguientes preguntas: ¿Con qué motivos para tener relaciones sexuales se sienten incómodos? ¿Con qué motivos para tener un embarazo no deseado se sienten incómodos? ¿Qué motivos para tener un aborto les incomodan, y cuál es la fuente de su incomodidad? ¿De qué manera sus valores fundamentales influyen en sus niveles de comodidad respecto a los diferentes motivos para tener relaciones sexuales, un embarazo no deseado o un aborto? ¿De qué manera influye esta incomodidad en el estigma creado por la sociedad contra las mujeres que tienen abortos y los prestadores de servicios que efectúan los procedimientos de aborto? ¿Cómo se sienten ustedes hacia las mujeres que toman una decisión respecto a su embarazo no deseado que en realidad no desean tomar? ¿Cuáles son las razones por las cuales los gobiernos a menudo regulan los embarazos y el aborto más que otros aspectos y procedimientos médicos? ¿En qué medida se debe esto a la cuestión de género (el hecho de que sólo las mujeres quedan embarazadas y de que la mayoría de los legisladores son hombres)? ¿De qué manera nuestra incomodidad con determinados motivos afecta a nuestro trabajo en salud reproductiva y, específicamente, la atención del aborto? ¿Cómo podrían las usuarias percibir esta incomodidad? ¿Qué impacto podría tener esto en la calidad de la atención que brindamos?
7. Cerrar la actividad revisando algunos de los siguientes puntos: La incomodidad de las personas con los motivos de algunas mujeres (para tener relaciones sexuales, un embarazo no intencional o un aborto) propicia la aplicación de políticas, leyes y sistemas de prestación

de servicios de salud reproductiva que niegan a algunas mujeres el acceso a los servicios de aborto seguro y de alta calidad. Esto puede conducir a que algunas mujeres tengan que arriesgar su salud y su vida para buscar un aborto (a menudo en condiciones inseguras). En otras palabras, crea disparidad en salud y a menudo resultados trágicos para algunas mujeres.

8. Solicitar y resolver con los participantes cualquier pregunta, observación o inquietud pendiente. Agradecer al grupo por su participación.

ACTIVIDAD 3: POR QUÉ MURIÓ ELLA: 45 minutos

En esta actividad se presentará un estudio de caso, con el que los participantes podrán entender las trágicas consecuencias de restringir el acceso a los servicios de aborto seguro y legal, así como la responsabilidad personal o profesional de evitar muertes como las que se describen en el caso.

- Material necesario: fotocopias con la historia del caso (adjunta en anexo B), proyección de la diapositiva con las estadísticas mundiales y nacionales de morbilidad materna asociada al aborto inseguro (explicadas en la charla inicial).
- Instrucciones:

1. Distribuir una copia de la historia “¿Por qué murió ella?” a todos los participantes.
2. Pedir a los participantes que lean la historia en silencio, o solicitar que un participante la lea en voz alta para todos.
3. Facilitar una discusión en respuesta a la pregunta “¿Por qué murió ella?”, anotando las respuestas en el rotafolio. Algunas sugerencias para las preguntas de discusión son: ¿Quién creen ustedes que es responsable de su muerte? ¿Por qué? (Si los participantes responden que la joven es responsable de su propia muerte, cuestionarles para que piensen sobre las personas y el sistema de salud que le fallaron a la joven y que pudieron haber evitado su muerte de haberla educado adecuadamente y de haber respondido a sus necesidades. Indagar más en cuanto a si los jóvenes pueden culparse por su ignorancia y de quién es la responsabilidad de garantizar que reciban una enseñanza.) ¿Qué pudo haberse hecho para evitar su muerte? ¿Quién pudo haber ayudado a evitar su muerte? ¿Qué opciones tenía la joven? ¿Qué pudo haber mejorado su situación? ¿Qué información o recursos pudieron haberla ayudado a evitar esta situación? Además de la joven, ¿quién más fue afectado

directamente por su muerte? ¿Cómo les hace sentir esta historia? ¿En qué otras historias o situaciones les hacen pensar esta historia (sin revelar datos identificadores)? ¿Qué nos dice esta historia de nuestra responsabilidad de salvaguardar la salud y la vida de las mujeres? ¿Qué podrían hacer ustedes, personal o profesionalmente, para evitar que ocurran muertes como ésta?

4.- Proyectar y recordar las estadísticas mundiales, nacionales y locales de la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto, presentadas en la charla inicial. Hablar sobre el hecho de que restringir el acceso a los servicios de aborto seguro no disminuye el número de abortos, sólo el número de mujeres que sufren lesiones o mueren a consecuencia del aborto. Pedir a los participantes que definan su responsabilidad personal y/o profesional de evitar muertes como ésta.

5.- Solicitar y tratar con los participantes cualquier pregunta, observación o inquietud pendiente. Agradecer al grupo su participación.

MÓDULO 2: ABORTO Y ESTIGMA. BARRERAS

Este módulo consta de una charla introductoria y dos actividades participativas. El objetivo es ayudar a los participantes a entender mejor las barreras que encuentran las mujeres cuando no desean seguir adelante con un embarazo, y a identificar estrategias para abordar estas barreras.

CHARLA INTRODUCTORIA: 45 minutos

El contenido de esta charla versará sobre las múltiples barreras que encuentran las mujeres para obtener servicios de aborto seguro, por lo cual a veces no tienen otra alternativa que recurrir al aborto inseguro. Se irán detallando y explicando cada una de las barreras, dando pie a los participantes a adelantarse a exponer ejemplos antes de que lo haga el facilitador.

- Barreras legislativas: se hablará del Código Penal congoleño y de la adhesión del país al protocolo de Maputo. Se hará hincapié en los datos por los que se demuestra que países con legislaciones abiertas no tienen mayor número de abortos, mientras que las tasas de morbimortalidad materna por esta causa son más bajas. Además, se insistirá en el aspecto del ejercicio de la libertad como herramienta para el desarrollo de una sociedad.

- Barreras sociales y culturales: se hablará de la discriminación de género, del estigma en torno al aborto y de cómo los tabúes culturales dificultan el acceso a una educación sexual completa y de calidad.
- Barreras de los sistemas sanitarios: se hablará de la falta de inversión y medios, de las actitudes prejuiciosas de los profesionales sanitarios, de la falta de privacidad y del coste inabordable del servicio para algunas mujeres.

Al final de la charla, se discutirán de forma participativa ejemplos de estrategias para abordar las diferentes barreras, y se terminará proyectando la siguiente tabla con ejemplos para completar los que no hayan sido mencionados:

Tabla 4. Estrategias para abordar las diferentes barreras

NIVELES	ESTRATEGIAS
Legislativo y político	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a profesionales de la salud y formuladores de políticas respecto al aborto, incrementar su entendimiento del marco legislativo y desarrollar su capacidad para interpretar las indicaciones legales plenamente. - Elaborar o modificar normas y directrices clínicas que reflejen prácticas basadas en evidencia y eliminen las restricciones al aborto que no son exigidas por la ley. - Apoyar la aplicación de normas y directrices nuevas o modificadas.
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> - Concienciar a la comunidad acerca del embarazo no deseado, prevención del embarazo, aborto inseguro y reunir apoyo para reducir el estigma y ampliar el acceso a los servicios de aborto seguro. - Realizar intervenciones de sensibilización y transformación de actitudes con líderes comunitarios y religiosos. - Proporcionar a las mujeres información sobre cómo, cuándo y dónde obtener servicios seguros.
Sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar talleres de sensibilización y capacitación clínica para profesionales de la salud y demás personal de la unidad de salud para desarrollar su capacidad y compromiso para prestar servicios de aborto seguro. - Ofrecer servicios de aborto con medicamentos para ampliar el acceso a los servicios en una variedad de ámbitos. - Establecer servicios de aborto amigables, que eviten enjuiciamientos y críticas hacia las usuarias. - Proporcionar servicios gratuitos o abogar por subsidios de manera que las unidades de salud puedan ofrecer servicios a tarifas reducidas basadas en la capacidad de las mujeres para pagar. - Hacer los cambios necesarios a la infraestructura y actualizar los protocolos y prácticas de las unidades de salud para fortalecer la privacidad y confidencialidad.

Adaptación de IPAS, 2015

ACTIVIDAD 4: EL ÚLTIMO ABORTO: 60 minutos

Con esta actividad, se pretende que los participantes expresen los prejuicios que tienen contra ciertas mujeres y las circunstancias de su vida con respecto al acceso al aborto, y que analicen los retos planteados por las leyes y políticas restrictivas de aborto.

- Material necesario: copias de la hoja “el último aborto” (incluida en anexo C)
- Instrucciones:
 1. Explicar a los participantes que en algunos países se imponen restricciones jurídicas, políticas, financieras y de otra índole sobre los servicios de aborto, que impiden el acceso de algunas mujeres a los servicios de aborto seguro y legal.
 2. Dividir a los participantes en grupos pequeños de cuatro a seis personas cada uno.
 3. Pedir a los participantes que se imaginen que, de acuerdo con la política pública (ficticia) de este país, se puede efectuar sólo un último aborto seguro y legal. Hay que explicar que se les entregará una hoja impresa en la cual se describen seis mujeres que han expresado su deseo de interrumpir su embarazo y han solicitado para que se les conceda este último aborto. Los grupos pequeños representan a los formuladores de políticas que decidirán a cuál de las mujeres se le debe practicar el último aborto.
 4. Entregar a cada participante una copia de la hoja impresa, y tras 5 minutos de lectura y 15 de debate en grupo, el portavoz de cada uno de ellos presentará la decisión del grupo de forma justificada.
 5. Una vez que todos los grupos pequeños lo hayan presentado, pedir que cada participante reflexione en silencio sobre los prejuicios que puedan tener contra ciertas mujeres que buscan servicios de aborto y las circunstancias de su vida, y sobre cómo estos prejuicios influyeron en su decisión en cuanto a quién concederle o no un aborto.
 9. Facilitar una conversación sobre las mujeres seleccionadas, las que no fueron seleccionadas y las justificaciones para ello. Mantener neutralidad mientras se habla sobre las justificaciones de los participantes.

10. Preguntar a los participantes cómo esta actividad se relaciona con la forma en que los servicios de aborto suelen proporcionarse en determinado lugar o país, asegurándose de que se tocan los siguientes puntos:

- Las leyes restrictivas de aborto, e incluso los prestadores de servicios de salud, a menudo determinan qué mujeres tienen más derecho a un aborto que otras, basándose en sus prejuicios sobre los motivos y las circunstancias de las mujeres. La decisión de conceder un aborto solo a algunas mujeres sí pero a otras no, conlleva consecuencias que duran toda una vida para cada una esas mujeres, su familia y su comunidad.
- Cada una de las mujeres en estas representaciones expresó el deseo de interrumpir su embarazo, y es probable que cada mujer haya reflexionado detenidamente sobre sus motivos para tomar esta decisión.
- A veces los consejeros o prestadores de servicios intentan convencer a algunas mujeres para que continúen con su embarazo debido a sus creencias personales de que ellas no deben interrumpir su embarazo. Por consiguiente, estas mujeres pueden sentirse presionadas para tomar una decisión que quizás no tenga consecuencias deseadas para su vida. En algunos casos, las mujeres pagan con su salud e incluso con su vida.
- Es importante que examinemos nuestros prejuicios personales y veamos cómo estos pueden influir sobre las decisiones y acciones de las mujeres.

11. Concluir la actividad explicando que no existe una sola respuesta correcta y que es imposible decidir objetivamente cuál de entre todas las mujeres merece tener acceso a los servicios de aborto. Cuestionar qué persona tiene el derecho de tomar tal decisión por otro ser humano. Señalar que es mucho lo que está en juego cuando los prestadores de servicios de salud o los formuladores de políticas restringen el acceso al aborto para determinadas mujeres, porque esto puede llevar a que las mujeres arriesguen su salud y su vida en abortos inseguros e ilegales, o a que tengan que pasar por más gastos y dificultades para obtener servicios de aborto seguro por parte de otro prestador de servicios de salud o continuar con un embarazo no deseado y posiblemente abandonar, maltratar o descuidar al niño.

12. Concluir con la declaración de que nunca puede haber un último aborto.

13. Solicitar y tratar con los participantes cualquier pregunta, observación o inquietud pendiente. Agradecer la participación a todo el grupo.

ACTIVIDAD 5: BARRERAS: 60 minutos

El propósito de esta actividad es entender las barreras que encuentran las mujeres para solicitar un aborto seguro en este contexto en particular, así como identificar estrategias específicas para abordarlas, reforzando lo aprendido durante la charla previa.

- Material necesario: rotafolios y rotuladores
- Instrucciones:

1.- Pedir que cada participante cierre los ojos y piense en una adolescente en su país, utilizando las siguientes preguntas para guiar la discusión y haciendo una pausa de varios segundos tras cada una de ellas:

- a. Piensen en una adolescente en su país. ¿Cuál es su apariencia física? ¿Qué ropa lleva puesta?
- b. ¿Dónde se encuentra ella en estos momentos?
- c. ¿Qué le gusta hacer?
- d. ¿A qué retos se enfrenta en su vida?
- e. Imagínense que esta adolescente está embarazada. ¿Cómo se siente?
- f. ¿Con quién hablaría acerca de su embarazo?
- g. ¿Quién influirá en la decisión de qué hacer respecto al embarazo?
- h. Si decide tener un aborto, ¿qué fuentes de apoyo y servicios tiene en su comunidad?

2.- Dividir a las personas en grupos de cuatro a cinco participantes y entregar a cada grupo hojas de rotafolio, cinta adhesiva y rotuladores.

3.- Colocar en la pared la hoja de rotafolio con la siguiente plantilla de la “historia sobre barreras a los servicios” y pedir que cada grupo la copie en silencio a su hoja de rotafolio.

DIBUJO DE UNA MUJER JOVEN	
	DIBUJO DE UNA UNIDAD DE SALUD

4.- Pedir a los grupos que identifiquen a la adolescente en su “historia sobre barreras a los servicios”, invitándoles a darle un nombre y dibujarla en el primer recuadro de la plantilla de la historia.

5.- Pedir a los grupos que aporten con una lluvia de ideas las diferentes barreras a las que se enfrenta la adolescente, indicando en cada recuadro los diferentes tipos.

6.- Después de unos minutos, invitar a un grupo a compartir las barreras legislativas y políticas, y que el resto de los grupos vaya añadiendo las que no han sido nombradas.

7.- Continuar con las barreras socioculturales con otro grupo y proceder de la misma forma, y terminar con las barreras de los centros sanitarios, hasta que se completen todas las ideas no mencionadas.

8.- Resumir todas las barreras importantes, y si es necesario, identificar las que no hayan sido mencionadas por los grupos.

9.- Destacar los puntos clave de la discusión y resumir la actividad con la siguiente idea clave:

Las mujeres y adolescentes se enfrentan muchas barreras para obtener servicios de aborto seguro, tales como discriminación de género, desigualdad de acceso a recursos financieros y control de estos, el estigma, el temor de ser juzgada por el/ la prestador/a de servicios, la falta de privacidad en la unidad de salud... Debido a estas barreras, muchas mujeres y adolescentes que buscan interrumpir un embarazo no tienen otra alternativa que recurrir a un aborto inseguro, incluso cuando sus circunstancias concuerdan con las indicaciones legales para el aborto seguro. Las barreras explican por qué las adolescentes tienden a buscar servicios de aborto más tardíamente que las adultas, y por qué son más propensas a postergar la búsqueda de ayuda para tratar las complicaciones. Es urgente eliminar el mayor número posible de estas barreras para asegurar que las mujeres y adolescentes reciban los servicios que necesitan y a los cuales tienen derecho.

10.- Solicitar y tratar con los participantes cualquier pregunta, observación o inquietud pendiente. Agradecer la participación a todo el grupo.

Para finalizar la jornada, los participantes cumplimentarán de nuevo el mismo test realizado al inicio de la jornada, para lo cual se solicitará que sean identificados con el mismo pseudónimo que utilizaron en el previo y así establecer comparaciones. Además, este test incluirá al final unas preguntas para evaluar la satisfacción del taller (Anexo E).

DIA 2: TALLER ESPECÍFICO PARA PERSONAL SANITARIO PRESTADOR DE SERVICIOS DE ABORTO

El desarrollo de esta jornada incluye una parte teórica por la mañana (módulo 3) y una parte práctica por la tarde (módulo 4), en la que se utilizarán simuladores para afianzar los conocimientos y habilidades de las diferentes técnicas. Como se ha indicado anteriormente, en esta jornada los grupos serán más reducidos (unas 12 personas aproximadamente) al estar dirigida solo a sanitarios, potenciales proveedores de servicios de aborto seguro, lo cual permitirá un clima cercano, una mayor participación y facilidad para el diálogo.

MÓDULO 3: ATENCIÓN INTEGRAL AL ABORTO

Este módulo consta de tres charlas y una actividad participativa, y tiene como objetivo preparar a los participantes para brindar cuidados de alta calidad basados en un modelo de atención holística, que incluye una variedad de servicios médicos, personalizados para las circunstancias y necesidades de salud de cada mujer.

CHARLA: ATENCIÓN INTEGRAL AL ABORTO: 60 minutos

En esta charla, se presentarán los elementos esenciales de la atención integral del aborto centrada en la mujer, que incluyen consejería y métodos seguros de aborto. El conocimiento de lo que comprende el aborto seguro puede ayudar a desmitificar el proceso y procedimiento, y contrarrestar los mitos e informaciones incorrectas.

La presentación incluirá toda la información acerca del aborto en el primer y segundo trimestre, los métodos recomendados (aspiración manual por vacío y aborto con medicamentos), signos de alarma y educación sanitaria básica para proporcionar a las usuarias.

Por último, se proporcionará a los participantes una herramienta tipo hoja de cálculo para la recogida de datos y se instruirá en su forma de cumplimentación con el fin de realizar un correcto análisis de los datos desde la implantación del servicio en los diferentes centros.

CHARLA: CUIDADOS POSTABORTO Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: 60 minutos

La atención postaborto incluye el tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el aborto, así como consejería, servicios de anticoncepción y prestación de otros servicios de salud reproductiva o referencia a estos.

Partiendo de la base de que una mujer puede quedarse embarazada tan pronto como a los ocho días después de un aborto, es importante que los profesionales conozcan las diferentes opciones anticonceptivas seguras para poder ofrecérselas a futuras usuarias.

En la primera parte de esta charla, se informará sobre el abanico de opciones anticonceptivas y los riesgos y beneficios de cada una de ellas. Se hará hincapié en que entiendan que aceptar

un anticonceptivo postaborto nunca debería ser una condición para recibir servicios de aborto.

La segunda parte de la charla se centrará en las posibles complicaciones relacionadas con el aborto (especialmente las de potenciales pacientes que acudan tras abortos clandestinos), signos de alarma y tratamientos.

Al finalizar la segunda charla, se distribuirá a los participantes un juego de crucigrama (incluido en anexo D y disponible en varios idiomas en www.ipas.org) que afianzará los conocimientos adquiridos en las presentaciones anteriores.

CHARLA: APOYANDO A LAS MUJERES: 45 minutos

El objetivo de esta charla es proporcionar a los participantes habilidades y herramientas para el acompañamiento y la consejería, como elemento esencial de los servicios de aborto. Los conocimientos, actitudes, habilidades de comunicación verbal y no verbal y el profesionalismo de un prestador de servicios contribuyen a la calidad de la consejería. Por tanto, se hablará de los siguientes aspectos importantes:

- El apoyo emocional y la escucha empática.
- La confidencialidad y la privacidad.
- La importancia de la información completa y su difusión facilitada y adaptada al nivel de conocimientos de la usuaria.
- El respeto por su decisión, evitando enjuiciamientos.

ACTIVIDAD 7: ROL PLAYING APOYANDO A LAS MUJERES: 45 minutos

El objetivo de esta actividad es que los participantes pongan en práctica lo aprendido en la charla anterior y adquieran habilidades para el acompañamiento y la consejería, así como motivarles para explorar el aborto desde el punto de vista de las mujeres.

- Material necesario: copias de las hojas con tres escenarios de estudio de caso.
- Instrucciones:

1.- Dividir a los participantes en grupos de tres personas (si hay un grupo de dos, el facilitador puede unirse a ese grupo para completarlo). Hay que explicar que cada grupo pequeño

representará tres juegos de roles sobre mujeres que buscan servicios de aborto. Todas las personas tendrán la oportunidad de desempeñar el papel de la usuaria, del profesional y del observador.

2.- Entregar a los diferentes grupos las hojas impresas con la descripción de tres escenarios diferentes y otorgar 5 minutos para la lectura del primer escenario. Después, pedirles que asignen a cada uno un rol, y simulen la situación. La persona que hace de observador, irá tomando notas acerca de comentarios, actitudes y comunicación no verbal, utilizando la siguiente tabla:

Tabla 5. Check-list del observador de comunicación profesional/paciente

Buena relación de comunicación positiva y enfoque centrado en la mujer	SI	NO	COMENTARIOS
Trata las preguntas, inquietudes y opiniones como válidas			
Es consciente de cuándo es necesario educar o brindar consejería			
Invita explícitamente a la usuaria a hacer preguntas			
Solicita la opinión de la usuaria antes de hacer sugerencias			
Acepta las decisiones de la usuaria, sin importar que esté o no esté de acuerdo			
Comunicación verbal	SI	NO	COMENTARIOS
Pregunta cuáles son los conocimientos de la usuaria antes de proporcionar información			
Proporciona toda la información pertinente sobre cada opción de tratamiento			
Contesta todas las preguntas completa y francamente			
Evita sermonear o regañar			
Proporciona información de manera neutral pero afectuosa			
Explica el significado de los términos médicos comunes según corresponde			
Determina que la joven entendió la información			

Comunicación no verbal	SI	NO	COMENTARIOS
Utiliza un lenguaje corporal positivo			
Empatía	SI	NO	COMENTARIOS
Evita juzgar o actuar con ira			
Tiene paciencia			
Aborda las inquietudes y los temores			
Privacidad y confidencialidad	SI	NO	COMENTARIOS
Explica y discute los aspectos de la confidencialidad			
Pregunta en privado si la usuaria desea que otra persona esté presente durante la sesión			

Adaptación de IPAS, 2012

Al finalizar la representación, el observador los compartirá con sus compañeros desde un punto de vista crítico y constructivo, y se procederá a realizar lo mismo con el escenario 2, intercambiando los roles desempeñados en este turno. Del mismo modo, al finalizar, se practicará con el escenario 3, de forma que todos los participantes hayan interpretado el papel de paciente, profesional y observador.

3.- El facilitador caminará entre los grupos pequeños durante los juegos de roles como observador en silencio, e irá tomando notas de ejemplos de una consejería buena, de ejemplos de actitudes que pueden mejorar y de toda información incorrecta que escuche de manera que la pueda corregir después de los juegos de roles.

4.- Terminados los juegos, reunir a todo el grupo para establecer una discusión participativa, guiada por las siguientes preguntas:

- ¿Cómo creen que les fue con los juegos de roles? ¿Fue difícil o fácil establecer el rol del profesional?
- ¿Qué sentimientos tuvieron cuando desempeñaron el papel de la usuaria?

- ¿Qué ejemplos de una buena consejería observaron durante los juegos de roles?
- ¿Cuáles fueron algunos asuntos importantes que surgieron? ¿Cómo podemos abordarlos en el futuro?
- Si estos fueran escenarios de la vida real, ¿qué hubieran hecho próximamente para ayudar a la usuaria a obtener servicios seguros?

5.- Resumir los puntos clave de la discusión.

6.- Solicite ideas o preguntas finales y agradecer al grupo su participación.

MÓDULO 4: TALLER PRÁCTICO PARA SANITARIOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

Este taller consta de dos prácticas: la práctica de los métodos de aborto (aspiración manual y aborto con medicamentos) y la práctica de métodos anticonceptivos (inserción de DIU e inserción de implantes subcutáneos). Tendrá una duración dos horas y media, que dividiremos en dos partes de una hora y cuarto cada una. En la primera parte, la mitad del grupo (unas 6 personas) realizará la práctica de los métodos de aborto con un facilitador, mientras que la otra mitad realizará la práctica de anticonceptivos con el segundo facilitador. En la segunda parte, los grupos se intercambiarán.

Este taller práctico se realizará mediante simuladores anatómicos pélvicos y el instrumental específico para cada una de las técnicas.

Después de las prácticas, todo el grupo se reunirá de nuevo para realizar el cuestionario de satisfacción de la jornada (Anexo F). Se ofrecerá un turno de comentarios y dudas y se cerrará el curso agradeciendo la participación.

3.4. Cronograma

La implementación del programa se desarrollará a lo largo de 14 semanas. Las dos primeras semanas se dedicarán a las actividades del bloque 1 (organización de la agenda, entrevistas a personas clave y análisis de los datos obtenidos); Durante las semanas 3 a 12 se realizarán las diferentes ediciones del taller teórico-práctico con los profesionales y las visitas a los centros sanitarios, utilizando el último día de cada semana para el análisis de los datos. Y, por último,

la semana 14 se utilizará para realizar la evaluación de la implementación del programa y el informe final.

Tabla 6. Cronograma de las actividades

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
SEMANA 1	BLOQUE 1: ORGANIZACIÓN DE LA AGENDA Y ENTREVISTAS				ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 2	BLOQUE 1: ORGANIZACIÓN DE LA AGENDA Y ENTREVISTAS				ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 3	EDICION 1		EDICION 2		ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 4	EDICION 3		EDICION 4		ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 5	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3	VISITA 4	ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 6	VISITA 5	VISITA 6	VISITA 7	VISITA 8	ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 7	EDICION 5		EDICION 6		ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 8	EDICION 7		EDICION 8		ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 9	VISITA 9	VISITA 10	VISITA 11	VISITA 12	ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 10	VISITA 13	VISITA 14	VISITA 15	VISITA 16	ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 11	EDICION 9		EDICION 10		ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 12	EDICION 11		EDICION 12		ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 13	VISITA 17	VISITA 18	VISITA 19	VISITA 20	ANÁLISIS DE DATOS		
SEMANA 14	EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN Y REPORTE FINAL						

Fuente: elaboración propia

3.5. Recursos

3.5.1. Recursos humanos

Para que una organización pueda incluir este programa dentro de sus actividades de salud sexual y reproductiva es necesaria la dedicación exclusiva de al menos dos personas durante su implementación (14 semanas) y, posteriormente, una de ellas (idealmente el facilitador local) continuará con las tareas de recogida de datos, análisis y evaluación, así como de dar apoyo a los profesionales que lo soliciten, durante al menos seis meses más.

3.5.2. Recursos materiales

Los recursos materiales incluirán, por una parte, lo necesario para llevar a cabo el taller teórico-práctico, y por otra, los insumos para dotar a los centros sanitarios para el mantenimiento de la actividad a largo plazo. Dado que el gobierno de la RDC financia al 100% los costes de los insumos dedicados a la salud sexual y reproductiva, y que el material que se utiliza en las técnicas y procedimientos de aborto seguro y cuidados postaborto entra dentro del paquete básico de material de cualquier centro que lleve a cabo estas actividades, habrá que realizar un inventario de la disponibilidad existente de cada centro y estudiar la posibilidad de solicitar el suministro de las carencias a la oficina central gestión de salud del área.

Los recursos materiales necesarios para el taller incluyen:

- Ordenador portátil y proyector.
- Pizarra rotafolio y rotuladores.
- Fotocopias para las distintas actividades de los talleres.
- Material de oficina diverso.
- Simuladores de entrenamiento con instrumental: pélvicos, para las técnicas de inserción de DIU y aspiración manual, y de antebrazo, para la técnica de inserción de implantes subcutáneos.

3.6. Evaluación

La evaluación es una fase fundamental en todo proyecto, y aunque suele situarse al final del mismo, debe atravesar toda la intervención, de manera que se puedan introducir cambios y mejoras en base a los resultados parciales obtenidos.

Este trabajo presenta el diseño de un programa en un contexto específico que aún no ha sido implementado. Como se ha mencionado anteriormente, pretende ser un piloto mediante el cual otros profesionales puedan incluirlo de forma sencilla y guiada dentro de los programas de salud sexual y reproductiva de sus organizaciones. Por eso, la fase de evaluación resulta de especial importancia en este caso, ya que va a determinar la reproductibilidad de un programa que hasta ahora no parece estar estandarizado como tal dentro de los programas de salud sexual y reproductiva en la República Democrática del Congo.

Los aspectos que se van a evaluar incluyen, por un lado, el alcance de los objetivos de la implementación del programa, y por otro, en un plazo más largo, la consecución de los objetivos que el programa busca en sí mismo. Por tanto, realizaremos una evaluación en primera instancia en base a criterios de pertinencia, factibilidad y sostenibilidad (evaluación ex - ante), y en una segunda, en base a criterios de eficacia, eficiencia e impacto (evaluación ex – post).

EVALUACIÓN EX – ANTE (previa al proceso de implementación del programa):

- **Pertinencia:** consiste en la adecuación de los resultados de la intervención respecto a los objetivos diseñados. Pretende establecer si el proyecto es coherente con las prioridades establecidas y si contribuye al desarrollo. En este trabajo, la pertinencia consistiría en determinar si el análisis de los datos de morbilidad materna en el área, el conjunto de percepciones acerca de este tema dentro de la comunidad y la dificultad de acceso a servicios de aborto seguro, justifican la implementación de nuestro programa en esta área.
- **Factibilidad:** es el elemento necesario para orientar la toma de decisiones antes de implementar el programa. Se analizarán las posibilidades de éxito y fracaso basándose en las potenciales barreras tanto físicas como sociales que impedirían el desarrollo exitoso del programa.
- **Sostenibilidad:** es la condición que garantiza que los objetivos e impactos positivos del programa perdurarán a largo plazo. Una vez determinados los requisitos para incluir el programa dentro de las actividades de una organización, será necesario y muy importante analizar si estos van a perdurar en el tiempo, ya que, en caso contrario, su implementación pierde sentido.

EVALUACIÓN EX - POST

- **Eficacia:** es el grado de consecución de los objetivos y resultados en el tiempo establecido. Aquí se evaluará el número de centros de salud que han incorporado el programa a sus actividades de salud sexual y reproductiva, el número de profesionales capacitados para prestar este servicio y el aumento progresivo de pacientes demandantes de este servicio que son asistidas a corto, medio y largo plazo.

- Eficiencia: es el análisis del empleo de los recursos empleados para la intervención en función de los resultados obtenidos. Se suele realizar mediante análisis del coste-beneficio. En este punto, habría que evaluar tanto los costes de la implementación del programa como de su mantenimiento en los diferentes centros, a través de la financiación por parte del Ministerio de Salud, quien, como se ha mencionado anteriormente, incluye en su paquete de servicios la cobertura de los suministros dedicados a la salud materno-infantil.
- Impacto: son los efectos que el programa genera, tanto esperados y/o positivos, como inesperados y/o negativos. Se trata, por un lado, de evaluar el objetivo último del programa: la reducción de la morbilidad materna por aborto inseguro; y, por otro, de analizar las consecuencias que ha tenido la implementación del programa desde el punto de vista social: riesgos de seguridad para los profesionales y las usuarias y el grado de aceptación que tiene el programa dentro de la comunidad.

4. CONCLUSIONES

La Asamblea General de la ONU adoptó en el año 2015 un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, y se materializó a través de la llamada Agenda 2030, que cuenta con 17 objetivos de desarrollo sostenible. Una de las metas que se encuentra dentro del objetivo 3 (salud y bienestar) consiste en reducir la tasa mundial de mortalidad materna. En esta línea, los diferentes gobiernos y organizaciones han elaborado estrategias para incluir programas que ayuden a conseguir este objetivo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, las causas de mortalidad materna son las hemorragias, las infecciones, los estados hipertensivos gestacionales, las complicaciones en el parto y los abortos inseguros. Ésta última, pese a ser la única prevenible prácticamente en su totalidad, no figura como prioritaria dentro de los programas de salud sexual y reproductiva, e incluso en ocasiones, ni siquiera se menciona.

El aborto es un tema de alta sensibilidad en la mayoría de las sociedades actuales, y las leyes restrictivas unidas al estigma asociado a las mujeres que lo solicitan, dificultan la implantación de programas, a pesar de haberse demostrado que estos no aumentan el número de solicitudes de aborto, mientras que sí disminuyen la morbimortalidad materna asociada.

Este trabajo ha buscado desarrollar un programa de fácil implementación en un país con una de las tasas de mortalidad más elevadas del mundo, la República Democrática del Congo. Miles de mujeres están muriendo o sufriendo las terribles y permanentes consecuencias derivadas de abortos practicados en la clandestinidad debido a la falta de programas específicos, por lo que urge la estandarización de actividades dentro de los protocolos nacionales. Pero esto solo se conseguirá si se demuestra la eficacia y eficiencia de un plan concreto, y se lucha para que, a través de él, las mujeres puedan ejercer su derecho a la libertad, contribuyendo con ello de forma indirecta, al desarrollo pleno de la sociedad de este país.

5. LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas a la hora de realizar este trabajo se relacionan con la falta de datos publicados respecto a los abortos inducidos. La justificación de la necesidad de este programa se basa en estudios que realizan estimaciones de las tasas de morbilidad materna asociada al aborto, realizadas mediante herramientas de análisis indirectos, a falta de datos específicos. La implantación de este programa incluye herramientas para la recogida de datos, por lo que ayudaría a realizar investigaciones posteriores en este sentido.

Las limitaciones potenciales que pueden aparecer durante la implementación del programa están relacionadas con la alta sensibilidad que tiene el tema del aborto en este país y se materializan en las barreras que han sido descritas a lo largo del trabajo.

Referencias bibliográficas

- Abad, D. M. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(2), 128–133.
- Advancing Partners & Communities. (2013). *Profil du pays: République Démocratique du Congo. Programmes de santé communautaire*. https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/landscape/countries/profiles/dr_c_fre_apc_landscape_analysis.pdf
- Ahman, E., & Shah, I. H. (2011). New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.027>
- Archambault, M. (2021, March 31). Sexual Violence: A Weapon of War in the DRC. *The McGill International Review Online*. <https://www.mironline.ca/sexual-violence-a-weapon-of-war-in-the-drc/>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Boyle, E. H., Kim, M., & Longhofer, W. (2015). Abortion Liberalization in World Society, 1960–2009. *American Journal of Sociology*, 121(3), 882–913. <https://doi.org/10.1086/682827>
- Burkhardt, G., Scott, J., Onyango, M. A., Rouhani, S., Haider, S., Greiner, A., Albutt, K., Vanrooyen, M., & Bartels, S. (2016). Sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo: a qualitative analysis of access to pregnancy termination services. *Conflict and Health*, 10(30), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0097-2>
- Burtscher, D., Schulte-Hillen, C., Saint-Sauveur, J.-F., De Plecker, E., Nair, M., & Arsenijevic, J. (2020). “Better dead than being mocked”: an anthropological study on perceptions and attitudes towards unwanted pregnancy and abortion in the Democratic Republic of Congo. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 441–455. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1852644>
- Casey, S. E., Steven, V. J., Deitch, J., Dumas, E. F., Gallagher, M. C., Martinez, S., Morris, C. N., Rafanoharana, R. V., & Wheeler, E. (2019). “You must first save her life”: community perceptions towards induced abortion and post-abortion care in North and South Kivu,

- Democratic Republic of the Congo. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 106–117. <https://doi.org/10.1080/09688080.2019.1571309>
- Cellule d'analyses des indicateurs de développement - CAID. (2019). *Rapport annuel - Secteur Santé - Territoire de Shabunda (DRC)*. <https://www.caid.cd/index.php/donnees-par-province-administrative/province-de-sud-kivu/territoire-de-shabunda/?secteur=fiche>
- Cervera Vallterra, M. (2016). La fragilidad de la República Democrática del Congo: Problemas y soluciones a la posesión de recursos minerales. *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, 31. <https://doi.org/10.17103/reei.31.08>
- Chae, S., Kayembe, P. K., Philbin, J., Mabika, C., & Bankole, A. (2017). The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. *PLOS ONE*, 12(10), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
- Code pénal congolais. (2004). *Journal Officiel de La République Démocratique Du Congo*. <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Democratic-Republic-of-the-Congo-Penal-Code-2004.pdf#page=45%0A>
- Croll, E. J. (2001). Amartya Sen's 100 million missing women. *Oxford Development Studies*, 29(3), 225–244. <https://doi.org/10.1080/13600810120088840>
- Division Provinciale de la Santé de Sud Kivu. (2019). *Plan d'actions opérationnel consolidé de la zone de santé de Lulingu 2019-2022*. <https://www.sanru.cd/index.php/ressources/projet-snis-dhis2-banque-mondiale/sud-kivu>
- Drife, J. O. (2010). Historical perspective on induced abortion through the ages and its links with maternal mortality. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24(4), 431–441. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.02.012>
- Escudero, I., & Sánchez, P. (2020, April 24). Congo: El infierno de una guerra inacabada. *El País*. https://elpais.com/elpais/2020/04/23/planeta_futuro/1587638775_891949.html
- Faundes, A. (2015). Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto
Misunderstandings about the effect of legalizing abortion. *An Fac Med*, 76(4), 425–429. <http://dx.doi.org/10.>
- Gaido, D. (2018). *Los orígenes del decreto soviético de legalización del aborto (1920)*. 1920, 26–52.
- Gallagher, M., Morris, C., Aldogani, M., Eldred, C., Shire, A. H., Monaghan, E., Ashraf, S., Meyers, J., & Amsalu, R. (2019). Postabortion care in humanitarian emergencies:

- Improving treatment and reducing recurrence. *Global Health Science and Practice*, 7, 231–246. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00400>
- Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z., & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372–2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
- Garrido Calderón, J. (1995). El aborto en la historia. *Acta Méd. Domin*, 17(1), 30–33.
- Gorjón Barranco, M. C. (2009). Reflexiones sobre la problemática del aborto. *Iustitia*, 7, 43–66.
- Gracia, D. (1998). *Ética de los confines de la vida*. Búho.
- Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E., & Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 368(9550), 1908–1919. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69481-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69481-6)
- Haddad, L. B., & Nour, N. M. (2009). Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 122–126.
- Ishoso, D. K., Tshetu, A. K., & Coppieters, Y. (2018). Analysis of induced abortion-related complications in women admitted to referral health facilities in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *PLOS ONE*, 13(8), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203186>
- Johnson, K., Jennifer Scott, M., Rughita, B., Kisielewski, M., Jana Asher, M., Ong, R., & Lawry, L. (2010). Association of Sexual Violence and Human Rights Violations With Physical and Mental Health in Territories of the Eastern Democratic Republic of the Congo. *JAMA*, 304(5), 553–562. www.jama.com
- Journal Officiel de la République Démocratique du Congo: Banque de données juridiques. (2018, March 14). *Journal Officiel de La République Démocratique Du Congo*.
- Kivu Security Tracker. (2021). *The landscape of armed groups in eastern Congo*. [https://kivusecurity.nyc3.digitaloceanspaces.com/reports/39/2021 KST report EN.pdf](https://kivusecurity.nyc3.digitaloceanspaces.com/reports/39/2021%20KST%20report%20EN.pdf)
- Kumar, M., Daly, M., De Plecker, E., Jamet, C., McRae, M., Markham, A., & Batista, C. (2020). Now is the time: A call for increased access to contraception and safe abortion care during the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 5(7), 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003175>

- Lince-Deroche, N., Kayembe, P., Blades, N., Williams, P., London, S., Mabika, C., Philbin, J., & Bankole, A. (2019). *Grossesses non planifiées et avortements à Kinshasa (République Démocratique du Congo) : Défis et progrès*. <https://doi.org/10.1363/2019.30887>
- McGinn, T., & Casey, S. E. (2016). Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Conflict and Health*, 10(8), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0075-8>
- Ministère de la Santé Publique. RDC. (2006). *Stratégie de renforcement du système de santé. République Démocratique du Congo*. <http://www.minisanterdc.cd>
- Ministère de la Santé Publique. RDC. (2016). *Rapport sur les comptes de la santé RDC 2014*. https://www.resilientinstitutionsafrica.org/sites/default/files/files/2017/DRC-Rapport_sur_les_comptes_de_la_sante_RDC_2014.pdf
- Ministère de la Santé Publique. RDC. (2018). *Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la Couverture Sanitaire Universelle*.
- Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique, & ICF Internationale. (2014). *Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014*. www.DHSprogram.com.
- Ministerio de Asuntos Exteriores de España. Oficina de Información Diplomática. (2020). *Ficha País: República Democrática del Congo*. http://www.exteriores.gob.es/Documents/FichasPais/CONGOKINSHASA_FICHA_PAIS.pdf
- Ordonnance 70-158: Règles de la déontologie médicale, (1970). <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/03-Democratic-Republic-of-the-Congo-Rules-of-Medical-Ethics-MoH-1970.pdf#page=3>
- Royo Aspa, J. M. (2009). La guerra de la RD Congo, más allá de sus recursos. *Quaderns de Construcció de Pau*, 11. <https://escolapau.uab.cat/img/qcp/rdcongo.pdf>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), 323. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., Åhman, E., & Shah, I. H. (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 370(9595), 1338–1345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61575-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61575-X)
- Sedgh, G., & Keogh, S. C. (2019). Novel approaches to estimating abortion incidence.

- Reproductive Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0702-0>
- Sedgh ScD, G., Singh, S., Henshaw, S. K., Bankole, A., Health Organization, W., H Shah, S. I., Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Åhman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 379, 625–657. <https://doi.org/10.1016/S0140>
- Sen, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Gaceta Ecológica*, 55, 14–20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53905501>
- Singh, S., Remez, L., & Tartaglione, A. (2010). *Methodologies for estimating abortion incidence and abortion-related morbidity : a review* (A. G. Institute. & I. U. for the S. S. of Population. (Eds.)). Guttmacher Institute.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2009). *Declaración de la SEGO. Aborto. La información médica*. <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>
- WHO. (1993). *The Prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group*, Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59705/WHO_MSM_92.5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO. (2004). *Fourth edition Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42976/9241591803.pdf;jsessionid=5D5FBB2D93212C3FB50D5451F26D2E5B?sequence=1>
- World Bank Group. (2019). *República Democrática del Congo, Data*. <https://datos.bancomundial.org/pais/congo-republica-democratica-del>

Anexo A. Cuestionario taller: pre-test y post test

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NEUTRAL	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
Me siento en conflicto respecto al aborto					
Creo que mi institución debe proporcionar servicios de aborto seguro a toda mujer que lo solicite					
Creo que los servicios de aborto seguro son servicios médicos importantes para reducir la morbilidad materna					
Me siento cómodo/a apoyando la prestación directa de servicios de aborto seguro en mi trabajo					
No me siento cómodo/a hablando sobre servicios de aborto seguro con mis colegas					
Creo que a una mujer se le debe permitir tener un aborto si está casada y no desea tener más hijos					
Creo que a una mujer se le debe permitir tener un aborto si no puede mantener al niño					
No creo que a una mujer se le deba permitir tener un aborto si tuvo un aborto anterior					
Creo que el aborto es inmoral					
Toda mujer tiene derecho a acceder servicios de aborto seguro					
Creo que una mujer siempre debe tener derecho a tener un aborto si tiene un embarazo no deseado					
Creo que las víctimas de violencia sexual deben tener acceso a servicios de aborto seguro					
Una mujer debe tener derecho a decidir por sí misma si tener o no un aborto					
Los gobiernos y las organizaciones humanitarias deben proporcionar servicios de aborto seguro como parte de la atención primaria					
Los servicios de aborto deben estar disponibles solamente a mujeres casadas					
Los servicios de aborto deben estar disponibles a las niñas embarazadas para que puedan permanecer en la escuela					
Creo que el aborto debe ser parte de los cuidados esenciales de salud materna para mujeres en las crisis humanitarias					
Creo que una mujer casada debe obtener el consentimiento de su esposo para tener un aborto					
Siento que es un reto proporcionar servicios de aborto a adolescentes					
Siento empatía por las mujeres que necesitan y solicitan un aborto					
Creo que es probable que proporcione servicios de aborto seguro en el futuro, o que derive a las mujeres a servicios seguros si no lo puedo hacer yo mismo/a					

Anexo B. Actividad 3: ¿por qué murió ella?

La historia de Maguy:

“Mi nombre es Maguy y tengo 17 años. Llevo más de un año trabajando en una mina de coltán. Es un trabajo muy duro y gano un sueldo muy bajo, mucho más bajo que la media nacional. Gran parte de lo que gano lo envío a mi familia, que vive en una zona rural. Puedo leer y escribir un poco, pero no fui a la escuela mucho tiempo porque mis padres no podían pagar la matrícula de mi hermano más la mía, por lo que fue él quien iba a la escuela. No recibí ninguna información sobre salud sexual y reproductiva, ni en casa ni en la escuela. Durante mi primer mes en la mina, uno de los supervisores me presionó para tener sexo con él. No usó un condón ni ningún otro tipo de protección. Me dijo que me lavara después para no quedarme embarazada y que no se lo contara a nadie. Así lo hice. Afortunadamente, no me quedé embarazada. Mis padres quieren que me case pronto con un chico de un pueblo aldeaño, y quieren que continúe siendo virgen hasta que nos casemos. Pero hace poco conocí a otro joven en la mina, que me gustaba y me trataba bien, y un día me preguntó si quería salir con él. Empezamos a salir y, después de un tiempo, comenzamos a tener relaciones sexuales. Cuando podíamos obtenerlos, usábamos condones, pero no era fácil conseguirlos. A veces, cuando teníamos un condón, lo poníamos tarde, después de haber empezado a tener sexo. El mes pasado no me bajó la regla. Tenía los pechos sensibles a la palpación y estaban un poco más grandes de lo habitual. No sabía con certeza si estaba embarazada, pero lo que sí sabía es que no podía tener un hijo. Mi patrón me expulsaría del trabajo si se enterase. No podría nunca volver a casa, porque sería una deshonra para mis padres y ya no podría casarme. Oí hablar de una señora que ayuda a las mujeres jóvenes en estas situaciones, y que cobra menos dinero que el centro de salud, y, además, yo no correría el riesgo de que me viera alguien que me conoce, por lo que fui a verla. Introdujo algo muy profundo dentro de mí. Me dolió mucho y salió mucha sangre. Me sentí muy débil y tenía mucho dolor. Mi amiga me encontró muerta a la mañana siguiente”.

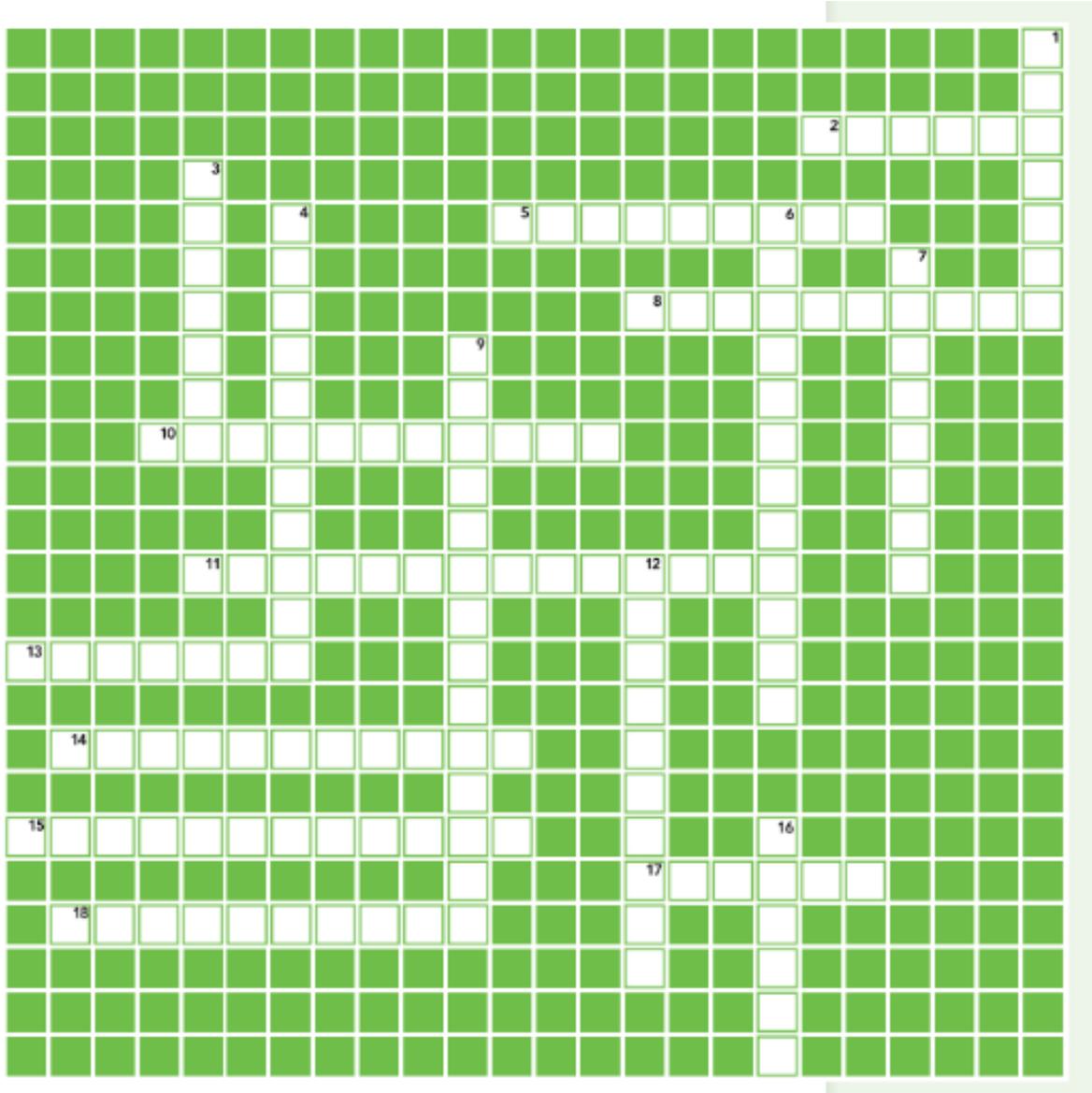
Anexo C. Actividad 4: el último aborto

Casos:

1. Una mujer de 45 años está embarazada de 18 semanas. Había dejado de tener ciclos menstruales normales y no creía que pudiera quedarse embarazada, pues pensaba que tenía la menopausia. En una ecografía detallada, se revelan graves anomalías fetales. Tiene otro hijo de 12 años, con numerosas discapacidades físicas y de desarrollo, y necesita atención constante. No se siente capaz de cuidar a otro niño con necesidades especiales.
2. Una joven de 21 años, que está cursando su tercer año universitario, acaba de enterarse de que está embarazada de 14 semanas. Es su primer embarazo. Su método anticonceptivo falló, a pesar de que está muy segura de que lo usó correctamente. Es la primera persona de su poblado pobre y rural en haber asistido a la universidad. Está sufriendo una ansiedad aguda solo de pensar que debe continuar con este embarazo.
3. Una mujer de 25 años está embarazada de 8 semanas. Tiene dos hijos menores de 4 años y vive con un hombre que la maltrata físicamente con frecuencia. Él se opone al aborto, pero ella no desea traer a otro niño a un hogar con malos tratos, especialmente si esto sólo la hará más dependiente de él por su ayuda financiera. Su depresión ha empeorado considerablemente desde que se enteró de su embarazo.
4. Una mujer de 28 años se encuentra embarazada de 12 semanas. Está desempleada, es alcohólica y no usa métodos anticonceptivos con regularidad. No sabe quién es el padre del hijo que espera. Dos de sus hijos nacieron con el síndrome de alcoholismo fetal, y sus tres hijos están bajo el cuidado de su madre en otra parte del país.
5. Una mujer de 23 años, madre de dos niños, está embarazada de 10 semanas. Ella y su hijo menor son VIH-positivos. Hace dos años, su esposo murió de enfermedades relacionadas con el SIDA y la dejó sin ninguna ayuda económica. No puede pagar el tratamiento antirretroviral, y ha sido hospitalizada por infecciones oportunistas varias veces en el último año.
6. Una joven de 15 años está embarazada de 14 semanas, producto de una violación perpetrada por su padrastro. Cuando le habló a su madre acerca de la violación y el embarazo, ésta le dijo que se fuera de la casa. Se ha estado quedando en casa de una amiga. Continúa

asistiendo al colegio público, donde ha sido una de las mejores estudiantes. Está muy afligida por la violación y el embarazo, y su trabajo escolar se está viendo afectado.

Anexo D. Actividad 6: crucigrama



Adaptación de IPAS, 2020

HORIZONTAL

2. Parte del instrumental utilizado en la aspiración por vacío (cánula)
5. Este régimen para el aborto con medicamentos es un poco más eficaz (combinado)

8. Una complicación muy rara del aborto seguro y legal (hemorragia)
10. Esto no es necesario de rutina para determinar la edad gestacional antes de proporcionar servicios de aborto (ultrasonido)
11. La atención integral del aborto incluye este servicio postaborto (anticoncepción)
13. Muchas mujeres prefieren el aborto con medicamentos porque es más..... para ellas (natural)
14. Hasta nueve a diez semanas de gestación, el aborto con medicamentos puede utilizarse en este tipo de ámbito (ambulatorio)
15. Medicamento que bloquea la progesterona y detiene la continuación del embarazo (mifepristona)
17. Una ventaja del procedimiento de aspiración por vacío (rápido)
18. Éste es otro nombre para el aborto con aspiración por vacío (quirúrgico)

VERTICAL

1. Efecto secundario del aborto con medicamentos (diarrea)
3. Una de las vías para la administración de misoprostol (vaginal)
4. Medicamento que causa maduración cervical y contracciones uterinas (misoprostol)
6. Tanto la aspiración por vacío como el aborto con medicamentos son apropiados para este grupo de mujeres (adolescentes)
7. Signo de alarma de complicación cuando es excesivo (sangrado)
9. Esto debe ser informado y proporcionado libremente por la usuaria antes de que reciba servicios de aborto (consentimiento)
12. Elemento esencial de la atención integral del aborto que ocurre antes del procedimiento de aborto (consejería)
16. Signo de alarma de complicación si se presenta cualquier día después del día en que se toma misoprostol (fiebre)

Anexo E. Cuestionario de satisfacción del taller día 1

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
El taller cumplió con sus objetivos				
El taller estuvo bien organizado				
Los facilitadores se comunicaron de manera eficaz				
El almuerzo, las instalaciones y otros aspectos logísticos fueron satisfactorios				
Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo				
Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades				
Los materiales (hojas para distribuir, presentaciones, etc.) eran apropiados				
Hubo suficientes oportunidades para discusión				
Marque de 0 a 10 su grado de satisfacción general con el taller				
COMENTARIOS				

Adaptación de IPAS, 2020

Anexo F. Cuestionario de satisfacción del taller día 2 (específico para sanitarios)

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
El taller cumplió con sus objetivos				
El taller estuvo bien organizado				
Los facilitadores se comunicaron de manera eficaz				
El almuerzo, las instalaciones y otros aspectos logísticos fueron satisfactorios				
Las actividades fueron pertinentes a los temas del módulo				
Las actividades fueron eficaces para desarrollar conocimientos y habilidades				
Los materiales (hojas para distribuir, presentaciones, etc.) eran apropiados				
Hubo suficientes oportunidades para discusión				
Me siento capacitado para proporcionar cuidados de aborto seguro y postaborto				
Marque de 0 a 10 su grado de satisfacción general con el taller				
COMENTARIOS				

Adaptación de IPAS, 2020