



Somalia: transferencias monetarias a través de dinero móvil para servicios de salud materno-infantil

UBICACIÓN	Puntlandia (Badhan Somalilandia, Yubbe)
MODALIDAD Y RESULTADOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)	Transferencias monetarias incondicionales para servicios de la salud materno-infantil (MCH), y para el transporte
CRONOLOGÍA	Septiembre – Diciembre de 2020
POBLACIÓN OBJETIVO	Mujeres embarazadas en el último trimestre del embarazo
MONTO DE LA TRANSFERENCIA	Tres transferencias mensuales Puntlandia – USD 80 por mes Somalilandia – USD 100 por mes
SEGUIMIENTO	Tres 3 meses de monitoreo posterior a la distribución (PDM); encuesta previa y posterior sobre conocimientos, actitudes y prácticas (KAP); debates de grupos de discusión previos y posteriores (FGD)
MECANISMOS DE ENTREGA	Dinero móvil
ALCANCE	70 mujeres

Antecedentes

Este estudio es parte de un estudio multipaís más amplio realizado por CARE titulado “Programas de Transferencias Monetarias para Salud Sexual y Reproductiva: Aprendizajes de Ecuador, Colombia, Líbano y Somalia”.

CARE Somalia ha utilizado los PTM en sus programas durante más de diez años. Esto incluye los PTM para la seguridad alimentaria y medios de vida, nutrición, WASH y educación, así como las transferencias multipropósitos. Desde 2018, con el apoyo de la Oficina de Asistencia para Desastres en el Extranjero (OFDA) (ahora la Oficina de Asistencia Humanitaria [BHA]), CARE Somalia ha estado implementando un programa de seguridad alimentaria y medios de vida, salud, nutrición, protección y WASH. Con el apoyo de la BHA, CARE apoya actualmente 19 centros de salud materno-infantil en Somalilandia y Puntlandia, dirigidos a niños y mujeres embarazadas y lactantes (PLW).

Diseño de programa

Aprovechando su amplia experiencia con los Programas de Transferencias Monetarias (PTM) en otros sectores y con el apoyo de la Fundación de la Familia Sall, el equipo de CARE Somalia desarrolló un proyecto piloto con los objetivos de mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a un mínimo de tres visitas de control prenatal y al parto por parte de parteras calificadas. Las participantes eran mujeres embarazadas en su tercer trimestre. Las transferencias estaban destinadas a cubrir los costes relacionados con los partos seguros y los participantes recibieron tres transferencias monetarias mensuales utilizando dinero móvil a través de Telesom en Somalilandia y Golis en Puntlandia.

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES

La Encuesta Demográfica de Somalia de 2020 subrayó la elevada tasa de mortalidad materna en el país (692 de cada 100 000 nacidos vivos) y señaló que los mayores obstáculos para acceder a la salud materna son: la falta de dinero (65 %),

Gastos de transporte al hospital (ida y vuelta) y al MCH
Prueba de laboratorio en el último trimestre
Ultrasonidos (2)
Parto por cesárea y atención obstétrica básica de urgencia (EmOC)
Transfusión de sangre
Bonificación para comprar carne fresca, aves de corral, pescado y verduras

TABLA 1: MENÚ DE OPCIONES PARA UTILIZAR LOS PTM PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS

la distancia al centro de salud (62 %) y la falta de permiso (42 %).¹ La encuesta también reveló que el 79 % de los partos tienen lugar en el hogar, que el 31 % de las mujeres habían recibido atención prenatal de un proveedor de servicios sanitarios cualificados antes de su último parto, y que el 89 % de las mujeres no obtuvieron atención posnatal en los dos días siguientes al parto.²

El personal de CARE en los centros de salud materno-infantil observó un descenso en el número de mujeres embarazadas que acudían a las visitas de atención prenatal cuanto más avanzado estaba el embarazo. Para investigar más a fondo, CARE Somalia llevó a cabo una encuesta de referencia sobre salud materno-infantil y grupos de discusión sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud.³ Los resultados revelan que el 48 % de las mujeres prefieren dar a luz en casa por varias razones.⁴ Además, el apoyo del cónyuge influyó en la toma de decisiones; en Yubbe, más del 60 % de las mujeres dijeron que sus maridos tomaban las decisiones sobre el nacimiento.⁵ CARE Somalia diseñó un proyecto piloto para abordar algunas de las barreras financieras y apoyar algunas de las necesidades de salud materno-infantil con los PTM.

1 Gobierno de Somalia y UNFPA. (2020). **Encuesta demográfica y de salud somalí.**

2 *Ibídem.*

3 CARE Somalia. (2020). Encuesta de referencia para los programas de transferencias monetarias para SSR.

4 Costes elevados en los hospitales, falta de transporte, distancia al centro, preocupación por la privacidad en el centro, falta de información, preocupación por la limpieza y la higiene en el centro, percepción de una mejor atención por parte de las parteras tradicionales.

5 *Ibídem.*

VALORES Y MECANISMOS DE TRANSFERENCIA

Para garantizar que el proyecto piloto fuera consciente del mercado, CARE Somalia utilizó la herramienta de evaluación comparativa Normas mínimas para la recuperación económica (MERS). Esto proporcionó orientación sobre cómo es una buena programación de mercado y qué hay que tener en cuenta a la hora de elaborar la nota conceptual. Con esta orientación, se llevó a cabo una evaluación rápida del mercado en las dos localidades para determinar el coste de los servicios de atención prenatal y los costes relacionados con el parto seguro. A partir de la evaluación del mercado objetivo, los valores de transferencia se fijaron en USD 100 y USD 80 para Yubbe y Badhan, respectivamente. Estos valores se estimaron como el coste de los servicios no ofrecidos en los centros de salud materno-infantil que eran fundamentales para un embarazo y un parto seguros.

Aunque la atención prenatal y posnatal y el parto normal en los centros de salud materna son gratuitos, los PTM pretendían cubrir los costes de transporte a los centros de atención materno-infantil y a los hospitales de remisión, así como otros servicios integrales de SSR que son clave para un embarazo seguro, como las pruebas de laboratorio en el último trimestre (por ejemplo, detección de sífilis, pruebas de anemia, etc.), ultrasonidos y transfusiones de sangre en caso de cesárea. Además, la transferencia estaba destinada a cubrir los alimentos nutritivos, como la carne fresca, las aves de corral, el pescado y las verduras disponibles en el mercado local, sobre todo teniendo en cuenta las altas tasas de mujeres embarazadas desnutridas en Somalia. Además de las transferencias monetarias, CARE también trabajó con dos hospitales de referencia para cubrir los costes de diez embarazos complicados con un tope de USD 350 por participante.

El proyecto adoptó las directrices de los Procedimientos Operativos Estándar (SOPs) de los PTM de CARE Somalia desarrolló la pandemia de COVID-19 para garantizar la seguridad y el bienestar del personal de CARE, los socios y los beneficiarios. Se hicieron ajustes para los criterios de selección de los participantes, la selección del valor de transferencia y el seguimiento.

CARE Somalia seleccionó dos centros de salud para la intervención, uno en Yubbe, distrito de Erigavo, Somalilandia, y otro en Badhan, distrito de Badhan, Puntlandia. Estos lugares se seleccionaron en función de los siguientes criterios: instalaciones de salud materno-infantil muy transitadas, proximidad de las instalaciones a



las poblaciones de captación y compromiso continuo con las comunidades a través de programas de nutrición con el apoyo de CARE. Además, había interés en comparar las instalaciones periurbanas (Badhan) con las rurales (Yubbe). Las instalaciones seleccionadas también contaban con mecanismos de remisión para que las supervivientes de VG accedieran a la Manejo clínico de violaciones (CMR) y a otros servicios pertinentes de violencia de género en hospitales con enfermeras y centros de protección apoyados por CARE, gestores de casos y consejeros psicosociales con relaciones de larga data con las comunidades. Además, CARE tiene memorandos de entendimiento con ambos gobiernos y sólidas relaciones con las comunidades, incluidos los comités de salud comunitarios.

SEGMENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Sobre la base del presupuesto disponible y de los objetivos del proyecto, se seleccionaron 70 mujeres embarazadas (35 por localidad). Los participantes se identificaron utilizando los registros de los centros de salud, en consulta con el personal sanitario y los líderes de la comunidad, utilizando criterios de selección predefinidos. Como parte del lanzamiento del proyecto, el personal de CARE se reunió con los comités de salud de la comunidad para orientarles sobre los objetivos del proyecto, incluida la oferta de servicios.

Los criterios de selección se centraron en las mujeres de la siguiente manera:

- Que estaban en el último trimestre del embarazo;
- Que se consideraban desnutridas;
- Que eran de un hogar en el que el jefe de familia estaba desempleado o no trabajaba;

- Con antecedentes de embarazos de alto riesgo (embarazo geriátrico o adolescente, cicatrización previa, preeclampsia, diabetes, partos múltiples);
- Que participaban en mecanismos de afrontamiento negativos, como la venta de leña o carbón (ya sea la beneficiaria o los miembros de su hogar);
- Que no contaban con ningún tipo de ingreso o propiedad de los bienes;
- Que recientemente habían sido beneficiarias de asistencia de otras fuentes.

No era necesario que las participantes potenciales cumplieran todos los criterios de selección; las mujeres sólo tenían que estar embarazadas y, preferiblemente, en su último trimestre. Los demás criterios se utilizaron para un sistema de puntuación; cuanto más altas fueran las puntuaciones (que indicaban una mayor adecuación a los criterios de selección), más posibilidades tendrían estas mujeres de ser seleccionadas como participantes.

ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Tras seleccionar a las participantes, CARE se reunió con ellas en grupo en cada lugar. CARE tenía los números de teléfono móvil de las mujeres en los registros y el hecho de que el dinero móvil se utilice mucho en estos lugares del proyecto facilitó la realización de la transferencia monetarias. CARE recibió la aprobación de cada participante para recibir transferencias monetarias en sus números de teléfono con el fin de garantizar la seguridad, la privacidad y la propiedad de los teléfonos. Las mujeres acudían al centro de salud dos veces al mes, donde compartían experiencias y retos con otras futuras madres y con el personal. Como parte de la programación en curso, los centros de salud materno-infantil apoyados por CARE siguieron ofreciendo servicios

de atención prenatal junto con sesiones educativas semanales. Los temas de las sesiones de concienciación incluían la alimentación nutritiva, la lactancia materna exclusiva y complementaria, la importancia de que los partos sean atendidos por parteras cualificadas, el calendario y el espaciamiento saludables de los embarazos, la planificación familiar y la participación de los maridos en las visitas al centro de atención prenatal y durante y después del parto. Además del compromiso continuo del personal del proyecto y de los participantes a través de las visitas al MCH, se compartió con los participantes una línea telefónica de información sobre el proyecto como mecanismo de retroalimentación.

El proyecto piloto también se apoyó en el apoyo que CARE presta a las madres de los centros de maternidad a través de la financiación de la BHA, que paga incentivos a dos parteras para que estén de guardia durante la noche. Esto permitió una atención de 24 horas, ya que normalmente los centros de salud solo están abiertos durante el día.

Resultados

El primer monitoreo posterior a la distribución incluyó a 70 encuestadas en persona en el centro o en el hogar que habían dado a luz recientemente. 69 participantes respondieron al segundo PDM y a la encuesta KAP final. También se realizaron cuatro FGD con mujeres y adolescentes. Todos los resultados se documentaron en el informe final.⁶

Los resultados del seguimiento mostraron cambios positivos considerables desde la línea de base hasta la línea final en las actitudes y prácticas de MCH y SSR (vea la tabla 4). Hubo un aumento de 48 puntos porcentuales en la asistencia a partos

TABLA 2: CAMBIOS DE ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DESDE LA LÍNEA DE BASE HASTA LA LÍNEA FINAL

	Línea de base	Línea final
Preferencia por dar a luz en un centro	52 %	100 %
Percepción de la importancia de visitar un centro antes de dar a luz	61 %	99 %
Visitas de las mujeres embarazadas al centro de salud tres o más veces antes de dar a luz (embarazo anterior en la línea de base; embarazo reciente en la línea final)	76 %	82 %
Conocimiento de los métodos para posponer el embarazo	43 %	72 %

en centros de salud y un aumento de 38 puntos porcentuales en la importancia percibida de visitar un centro de salud antes de un parto. El conocimiento de los métodos para posponer el embarazo aumentó en 29 puntos porcentuales.

Las decisiones conjuntas sobre la planificación familiar en el hogar aumentaron entre las encuestas KAP de referencia y las finales. Los hombres fueron incluidos directamente en las sesiones de información sanitaria, pero algunos asistieron con las mujeres a las visitas de control prenatal y al parto. Sin embargo, los hombres participaron en los FGD para informar sobre el diseño de programa (Figura 8).

Los encuestados del KAP (hombres y mujeres) indicaron que los participantes estaban satisfechos con el sistema de salud. Los hombres entrevistados en los debates en grupo eran una mezcla de los maridos de las participantes en el proyecto y otros miembros de la comunidad. Informaron de una mayor disposición a acudir a un centro para recibir servicios de atención prenatal, lo que supone un cambio considerable con respecto a la situación inicial.

PARTOS

El 94 % de las mujeres dieron a luz durante el periodo del proyecto. De las que dieron a luz, el 85 % lo hizo en un centro, ya sea el centro de MCH o un hospital remitir. Diez mujeres que dieron a luz por la noche y/o no pudieron llegar al centro pudieron llamar para recibir asistencia cualificada en el parto en persona, con el apoyo de las parteras del centro MCH. Estos resultados son alentadores, ya que, al principio, el 54 % de las mujeres de Badhan y el 41 % de las de Yubbe dijeron preferir el parto en casa.

¿Quién toma las decisiones sobre el tamaño de la familia o el número de hijos?

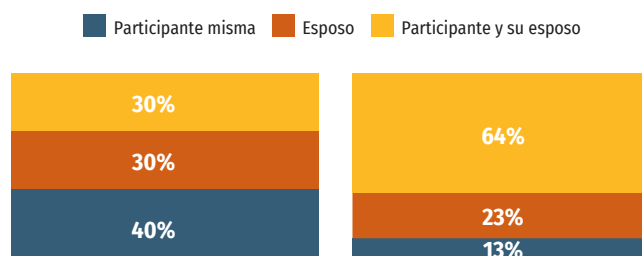


ILLUSTRATION 1: PRISE DE DÉCISIONS AU SUJET DE LA TAILLE DE LA FAMILLE

Tanto en Badhan como en Yubbe, se informó de historias convincentes de mujeres que nunca habían dado a luz en un centro. Una mujer que había perdido seis bebés durante el último trimestre y había dado a luz a un feto muerto, pudo dar a luz con seguridad a su primer bebé vivo en un hospital remitir de Somalilandia.

El personal de CARE informó de que el proyecto piloto reforzaba el sistema de remisión y aumentaba en gran medida la confianza de las mujeres a la hora de ponerse en contacto con las parteras y acceder a los centros sanitarios. Además, el personal informó de que la transferencia alivió la pesada carga financiera de las familias, que se había agravado durante el brote de COVID-19. El personal también informó de que las mujeres que asistían a las sesiones educativas hablaban de compartir la información con otras mujeres que no eran participantes.

TABLA 3: LUGAR Y PARTO POR ASISTENTE DE PARTO CALIFICADO DURANTE EL PERÍODO DEL PROYECTO (DATOS AL 4 DE ENERO DE 2021)

	Partos totales	EmOC básica y/o integral en el hospital remitir	Parto normal en un centro de MCH	Parto en casa (con el apoyo de parteras y asistentes de parto cualificados en los centros de salud materna las 24 horas del día)	Partos en casa con TBA
Badhan, Puntlandia	32	8	18	6	0
Yubbe, Somalilandia	34	4	26	4	0

Factores facilitadores

Hubo una serie de factores que apoyaron una prueba piloto tan rápida y eficaz. El programa se integró en los programas de nutrición existentes que se llevaban a cabo a través de los centros, por lo que la confianza que se había establecido con las comunidades y las relaciones que se habían creado con las mujeres, sus maridos, las familias y las comunidades. Además, fue útil que se estableciera una necesidad muy clara y una brecha en los servicios y el acceso, proporcionando un objetivo claro en términos de obstáculos financieros y de transporte para acceder a la salud materna. Esto fue aún más importante tras el inicio de la COVID-19, cuando las familias tenían aún más limitaciones financieras.

Además, la modalidad y la distribución de las transferencias mensuales de dinero móvil estaban bien establecidas dentro de los programas y la infraestructura de CARE, pero también como una forma de recibir dinero entre las comunidades, ya que las transferencias de dinero móvil son comunes en Somalilandia y Puntlandia. El mecanismo de entrega es muy utilizado y accesible para que las participantes reciban y gasten las transferencias sin coste alguno para ellas.

El proyecto piloto también aprovechó los memorandos de entendimiento y las relaciones existentes con el Ministerio de Salud, los hospitales remitores, el personal de MCH y los comités de salud comunitarios. Además, trabajó con los contratos existentes para el transporte y el servicio telefónico. En el centro, el proyecto piloto amplió las sesiones de educación sanitaria existentes para incluir SSR, trabajó con el personal del centro para ampliar las herramientas de supervisión y colaboró con las parteras para ampliar su ámbito de trabajo y estar de guardia por la noche para los partos.

Las sesiones de concienciación también crearon un espacio para un mayor compromiso individual entre los participantes en el proyecto y los proveedores de servicios sanitarios, con el fin de fomentar la confianza entre ellos, para que los proveedores recuerden a los participantes sus próximas citas y para que les hagan llegar sus comentarios sobre los PTM y cualquier otra necesidad.

Desafíos

Los desafíos estaban relacionados con el escaso tiempo asignado para el diseño y la ejecución del proyecto piloto. Lo ideal sería que los monitoreos posteriores a la distribución se realizaran un mes después de la distribución; sin embargo, los retrasos en la puesta en marcha acortaron el tiempo entre estos, lo que provocó el cansancio de la encuesta entre los receptores. Además, el proyecto piloto se llevó a cabo en dos sistemas gubernamentales diferentes, lo que requiere el mismo proceso de aprobación en cada lugar y en lugares donde la movilidad puede verse limitada por cuestiones de seguridad. Solo se pudo inscribir a 70 mujeres debido a las limitaciones de financiación, a pesar de la gran necesidad de las comunidades. Por último, sobre todo en Puntlandia, el brote de COVID-19 y las restricciones correspondientes añadieron dificultades al personal y a los participantes relacionadas con la movilidad y la capacidad de llegar a las instalaciones o a las comunidades.

Aprendizajes adquiridos

Los PTM para SSR debe combinarse con servicios complementarios para abordar cuestiones complejas.

El proyecto piloto reveló que los PTM para SSR, cuando se complementa con la participación y la concienciación continuas de la comunidad, no sólo es factible, sino también extremadamente eficaz para mejorar los comportamientos positivos de búsqueda de SSR. En tan sólo tres meses, el proyecto piloto de Somalia no sólo demostró un aumento de la aceptación de los objetivos clave del proyecto (garantizar el acceso a al menos tres visitas de control prenatal y la asistencia cualificada en el parto), sino que también puso de manifiesto cambios de actitud clave relacionados con una mayor preferencia por los partos en centros de salud y la percepción de la importancia de los partos en centros de salud.

A pesar de no tener restricciones, las transferencias monetarias motivaron a los participantes en el proyecto a buscar servicios en el centro de salud materno-infantil y redujeron las barreras de acceso, como el transporte, a la hora de buscar servicios, lo que contribuyó a aumentar el uso de los servicios de atención prenatal y el parto por parte de parteras cualificadas. El compromiso continuo a través de sesiones educativas y un fuerte seguimiento a través del proceso monitoreo posterior a la distribución tuvo varios beneficios. Este proceso puso de manifiesto la percepción

de la barrera financiera que supone el coste de los servicios como la atención prenatal, mientras que las sesiones educativas proporcionaron una plataforma para disipar esta información errónea y concienciar sobre la disponibilidad de servicios gratuitos en el centro de salud materna. Además, el compromiso continuo facilitó la creación de confianza entre los participantes y los proveedores de servicios sanitarios, como demostró el hecho de que las mujeres embarazadas se pusieran en contacto con las parteras para que les ayudaran incluso en los partos a domicilio. Los comentarios cualitativos también indicaron que el carácter sin restricción de la transferencia monetaria apoyó a las mujeres en la preparación y planificación del parto y en la compra de alimentos nutritivos. En general, este piloto indica el potencial de cambios positivos relacionados con la toma de decisiones y que la percepción de SSR puede lograrse a partir de un programa integrado. Estos resultados tendrán que ser apoyados con una mayor programación e integración de los PTM dentro de los programas de SSR para mantener los cambios de actitud y comportamiento.

La participación de las partes interesadas y los grupos comunitarios es fundamental. La participación de otros responsables de la toma de decisiones en el hogar (incluidos los maridos y las suegras) sería útil dado su papel en las decisiones relacionadas con el parto. Además, las TBA deben ser contratados para apoyar a través de la sensibilización sobre temas de SSR, abordar las barreras financieras percibidas y reales, y proporcionar referencias. El personal también habló de ampliar los objetivos para incluir a las mujeres que aún no habían accedido al centro de salud materno-infantil, incluidas las que se desplazan por temporadas, las que tienen discapacidades, las que carecen de permiso para buscar atención en el centro o las que tienen una percepción negativa de los partos en centros de salud y de los SSR. También es útil trabajar a través de las plataformas comunitarias existentes (como los grupos de apoyo a las madres, las trabajadoras de la salud y otros programas existentes) para la sensibilización sobre temas

de SSR, así como sobre la disponibilidad y la ubicación de los servicios gratuitos. Por último, el personal manifestó que, aunque la protección se tenía en cuenta en el diseño de programa, no se evaluaba formalmente, y que el personal de protección debía participar más para garantizar que se tuvieran en cuenta en todas las fases del programa.

El aumento de la demanda requiere una atención simultánea a la disponibilidad y la calidad de la oferta. El proyecto piloto también puso de manifiesto la preocupación por el hecho de que el aumento de la demanda requiere un incremento simultáneo de la prestación de servicios, mediante la formación o la contratación de personal y el aumento de los suministros y el equipamiento. El personal expresó su preocupación por la necesidad de que los centros puedan acoger a un número creciente de mujeres para dar a luz. Además, las parteras que estaban de guardia las 24 horas del día para atender a las mujeres que se ponían de parto por la noche dependían en gran medida de su capacidad de tener conexión a la red. Hubo una preocupación constante por la falta de toda la gama de servicios necesarios, incluidos los ultrasonidos, los servicios de atención obstétrica complicada, los medicamentos esenciales durante el parto, los servicios de Planificación Familiar (incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada) y los servicios de asesoramiento y pruebas del Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en MCH.

Existen oportunidades de crecimiento y expansión de los PTM para la programación de SSR. El personal también informó del deseo de ampliar el programa para que cubra los costes de transporte para la búsqueda de CMR y para complementar los PTM para la programación de SSR con apoyo psicológico. Este deseo se basaba en las necesidades de la comunidad, y especialmente de las mujeres. Además, la modalidad podría considerarse para las oportunidades de Planificación Familiar y y planificación familiar posparto (PPFP) y deberían ampliarse las consideraciones sanitarias para cuestiones como la presión arterial alta.