

# TIEMPO DE CAMBIOS EN TURQUÍA

Éste número se publica en colaboración con el Programa de Salud Reproductiva Turco financiado por la UE



# Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NO. 65 - 2007



## Entre Nous es una publicación de:

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.  
Oficina Regional Europea de la OMS  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhague  
Dinamarca  
Tel. (+45) 3917 1602  
Fax: (+45) 3917 1818  
Correo electrónico: entrenous@euro.who.int  
www.euro.who.int/entrenous

## Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

## Editor

Dr. Evert Ketting

## Ayudante de edición

Dominique Gundelach

## Maquetación

Sputnik Reclame Aps, Dinamarca.

www.sputnikreclame.dk

## Imprenta (España)

Estugraf, S.A.

*Entre Nous* está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, con el apoyo de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca. Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3000 ejemplares en inglés, 1100 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1500 en ruso y 500 en húngaro.

## Entre Nous se edita:

**En búlgaro:** por el Ministerio de Sanidad Búlgaro, en el marco de un proyecto financiado por el FNUAP.

**En húngaro:** por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen.

Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría;

**En portugués:** por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

**En ruso:** por la Oficina Regional de la OMS para Europa, Rígas, Komerční firma S & G;

**En español:** por el **Instituto de la Mujer**, Ministerio de Igualdad, Condesa de Venadito, 34, ES- 28027 Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

*Entre Nous* puede traducirse y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información Entre Nous, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

**Los artículos publicados en *Entre Nous* no representan necesariamente el punto de vista del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.**

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS, así como sobre la documentación, dirigirse a la Unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección anteriormente citada.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a través de Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza

ISSN: 1014-8485

NIPO: 207-08-038-7

## Editor especial de esta publicación: Evert Ketting

### Editorial

Por el Dr. Recep Akdağ, Ministerio de Salud de Turquía **3**

### Salud reproductiva en Turquía

Por M. Rifat Köse **4**

### UE-Turquía: Perspectivas en salud reproductiva

Por Figen Tunçkanat **5**

### El Programa de Salud Reproductiva en Turquía: perspectiva global

Por Ibrahim Açıkalın, Mehmet Ali Biliker, Robert Gaertner, Demet Gural, Patrick Krause **7**

### Estudio sobre el comportamiento de la demanda de salud

Por Osman Hayran **9**

### Lograr una maternidad segura

Por Onur Karabacak, Ece Abay, Mohammed Mustafa, Selale Özmen, Ferit Saraçoğlu **10**

### Institucionalización de la formación continua sobre SSR

Por Burcu Açıkalın, Şevkat Özvarış, Güneş Tomruk, Gayane Dolyan-Descornet **12**

### Respuesta a las necesidades en SSR de la población joven

Por Ayşegül Esin, Emel Özdemir Şahin, Ayşe Akin, Hilal Özcebe, Evert Ketting **14**

### Vigilancia de segunda generación de las ITS/VIH/Sida en Turquía

Por Peyman Altan, Levent Akin, Raphael Baltes, Kevin Fenton, Catharine Taylor **17**

### Fortalecer la capacitación prelaboral en salud reproductiva

Por İffet Renda, Ayla Albayrak **19**

### El sector público y la sociedad civil: una alianza eficaz en el ámbito de los derechos de salud reproductiva en Turquía

Por Arzu Köseli, Seçkin Atabaş, Serdar Esin, Mehlika Ulular, Poonam Thapa **21**

### Una historia de jóvenes

Por Selen Örs, Tunga Tüzer, Gökhan Yıldırım, Fatma Hacıoğlu, Nezih Tavlas, Zeynep Başarankut **25**

### Implantación de normas de servicio

Por Gönül Kaya, Fatma Uz, Jean Robson, Yusuf Sahip **26**

### Estudio sobre mortalidad materna en Turquía

Por Sabahat Tezcan, Banu Ergöçmen, Ahmet Sinan Türkyılmaz, Rudolf Schumacher, Levent Eker **28**

### Selección de publicaciones sobre el PSR

Por Evert Ketting **30**

## CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

**Dra. Assia Brandrup-Lukanow**  
Consejera de la Red de Salud OMS, Ginebra

**D. Bjarne B. Christensen**  
Jefe de Secretariado Asociación Danesa de Planificación Familiar.

**Sra. Vicky Claeys**  
Directora Regional Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar, Bruselas.

**Jane Cottingham**  
Coordinadora, Género, Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Adolescencia Sede de la OMS, Ginebra

**Dra. Helle Karro**  
Profesora, Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

**Dr. Evert Ketting**  
Consejero Investigación Universidad Radboud. Nijmegen Departamento de Salud Pública

**Sra. Nell Rasmussen**  
Consultora Centro Danés de Investigación en Vulnerabilidad Social

**Dr. Peer Sieben**  
Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

**Dr. Robert Thomson**  
Consejero sobre Derechos de Salud Sexual y Reproductiva Equipo del Servicio Técnico de país del FNUAP para Europa, Bratislava



**En Turquía, en el marco de la reforma sanitaria, se han producido importantes cambios en la sanidad. Los procesos claves han sido la ampliación de los servicios y la mejora de la calidad en todos los niveles del sistema. Desde la fundación de la República de Turquía, la salud ha sido siempre un tema prioritario, sin embargo, los indicadores de salud no reflejan de manera directa el progreso económico del país.**



Me gustaría presentar un resumen de nuestros últimos logros. Con el objetivo de unificar recursos y ampliar servicios, todos los recursos públicos de salud pasaron a ser coordinados por el Ministerio de Salud, dando prioridad a los hospitales de segundo nivel, si bien se excluyeron los hospitales universitarios.

Durante este proceso hemos desarrollado un modelo de pago según desempeño para el personal de salud. En lo que respecta al número de profesionales de medicina por habitantes, estamos en los últimos puestos de los países europeos de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero se están tomando medidas para aumentar el número de profesionales. Además un elemento importante a destacar del programa de reforma es la introducción del Seguro General de Salud, cuya implantación comenzará el 1 de enero de 2008. En relación a esta iniciativa, se ha comenzado un proyecto piloto con profesionales de medicina de familia en 21 de las 81 provincias.

Asimismo, hemos introducido nuevas formas de empleo para el personal de salud. Estamos contratando a profesionales de la medicina y matronas/es donde tenemos escasez de personal. De esta forma, nuestros servicios se han fortalecido y mejorado su calidad.

El Ministerio de Salud contempla como una de sus principales prioridades la salud reproductiva, de acuerdo con la definición y el marco de los servicios de salud reproductiva definidos por la OMS. Así, hemos extendido los servicios de planificación familiar y salud maternal e incorporado en el sistema sanitario general un enfoque de salud reproductiva durante todo el ciclo vital. Se han ampliado las competencias de nuestros

servicios, que inicialmente sólo se extendían a mujeres en edad fértil, a la adolescencia, la juventud, la tercera edad y los hombres.

Me gustaría compartir algunos de los resultados que muestran los indicadores sanitarios en Turquía.

La tasa de mortalidad infantil era en 1960 de 200 por 1000 y ahora es de 20 por 1000. La tasa de mortalidad materna ha disminuido del 200 por 100000 en 1970 a 28,5 en 2006. Actualmente, se proporcionan cuidados prenatales a más del 80% de las mujeres embarazadas, mientras que hace 15 años esta cifra era del 43%. De manera similar, el 83% de los partos se realizan actualmente en condiciones sanitarias aceptables.

Aunque los avances son notorios, me gustaría dejar constancia de que los servicios de salud reproductiva seguirán siendo una prioridad hasta lograr reducir al máximo la mortalidad infantil y materna.

La contribución del Programa de Salud Reproductiva al logro de nuestros objetivos es obvia. Así, la financiación proviene de fondos europeos en el marco del programa MEDA, aportándose además recursos locales. La cooperación con entidades de la sociedad civil -se destinan 20 millones de euros para subvencionar a las organizaciones-, facilitó el trabajo, al encargarse de la sensibilización de la comunidad y de fomentar la demanda de servicios.

Estamos decididos a ampliar la prestación de servicios, apoyar los nuevos enfoques y satisfacer la creciente demanda de servicios generados en virtud de este Programa.

**Prof. Dr. Recep Akdağ,**  
Ministro de Salud de Turquía



**Los servicios de salud reproductiva en Turquía datan de la fundación de la República. En los años 50, eran servicios propios de políticas natalistas que se prestaban a través de una organización vertical en centros de salud infantil y materna y, en los años 60, en los centros de salud. En los años 80, se realizaron esfuerzos para reducir las altas tasas de natalidad y mortalidad mediante programas integrados de planificación familiar (PF), siguiendo políticas antinatalistas. En las últimas tres décadas, con la creación del Departamento General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar (SMI/PF) se logró una reducción de la natalidad y la mortalidad. A través de la mejora de los servicios básicos y de los proyectos y programas específicos se mantiene la calidad y la accesibilidad, a pesar de las diferencias regionales.**

Turquía participó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada, en El Cairo, en 1994 y asumió su Programa de Acción. Posteriormente, Turquía desarrolló una Estrategia Nacional y un Plan de Acción para la Salud de las Mujeres y la Planificación Familiar, favoreció la ampliación del número de servicios dedicados a la salud materna y la planificación familiar. El plan contempla la prestación de servicios, la capacitación del personal, la IEC (información, educación y comunicación), la gestión, la logística, así como la mejora de la situación de las mujeres. Además, en el octavo plan quinquenal de desarrollo (2001) se incluyó un apartado sobre "Población y Desarrollo" dedicando un amplio capítulo a los derechos en salud sexual y reproductiva.

La Estrategia Nacional y el Plan de Acción se revisaron y actualizaron en el marco de la salud reproductiva. Concluido el proceso de evaluación, que se efectuó teniendo en cuenta los programas de acción de ámbito estatal posteriores a la Conferencia de El Cairo, y los objetivos de desarrollo del milenio, como las 21 metas de salud, junto con los objetivos y prioridades nacionales, se seleccionaron cuatro temas principales de salud reproductiva como áreas de intervención del Programa de Salud Reproductiva, debido a que:

1. Las tasas de mortalidad materna se mantienen elevadas a pesar de mostrar una tendencia a disminuir,
2. Los embarazos no deseados continúan siendo un problema,
3. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida están aumentando,
4. La población joven, que es numerosa, no tiene acceso adecuado a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En los años 90 a partir del marco de la "Salud para Todos", y de los objetivos del Ministerio de Salud, se priorizaron la salud reproductiva, la cobertura de los servicios, la reducción de las diferencias regionales y los determinantes de género. Paralelamente, se iniciaron, en la primera mitad de los años 90, las negociaciones con la UE, que mostró su disposición a invertir recursos destinados a la sociedad civil. Ambas partes acordaron realizar el Programa de Salud Reproductiva (PSR), que se puso en marcha en el año 2003, contando con los sectores público y civil.

Se planteó que este programa se llevaría a cabo a través de la prestación de servicios y la realización de actividades de información comunitaria, cuestiones

que se relacionan e influyen mutuamente, y se basaría en una estructura dual, por un lado, la mejora de la calidad del servicio a través de acciones centradas en la infraestructura y la prestación de servicios, y por el otro, el fomentar el uso de los servicios por los grupos más desfavorecidos, no concienciados sobre sus propias necesidades o con dificultades para acceder a los mismos. El programa favorece que estos grupos accedan a la atención que prestan los servicios de salud reproductiva (asistencial y preventiva).

El programa garantizó que las unidades del Ministerio de Salud, tanto en el ámbito central como provincial, ampliaran su experiencia de trabajo con la sociedad civil de una forma armónica, se institucionalizase la formación del personal en el campo de la salud reproductiva, reforzando y aumentando el número de centros de salud para jóvenes. Además se finalizó la implantación de los planes piloto de estudio sobre salud reproductiva, se consolidó la Encuesta Demográfica y de Salud Turca de 2003 y se llevaron a cabo investigaciones sobre, por ejemplo, la vigilancia de las ITS, el comportamiento de la demanda sanitaria, y la mortalidad materna.

Considerando el escaso tiempo que este programa lleva en vigor, se ha comprobado, como se esperaba, que el PSR en Turquía ha obtenido resultados importantes, respecto a los objetivos de salud reproductiva fijados en la Estrategia Nacional y el Plan de Acción de Turquía.

Quisiera expresar mi agradecimiento a todos los partidos, las organizaciones y las personas que han hecho grandes esfuerzos para iniciar e implantar este Programa.

#### **M. Rifat Köse**

Director del Departamento de SMI/PF  
Ministerio de Salud



**La Comisión Europea (CE) es la entidad que más ha contribuido económicamente a la mejora de la salud en Turquía. Esta aportación comenzó a principios de los 90 con una política basada en la relación entre salud y pobreza y dirigida a la reducción de ambos determinantes. Se centró en cuestiones clave incluyendo la mejora en el acceso a los servicios de salud reproductiva, la reducción de la tasa de mortalidad materna y de la incidencia del VIH/Sida.**

En el marco de esta política, en Turquía, se apoyaron diversos proyectos entre 1992 y 1997, con dos líneas de acción: "VIH/Sida" y "Población". Desde 1995 la cuantía de los fondos para salud de la CE se incrementaron sustancialmente, con la aprobación del programa MEDA (en el marco de la colaboración euro-mediterránea), lo que reafirmó los aspectos humanitarios de la relación entre las dos regiones. Desde el año 2002 Turquía, como país candidato, empezó a beneficiarse de fondos dedicados a los futuros países miembros.

A partir de estos fondos de preacceso, y el programa MEDA, la cartera de salud de la CE en Turquía, evolucionó desde proyectos temáticos y aislados, hacia programas sectoriales en el marco del desarrollo social y el fortalecimiento institucional.

A través del programa MEDA, se destinaron 55 millones de euros, para un periodo de seis años, en el Programa de Salud Reproductiva en Turquía (PSR). El objetivo de este programa es mejorar la salud sexual y reproductiva de la población en general, pero especialmente de las mujeres y las personas jóvenes, planteándose una doble estrategia: mejorar la calidad de los servicios de salud y fomentar la demanda y el uso de estos servicios.

Para lograr su objetivo de mejorar la oferta de servicios de salud, el programa ha apoyado de manera directa la política y las actividades del Ministerio de Salud, mediante la asistencia técnica, formación, equipamiento e investigación. También ha contribuido al desarrollo de políticas, de diez servicios y 19 contratos, 11 de ellos contratos de servicios y ocho de distribución.

Un equipo de asistencia técnica (EAT)<sup>1</sup> ha reforzado, tanto a nivel central como local, la política del Ministerio de Salud (MS), para aumentar su capacidad de gestión a fin de ofrecer una atención eficaz y eficiente en los servicios de salud.

Otra cuestión, también importante para el uso eficaz de los recursos ha sido la cooperación, fomentada desde el programa, entre este departamento ministe-

rial y todas las partes interesadas, incluyendo las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y los organismos internacionales (FNUAP, UNICEF, OMS).

### Principales componentes del programa

El programa contempla como una actuación básica, la formación destinada a aumentar la capacidad institucional y dotar al personal de salud de los conocimientos y habilidades necesarias en cuestiones de SSR para mejorar la calidad de los servicios.

Para realizar el proceso formativo, se constituyó un equipo dependiente de los servicios centrales<sup>2</sup> del MS, que ha llevado a cabo esta tarea mediante una red de centros de formación de SR tanto regionales como provinciales<sup>3</sup>. Se diseñó un modelo de atención integral básica para urgencias obstétricas (AUO), incorporando las normas recomendadas por la OMS, y con eficaces primeros auxilios y derivaciones<sup>4</sup>. Actualmente, este modelo está incluido en el Plan de Acción sobre SSR, 2005-2015, del Ministerio de Salud y se extenderá poco a poco a todo el país.

Esta línea formativa contribuyó a que la educación sobre SSR, ofertada por los departamentos universitarios<sup>5</sup> de medicina, enfermería y de matronas/es estuviera armonizada con los planes de estudios de la UE, poniendo especial atención para lograr una "gestión de calidad en la educación superior" contemplada en la Declaración de Bolonia. Está previsto que se sustituyan los planes de formación vigentes por nuevos planes de conocimientos a corto plazo, que conllevarán una disminución en los recursos asignados para este propósito.

Dada la importancia que tiene la utilización periódica y adecuada de los servicios de salud en la prevención de la mortalidad materna, todas las medidas dirigidas a mejorar la prestación de servicios han sido acompañadas de medidas orientadas a aumentar la demanda de estos servicios<sup>6</sup>. Este objetivo ha contribuido a sensibilizar a la población general y también a los medios de comunica-

ción, respecto a la mortalidad materna e infantil.

Con la finalidad de posibilitar una mejora en la calidad de los servicios se han destinado existencias, por valor de 15 millones, para renovar las unidades que ofrecen servicios a jóvenes, y aportar ayudas a la capacitación y equipamiento de los centros de formación de estudiantes y del personal. Para la provisión de suministros 12 empresas, con diferentes contratos, se han encargado de su abastecimiento y distribución<sup>7</sup>.

Entre las encuestas realizadas para obtener datos sobre SSR, el programa ha cofinanciado la "Encuesta Demográfica y de Salud Turca del año 2003 (EDST)"<sup>8</sup>. Los resultados de la encuesta se muestran en el Plan de Acción de SSR 2005-2015 del Ministerio de Salud.

Otra encuesta sobre entierros de mujeres<sup>9</sup>, realizada en cementerios, recopiló información sobre la mortalidad materna, comparando los datos entre las diferentes regiones, entre las zonas rurales y las urbanas, así como a nivel internacional. Mostró la necesidad de un sistema de información y registro permanente, sistemático y sostenible. El estudio cualitativo sobre Demanda de Salud<sup>10</sup> ha proporcionado información relevante para analizar los datos cuantitativos de la "EDST 2003" y de la "Encuesta Nacional sobre Mortalidad Materna". Finalmente, se llevó a cabo un estudio sobre Vigilancia de Segunda Generación de las Infecciones de Transmisión Sexual,<sup>11</sup> en coordinación con el proyecto financiado por la UE sobre el "Control de Enfermedades Contagiosas y Mejora del Sistema de Vigilancia", que ha servido a la reestructuración del mecanismo de respuesta frente a potenciales amenazas a la salud, como los previstos en el "Reglamento Sanitario Internacional" de la OMS.

Con el objeto de fomentar la demanda y el uso de los servicios de salud, se han destinado 20 millones de euros para subvenciones de organizaciones de la sociedad civil (OSC). Mediante convocatorias públicas y procedimiento de concurso, se ha favorecido que una amplia variedad de

organizaciones presenten proyectos innovadores que den respuestas a las prioridades del programa y a las necesidades locales. Concluida la evaluación de los dos convocatorias realizadas, se seleccionaron dos propuestas y se firmaron 88 contratos, para llevar a cabo actividades de comunicación, educación e información en todo el país. Con este proceso, se ha contribuido a que las OSC para que estableciesen acuerdos estratégicos con las autoridades locales y otras partes interesadas, y realizaran aproximaciones intersectoriales, multidisciplinarias y eficaces en el ámbito de la salud. Los resultados indican que continuará existiendo una eficaz colaboración entre el sector público y la sociedad civil mediante una red de OSC creada en el marco de este programa.

### Conclusiones

A largo plazo, se espera que el Programa de Salud Reproductiva reduzca las tasas de mortalidad materna y elimine la desigualdad entre regiones, poniendo en marcha medidas realistas, reproducibles, contrastables y eficientes y, a su vez, específicas, en cuanto a género, grupos de edad, regiones geográficas y condiciones locales.

El programa ha mostrado que es necesario mejorar la capacidad de gestión global del Ministerio de Salud a través de la formación del personal sanitario a diferentes niveles, de manera que las políticas se puedan convertir eficazmente en planes de acción.

Los estudios realizados han completado los datos y la información existentes en el ámbito de la gestión y organización de los servicios de salud. Sus conclusiones y propuestas proporcionarán una base sólida para la toma de decisiones y para un uso más efectivo de los recursos.

Se ha establecido una cooperación efectiva con las OSC en términos de aumento de la demanda de servicios públicos de salud reproductiva. Se han utilizado con éxito los medios de comunicación para informar a la población, aumentar el conocimiento sobre los servicios públicos de salud e influir en los patrones de comportamiento y la demanda.

En general, las medidas tomadas por Turquía en relación a la salud materno infantil, la atención de salud y la planificación familiar son coherentes con los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, así como las subsiguientes CIPD +5 y +10. El ambicioso y multifacético programa de SR ha tenido éxito al situar la salud sexual y reproduc-

tiva en el marco de los derechos fundamentales de salud.

### Referencias

1. "Technical Assistance Service Contract" por EPOS Health Consultants principal socio del Consorcio con Options Consultancy Services Ltd y Willows Foundation
2. "Strengthening SRH in-service training capacity of the MoH" proyecto realizado por SOFRECO, principal socio del Consorcio con, Conseil Sante SA y Stars Crescent Assistance
3. "Logistic support for the training of health care personnel" proyecto realizado por Figür Kongre & Organizasyon Ltd., principal socio del Consorcio, Lidea Eğitim ve Danışmanlık Ltd. y Figür Turizm & Organizasyon
4. "Strengthening emergency obstetric care (EMOC) services" proyecto realizado por Conseil Sante SA, principal socio del Consorcio con Sofreco y DeLeeuw International
5. "Strengthening SRH pre-service training capacity" proyecto realizado por EUROMED sprl, principal socio del Consorcio con Ada Mühendislik ve Yazılım Hizmetleri Tic. Ltd. Sti y International Centre for RH Ghent University
6. "Mass media campaign on awareness building on maternal and neonatal health" proyecto realizado por Excel Communications Consultancy principal socio del Consorcio con Health Focus GmbH y Hill & Knowlton Communications GmbH & Co. KG y Mother and Child Education Foundation (ACEV)
7. AJZ Engineering GmbH; ALTAY Scientific SpA; AMS Tibbi Cihaz Imalat İthalat İhracat Ltd. Şti.; Bimsa Uluslararası İs, Bilgi ve Yönetim Sistemleri A.Ş.; Caner Medikal Ltd. Şti.; D.R.C.b.v.; Globe Corporation BV; Meteksan Sistem A.Ş.; Seha Mühendislik Musavirlik Tic. ve Makina San. Ltd Sti; Simed International bv; Spare S.A.; YONSIS Bilgisayar Sistemleri San. Tic. A.Ş
8. Llevado a cabo por el Instituto de Estudios sobre la Población, Universidad de Hacettepe
9. "National maternal mortality study" proyecto realizado por ICON Institut Public Sector GmbH principal socio del Consorcio con el Instituto de Estudios sobre la Población, Universidad de Hacettepe y BNB Ltd.
10. "Health seeking behaviour study" proyecto realizado por Conseil Sante

S.A principal socio del Consorcio con Sofreco and Eduser Consultancy Services Co

11. "Operations Research on key STIs/HIV in Turkey" proyecto realizado por ICON Institut Public Sector GmbH principal socio del Consorcio con el Instituto de Medicina Tropical y el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, Universidad de Hacettepe

### Figen Tunçkanat

Directora sectorial de Salud  
Delegación de la CE en Turquía  
figen.tunckanat@ec.europa.eu

# EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA EN TURQUÍA: PERSPECTIVA GLOBAL

Por Ibrahim Açikalın, Mehmet Ali Biliker, Robert Gaertner, Demet Gural, Patrick Krause

A medio camino del plazo marcado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aún se está lejos de alcanzar las metas y objetivos establecidos y que figuran de nuevo como prioridades en la agenda fijada en septiembre del 2000. Una encuesta realizada por la Comisión Europea (CE) a la ciudadanía de la Unión Europea (UE), muestra un apoyo general a la consecución de los ODM y a la ayuda de la UE. El Programa de Salud Reproductiva (PSR) financiado en Turquía por la UE, inició sus actividades en enero de 2003 y finalizaron con la celebración de una conferencia en septiembre de 2007, contribuyendo de manera directa con cuatro de los ocho objetivos identificados. Algunas de sus metas principales fueron, la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, la salud materna e infantil y la lucha contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida.

La subvención de 55 millones de euros de la UE y el aporte de ocho millones de euros adicionales del Ministerio de Salud (MS), ha supuesto la mayor financiación de la UE en el sector salud en Turquía, además puede considerarse el programa más integral de este tipo en el mundo. Aplicar las normas de la UE y lograr sus niveles de desarrollo son los criterios utilizados por el Ministerio de Salud para la realización de este programa, impulsados a su vez por el inicio de las negociaciones entre la UE y el Gobierno turco en octubre de 2005.

**ODM 3:** Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer

**ODM 4:** Reducir la mortalidad infantil

**ODM 5:** Mejorar la salud materna

**ODM 6:** Combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades

Este artículo proporciona una visión global del programa, explica las necesidades de salud reproductiva en Turquía, las decisiones tomadas durante su puesta en marcha y las principales actividades y resultados obtenidos hasta ahora, haciendo además hincapié en otros beneficios relacionados y, en la superación de los principales retos en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva (DSSR) en Turquía.

## Prioridades del programa

Con el fin de ofrecer una mejora en la prestación de servicios, el PSR se planteó aumentar el conocimiento de la comunidad sobre los derechos de salud sexual y reproductiva, fomentar el uso de los ser-

vicios y mejorar la infraestructura actual. Los resultados previstos incluyen:

- Aumento del uso y de las competencias de los servicios.
- Mejora de la accesibilidad a los servicios (geográfica, económica, cultural...).
- Mejora de la calidad de los servicios de SSR.
- Mayor concienciación sobre salud sexual y reproductiva entre las personas jóvenes.
- Mayor conciencia de la necesidad de apoyar los derechos de salud sexual y reproductiva, entre quienes son responsables de la toma de decisiones en el ámbito parlamentario y político.
- Reducción de las diferencias geográficas en los indicadores de salud reproductiva.

“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio... no se pueden alcanzar si no se abordan las cuestiones de población y de salud reproductiva. Esto significa un mayor esfuerzo en promover los derechos de las mujeres y una inversión en educación y salud, incluyendo la salud reproductiva y la planificación familiar.”

*(Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi A. Annan, Bangkok, diciembre 2002)*

El programa tiene como objetivo contribuir a la reducción de la mortalidad materna en un 75% para el año 2015, de la tasa de fecundidad específica por edad y, prioritariamente, de las diferencias regionales dentro del país, aumentando el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Para alcanzar sus objetivos, el programa siguió una doble estrategia. Se planteó, con el apoyo directo del Ministerio de Salud, reforzar la capacidad institucional y la calidad de los servicios en el país. Para ello impulsó la formación del personal sanitario, la modernización de las instalaciones de salud y la introducción de mecanismos de gestión de calidad y de normas estándar en los servicios. Por otro lado, el programa se propuso defender los derechos de salud reproductiva, aumentar la sensibilización y reforzar conductas más beneficiosas para la salud y la demanda de los servicios de salud entre la población, de las organizaciones de sociedad civil (OSC) mediante sus actividades e intervenciones.

Se seleccionaron cuatro áreas como prioritarias, maternidad segura (MSg), planificación familiar (PF), ITS-VIH/Sida y servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes (SJ). La reducción de la mortalidad materna, como

objetivo a largo plazo, requiere atención prenatal, atención especializada y servicios de urgencia obstétrica (UO). Es preciso facilitar el acceso a una amplia gama de anticonceptivos con objeto de favorecer el espaciamiento y la frecuencia de los embarazos que de respuesta a las preferencias actuales de las mujeres y las parejas. La inversión en la calidad de la atención debe ir acompañada de otras intervenciones importantes, como aumentar la información de las mujeres y de sus familias sobre los servicios disponibles (ver artículo de esta publicación de *Entre Nous*; en adelante la referencia será “ver artículo”).

Según los datos del Ministerio de Salud, 1.123 personas se infectaron por VIH en 2003. Se han detectado fallos en la detección y en la notificación de los casos, por lo que el programa pretende mejorar los datos disponibles, como base para una prevención y un tratamiento eficaces. Se pretende aumentar el conocimiento sobre las ITS y el VIH/Sida en todos los sectores de la población turca. El programa ha tenido en cuenta las necesidades de la juventud con relación al acceso a la información sobre DSSR, al asesoramiento adecuado y a los servicios de salud (ver artículo).

## Resumen de los resultados principales

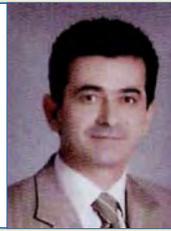
El diseño del PSR dio la debida importancia a la recogida de datos precisos como requisito previo a la elaboración y promoción de políticas, para la definición de intervenciones apropiadas y lo más importante para dar seguimiento y evaluar los resultados del proceso. Con respecto a la investigación, las prioridades del programa fueron: la EDST, la mortalidad materna, las ITS-VIH/Sida y la demanda de salud (ver resumen del estudio sobre comportamiento de demanda de salud en la página 9).

A pesar de que, en diferentes momentos, se han realizado estimaciones de la mortalidad materna en el país, al utilizarse métodos distintos, no ha sido posible comparar los resultados obtenidos a lo largo del tiempo con los datos internacionales. El Estudio Nacional sobre Mortalidad Materna que se llevó a cabo en el marco del programa, es el primero de este tipo en Turquía. Se calculó una tasa de mortalidad materna de 28,5 por cada 100000 nacimientos vivos en 2005, apreciándose las tasas más altas en el noreste de Anatolia y en el este del Mar Negro (ver artículo).

Se abordó la falta de datos sobre ITS y VIH/Sida iniciando un proceso de cons-



**Mehmet  
Ali Biliker**



**Ibrahim  
Açıkalın**



**Demet  
Gural**

trucción de consenso sobre vigilancia y llevando a cabo una investigación sobre ITS clave y VIH/Sida en Turquía. El proyecto desarrolló herramientas de vigilancia centinela de segunda generación en cinco importantes ciudades turcas (ver artículo). Un amplio estudio cualitativo sobre el comportamiento de la demanda de salud de las mujeres en el embarazo, finalizó en marzo de 2007 y registró claramente los resultados obtenidos mediante grupos focales y entrevistas en profundidad (ver artículo).

La evaluación de las necesidades de formación, realizada en la fase inicial del PSR, concluyó que la oferta actual de servicios de SSR en Turquía, abarca la practica totalidad de los reconocidos internacionalmente, pero destacó la ausencia de normas estándar de ámbito nacional. De acuerdo con estos resultados, el PSR desarrolló un marco de trabajo para los servicios de SSR en Turquía, proporcionando una estructura consensuada con las autoridades que permita orientar las mejoras en los servicios, gestionar el rendimiento del personal de salud y mejorar las instalaciones, así como incrementar el acceso y la utilización de los servicios. De acuerdo con las prioridades fijadas en el programa, este marco de trabajo definió las actividades básicas y competencias relacionadas (conocimientos, habilidades y actitudes) necesarias para la provisión de servicios, especialmente en atención primaria.

El documento proporcionó la base para el posterior desarrollo de todas las actividades de formación, el desarrollo de normas estándar, la valoración de las necesidades de equipamiento, la mejora de calidad, la revisión de la relación de los puestos de trabajo, y la introducción de la gestión por rendimiento.

Las normas estándar se adaptaron al contexto turco desde el enfoque "cliente con información, servicio eficiente" (CISE) realizado por Engender Health y se aplicaron a más de 40 centros de las provincias del noreste de Turquía con resultados notables (ver artículo). Tras la introducción de las normas estándar, los centros tienen en cuenta la calidad de la atención y la atención a las necesidades. Con la orientación hacia las y los clientes se inició un proceso de diálogo, lo que condujo a un mayor intercambio y entendimiento mutuo y, en última instancia, a unos servicios mejor orientados a las necesidades de las personas usuarias.

El objetivo de capacitar a las personas responsables de la gestión y a las proveedoras de servicios en todos los niveles y, esencialmente, de reforzar los sistemas de

formación de acuerdo con las normas estándar, ha sido una prioridad para el Ministerio de Salud. Se han desarrollado y aplicado 12 módulos de formación en los servicios durante el PSR (ver descripción general en páginas 30/31). Se formaron más de 9000 personas proveedoras de servicios y gestoras, prestando especial atención a la formación continua en atención primaria, los servicios de UO, y los servicios de SSR. También se prestó atención especial, a la introducción de las normas estándar y a la formación en gestión orientada a la calidad de los cuidados de salud.

Para asegurar la alta calidad de los servicios, se dio especial importancia a proporcionar una estructura y garantizar la sostenibilidad de la formación en SSR. Con esta finalidad, se institucionalizó la capacitación en centros de formación regionales y provinciales, proporcionando entrenamiento, continuo y sostenible, a las personas formadoras y formación al personal proveedor de servicios con sistemas de seguimiento y supervisión (ver artículo). También se crearon, con el apoyo del PSR, 19 centros de salud y asesoramiento para jóvenes (CSAJ) para atender a las necesidades del grupo de edad de 10-24 años.

Además se llevó a cabo un proyecto con tres colectivos de profesionales de la salud (medicina, enfermería y matronas/es), con la intención de elaborar un plan de estudio de SSR para el personal y una adaptación del mismo a los programas de educación en las escuelas (ver artículo).

Se invirtieron casi 15 millones en modernizar los centros de salud y las instituciones de formación del personal. Se proporcionó equipamiento a 500 centros de salud, 161 hospitales, 75 centros de SMI/PF que impartían formación, 19 centros de jóvenes y 9 facultades y escuelas de salud de tres universidades. Además, se desarrolló un proyecto experimental consistente en organizar las UO y en proveer con el equipamiento adecuado a los hospitales, con esto se espera un impacto directo mayor en la disminución de las muertes maternas.

El PSR prevé un aumento de la demanda en los servicios de SSR, principalmente gracias a la actuación de las OSC. Se ha comprobado que las OSC son capaces de desarrollar con éxito programas innovadores de sensibilización, actividades comunitarias, promoción, investigación y formación dirigidos específicamente a grupos de difícil acceso. Gracias al PSR, se llevaron a cabo dos convocatorias de contratación por un total de 18,94 millo-

nes de euros destinados a 88 proyectos, de 107 organizaciones de la sociedad civil. Además de la financiación de la UE, las organizaciones de la sociedad civil han añadido otros 3 millones de euros de sus propios recursos. Las convocatorias indicaban claramente las prioridades del programa a las que debían atenderse las propuestas, las OSC actuaron en 55 de las 81 provincias, dando cobertura a la casi totalidad del país. La figura muestra que la mayor parte de los recursos, es decir, 96 millones de euros, se invirtieron en las tres regiones del oeste, seguidas de las tres regiones del este donde se invirtieron 6,7 millones de euros, en el resto se invirtió poco. Las OSC han contribuido considerablemente a la visibilidad del PSR, situando en la agenda del país las cuestiones de SSR (ver artículo).

### Retos por superar

En coherencia con los importantes recursos asignados, el programa ha obtenido buenos resultados globales. Ha contribuido al establecimiento de normas estándar para la SSR en Turquía. Se pueden observar resultados a corto plazo en la mejora de los conocimientos y capacidades del personal de salud y responsable de la gestión, en la sostenibilidad de los centros de formación y de jóvenes, en el aumento de la demanda de servicios y de formación continua, y en una mayor comprensión y concienciación sobre cuestiones de SSR de los grupos más vulnerables. La cooperación entre las OSC y el sector público nunca ha sido mejor. No obstante, todo esto debe traducirse en un cambio de conductas y una mejora del acceso a servicios de calidad por parte de los grupos más vulnerables de la sociedad turca.

Aún es demasiado pronto para hablar del impacto del programa. Aunque el tiempo transcurrido entre la EDST de 2003 y la prevista para el año 2008 cubre casi por completo el periodo de implantación del PSR, los datos recogidos en 2008 no pueden evaluar aún el impacto total del programa. El éxito del programa dependerá del mantenimiento de los DSSR en la agenda política y de la movilización de recursos, puesto que aún quedan por delante importantes retos:

#### 1. Gestión

Según la Estrategia Nacional de SSR, uno de los puntos débiles del sistema de salud en Turquía es la escasa capacidad de gestión. El PSR ha contribuido a mejorarla con sus actividades, pero es necesario dedicarle más atención y una mayor inversión. Las personas responsables de



**Patrick Krause**



**Robert Gaertner**



Figura 1: Distribución de las OSC donación en millones

la gestión, tanto a nivel central como provinciales, deben reforzar su capacidad para priorizar, para convertir políticas en estrategias y planes de acción y para ponerlas en marcha.

### 2. Relación entre las OSC y el sector público

El programa ha contribuido a la mejora de las relaciones entre los dos sectores, que actualmente trabajan juntos para lograr un mismo objetivo. Esta relación debe continuar e incluso intensificarse, especialmente en relación con los grupos más vulnerables. Además, las OSC deben realizar un esfuerzo por lograr que la prestación de servicios de salud llegue hasta los grupos más inaccesibles.

### 3. La desigualdad de género

A pesar de que la discriminación por motivos de género esta disminuyendo,

no parece que Turquía alcance los ODM fijados para 2015 con respecto a la igualdad de género. La discriminación continúa siendo una de las principales causas de salud reproductiva, con importantes diferencias entre mujeres y hombres en los indicadores de desarrollo humano. En este ámbito, el sector de la salud, por sí solo, no puede lograr mejoras importantes, es necesario prestar especial atención a la legislación, a la voluntad política, dar apoyo económico y avanzar en la educación, además, es preciso fomentar la colaboración intersectorial.

### Ibrahim Acikalin

Director General Adjunto, SMI/PF MS  
ibrahim.acikalin@saglig.gov.tr

### Mehmet Ali Biliker

Director General Adjunto, SMI/PF MS

### Robert Gaertner

DG de EPOS

### Demet Gural

Directora Ejecutiva de Willows

### Patrick Krause

Co-director del programa  
RD Europe of EPOS  
patrick.krause@epos.de

## ESTUDIO SOBRE COMPORTAMIENTO DE LA DEMANDA DE SALUD

Este estudio cualitativo, se diseñó con el fin de explorar y describir la percepción de las mujeres sobre el embarazo y los comportamientos que llevan a demandar atención de salud durante la gestación y el parto en zonas urbanas y rurales seleccionadas de Turquía, para diseñar intervenciones dirigidas a aumentar la demanda de cuidados prenatales (CP) y de atención cualificada al parto. Este estudio se llevó a cabo, con mujeres embarazadas que nunca habían demandado CP o que habían interrumpido sus visitas y otras cuestiones, en las provincias de Adana, Ayfon y Van (en zonas donde se detectaron problemas relacionados con los CP y la atención cualificada al parto). El grupo de estudio se seleccionó mediante muestreo en bola de nieve.

Se recogieron datos procedentes de entrevistas en profundidad y de grupos focales, con 239 personas participantes, de las cuales, 111 eran mujeres embarazadas y el resto (128) compañeras, parientes, profesionales de salud y responsables de la comunidad. El 60,4% de las mujeres embarazadas tenían entre 20-29 años de edad, el 59,1% residía en zonas urbanas y el 98,2% eran analfabetas o poco instruidas (educación primaria). Además, el 57,4% procedían de una familia numerosa.

### Percepción frente al embarazo

El embarazo se percibía como un proceso natural, incluso como un proceso que aporta, en general, felicidad y sentimiento de deber cumplido, siendo innecesario acudir a una institución de cuidados de salud en ausencia de complicaciones graves. La preocupación y ansiedad observadas en algunas mujeres embarazadas se relacionaba con el parto y la salud del o la bebé más que con el embarazo en sí.

Se percibió en la mayoría de las mujeres entrevistadas, un sentimiento de "vergüenza o apuro" que afectaba negativamente a la obtención de información y la demanda de servicios de CP.

Síntomas como, hemorragia vaginal, inmovilidad del feto, dolor intenso o náuseas, aumentan la percepción de riesgo, de igual manera ocurre en caso de una experiencia previa en su entorno de abortos involuntarios, mortinatos o bebés con deformidades o enfermedades graves.

Aunque las mujeres embarazadas y sus familiares están de acuerdo en que los CP son beneficiosos, no logran explicar el porqué.

### Barreras de acceso a los CP

Según las mujeres embarazadas y sus familiares, existen muchos y graves obstáculos que impiden el acceso a los servicios de CP. El más valorado y común es la "falta de interés y el comportamiento negativo de parte del personal de salud". La falta de atención, las malas prácticas y la falta de comunicación por parte de las instituciones de salud, fueron factores determinantes en la baja demanda de CP.

Otros obstáculos habituales eran la falta de seguro médico y los problemas económicos. Estas barreras emergen junto con la falta de educación y las cuestiones de género. Un bajo nivel educativo, una familia numerosa, la necesidad de pedir permiso al marido o a la madre de éste, impiden seriamente el acceso de la mujer a la información y a los CP.

Centros de atención primaria y de CP inadecuados, insuficiente personal y problemas de organización y administración son otros obstáculos importantes para la utilización de los servicios de CP.

Osman Hayran, Médico, Profesor, Jefe del equipo del estudio



**El Estudio Nacional sobre Mortalidad Materna muestra que, si bien se han producido avances en cuanto a la mortalidad materna, continúa siendo una prioridad, para Turquía, lograr una maternidad y un parto seguros (1). Es necesario prestar una atención especial a las regiones del noreste del país, donde la tasa de mortalidad materna (TMM) era de 68,3, mientras que la media nacional era 28,5 por 100000 nacimientos vivos. En base al modelo de “tres retrasos”, el programa tiene como objetivo aumentar la sensibilización, el uso de los servicios y la calidad de la atención.**

Tras un análisis detallado de la situación, se decidió seleccionar cinco provincias piloto, Agri, Ardan, Erzurum, Iğdir y Kars, durante los años 2004-2005. Se enfocó en las infraestructuras, los suministros, los recursos humanos, los conocimientos y capacidades del personal de atención primaria (AP), las instalaciones, la atención básica e integral de urgencia obstétrica (UO), los bancos de sangre y los servicios de urgencias. Las principales conclusiones fueron:

- (1) Algunas provincias del noreste no tienen servicios de UO las 24 horas. Las causas son la escasez de personal (especialmente matronas/es en AP de zonas rurales), la escasa capacitación clínica, la falta de equipamiento y suministros, la debilidad del trabajo en equipo y en la capacidad de gestión.
- (2) En los servicios de transfusión sanguínea se necesitan normas estándar para la toma de sangre, su tratamiento y su conservación.
- (3) No existen protocolos de derivación y los servicios de urgencias (112) necesitan modernizarse.
- (4) Los obstáculos topográficos y las condiciones climáticas dificultan el acceso a los servicios.
- (5) La escasa información con una alta tasa de analfabetismo femenino y la falta de empoderamiento de las mujeres reducen el acceso a los servicios de salud materna. Con el objetivo de intervenir sobre estas cuestiones y siguiendo las indicaciones del modelo de tres retrasos, el programa se propone:

1. Aumentar la información y el uso de los servicios de MSg.
  2. Aumentar la calidad de los servicios de MSg.
  3. Proporcionar el equipamiento adecuado y los suministros necesarios.
- Retraso 1: en reconocer una complicación y buscar ayuda.  
Retraso 2: en llegar a centros de salud adecuados.  
Retraso 3: en recibir los cuidados oportunos y el tratamiento necesario en el centro.

### Formación en atención primaria

Se diseñó un módulo de formación para MSg que incluía cuidados prenatales (CP), parto y atención puerperal. Se utilizó este módulo para formar alrededor de 3500 profesionales de atención primaria, en 67 provincias. Se trabajó también, con las OSC, la formación e información adicional.

### Formación en UO

Se elaboraron módulos de formación continuada para el personal de las UO. El enfoque de sistemas, el trabajo de equipo, los derechos de las usuarias y las necesidades del personal fueron los ejes de los módulos dirigidos al personal de salud de los servicios de atención primaria, de primeros auxilios y de referencia de centros de atención básica e integral en UO y al personal de gestión de estos servicios. Los módulos incluyen práctica clínica y actualización de protocolos, enfatizándose el trabajo en equipo y la cooperación intersectorial. Se impartió una amplia formación en UO en las cinco provincias piloto, que se extenderá a otras zonas del país (Tabla).

### Protocolos clínicos

Se realizaron protocolos clínicos para consejo prematrimonial, preconcepción, cuidado prenatal, parto, cuidados pos-

parto y UO junto con material de IEC. El Ministerio de Salud (MS) desarrolló una página web que proporciona información sobre el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo, también se informó sobre los signos de alerta y de los cambios que cabe esperar durante el embarazo (2).

### Campaña de los medios de comunicación

En febrero de 2007, el MS inició una campaña nacional, a través de los medios de comunicación, con actividades específicas en 15 provincias que presentan datos demográficos similares. La campaña tuvo como objetivo aumentar el conocimiento sobre la atención obstétrica de emergencia y fomentar el uso de los servicios de MSg. Las mujeres participaron activamente para crear mensajes apropiados, ya que no querían buscar mensajes procedentes de artistas famosas, preferían los de “mujeres iguales a ellas”. Además no querían proponer que participaran sus suegras ni maridos, pensaban que “el embarazo era exclusivamente una cuestión de la madre y nadie más debía involucrarse si ellas tenían capacidad”. En una “campaña en carretera”, una furgoneta muestra un cartel con famosas figuras nacionales diciendo: “visitas prenatales regulares, madre sana y bebés saludables, las muertes se pueden prevenir” o “mi

**Tabla: Entrenamiento UO**

Grupo diana	Ejes
Formación en gestión sanitaria: personal de administración central y provincial, jefaturas de equipos de salud, jefaturas de enfermería hospitalaria.	Facilitar la gestión Apoyo en la supervisión Trabajo en equipo
Servicios de atención primaria: personal de medicina, personal de enfermería, personal de apoyo, personal de urgencias, personal de conducción de ambulancias, personal técnico de bancos de sangre.	Divulgación de conocimientos sobre UO y MSg Trabajo en equipo Funciones y responsabilidades
Formación clínica: personal de obstetricia y ginecología, pediatría, anestesia, servicios de urgencias, personal de unidades de sangre, matronas/es y enfermería.	Competencia basada en la formación clínica Derechos de pacientes y necesidades del personal de salud Trabajo en equipo
Reanimación neonatal: personal de medicina, pediatría, anestesia, matronas/es y enfermería.	Reanimación cardiopulmonar



**Ece Abay**



**Mohammed Mustafa**



**Selale Özmen**



**Ferit Saraçoğlu**

bebé vive, su vida está conectada a la de su madre, la vida de la madre está conectada a la de su bebé”.

### Material educativo

El MS diseñó una amplia variedad de materiales de IEC destinado a aumentar el uso de los centros donde se fomenta la MSg. El material informativo indica que las consultas prenatales disminuyen la mortalidad neonatal y materna y aumentan la supervivencia postnatal. El mensaje se basa en datos obtenidos de la EDST 2003 (3), que indican que la frecuencia de CP está en relación con el lugar donde se produce el parto. En caso de, cuatro o más consultas de CP, el 96% de los partos se dan en el hospital, en cambio, si la mujer no acude a CP, sólo el 50% pare en el hospital.

### Las OSC

El 15% de los proyectos de las OSC que fueron considerados aptos para recibir la subvención del programa, buscaban sensibilizar y la utilización de los servicios de MSg. Los proyectos que se desarrollaron en las provincias del este del país se centraban principalmente en erradicar el analfabetismo, proporcionar información sobre derechos de salud reproductiva y enfatizar la necesidad de los CP y los partos asistidos. Las personas encargadas de erradicar el analfabetismo divulgaban también información sobre SSR. En muchos casos, se puede apreciar inmediatamente después de la formación el cambio de actitud de las mujeres.

*Nunca recibí CP en ninguno de mis embarazos, pero tengo claro que haré lo posible para que mis hijas y mis nueras lo reciban.*

Formación en Erzurum

*Si la mujer no obtiene cuidados apropiados, se negará a acudir de nuevo a la consulta.*

Formadora de una OSC

*Las OSC obtuvieron durante el desarrollo de sus proyectos un excelente apoyo por parte de los gobiernos provinciales, la dirección de sanidad y otros sectores como el militar.*

Representante de una OSC nacional

### Colaboración intersectorial

El programa puso en marcha mecanismos de colaboración intersectorial liderados por el Ministerio de Salud. El pro-

ceso comenzó con la participación activa de sectores como Alcaldías y Gobiernos Distritales y Provinciales, Asuntos Religiosos, Asuntos Rurales, Educación Nacional, Población y Ciudadanía, Fuerzas Armadas Turcas, Administración Provincial Privada, Administración de Carreteras, Electricidad y Agricultura y de las Administraciones y Direcciones Provinciales de Salud en las cinco provincias piloto. Se desarrollaron planes de acción e informes en base al “modelo de tres retrasos” y se realizó una supervisión sistemática cada tres meses. La coordinación produjo enfoques nuevos e innovadores, entre ellos los siguientes:

- (1) Para superar el duro invierno, las concejalías de Ağrı e Iğdir crearon un proyecto de casa de acogida de invierno para mujeres embarazadas y familiar de acompañamiento. La casa de acogida estaba destinada a mujeres en el octavo mes de embarazo. Se utiliza durante las cuatro últimas semanas anteriores al parto.
- (2) En Ardahan, en las facturas de electricidad viene indicado: “El intervalo entre los partos debe ser al menos de dos años y la edad materna en el parto debería ser de 20 - 35 años de edad”.
- (3) En las reuniones religiosas, se enfatiza la importancia de los CP.
- (4) La televisión local de la región de Kars, ha emitido un programa sobre UO.
- (5) Los militares han ofrecido limpiar las carreteras de nieve y proporcionar asistencia con vehículos especiales o helicópteros en caso de que las ambulancias no puedan acudir por las condiciones climáticas.
- (6) Los servicios de emergencia 112, incluirán la MSg en su rutina de entrenamiento.

### Conclusión

Ya se están observando resultados del enfoque multisectorial. El estudio de caso expuesto a continuación demuestra cómo las mejoras en los servicios de atención obstétrica de emergencia ya están en marcha y salvan vidas. *Una mujer embarazada de 36 semanas acude a la consulta, se le diagnostica inmediatamente preclampsia. La matrona preparó una perfusión de sulfato de magnesio, pues sabía, gracias a la formación recibida, que era el tratamiento adecuado. Al llegar el médico le prescribe diazepam. La matrona se niega a administrar le diazepam y le explica al médico las ventajas del sulfato de magnesio. Tras convencer al médico se administra el sulfato de magnesio. Se realiza una cesárea de urgencia y tanto madre como bebé sobreviven.*

El Ministerio de Salud ha acelerado la implantación de normas nacionales para los servicios de UO, así como un mayor desarrollo de los protocolos de derivación, de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

La OMS recomienda una unidad completa de UO y cuatro unidades básicas por cada 500000 habitantes. El nordeste del país está poco habitado, debido a la gran altitud y al difícil acceso en periodo invernal, la demanda de atención de UO es baja y las tasas de mortalidad materna altas. Con el fin de mejorar la cobertura, cada provincia está instalando una unidad completa de UO y dos básicas, aunque su población sea menor de 500000 habitantes.

### Referencias

1. Estudio sobre Mortalidad Materna en Turquía. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara, 2005.
2. [http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale\\_alanlari/index.asp](http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/index.asp).
3. Encuesta Demográfica y de Salud Turca, 2003. Hacettepe University Institute of Population Studies, Ankara, 2004.

### Onur Karabacak

Doctor en Medicina y Catedrático de Obstetricia y Ginecología en la Universidad de Gazi. SOM, Turkey (okarabacak@gmail.com)

### Ece Abay

Doctora en Medicina. Especialista en Salud Pública, Departamento de SMF/PF. Jefa del Departamento de UO, Ministerio de Salud, Turquía.

### Ferit Saraçoğlu

Doctor en Medicina. Profesor adjunto en Obstetricia y Ginecología en el Hospital Numune, Turquía.

### Selale Özmen

Doctora en Medicina. Especialista en Obstetricia y Ginecología; Asesora en Willows Foundation, Turquía.

### Mohammed Mustafa

Doctor en Medicina. Especialista en Obstetricia y Ginecología. El Cairo, Egipto.

# INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUA SOBRE SSR

Por Burcu Açıkalin, Şevkat Bahar-Özvarış, Rukiye Gül, Gayane Dolyan-Descornet, Hacer Boztok, Dilek Özdemir, Güneş Tomruk, Güldalı Aybaş.

Durante la última década, el Ministerio de Salud ha trabajado para implantar, en todas las provincias turcas, programas de formación en SSR eficaces y sostenibles. En el periodo 2005-2007 tanto el personal del Ministerio de Salud como expertos y expertas nacionales e internacionales, trabajaron para reforzar aún más el sistema, todo ello en el marco del PSR. Los objetivos de los principales proyectos se muestran en el cuadro 1.

## Cuadro 1. Objetivos generales y específicos

### Objetivo general

Mejorar, a nivel nacional, la capacidad de formación del MS en el ámbito de la SSR, tanto en relación con la habilidad formadora, como en las distintas áreas del programa de SSR. Asimismo, se pretende asegurar la sostenibilidad de la formación, a través de la institucionalización de las actividades de formación continua del personal.

### Objetivos específicos

- Mejorar los centros de formación;
- Elaborar y revisar el material de formación en base a una prueba piloto;
- Seleccionar a formadoras y formadores y reforzar su capacidad respecto a las habilidades para la formación y a los conocimientos sobre SSR (maternidad segura, atención obstétrica de urgencia, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, infección por VIH/Sida y servicios de SSR para jóvenes);
- Seleccionar a formadoras y formadores y reforzar su capacidad en formación avanzada, capacitación de formadoras y formadores (CF), seguimiento y evaluación (SyE);
- Crear y fortalecer un sistema de seguimiento y evaluación para formación continua de personal de SSR;
- Asegurar la divulgación de los resultados de la formación tanto a las personas responsables de la formulación de políticas como a las responsables de su planificación.

## Mejora de los centros de formación

A finales de 2004, se mejoraron 75 centros de formación en salud reproductiva (CFSR) en 67 de las 81 provincias. Entre los años 2005 - 2007 todos los centros recibieron equipamiento según puede verse en el cuadro 2.

Según los planes de sostenibilidad del Ministerio de Salud, 75 CFSR provinciales son responsables de la formación en

SSR del personal de salud. En este grupo se incluyen 12 CFSR regionales que formarán formadoras y formadores nacionales (FF). Las sesiones de formación se organizaron según las necesidades de cada provincia, estas necesidades fueron definidas por las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) en colaboración con la Dirección General de SMI/PF del Ministerio de Salud. Los centros son responsables de la selección de participantes con arreglo a criterios predeterminados, de la recogida de información de los y las participantes, de la preparación de los cursos y de su revisión si fuera necesario, de la preparación de materiales y equipos, de la selección de personal instructor y de la preparación de las salas y la realización de las sesiones.

## Cuadro 2. Modelos anatómicos y otro material.

- Modelo anatómico de la pelvis femenina
- Juego básico sobre reproducción humana
- Modelo ginecológico (Zoe)
- Modelo del parto
- Simulador para sutura de episiotomía
- Cartel sobre el desarrollo del embrión y del feto
- Tarjeta de embarazo con solapa
- Delantal de "embarazo empático"
- Examen de bebé
- Preservativo femenino
- Autoexamen de mama
- Autoexamen de testículos
- Autoexamen de pene
- Modelo de pene para el entrenamiento en el uso del preservativo
- Sistema de formación sobre toma de presión arterial
- Modelo de brazo para inyección intravenosa
- Simulador de inyección intramuscular

## Módulos de formación en SSR para personal de salud y material didáctico necesario

Antes de 2005, la formación y materiales de SSR para el personal de salud se centraba en la planificación familiar. El programa de formación es, para el Ministerio de Salud, una nueva experiencia en la que se introducen y desarrollan, en todo el país, planes de formación inte-

gral en SSR. Los módulos de formación fueron desarrollados por personas expertas nacionales e internacionales. Ocho módulos abarcan todos los temas: cuestiones generales sobre salud reproductiva (SR), asesoramiento en planificación familiar (PF), maternidad segura y urgencia obstétrica (MSg/UO), ITS/Sida, SSR para jóvenes, habilidades de formación (HF), habilidades de formación avanzada (HFA) y capacitación para el seguimiento y la evaluación. Todos los módulos son validados, revisados y publicados.

## Reforzar la capacidad de formación en SSR del personal formador nacional y de los CFSR

Durante 2005-2006 se organizaron cursos de formación integral para formadoras y formadores nacionales y personal de salud con los contenidos de los módulos mencionados. Como estrategia se seleccionaron cinco candidaturas entre personal procedente de CFSR regionales y tres procedentes de CFSR provinciales para la formación de formadoras y formadores. Se dio prioridad a las personas que se presentaban voluntarias (matronas/es, personal de enfermería y medicina con experiencia) y se les formó en un curso de 20 días con personal experimentado (cinco módulos junto con HF), utilizando una metodología actual. Estas personas adquirieron conocimientos y habilidades en formación sobre enfoques clínicos y técnicas de enseñanza de personas adultas, creando una atmósfera positiva, con técnicas interactivas, con preparación y utilización de herramientas audiovisuales, con sesiones de facilitación, demostración y prácticas, con desarrollo de sesiones y planes de acción. Finalmente, las formadoras y formadores en SR tenían equipamiento para todos los módulos, CDs y material pertinente para llevar a cabo capacitaciones a nivel provincial. Se prepararon, en total, 247 formadoras y formadores en SR con diplomas certificados por el Ministerio de Salud, comenzando la formación en los CFSR provinciales y en los CFSR regionales. En total 6159 profesionales de salud de servicios de SR de primer nivel fueron, posteriormente, formados y formadas en los CFSR provinciales y en los CFSR regionales en diferentes módulos seleccionados de acuerdo con las necesidades de cada provincia.

La mayor parte de las personas participantes fueron matronas y matrones (41,8%) o médicas y médicos (39,0%). Una vez finalizada la formación debían hacer una prueba para evaluar sus conocimientos y capacidades, para ello, se uti-



**Şevkat Bahar-Özvarış**



**Güneş Tomruk**



**Gayane Dolyan-Descornet**

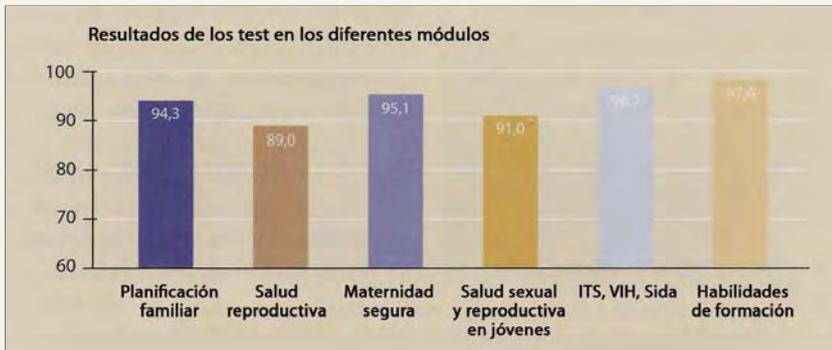


Gráfico 1

lizaron exámenes especiales tipo test de respuestas múltiples. Los resultados obtenidos fueron muy satisfactorios, se obtuvo una puntuación promedio de  $93,8 \pm 7,8$  en los cinco módulos, como se muestra en el gráfico 1.

Tras las sesiones de formación, las personas participantes fueron evaluadas en su capacidad de aprendizaje, su participación activa, sus conocimientos del tema, y su capacidad de comunicación y habilidad para la facilitación. Por lo general, demostraron un alto interés y buenos resultados en la evaluación personal. Se evaluó también de manera anónima la capacidad de formación y la actitud de formadores y formadoras, el resultado fue que realizaron un trabajo de gran calidad.

### Formación en seguimiento y evaluación y formación avanzada

Se seleccionó a ciento sesenta formadoras y formadores, entre quienes habían obtenido los mejores resultados en la experiencia de capacitación básica, para recibir un curso complementario de cinco días sobre "capacitación en formación avanzada". De este modo, adquirieron un mayor conocimiento en técnicas de facilitación, dinámicas grupales, resolución de problemas, manejo de situaciones difíciles y en todos los aspectos del desarrollo de módulos de formación, convirtiéndose así en "personal formador avanzado". Se realizó un curso de cinco días de "habilidades de seguimiento y evaluación" donde participaron 60 formadoras y formadores en SR, en este curso se trabajó sobre cómo proporcionar guía y apoyo a las y los estudiantes, antes, durante y después del periodo de formación; así mismo, sobre cómo evaluar el trabajo realizado.

Durante el seguimiento de las actividades, el personal formador avanzado proporcionó apoyo a los CFSR regionales y provinciales en todos los aspectos de la formación. Los primeros seguimientos de las personas recién formadas, se centraron

en apoyar y reforzar las habilidades adquiridas durante la formación y en detectar y solucionar rápidamente los problemas que surgían en el proceso. Algunas de las personas formadoras, declararon que, tras un apoyo inicial en las dos primeras sesiones, estaban capacitadas para realizar las siguientes sin ayuda.

### Seguimiento y evaluación

Reconociendo la importancia de realizar SyE continuada para la sostenibilidad y eficacia de las instituciones de formación continua, se ha desarrollado, probado y aplicado en campo, una estrategia y unos instrumentos y directrices de SyE. Con el fin de sistematizar las visitas a los centros, antes de iniciarlas, se celebró una jornada orientativa con el equipo de SyE. El grupo formado por personal formador avanzado y representantes del MS realizó visitas a los 12 CFSR regionales. En general, se evaluaron cinco componentes principales para la formación: sostenibilidad de los centros, actividades, ambiente, materiales y capacidad. La mayoría de los centros eran sostenibles, pero un 36% necesitó apoyo para llegar a serlo. Durante las visitas, se evaluaron también algunas sesiones de formación, incluyendo la facilitación y las habilidades para el seguimiento. Se informó al MS, a la DSP y a los CFSR de los resultados y las recomendaciones realizadas para el largo y corto plazo.

### Divulgación de los resultados de la formación

Es importante, para la continuidad del proyecto, la publicación y divulgación de las actividades; sirve de modelo para futuras actividades; orienta sobre nuevos estudios y ayuda a las personas que han participado en el proyecto a sentirse parte del éxito. Los resultados del proyecto, se difundieron en una conferencia donde participaron el MS central, las direcciones provinciales, las instituciones de formación y otros organismos públicos.

### Conclusión

El personal de salud, completamente capacitado y con el equipo necesario, debe recibir seguimiento periódico con el fin de, integrar los nuevos avances en materia de salud, autoevaluarse y permanecer motivado. El seguimiento pasa a formar parte de una actividad entre las personas formadoras de formadoras y las formadoras del personal de salud en SSR; ayuda a las formadoras y formadores a utilizar de forma eficaz las lecciones aprendidas durante la capacitación. Durante el proceso de evaluación es importante centrarse en los logros, en lugar de los fallos, y corregir, en lugar de culpar. No debe olvidarse que "el reconocimiento y la aprobación" es el enfoque más poderoso que hace a las personas y los equipos eficaces y sostenibles. Se debe fomentar el trabajo en equipo, puesto que, si las personas responsables de gestionar se involucran en la formación y son conscientes de su importancia, por lo general, la actividad se lleva a cabo con éxito. Las personas responsables de gestionar, pueden motivar al personal de formación, para mejorar su trabajo en los cursos de capacitación, a través de cartas de reconocimiento, de recordar ciertas fechas, como la semana de matronas y matrones o de enfermería, el festival de la medicina o la organización de reuniones de trabajo. La formación continua requiere un sistema eficiente y duradero, el plan de formación continua establecerá elementos de referencia para el futuro, como una infraestructura eficaz, personal formador de formadoras y formadores, material pertinente y procesos de SyE.

### Burcu Açıklın

Dr., Dirección General SMI/PF del MS

### Şevkat Bahar-Özvarış

(Autora principal) Dra., Prof. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Hacettepe sevkato@hacettepe.edu.tr

### Güneş Tomruk

Dr., experto permanente de FF

### Gayane Dolyan-Descornet

Dra., Prof., Jefa de equipo de SOFRECO / Consejo de Salud

### CUADROS:

**Güldalı Aybaş, psicólogo, experto permanente en FF**  
**Hacer Boztok, Rukiye Gül, DG, Dilek Özdemir, Dirección General SMI/PF MS**

# RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE SSR DE LA POBLACIÓN JOVEN

La SSR de las personas jóvenes es una de las áreas prioritarias dentro del Programa de Salud Reproductiva (PSR) en Turquía. La actuación principal ha sido la creación de 20 centros de salud reproductiva y de asesoramiento adecuados para jóvenes (CSRAJ) que proporcionan servicios clínicos de calidad y servicios no clínicos. Los centros han iniciado la prestación de servicios, pero necesitan mayores directrices por parte del Ministerio de Salud, la alianza de jóvenes y adultos y el apoyo de otras partes interesadas, con el fin de convertirse en más eficaces y sostenibles.

## ¿Por qué es importante la juventud como área de intervención en el ámbito de la salud reproductiva?

El MS de Turquía reconoce como prioridad la protección de la salud y los derechos de las personas jóvenes, la promoción de la igualdad de género y el apoyo en la transición de la juventud a la edad adulta. Las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1) se reflejan en los objetivos y las estrategias del octavo Plan Quinquenal de Desarrollo de Turquía, el cual ofrece a la gente joven la posibilidad de recibir información, educación y servicios relacionados con los derechos y la salud reproductiva y sexual.

En 2002, el MS estableció un modelo de prestación de servicios de aplicación nacional para mejorar la salud de las personas adolescentes. En los años siguientes, con la colaboración del Ministerio de Salud, UNICEF, FNUAP y varias organizaciones de la sociedad civil (OSC), se crearon 18 CSRAJ.

La importancia de la SSR en la juventud se reafirmó en 2005 en el Plan Estratégico Nacional de Acción (PENA) del MS, que definió la etapa de la juventud como una de las cinco áreas prioritarias en el ámbito de la SSR (2). El PENA proporciona una visión global sistemática de los análisis, estrategias y objetivos durante el periodo 2005 - 2015. Una de las recomendaciones clave del PENA con respecto a las personas jóvenes es:

*“El acceso a los servicios de SSR para jóvenes se incrementará hasta lograr un servicio por cada 15000 personas jóvenes en el año 2015”.*

El aumento de la demanda y de la prestación de servicios de SSR a adolescentes y jóvenes (10-24 años de edad), es también una prioridad del PSR financiado por la UE en Turquía. Además de aumentar el

número de centros que atienden a jóvenes de 18 a 38 años de edad, se ha mejorado, especialmente, la cualificación y experiencia del personal, de acuerdo con las normas internacionales.

## ¿Qué indican los datos sobre la juventud en Turquía?

En los últimos años se realizaron varios estudios sobre SSR en jóvenes. En el cuadro 1 se resumen los principales resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud 2003.

### Cuadro 1: Datos básicos sobre la juventud y la SSR en Turquía (3)

- Las personas entre 10 y 24 años de edad suponen un tercio de la población del país.
- Una de cada cinco mujeres de 19 años de edad son madres o están embarazadas.
- Una cuarta parte de los embarazos en mujeres menores de 20 años de edad no reciben cuidados prenatales.
- Una sexta parte de estos partos no son asistidos por personal cualificado, y una quinta parte ocurren en el hogar.
- La prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres casadas y jóvenes es sólo del 44%.

En 2002, el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Hacettepe, centro colaborador de la OMS, llevó a cabo un estudio en el que participaron estudiantes de primer curso de la Universidad (4). Se observó que el personal profesional de salud que debía prestar servicios a este grupo poseía escasa experiencia y conocimientos sobre SSR. El 71% nunca había recibido formación sobre adolescentes; sólo el 33% de quienes se habían formado en este ámbito se sentían competentes para trabajar con adolescentes. El estudio fue el punto de partida para la creación de centros de SSR para estudiantes de la Universidad, existiendo hasta ahora 13 centros de este tipo, creados, con la colaboración de las OSC, en el marco del PSR.

En 2006, el Centro Internacional de la Infancia (CII) llevó a cabo otro estudio donde participaron estudiantes de primer curso de ocho universidades. Los datos muestran que el 12,4% de quienes participaron en el estudio tenían relaciones sexuales con penetración y el 6,8% sin penetración (5). Tenían relaciones

sexuales con penetración el 6% de las mujeres y el 33,1% de los hombres. Prácticamente la totalidad de quienes tenían relaciones sexuales eran personas solteras. Nueve de cada diez estudiantes expresaron la necesidad o el deseo de consejo sobre SSR.

## ¿Cómo lo hicimos? El proceso

En el PSR, inicialmente, se pretendía crear 16 CSRAJ en el marco del MS, sin embargo, debido a la demanda de jóvenes y de las Direcciones Provinciales de Salud, se han creado 20 centros de este tipo.

La implantación del componente juventud del PSR comenzó en 2004 con un análisis de situación que aportó una visión más exacta de las necesidades reales de la juventud (6). En la primera fase, se detectaron deficiencias en cuanto a la prestación de información destinada a las y los jóvenes, así como en sus conocimientos sobre SSR y en la demanda de servicios. En la segunda fase, se evalua-

### Cuadro 2: Opiniones de las y los jóvenes como partes interesadas en los centros

“La sociedad turca no está muy concienciada. No entiende de prevención. Tanto chicas como chicos se casan sin acceder a una correcta información sobre SSR” (22 años, hombre).

“¿Se prestará un servicio continuado donde podré acudir si tengo algún problema psicológico que no puedo plantear a mi padre o a mi madre? Por lo general este tipo de servicios funciona sólo dos días por semana” (21 años, hombre).

“Deben aconsejar, pero también es importante que realicen controles médicos. El contacto personal está bien, pero pienso que lo más importante son los controles y el tratamiento” (22 años de edad, hombre).

“Mi familia quiere saber que está pasando. Debería confiar en que, el o la profesional no dirá nada a mi familia, de lo contrario nunca acudiré” (22 años, hombre).

“No debería parecer un hospital, ya que las personas jóvenes tal vez no quieran ir” (22 años, hombre).

“Deberían tener ordenadores, internet, etc. de esta manera la población acudiría, además de, para recibir un tratamiento, para relacionarse” (21 años, hombre).

“Si es gratis la calidad del servicio será baja. Deberían cobrar algo, pero poco” (22 años, mujer).



Ayşegül Esin



Emel Özdemir Şahin



Ayşe Akın



Hilal Özcebe



Evert Ketting

ron 27 centros de salud, posibles candidatos para crear servicios adecuados a la juventud. En el cuadro 2 se ofrecen algunas opiniones, de jóvenes, recogidas en el análisis de situación.

### Programas integrales de formación para los servicios orientados a la juventud

Se desarrollaron dos programas de capacitación diferentes. El primer módulo iba dirigido a profesionales de la salud que trabajaban en servicios de atención primaria, pretendiendo aumentar la sensibilización sobre SSR y jóvenes.

El segundo módulo iba dirigido al personal proveedor de servicios y se basa principalmente en la “norma DAP”:

- Derechos (enfoque de),
- Aceptación de la sexualidad entre jóvenes,
- Participación de la juventud.

Los contenidos de la formación tratan de estimular al personal para reconsiderar sus actitudes y enfoques frente a las personas jóvenes. Una cuestión importante de esta formación es lograr una relación de confianza y entendimiento entre las personas jóvenes y el personal de salud. Para lograr este fin, se intercambian experiencias sobre las mejores prácticas y las lecciones aprendidas en los CSRAJ.

Una cosa era formar al personal de salud y otra bien distinta atraer, de forma continuada, al personal encargado de la gestión que, también, es un factor de éxito muy importante. En consecuencia, se creó una guía de gestión para los servicios de asesoramiento para jóvenes (7). El objetivo de esta guía es explicar con más detalle, al personal directivo de los CSRAJ, el motivo de crear centros de asesoramiento para jóvenes y la variedad de servicios relacionados con la juventud, cómo promover los centros, cómo explicar las funciones del centro y el “Marco de los Servicios para Jóvenes” al personal, y también aconsejarles sobre los formularios de registro e informes y las instrucciones para su uso en el centro.

Para asegurar la sostenibilidad, se pensó desde el principio, que los centros formaran parte de las instalaciones de atención primaria y no fueran estructuras separadas. El objetivo final del Ministerio de Salud, a este respecto, es garantizar en todos los servicios de salud, la adquisición de competencias para atender, adecuadamente, a los y las jóvenes, obediendo a unos principios y unas normas comunes de prestación del servicio.



Foto 1: Voluntariado joven dando información

### Actividades de divulgación y participación de la juventud

Se creó una “guía de divulgación”, para la prestación de servicios de asesoramiento dirigidos a la juventud, con el objeto de

#### Cuadro 3: Actividades iniciales de los CSRAJ

##### ¡Las actividades de divulgación son una parte principal del trabajo en los CSRAJ!

- 1-Ceremonia de inauguración: se organizaron concursos de pintura y redacción. El personal de salud y las personas jóvenes distribuyeron folletos, pósters y camisetas. Un grupo de jóvenes celebró un concierto durante la ceremonia.
- 2-Trabajo con el departamento de policía: el personal de psicología del CSRAJ trabaja con el departamento de policía haciendo entrevistas durante los interrogatorios. Antes de que intervenga la policía, mantiene entrevistas con sospechosos juveniles. También trabaja con adolescentes en cárceles o en el departamento de policía.
- 3-Buzón de sugerencias y encuestas de opinión: prácticamente todos los CSRAJ han dispuesto buzones de sugerencias para que las y los jóvenes escriban sus opiniones sobre el centro.
- 4-Actividades escolares: los CSRAJ preparan y realizan presentaciones con el fin de promover sus centros durante las visitas a los colegios.
- 5-Promoción del centro en un festival turístico: El personal de salud de uno de los CSRAJ preparó, junto con jóvenes, 3000 gorras, camisetas, folletos y pósters que se exhibieron en un stand de la Feria de Turismo de Alanya. El centro trabajó con un grupo de jóvenes profesionales. Las noticias sobre los centros de juventud se publicaron en los periódicos locales y nacionales y se transmitieron por la televisión. Se realizó un vídeo, que fue un buen ejemplo de divulgación para otros centros.

proporcionar consejos prácticos sobre actividades de planificación, llegar a los grupos diana en la comunidad y crear más demanda para los servicios ofrecidos en los centros (8). Mediante la formación, el personal ha aprendido que contactarán más fácilmente con la población joven si trabajan fuera de sus centros, en lugares donde se encuentra la juventud, como clubes de jóvenes o deportivos, bares y fiestas, o colegios y lugares de trabajo.

La participación de las y los jóvenes en todas las fases del Programa no es una opción, es una necesidad, si realmente quieren alcanzarse esas necesidades. El personal de salud ha aprendido sobre la importancia de la participación de la juventud siempre que sea posible, y las personas responsables de la gestión deben asegurarse de que esta práctica se mantenga más allá del PSR.

### La participación de la juventud en el PSR se desarrolla en el ámbito internacional

El mayor éxito ha sido la celebración del Simposio Internacional sobre “Servicios de SSR adecuados a la juventud” (9). Más de 200 jóvenes, especialistas procedentes de agencias nacionales e internacionales, responsables de las políticas y madres y padres, juntaron esfuerzos para debatir la manera de lograr servicios de SSR más accesibles, aceptables y adecuados a las necesidades de las personas jóvenes. Representantes de OSC turcas, la OMS, el FNUAP, UNICEF, el CII y la IPPF ofrecieron consejo especializado y ejemplos prácticos de servicios adecuados a jóvenes. Un resultado importante del Simposio ha sido el asumir, en la agenda de salud de Turquía, los servicios de SSR adecuados a la juventud. Esta agenda cuenta con el apoyo activo de muchas y muchos jóvenes. En el Simposio se presentaron más de 200 recomendaciones sobre diversos aspectos, las agencias participantes serán las encargadas de llevarlas a cabo. Teniendo en cuenta la “norma DAP”, estas recomendaciones se centran principalmente en:

- Cómo y qué hacer para reducir los obstáculos de acceso a los servicios de salud para jóvenes,
- Prioridad para desarrollar información y material educativo para jóvenes,
- Metodología de educación de pares,
- Identificación de las principales partes interesadas para la colaboración y coordinación intersectorial.

Se debe destacar que los proyectos de las OSC han contribuido de manera importante a que la SSR para jóvenes ocupe un



lugar prioritario en la agenda. ¡Más de 30 proyectos de las OSC abordan este tema!

### Lograr la alianza entre personas adultas y jóvenes

En este componente del programa participaron jóvenes, madres, padres, personal de salud, personal de gestión, organizaciones de la sociedad civil y Ministerio de Salud, actuando, aprendiendo y alcanzando metas conjuntas. Algunos logros importantes han sido:

- Mayor conciencia social sobre las necesidades y los derechos de la juventud.
- La prestación de servicios se realiza sin juzgar a las personas usuarias, asegurando la privacidad y confidencialidad.

#### Cuadro 4: Resultados cuantitativos

##### Logros generales de la componente juventud dentro del PSR:

- Análisis de la situación sobre SSR en los CSRAJ y Marco de Prestación de Servicios.
- Módulo de formación dirigido a personal de atención primaria, con 785 personas formadas.
- Módulo de formación integral en SSR para personal de los CSARJ, 122 personas a las que posteriormente se dio formación completa.
- Guía de divulgación y guía de intervención para los CSARJ.
- 20 CSARJ de nueva creación.
- Simposio Internacional sobre “Servicios de SSR adecuados a la juventud”, 2006.
- En 2006, se calcularon 26332 personas usuarias en los 38 CSARJ, en el primer semestre de 2007 este número asciende a 12474.
- El 75% de las personas usuarias fueron escolares y estudiantes y el 8,5% fueron adolescentes que estaban trabajando.
- El 44% tenían entre 10 y 14 años, el 38% 15 a 19 años y el 18% 20 a 24 años.

- La infraestructura de los 20 centros, tanto física como de otro tipo, cumple con las normas admitidas internacionalmente para los centros adecuados a la juventud.
- Se fomenta, con gran éxito, la participación de jóvenes en las actividades divulgativas.

#### Futuros retos

Es de esperar que en la próxima década, la “SSR en Adolescentes” adquiriera una

mayor importancia en Turquía. Con el objeto de satisfacer la rápida evolución de las necesidades de SSR en jóvenes, y para mantener el impulso originado por el componente de Juventud del PSR, es necesario que:

- Las cuestiones relacionadas con la juventud se mantengan como prioridad en la agenda de salud de Turquía.
- Se incremente el número de centros según los objetivos del PENA para la SSR.
- Se desarrolle la cooperación intersectorial y los enfoques multidisciplinarios.
- Se garantice la participación de la juventud en todos los programas.
- Se realicen nuevas investigaciones y estudios sobre sexualidad en jóvenes y adolescentes, y se comuniquen los resultados a los organismos pertinentes, las comunidades y los medios de comunicación.
- Se mantenga la colaboración y cooperación internacional.

Una de las cuestiones críticas es contar con una juventud más consciente en el futuro. Turquía debe prestar especial atención a la identificación de los problemas y riesgos en las personas jóvenes y, posteriormente, a desarrollar estrategias e implantar planes de acción eficaces.

Hemos superado muchos obstáculos y aún quedan barreras, pero el componente de juventud del PSR ha sido un buen comienzo, teniendo en cuenta los graves problemas de SSR existentes en Turquía.

#### Referencias

1. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Nueva York, Naciones Unidas, 1994.
2. Ministerio de Salud de la República de Turquía, Plan Estratégico Nacional de Acción sobre Salud Sexual y Reproductiva para el Sector Sanitario 2005-2015. Ankara, 2005.
3. Instituto de estudios sobre población, Universidad de Hacettepe, Macro International Inc, Ministerio de Salud, Dirección General de SMI/PE, Organización Estatal de planificación e Unión Europea. Encuesta Demográfica y de Salud. Ankara, 2003.
4. Akin A, Özvarış ŞB. Informe sobre los factores que afectan a la SSR de adolescentes y jóvenes. Universidad de Hacettepe, Departamento de Salud Pública, FNUAP, Ankara, 2004.

5. Bertan M, Özcebe H, Doğan BG. La tendencia hacia comportamientos de riesgo y nivel de conocimientos sobre SSR de estudiantes de primer año de siete universidades en Turquía. ICC, Ankara, 2006.
6. Esin A. Análisis de situación. Informe sobre asesoramiento y servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes en Turquía. Ankara, 2004.
7. Esin A, Ketting E. Una Guía de Intervención para Centros de Jóvenes. Ankara, 2007.
8. Esin A, Ketting E. Guía divulgativa sobre SSR en Turquía. Ankara, 2005.
9. Ministerio de Salud de la República de Turquía. Simposio internacional sobre centros de salud reproductiva adecuados para jóvenes; Publicación de Debates del Symposium. Ankara, 2006.

#### Ayşegül Esin

Doctora en Medicina, Especialista en Salud Pública; Experta Nacional en Juventud del PSR (aysegulesin@gmail.com)

#### Emel Özdemir Şahin

Doctora en Medicina, DG Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, MS Jefa del sector de juventud del PSR, MS (emel.sahin@saglik.gov.tr)

#### Ayşe Akin

Doctora en Medicina, Profesora de Salud Pública, Universidad de Hacettepe (ayseakin@gmail.com)

#### Hilal Özcebe

Doctora en Medicina, Profesora de Salud Pública, Universidad de Hacettepe (hozcebe@tr.net)

#### Evert Ketting

Doctor en Psicología. Consultor Internacional sobre SSR; Experto Internacional sobre Juventud del PSR (e.ketting@tip.nl)

# VIGILANCIA DE SEGUNDA GENERACIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA EN TURQUÍA

Por Peyman Altan, Levent Akin, Raphael Baltes, Kevin Fenton, Catharine Taylor

La vigilancia de segunda generación (VSG) del VIH/Sida es un método sistemático de recogida, análisis e interpretación de información utilizada en el seguimiento y descripción de los cambios temporales en la epidemia de VIH/Sida. Recoge información sobre los comportamientos de riesgo, y la utiliza para explicar las variaciones observadas en las tasas de infección. Además de la vigilancia de la infección por VIH, y la notificación de casos de Sida, la VSG incluye la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, para vigilar la propagación de las ITS dentro de la población en riesgo de contraer el VIH, incluyendo el estudio de las tendencias temporales de los comportamientos de riesgo. Estos diferentes componentes son, más o menos, importantes dependiendo de las necesidades de vigilancia de un país, determinadas por un nivel de la epidemia baja, concentrada o generalizada (1). En países con una baja prevalencia del VIH, como Turquía, donde se detectan pocos casos de infección por VIH en cualquier grupo poblacional, los sistemas de vigilancia se centran en comportamientos de alto riesgo, identificando cualquier cambio que pudiera favorecer una rápida propagación de la infección (2).

## Pasos realizados para la introducción de la VSG en Turquía

A partir de 2005 se introdujeron varias actividades en los proyectos para cumplir con los requerimientos de VSG en el actual sistema de vigilancia. En el año 2004 se llevaron a cabo una serie de talleres como parte del Plan de Acción Nacional para el Sida conjuntamente con el Ministerio de Salud, el PSR y el grupo temático de VIH/Sida de la ONU. Los talleres se dirigieron a las áreas encargadas de vigilancia, laboratorio, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH y grupos en alto riesgo de ITS o Sida, con dos objetivos: proporcionar una oportunidad a las personas responsables de la formulación de políticas, al personal clínico y al personal docente para debatir la cuestión y crear la base para un análisis de la situación de las ITS/VIH/Sida. Como se recomendó con la introducción de la VSG, en el año 2004 se realizó un análisis de la situación como parte de la vigilancia de las ITS del PSR (3).

En noviembre de 2004, se llevó a cabo, en el marco del PSR, una evaluación rápida (ER) de subgrupos tales como personas en situación de prostitución no

registradas (PSP), hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y personas usuarias de drogas por vía intravenosa (UDI). El objetivo de la ER era identificar los grupos en mayor riesgo de ITS/Sida, y determinar qué comportamientos les ponían en riesgo y las relaciones entre estos grupos en alto riesgo y la población general. Los resultados mostraron que era necesario realizar un mayor esfuerzo para sensibilizar, mejorar los conocimientos y fomentar el sexo seguro entre los grupos en alto riesgo. En febrero de 2005, se celebró la Conferencia Nacional de Consenso (CNC) con la participación de las principales partes interesadas. En la CNC se debatieron los resultados de los talleres anteriores realizados y del análisis de la situación, así como de la ER. Ponentes y panelistas coinciden en la necesidad de mejorar la vigilancia sobre el VIH/Sida, y en que un sistema de vigilancia eficaz requiere el uso de herramientas y mecanismos renovados junto con estudios de comportamiento y vigilancia centinela.

## Investigación Operativa sobre principales ITS y VIH en Turquía (IOPIV)

Según recomendaciones dictadas por la CNC, se diseñó una investigación operativa sobre principales ITS y VIH en Turquía. El estudio tiene como objetivo contribuir al conocimiento epidemiológico de las principales ITS y del VIH dentro de la población general y entre grupos en alto riesgo así como, favorecer el desarrollo del sistema nacional de VSG.

La investigación permitió al MS preparar intervenciones específicas relacionadas con la vigilancia centinela en el ámbito de las ITS y el VIH. La investigación, que se inició en marzo de 2006 y finalizó en abril de 2007, estuvo a cargo de un consorcio formado por el ICON Institute Public Sector GMBH, el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Hacettepe y el Royal Tropical Institute en Antwerp.

Se seleccionaron las ciudades de Ankara, Estambul, Trabzon y Gaziantep como puntos centinela, con el fin de desarrollar la metodología para establecer futuros programas de VSG. Se pretende estimar la prevalencia y los factores demográficos y de comportamiento asociados a las principales ITS (sífilis, gonorrea, clamidia y hepatitis B) y el VIH en mujeres embarazadas que reciben cuidados prenatales (CP). Además, se eligieron las ciudades de Ankara, Estambul e Izmir como puntos centinela en tanto que poblaciones en mayor riesgo (PMR).

## Implantación de la IOPIV

Las principales actividades de IOPIV fueron:

1. Preparación de la documentación para la investigación (protocolos, cuestionarios, formularios).
2. Reunión con el personal de las Direcciones Provinciales de Salud para organizar la coordinación y colaboración local.
3. Revisión de los módulos de formación para el personal asesor, personal técnico de laboratorio y pares.
4. Identificación de ONGs y pares para trabajar con grupos en riesgo.
5. Formación de pares para movilizar a los grupos en riesgo.
6. Formación en consejo y pruebas del VIH voluntarias (CPV), y capacitación del personal técnico de laboratorio.
7. Validación de los cuestionarios.
8. Petición y distribución de las pruebas y el material de laboratorio.
9. Recogida de datos y muestras de pacientes de CP y PMR.
10. Pruebas de laboratorio de las muestras recogidas.
11. Control de calidad.
12. Introducción de datos y análisis.
13. Reunión con participantes para exponer las conclusiones finales.
14. Divulgación de los resultados.

La selección de los puntos centinela se realizó en función de la conveniencia (accesibilidad), en lugar de, en función de la representatividad de la muestra para la población diana del país. Debido a la baja tasa de prevalencia de infección por VIH (menor del 1%), el número de pruebas de VIH previstas dentro de la investigación era demasiado baja para obtener intervalos de confianza fiables. Por lo tanto, los resultados de la investigación sólo aportaron información sobre algunos aspectos de la situación actual en relación con las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, en mujeres embarazadas y alguna de las PMR. El valor epidemiológico de los resultados del estudio es limitado.

## Datos obtenidos de mujeres que reciben CP

El nivel de educación de las mujeres embarazadas que participaron en el estudio, la mayoría trabajadoras no remuneradas (familiares / amas de casa), era escaso. Su bajo estatus social era una barrera para obtener información sobre salud y servicios de salud en general. De las 2089 mujeres que recibieron CP, sólo 29 se negaron a participar en el estudio.

El conocimiento sobre los preservati-



**Peyman Altan**



**Levent Akin**



**Raphael Baltés**



**Kevin Fenton**



**Catharine Taylor**

Tabla 1: Incidencia de VIH e ITS en PMR y mujeres que reciben CP

	PSP Número	%	HSH Número	%	UDI Número	%	CP Número	%
VIH	2	0.8	3	1.8	1	1.5		
Hepatitis B	6	2.4	6	3.6	2	2.9	4	2.3
Sífilis	19	7.5	18	10.8	1	1.5	3	0.1
Gonorrea	7	2.8	5	3.0	1	1.5	10	0.5
Clamidia	3	1.2	4	1.8	2	2.9	19	0.9

vos, y su uso, era menor de lo esperado entre las mujeres embarazadas. El 13,8% declaró que no habían oído hablar del condón masculino, mientras que la mayoría de las participantes (75,3%) no había oído hablar del condón femenino. El 81,4% de las mujeres embarazadas no habían utilizado un preservativo durante la última relación sexual. Las principales razones para no usar preservativos fueron: “pensé que era innecesario (20,8%)”, “su pareja no desea usarlo (19,9%)”, y “utilizo otro método (13,4%)”. Las mujeres que no utilizaron preservativo en su última relación sexual respondieron que consideraban el preservativo como un anticonceptivo, lo que indica que no sabían que el preservativo protegía frente a las enfermedades de transmisión sexual. Las farmacias eran los principales lugares de adquisición de preservativos, seguidas de los centros de atención primaria.

Como es habitual en Turquía (4), en la población de estudio se observó que la concienciación sobre el Sida era mayor que sobre el VIH. Sólo el 28,6% de la población de estudio afirmó haber oído algo sobre el VIH, frente al 93,2% que afirmó haber oído hablar del Sida. Los resultados de las pruebas del VIH y de las ITS obtenidos a través de los programas de CPV, entre mujeres que reciben CP y PMR, se muestran en la tabla 1.

#### Datos obtenidos de PMR

Entre la PMR, el índice de negativas a participar en el estudio fue mayor en el grupo formado por personas reclutadas en centros sanitarios (33%). Dentro del grupo de PMR, el 0,8% de TS era VIH positiva así como el 1,2% de HSH y el 1,5% de UDI. Sólo el 29,5% de los HSH declaró usar el preservativo en todas sus relaciones sexuales frente al 36,1% de TS y el 44,1% de UDI. Las farmacias son usadas con frecuencia por la PMR para obtener servicios (preservativos, medicamentos, jeringuillas, etc.).

#### Conclusiones y Recomendaciones

Dado que Turquía todavía es considerado un país de baja prevalencia, no es necesario introducir un sistema de VSG

del VIH de segunda generación entre la población general. No obstante, la VSG se considera adecuada para los grupos de población en situación de riesgo. Este sistema proporcionará una indicación temprana de la magnitud de los factores de riesgo para la transmisión del VIH. Por lo tanto, se debe llevar a cabo periódicamente en los puntos centinela seleccionados, tanto la vigilancia centinela como la del comportamiento. Además, se deben seleccionar los puntos centinela en función del tamaño y la localización de las poblaciones PMR.

Debido al limitado número de PMR y de mujeres embarazadas incluidas en la IOPIV, se recogió información sólo sobre algunos aspectos de la situación actual en relación con las ITS y el VIH en mujeres embarazadas y en algunas PMR. Por lo tanto, con el fin de llevar a cabo una vigilancia eficaz, se debe estimar tanto el tamaño de cada grupo en riesgo, como su distribución en el país y la manera de acceder a ellos. Con base en esta información, se deben diseñar estudios de vigilancia centinela fiables para la población en riesgo.

Por otra parte, se debe implantar un sistema de vigilancia adecuadamente desarrollado que incluya información sistemática para poder realizar controles de calidad. Este proceso debe iniciarse con el diagnóstico de la enfermedad, seguido de una mejora en la fiabilidad del sistema de notificación de casos en todas sus fases, hasta la entrada y procesamiento de datos.

#### Referencias

1. Organización Mundial de la Salud y Programa de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida. Directrices para la vigilancia de segunda generación del VIH/Sida. OMS, ONUSIDA 2000.
2. Ministerio de Salud de Turquía. Informe final de la Investigación Operativa sobre principales ITS y VIH en Turquía: Ministerio de Salud, Ankara 2007.
3. Ministerio de Salud de Turquía. Análisis de situación de las Infecciones de Transmisión Sexual y

el VIH/Sida en Turquía. Ministerio de Salud, Ankara 2007.

4. Instituto de Estudios sobre Población, Universidad de Hacettepe, Macro International Inc, Ministerio de Salud, Dirección General de SMI/PF, State Planning Organisation y Unión Europea. Encuesta Demográfica y de Salud. Ankara 2003.

#### Peyman Altan

Doctora en Medicina, Directora del Departamento de ITS, Programa Nacional del Sida Ministerio de Salud de Turquía (peymanaltan@gmail.com)

#### Levent Akin

Doctor en Medicina, Profesor, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Hacettepe, Ankara (leventa@hacettepe.edu.tr)

#### Raphael Baltés

Doctor en Medicina, Especialista en Salud Pública, ICON Instituto del Sector Público

#### Kevin A. Fenton

Doctor en Medicina, Doctor en Psicología, Miembro de la Junta de la Facultad de Salud Pública, Director, Centro Nacional de VIH/Sida, Hepatitis Vírica, ITS y prevención de TB, Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades, Atlanta, USA

#### Catharine Taylor

Especialista en Maternidad y Neonatología – HLSP, UK

# FORTALECER LA CAPACITACIÓN PRELABORAL EN SALUD REPRODUCTIVA

Por Iffet Renda y Ayla Albayrak

**El proyecto, de dos años, desarrollado en Turquía, se basaba en dos aspectos: fortalecer la formación sobre SSR en las Facultades de Medicina y en los Departamentos de Enfermería y Matronas/es de las Escuelas de Enfermería, y armonizar la educación en SSR con las normas de la UE. Las universidades fueron motivadas para adoptar los planes de estudios revisados sobre SSR, mejorar sus prácticas de laboratorio, hacer hincapié en la capacidad como enseñantes de su personal académico y aceptar la retroalimentación para los programas por parte del personal profesional. El proyecto dio lugar a una reforma activa y continua en las Universidades.**

La encuesta de evaluación de necesidades sobre SSR en Turquía (2003), realizada por el MS, pone de manifiesto las deficiencias en SSR existentes antes del proyecto de capacitación. Hizo recomendaciones para la mejora del diseño y contenido de los planes de estudios, de la formación docente, para la armonización y normalización con los estándares internacionales, así como, para la evaluación y revisión de los planes de estudios generales en lo relativo a SSR.

Este artículo describe el esfuerzo por mejorar el contenido de la formación sobre SSR de las y los estudiantes, que concluyó en agosto de 2007 (Fig. 1). El



Figura 1. Actividades clave del proyecto

objetivo principal del proyecto era contribuir a reforzar la educación sobre SSR en las universidades, de acuerdo con los cánones de la UE, tanto en las Facultades de Medicina, como en las Escuelas de Enfermería y Matronas/es.

Las personas responsables de la coordinación médica, de enfermería y de matronas/es del Equipo de Asistencia Técnica (EAT) del proyecto, visitaron ocho universidades y seleccionaron nueve Departamentos (medicina, enfermería y de matronas y matrones) de las Universidades de Estambul, Mersin y Kayseri (Erciyas) para un proyecto piloto.

## Plan de estudios de SSR

El EAT evaluó el plan de estudios de las universidades piloto, y constituyó grupos de personas expertas para revisar dicho plan, teniendo en cuenta las tres disciplinas, y establecer normas homologadas. El contenido garantiza la coherencia entre la formación del alumnado y la formación de las personas trabajadoras dentro del PSR, y su armonización con las directivas de la UE. Se incluyeron contenidos sobre violencia, abusos sexuales, género, grupos vulnerables y necesidades de SSR en las personas ancianas, todo esto para lograr una amplia cobertura en el ámbito de la SSR.

La integración de los planes de estudios sobre SSR revisados en los programas de las escuelas piloto, reveló numerosos casos de repetición del mismo tema en diferentes cursos y años. Se identificaron objetivos de aprendizaje y técnicas de evaluación y las escuelas pasaron varios temas de SSR a los primeros años de formación, y aseguraron la integración de las materias, tanto vertical como horizontalmente. Se aceptó un enfoque integral en la enseñanza, de la enfermedad a la salud, de las propias necesidades de SSR a las de la familia y la comunidad. El contenido actual sobre SSR del plan de

estudios ya está cubierto en los programas de las escuelas; el programa ofreció la oportunidad a las escuelas, no sólo de examinar la parte de SSR, sino también de revisar totalmente su curricula.

Los Consejos de las Universidades aceptaron la introducción de la SSR en los planes de estudios de las escuelas piloto y recomendaron su aprobación por el Consejo Interuniversitario de Ciencias Médicas y de la Salud. El plan de estudios para matronas y matrones se utilizó como documento de referencia durante el desarrollo del plan de estudios en sus escuelas. Este plan de estudios revisado se promovió en la Conferencia Nacional Anual de Matronas y Matrones.

## Formación por competencias

En las tres universidades piloto se formaron 53 personas instructoras mediante cursos de formación por competencias (clases prácticas). Estas personas organizaron cursos de formación de capacitación clínica en sus escuelas para otras/otros profesionales. Algunas escuelas crearon laboratorios con nuevas prácticas multidisciplinarias como apoyo a la formación en capacitación clínica del alumnado, y otras aumentaron la capacidad de sus laboratorios.

## Seguimiento y evaluación (SyE)

Para evaluar la integración y aplicación del plan de estudios de SSR en las escuelas piloto, se desarrolló un modelo de SyE de acuerdo con el proceso de Bolonia (sobre normas de titulaciones académicas en Europa) y los planes estratégicos universitarios. El EAT ofreció apoyo de forma regular y diseñó dos talleres donde las escuelas intercambiaban experiencias e información. La implantación del modelo de SyE permitió a las escuelas medir la respuesta del alumnado y del personal a su nuevo plan de estudios de SSR. Las escuelas también



**Iffet Renda**

comprendieron que manteniendo el contacto y reforzando las relaciones con las personas diplomadas adquirirían información valiosa sobre la credibilidad de sus programas.

Las técnicas de medición que ofrecía el modelo tuvieron una alta aceptación. Se realizaron, de manera frecuente, reuniones de grupo para estimar la actitud de profesionales y estudiantes con respecto al plan de estudios de SSR. Las escuelas de salud realizaron la validación de las preguntas de examen, así mismo desarrollaron un banco de preguntas con vistas a compartirlo con otras escuelas de salud. Este proceso contribuirá poco a poco a la normalización de los estudios de enfermería y de matronas/matrones.

### Problemas de personal en las Escuelas de Salud

Las escuelas de salud están desbordadas por muchas horas de enseñanza y por la falta de personal especializado. La Tabla 1 muestra la distribución de personal altamente cualificado en las escuelas de salud en comparación con las facultades de medicina en las universidades piloto. Desde 1996 los estudios para matrona o matrón son competencia principalmente de personal de enfermería. Sólo hay tres programas de Master para matronas y matrones y en Turquía sólo existen 15 matronas con grado de Maestría. La formación de personal especializado de nivel superior en las Escuelas de Salud debería ser una prioridad para quienes son responsables de la formulación de políticas, el Consejo Superior de Educación (CSE) y el MS. A menos que se tomen medidas urgentes, la calidad de la educación en SSR en Turquía se verá seriamente menoscabada.

### Visitas de divulgación

En el periodo de extensión del proyecto, el EAT lo presentó a nueve universidades seleccionadas para describir el proyecto y sus resultados, y distribuir documenta-

ción y CDs. Prácticamente todas las universidades formaron grupos de estudio para examinar sus planes de estudio sobre SSR. Además, buscaron formas de iniciar o extender sus programas de formación por competencias y de invertir en laboratorios de prácticas. Veinticuatro personas instructoras procedentes de seis escuelas de salud de las nueve universidades visitadas, fueron capacitadas en habilidades clínicas. Las presentaciones contribuyeron aun más a institucionalizar los resultados del proyecto de SSR.

### Estrategia de comunicación

El mapa de comunicación descrito en la Figura 2 sitúa el MS en el centro, siendo su socio más cercano, en el sector de salud, el CSE.

El CSE es un organismo autónomo con autoridad legal para regular todas las actividades de educación superior. Para que el nuevo plan de estudios sobre SSR de las Facultades de Medicina, y las Escuelas de Enfermería y de Matronas/es, produzca un impacto nacional, es de suma importancia el apoyo constante tanto del CSE como del MS. Este apoyo, actualmente, no es

el deseable debido a diversas razones, por ello, el proyecto ofrece alternativas para mejorar y reforzar la comunicación y las relaciones con otras partes interesadas directas con el fin de superar las dificultades.

La interacción del EAT con las gerencias de las 17 Universidades visitadas para la selección del proyecto piloto, el trabajo piloto y su divulgación, así como con las organizaciones profesionales, fue positiva. No se estableció ningún contacto con el sector privado, el cual reclama compartir más servicios y, progresivamente, se está convirtiendo en un interesante empleador de personal en el sector sanitario.

Se puso en marcha una página web del proyecto en abril de 2007, [www.tuspmoe.gen.tr](http://www.tuspmoe.gen.tr). Actualmente, existe un foro para colaboraciones y participantes en las actividades del proyecto. Aún no se ha utilizado el foro de debate, posiblemente por ser una herramienta nueva, o porque la educación en SSR no es todavía un tema de gran interés.

### Conclusión

El proyecto no se diseñó para realizar una reforma inmediata del programa de SSR en las Universidades sino, más bien, como motor de un continuo cambio. Se apreciará su valor si logra motivar a las Universidades Turcas para evaluar periódicamente todos los aspectos de los programas de SSR e introducir los cambios pertinentes. Desempeñarán un importante papel, el plan de estudios, la capacidad clínica del personal académico, la evaluación de sus programas y la retroalimentación con el personal diplomado que trabaja en el ámbito de la SSR.

### Iffet Renda

Doctora en Psicología. Enfermera  
([iffet@renda.demon.nl](mailto:iffet@renda.demon.nl))

### Ayla Albayrak

Doctora en Psicología. Enfermera  
([Ayla.Albayrak@medicine.ankara.edu.tr](mailto:Ayla.Albayrak@medicine.ankara.edu.tr))

**Figura 2**



**Tabla 1**

### Número de estudiantes por personal cualificado de nivel superior en las Facultades de Medicina y en las Escuelas de Salud

Universidad piloto	Facultades de Medicina	Escuelas de Salud
Universidad piloto 1	5,8	92,1
Universidad piloto 2	3,8	74,1
Universidad piloto 3	2,2	49,8

# UNA ALIANZA EFICAZ EN EL ÁMBITO DE LOS DERECHOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN TURQUÍA

**El artículo investiga la posibilidad de avanzar en el logro de una alianza nacional, entre el Ministerio de Salud (MS) y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), partiendo de la cooperación internacional en el marco del Programa de Salud Reproductiva (PSR) en Turquía. Las dinámicas entre dos diferentes sectores, los conflictos naturales, los intereses propios con respecto a la financiación de 88 proyectos y la coordinación de 107 organizaciones de la sociedad civil dentro de un programa con multitud de partes interesadas, fueron analizadas como un recurso en sí mismo. El resultado es una importante oportunidad para el cambio y una futura mejora en la calidad de la prestación de los servicios de SSR en Turquía.**

## TURQUÍA EN LA ENCRUCIJADA DEL MILENIO DE LA SALUD

### Ni una revolución ni una contra revolución

Desde finales de los 80, hasta mediados de los 90, están presentes diversas tendencias en la reforma sanitaria y una variedad de donantes multilaterales, bilaterales y no gubernamentales, cooperan con el sector público de salud y con la sociedad civil turca. De este periodo, Turquía, conserva numerosos documentos a los cuales el público tenía difícil acceso y que, sólo un reducido número de personas, entre el personal directivo de las instituciones públicas, apreció por ser documentos de la cooperación que contenían ideas progresistas, además de, conocimientos técnicos. Entre el Programa de Acción de la CIPD (1994), y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), también han cambiado, la percepción sobre la calidad de la atención y el valor añadido de una perspectiva basada en los derechos de salud sexual y reproductiva (SSR). Por otra parte, las personas aplicaron sus propias versiones, tras las muchas interpretaciones que siguieron a estos acuerdos internacionales y las traducciones realizadas. El resultado final fue que no hubo una disposición común sobre SSR. El análisis realizado por las OSC (2004), sobre de la situación en Turquía, muestra como, muchos grupos de mujeres no relacionan la igualdad de género y el empoderamiento con los derechos de salud sexual y reproductiva (DSSR).

### De la confusión a la evolución

En Turquía, durante la última década, un conjunto de circunstancias permitió que se estableciera la actual cooperación entre el sector público y las OSC. Algunos de los riesgos y oportunidades, de cooperación económica y desarrollo social del país, que

subrayan la potencial alianza son:

1 Turquía se ha convertido en un país de ingresos medios: con “feminización” de la burocracia y un rápido desarrollo del sector privado, incluida la sanidad.

2 La crisis del sistema sanitario y el éxito del activismo: empezaron a conocerse los indicadores de salud reproductiva. El Grupo de Apoyo para el avance de las Mujeres (KIDOG) con el soporte estratégico del MS, convenció al gobierno para que financiara los preservativos con presupuesto público.

3 “La Fuerza” del Acuerdo: Este documento de adhesión a la UE ha hecho posible una subvención de 55 millones por parte de la CE para SSR, el 36% de la misma (20 millones) se destinó a la financiación directa de OSC.

4 Nueva dirección para la SSR: la Estrategia Nacional para la Salud de las Mujeres y la Planificación Familiar proporciona el marco en el cual opera el PSR. En 2001 se alcanzó un acuerdo de financiación, desde entonces, hubo negociaciones esporádicas hasta que se inició la implantación a principios de 2003. El proceso culminó con la Estrategia Nacional y el Plan de Acción para la Salud de las Mujeres y la Planificación Familiar del Departamento General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar (SMI/PF) (2004).

### Dinámica del sector de sociedad civil del PSR

Existen dos componentes principales (o líneas) en el PSR en Turquía: el sector público de salud, que se compromete a mejorar la calidad del servicio y a reforzar la capacidad institucional (componente 1) y las OSC, que se comprometen a aumentar la demanda y el uso de los servicios públicos de salud (componente 2). Los dos componentes del programa se dividen en nueve áreas con resultados interrelacionados, en las cuales a las OSC les correspon-

de el Resultado 6. Dentro del MS se creó un Equipo de OSC para supervisar el Programa Subvencionado de las OSC. Este equipo trabajó en colaboración con el Equipo de Asistencia Técnica (EAT).

En 2004 y 2005, se realizaron dos convocatorias para la presentación de proyectos por las OSC. En la primera convocatoria, se contrataron 27 propuestas. Se proporcionó apoyo económico durante un periodo de 12-24 meses y se comprometieron y distribuyeron aproximadamente 7,1 millones. En la segunda convocatoria, se adjudicaron otros 61 proyectos. La duración máxima de cada proyecto era de 12 meses y los fondos comprometidos eran, aproximadamente, de 12 millones. El Programa de Subvenciones representa la participación de 107 organizaciones, que incluyen también la cooperación entre OSC.

### Dinámica 1: situación actual

Se llevó a cabo un estudio del sector de la sociedad civil turca (2004), utilizando un Modelo de Análisis Situacional. El análisis abarca una amplia red de 330 OSC descritas, con registro de sus perspectivas y la manera en que estas OSC han contribuido y pueden contribuir a la mejora de los DSSR en Turquía. A continuación, se realizó un análisis de las partes interesadas (2004), identificándose 24 posibles asociaciones entre los tres sectores (el público, las OSC y el privado), se tuvo en cuenta las características, intereses, expectativas, sensibilidad y respeto por los DSSR y la capacidad para resolver problemas.

El documento Opciones Estratégicas (2004) del PSR, facilita una guía de ruta para el Programa Subvencionado definiendo tres niveles de desarrollo en Turquía: diferencias regionales con respecto a la accesibilidad a los servicios, áreas de migración y otras cuestiones. El proceso consultivo puso de manifiesto la

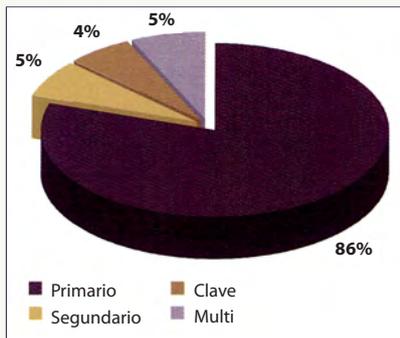
voluntad de aprender e intercambiar opiniones acerca de un posible futuro compartido de los dos sectores. Esto no significa que no existan obstáculos o dificultades en el proceso.

### Dinámica 2: Transformar el apoyo al PSR en una profunda renovación

#### Mensaje clave:

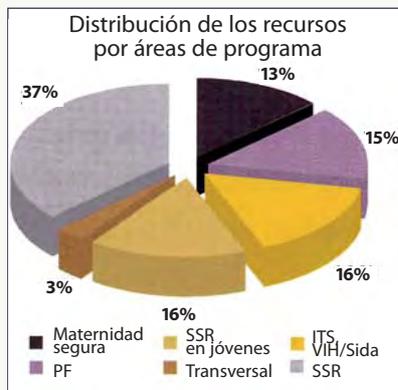
*“La protección de las madres y su descendencia se encuentra en la Constitución del Estado... Turquía ha hecho grandes avances en materia de salud... pero algunas provincias han empezado por el final... Algunas mujeres dicen “no más” y se quedan embarazadas... este es un fracaso colectivo... La planificación de la fertilidad no significa limitación de la fecundidad...”*

Director General, SMI/PF, MS



**Figura 1** Distribución de los proyectos de las OSC por grupos de interés

Como se muestra en la Figura 1, los 88 proyectos del Programa de Subvenciones reflejan con exactitud las Opciones Estratégicas. Se propone, para la reducción efectiva de las desigualdades, que los proyectos de las OSC trabajen directamente con una variedad de partes interesadas, pero sobre todo con la principal población beneficiaria, es decir, las usuarias finales de los servicios, la mayoría población vulnerable y desfavorecida, mujeres, hombres y jóvenes de grupos en alto riesgo. El 30% de los proyectos se localizan en el noreste y sudeste de Turquía y, el 50%, en zonas de alta migración donde los pobres indicadores de SR se encuentran en mujeres con bajo nivel de estudios, independientemente de su lugar de residencia (aunque la mayoría residen en “gaecokundu” - asentamientos urbanos ilegales). Los 88 proyectos del Programa de Subvenciones de las OSC también reflejan las áreas prioritarias de intervención del Programa, donde trabajan las 68 OSC más importantes. La Figura 2 representa la distribución de los recursos.



**Figura 2**

### Dinámica 3: El dilema de la dualidad

El MS reconoce que no existen barreras legales para que las OSC se involucren directamente en la prestación de servicios. El diseño del PSR implica que el sector público se encarga únicamente de la oferta y el sector civil exclusivamente de la creación de demanda, lo que fue percibido, especialmente por las OSC, como una deficiencia política, una división artificial y un ejemplo de enfoque vertical.

*“...cuando se creó la demanda, el MS debería haber pensado qué cantidad de esta demanda pueden atender las OSC. La población deja de ir a los hospitales para acudir al sector privado. Creo que existen importantes lagunas en la prestación de los servicios públicos; deberían (el MS) haber trazado un plan interno. La mayoría de las personas implicadas se quejan...”*

OSC nacional

Para el MS, sin embargo, existía un fuerte compromiso para mejorar la situación de la SSR, aumentar la demanda de sus servicios, reforzar sus centros de SR y asegurar su calidad, continuidad y sostenibilidad. Por otra parte, el Estado sólo puede asumir la responsabilidad de las normas de calidad de sus propias instituciones prestadoras de servicios y no la de las OSC. Además, la crítica inicial por parte de las OSC, no era en sí misma una resistencia al modelo de oferta y de demanda; ya que hubo un esfuerzo, no concertado por su parte, para ofrecer estrategias alternativas al diseño o a la distribución del Programa de Subvenciones. Al mismo tiempo, las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) tenían dudas y cuestionaban a las OSC y se preguntaban si los recursos pueden entregarse a las OSC o deben ser distri-

buidos directamente por las Direcciones.

*“La cooperación no es habitual, y las OSC no son un sector fuerte... Son demasiado diferentes... demasiado conflictivas... las OSC tienen su propia independencia... También sus principios son diferentes... La sociedad civil está emergiendo y el MS debería contemplar la cooperación como una guía... ¿aceptarán?. Nos gustaría que las OSC promovieran los principios en los que creemos... La sociedad civil no está obligada...”*

Representantes de la Dirección Provincial de Salud

### Dinámica 4: Cómo superar los estereotipos

#### Mensaje clave:

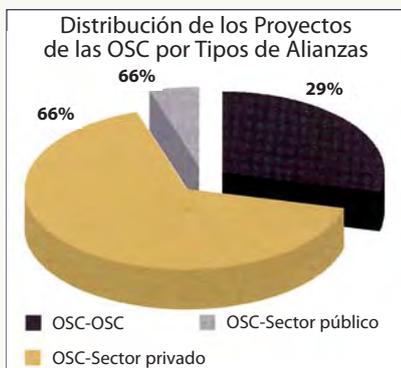
*“Tenemos el poder de aunar esfuerzos y, conjuntamente, intentar alcanzar nuestros objetivos en el Programa. Estamos agradecidos del apoyo que nos brinda el MS. Las OSC se están tomando en serio su responsabilidad hacia el MS y hacia ellas mismas. Todas las partes conservamos nuestras expectativas...”*

Representante de CE

Con el fin de crear un equilibrio entre las partes, el MS decidió lo siguiente. Por razones de coste efectividad se trabajó con las DPS; por la eficiencia en aumentar la demanda para los centros de salud y manejar con sensibilidad las cuestiones sobre SSR, participaron una gran variedad de OSC. En el Programa Subvencionado, las OSC estaban representadas por fundaciones (43%), asociaciones (41%), el resto eran sindicatos, clubes y cámaras. Sin embargo, continuó observándose una oposición evidente entre las DPS y las OSC, por lo que, el MS y el EAT se implicaron para resolver adecuadamente este problema. El Programa Subvencionado aseguró que los proyectos de cooperación se mantendrían. Se trabajó manteniendo reuniones entre el sector público y las OSC durante el proceso de implantación para formar alianzas como se muestra en la Figura 3.

*“La mediación de una tercera parte a menudo funciona... representantes locales de las OSC invitaron a personal sanitario para asistir a un programa de formación, lo que fue rechazado por la DPS. Estos rechazos ocurren a menudo y debo actuar de enlace entre las dos partes... por una alianza beneficiosa tanto ahora como para el futuro...”*

Personal del EAT, Oficina de Campo



**Figura 3**

### Dinámica 5: en el umbral de una alianza

Durante 2006-2007, se organizó una Iniciativa de Sostenibilidad, con el fin de capacitar a las OSC dentro del Programa Subvencionado, para comprender, apoyar y practicar el desarrollo sostenible en sus organizaciones. La Iniciativa requería la energía, el compromiso y la creatividad de las OSC, así como, el apoyo y estímulo del Equipo de OSC, del EAT y de la CE, para la realización de cuatro talleres de trabajo básicos. Se solicitó el apoyo de personal experto internacional, especializado en recaudación de fondos para las OSC, más allá de los programas subvencionados, con conocimiento de las características propias de la adhesión a la UE y experiencia en mercados emergentes de Europa Central y del Este.

Inicialmente, las OSC tenían escaso conocimiento sobre el funcionamiento en red. La mayoría no habían trabajado juntas anteriormente y muchas tenían escaso conocimiento de las prácticas de otras organizaciones del mismo ámbito, o de las competencias del MS. A través de ejercicios en equipo, análisis de casos de estudio, actividades de simulación, juego de roles, ejercicios de recaudación de fondos, tanto simulados como reales, los talleres posibilitaron una cooperación eficaz entre las OSC y, las alianzas en los sectores público y privado.

Al ir más allá de las subvenciones y donaciones, practicando con un amplio rango de ideas y ejemplos de financiación por todo el mundo, las OSC empezaron a visualizar la red como un "intercambio filantrópico" y un mercado activo para posibles organizaciones donantes e inversoras. Al finalizar la formación, se estableció un compromiso y se desarrolló un plan de acción a tres años. Por lo tanto, la creación de "Ağ Cevap" (en castellano: respuesta - red) representa un estímulo por parte de las "catorce fundadoras" para desarrollar su propia alianza entre ellas, con el MS y otras partes interesadas.

### Declaración clave:

*"La red (de OSC) pretende establecer un equilibrio entre una vida sana en materia de salud reproductiva y sexual y un desarrollo sostenible. La red se organizará para promover el conocimiento y las habilidades de formación, construyendo capacidades tanto locales como fuera del país, generando, de manera activa, fondos procedentes de diversas fuentes para actividades en interés de sus misiones y de sus miembros".*

Presidente Interino representante de las Organizaciones Fundadoras de la Red

¿Continuará en activo la red para contar su propia historia? Sólo la iniciativa, el esfuerzo y el tiempo lo dirán.

### Dinámica 6: En interés de la rendición de cuentas

El PSR tenía un Plan de Seguimiento (Informe de Progreso, febrero 2005). No se debatió, negoció, ni aceptó completamente, un mecanismo formal de seguimiento de las OSC dentro de la Unidad del Programa (MS, EAT y CE) durante la fase de implantación. Desde mediados de 2005, la responsabilidad de supervisar recaía únicamente en la CE como parte del convenio de gestión. En los últimos dos años, el EAT ha tratado de supervisar a pequeña escala. Asimismo, se han celebrado reuniones, entre MS, CE y las OSC, en Izmir y otras provincias. De manera excepcional, el MS ha tutelado a las OSC, aumentando su visibilidad más allá de las obligaciones del contrato. Se preparó un Mapa de Seguimiento cualitativo.

Con el fin de superar las dificultades en el seguimiento, el MS junto con el EAT, lanzó una convocatoria para un proceso de evaluación independiente. Esta evaluación se limita a valorar el papel de la Unidad del Programa, en la ejecución y aplicación del Programa Subvencionado, y la respuesta de las OSC en la adaptación al proceso. Los resultados preliminares de la evaluación muestran lo siguiente:

- Un amplio acuerdo entre las personas entrevistadas que declaraban que las áreas de intervención, los métodos y los proyectos seleccionados eran pertinentes y equilibrados. Muchas estaban también de acuerdo en que es demasiado pronto para determinar los beneficios del Programa Subvencionado para la población turca.
- El 95% de los fondos asignados están contratados a OSC que muestran un

alto nivel de eficiencia en el desembolso de fondos. Existen críticas (que no proceden de las OSC) que afirmaban que los recursos humanos, (nacionales e internacionales), no fueron asignados de manera adecuada, para el desarrollo de capacidades, y estaban infrautilizados, para el seguimiento en el terreno durante la fase de implantación.

- Un acuerdo general sobre que el Programa Subvencionado realizó una contribución eficaz al proceso de expansión de la SSR y la mejora de las capacidades individuales de las OSC. Muchas OSC afirman que no se les informó adecuadamente de las funciones complementarias de la Unidad del Programa con respecto a la ejecución, implantación y gestión.
- La mayoría de las personas entrevistadas destacaron que los métodos de intervención podían ser tradicionales en muchos lugares del mundo, pero eran nuevos para Turquía. Dado que, actualmente, es más fácil debatir cuestiones de SSR, en el futuro, se integrarán más fácilmente estos temas y nuevos métodos de intervención.
- Algunas OSC han incorporado la SSR en su programa básico, pero necesitan nuevos fondos para la sostenibilidad de las actividades del proyecto dentro del programa. Aún es pronto para especular sobre el desarrollo de la red. Las OSC, en Turquía, se siguen manteniendo gracias a las donaciones, practicando, en gran medida, el modelo de institución de beneficencia, previendo subvenciones en lugar de generar de manera activa sus propios productos y servicios, diversificando las fuentes de ingresos y las inversiones sociales de empresas.

El proceso de evaluación considera detenidamente a las receptoras de los fondos de la CE, mayoritariamente las OSC; sin embargo, es imposible tener certeza del impacto del PSR en el 86% de las principales partes interesadas (las personas usuarias finales de los servicios) que fueron beneficiarias de las actividades financiadas por las OSC. El conjunto de opiniones resume el proceso básico e inicial, en el ámbito de la cooperación de las OSC y el sector público, y las tensiones para fijar prioridades, determinar la calidad del servicio y los derechos de las personas usuarias, el desarrollo de alianzas, la sostenibilidad de las OSC y el aumento de la demanda en los centros de salud.

“Por casualidad, vi un anuncio para formación sobre salud materno infantil realizada por una OSC en un hospital privado. Una matrona... me impartió unas clases de formación posparto de cuatro semanas. Era gratis y de muy buena calidad. Aprendí sobre la alimentación infantil... se interesó por mí... me enseñó cómo dar de mamar de manera adecuada sin utilizar el método de tijera ... cosas que mi madre y mi abuela no saben... cómo sentarse en la silla (no la cama) y amamantar... me informaron sobre atención materna y psicología... me informaron de todo... El servicio gratuito terminó el año pasado...”

Usaria del proyecto de una OSC, Izmir “Tras verificar la página web, observamos que una empresa privada estaba ofreciendo el mismo servicio y cobrando”.

Experto, evaluación de OSC

## CONCLUSIONES: PASO A PASO

### Mensaje clave:

“... puedes ver como se inició el programa... al principio, no hablamos sobre las OSC... sólo se habló de lo que el Ministerio hacia o podría hacer... llenábamos las salas... en nuestras reuniones las salas estaban medio vacías... se plantearon muchas cuestiones... muchas experiencias... y hoy en día hablamos de nuestra asociación.”

Director General, SMI/PF, MS, 2006

### El PSR en Turquía permitió lo siguiente:

- Aumentar las oportunidades de integración de diversas OSC para entrar en el subsector de la SSR.
- Integración entre el programa y la práctica de la SSR, con vínculos entre oferta y demanda.
- Enfatizar los estándares públicos que dan importancia a la calidad de los servicios especializados.
- Desarrollo de los recursos humanos en el marco del desarrollo y la gestión de los proyectos.
- Se destacó la importancia del bilingüismo en todas las interacciones y documentos.
- Generar interés, desde el desconocimiento a la transformación consciente.

En el avance desde una cooperación financiera internacional (o ayuda de colaboración) hacia una alianza nacional (empresa conjunta) era normal que, como primer paso, el MS considerara el PSR y las OSC desde su propia perspectiva. El

segundo paso era entender, mediante la experiencia práctica, la diferencia entre el poder sobre la sociedad civil y el poder al servicio de la sociedad civil. En lugar de pretender controlar, el Equipo de OSC se convirtió en facilitador permanente de las OSC. Es necesario que esta experiencia se conozca más a fondo entre el sector sanitario público y otros sectores.

La alianza de las OSC con el sector público enfatiza dos cuestiones, en primer lugar, tiene importancia al aumentar la colaboración y proporcionar apoyo mutuo. En segundo lugar, la alianza amplía el papel de las OSC en la democracia, puesto que, cada vez más, están implicadas en el proceso de reforma, aumentando la conciencia sobre diferentes cuestiones. Es posible que el Programa termine, pero ya existe un tipo de alianza que continuará desempeñando un valioso papel, catalizando las nuevas reformas y las innovaciones en política sanitaria.

“No sólo se han movilizado las OSC de SSR o las grandes organizaciones, sino todo el sector. Aunque no se pueda decir ahora si la incorporación de actividades se mantendrá o no, es bueno saber que muchas ONG de diversos sectores fueron capaces de pensar, desarrollar y ejecutar proyectos de SSR”.

Director, Fundación Willows,  
Miembro del Consorcio del PSR

Mientras Turquía entra en el proceso de adhesión a la Unión Europea (UE), continuamos testimoniando transformaciones notables en la sociedad, con resultados impredecibles en la defensa de los derechos de salud sexual y reproductiva. La política de desarrollo internacional de la UE, también en el ámbito de la salud, proporciona un liderazgo vital, ante la creciente oposición a los DSR provenientes de diferentes sectores. El cumplimiento preciso del Programa de Acción de la CIPD sigue siendo un reto, los cambios, en futuros programas de SSR en Turquía, pueden crear nuevos problemas para el sector público, como se refleja en algunas partes de Europa, pero el PSR ha puesto las bases que hacen posible y facilitan, el encontrar soluciones apropiadas.

### Dr. Arzu Köseli

MS, Dirección General de SMI/PF,  
Jefe en funciones del Departamento de Salud Reproductiva;  
Responsable de la Cooperación Pública con las OSC, PSR  
(arzu.koseli@saglik.gov.tr)

### Dr. Seçkin Atabaş

MS, Dirección General de SMI/PF;  
Equipo de la OSC, PSR

### Dr. Serdar Esin

MS, Dirección General de SMI/PF;  
Equipo de la OSC, PSR

### Sra. Mehlika Ulular

MS, Dirección General de SMI/PF;  
Equipo de la OSC, PSR

### Sra. Poonam Thapa

Asesora de la OSC, PSR y autora principal  
(poonam.thapa@btinternet.com)

# UNA HISTORIA DE JÓVENES

De izquierda a derecha: Selen Örs, Tunga Tüzer, Gökhan Yıldırım, Fatma Hacıoğlu, Nezih Tavlas, Zeynep Başarankut



**El FNUAP lanzó la primera campaña de sensibilización, dirigida a jóvenes, sobre derechos de salud sexual y reproductiva (DSSR) en Turquía. El objeto de la campaña era aumentar la concienciación sobre la SSR entre las personas jóvenes y crear demanda en relación a la educación sobre salud sexual.**



Cartel

*“Antes de visitar su página web, no sabía cómo solucionar mis problemas de salud sexual. Muchas gracias...”*

*“Me gustaría saber cómo superar los problemas en la adolescencia, especialmente los problemas psicológicos.”*

Un niño de 16 años y una niña de 15 que expresan sus sentimientos en la web ([www.birgenclikhikayesi.com](http://www.birgenclikhikayesi.com)) “Una historia de juventud”.

## Antecedentes

Desde el 2000, en Turquía, se han realizado grandes esfuerzos, a través del FNUAP, para conocer las necesidades de las personas jóvenes con respecto a información y servicios de SSR. El Ministerio de Salud asumió la función de dirigir, con el apoyo de donantes internacionales, el desarrollo de un modelo de servicio sanitario de atención, dirigido a las personas jóvenes, e integrarlo en los centros de planificación familiar y salud materno infantil que existen en la actualidad. Al mismo tiempo, se desarrolló un modelo similar para estudiantes en universidades previamente seleccionadas.

Los esfuerzos anteriores, dirigidos al sistema educativo, muestran que sólo mediante una sensibilización eficaz, se logrará integrar la educación sobre SSR en el plan de estudio de las escuelas. Una posible acción potencial sólo tendrá éxito si las personas jóvenes demandan, por ellas mismas, este cambio político. Sin embargo, la mayoría no está concienciada sobre sus derechos de SSR, ni capacitada para defenderlos. El FNUAP cree que la alianza entre personas adultas y jóvenes debe formar parte integral de los programas dirigidos a la juventud y, ha decidido trabajar con y para las personas jóvenes con el fin de alcanzar este objetivo.

## Una iniciativa única

El 12 de abril de 2007, el FNUAP en colaboración con Levi's, MTV de Turquía y la Asociación de Jóvenes para la Vivienda, lanzó una campaña de sensibilización. El objetivo, a corto plazo, era concienciar y crear en las personas jóvenes demanda sobre educación sexual. En

este recorrido, se pretendía llegar hasta las personas responsables de la formulación de políticas y crear un entorno apropiado para la integración de la educación sobre SSR en los planes de estudio de las escuelas.

La campaña incluye elementos notables que la hacen única en Turquía. Para empezar, “Una historia de jóvenes” es la original campaña nacional, dirigida a jóvenes, de sensibilización sobre SSR, que se está implantando gracias a la alianza entre personas adultas y jóvenes. Las personas jóvenes se han involucrado desde la fase de planificación y una joven coordinadora, bajo la supervisión directa del FNUAP, se está encargando de su implantación. Por otra parte, a la experiencia técnica del FNUAP se unió, la popularidad de la MTV y Levi's entre la juventud turca, y una red nacional, una de las ONG más importantes dedicada a lograr la participación de la juventud en el gobierno local.

La página web fue elegida, por un banco, como uno de los mejores proyectos de responsabilidad social corporativa en Turquía, prestándose a financiar la campaña. Otro enfoque innovador fue seleccionar a personas famosas en el papel de modelos. El líder del grupo de rock “Kargo”, Candemir y el popular presentador de televisión Defne Sarısoy aceptaron, amablemente, ser portavoces durante dos años.

## Dónde sea que esté la juventud, allí estará “Una historia de jóvenes”...

Página web: “Una historia de jóvenes” creó un sitio virtual para la juventud, que les permitía pasar su tiempo de ocio interesándose por entrevistas y concursos, videos divertidos, juegos y música, a la vez que, aprendían sobre SSR. La página web se creó para ayudar a las personas jóvenes a encontrar respuestas a sus preguntas sin comprometer la confidencialidad.

Eventos: En el año 2007, “Una historia de jóvenes”, se ha realizado en 30 universidades, durante las fiestas de primavera, y en tres festivales internacionales de música.

Formación: Con el fin de crear demanda y conciencia sobre la SSR en el ámbito local, “Una historia de jóvenes” empodera a la juventud, a través de varios cursos de entrenamiento en abogacía. Estos cursos se llevarán a cabo en siete ciudades con la participación de 30 provincias. Las personas jóvenes actuarán como activistas en relación a políticas y toma de decisiones, y conectarán con sus pares para crear conciencia sobre los DSSR de la juventud.

## Avidez de conocimiento

Después del lanzamiento de la página web, nos dimos cuenta de lo mucho que la juventud se preocupaba por su salud sexual y, de cuántas dudas tenían, que no podían preguntar en voz alta. La diversidad y el contenido de las preguntas reveló la necesidad de una amplia y profunda investigación para comprender mejor los factores socioculturales que afectan a la actitud y el conocimiento sobre SSR de las personas jóvenes.

En los primeros tres meses, “Una historia de jóvenes”, mostró el deseo que tenían las personas jóvenes de conocer más sobre SSR. Un enfoque integral, incluye información apropiada en la educación formal, apoyándose en técnicas de cambio de comportamiento, como la educación entre iguales, además de, en servicios de salud para jóvenes, que proporcionen el asesoramiento y, en su caso, el tratamiento requerido. “Una historia de jóvenes” pretende avanzar en este enfoque movilizando a la juventud y, creando y permitiendo, el entorno necesario para el cambio político necesario.

**Selen Örs,  
Tunga Tüzer,  
Gökhan Yıldırım,  
Fatma Hacıoğlu,  
Nezih Tavlas,  
Zeynep Başarankut**

Todas autoras y autores miembros de FNUAP en Turquía.

Correspondencia:  
Selen Örs, [ors@unfpa.org](mailto:ors@unfpa.org)

# IMPLANTACIÓN DE NORMAS DE SERVICIO (INS)

La implantación de normas de servicio es un modelo desarrollado para mejorar la calidad de la atención. Tiene como objetivo fomentar la capacidad de gestionar programas de salud reproductiva y sexual (SSR), desarrollar y aplicar políticas, normas de servicio y descripción de puestos de trabajo. Las herramientas de la INS permiten al personal de salud, a las personas responsables de la formulación de políticas y a las usuarias, disponer de una atención sanitaria más uniforme, fiable y eficaz. La INS se inició en 2004, en el año 2006 se evaluó y, en función de los resultados, se iniciaron, en el 2007, actividades de perfeccionamiento en todo el país.

Para la INS, el periodo 2004 - 2007 se caracterizó por sentar las bases para la planificación y la implantación. En la fase de planificación se incluyó el desarrollo de las normas de servicio, y se desarrollaron y se probaron las herramientas de la INS, seleccionándose dos provincias piloto y 19 instalaciones sanitarias. También incluyó el desarrollo de un programa de formación y prácticas con personal facilitador externo (FE). Durante el año 2005, año de introducción del proyecto en las provincias, fue cuando se revisaron las normas de los servicios, las herramientas de la INS y los programas de formación con FE, teniendo en cuenta las necesidades locales y la política nacional. En 2007 comenzaron las primeras actividades en siete provincias.

## ¿Qué es la INS?

El modelo de INS, inspirado en la metodología COAE (clientela orientada, atención eficaz), desarrollada originalmente por Engender Health, se centra tanto en los derechos de las personas usuarias, como en las necesidades del personal. Las personas usuarias tienen derecho a información, al acceso, a elección, a seguridad, a intimidad, a confidencialidad, a comodidad, a dignidad y a expresar sus opiniones y a la continuidad de los servicios. Las necesidades del personal incluyen facilitar la supervisión y la gestión, la información, la formación y desarrollo, los suministros, el material y la infraestructura. La INS se caracteriza por estar enfocada hacia la solución de problemas, el trabajo en equipo y la auto-evaluación. En este proceso se utilizan cuatro herramientas de INS: 1. Guía de auto-evaluación, utilizada en el proceso de atención para determinar sus fortalezas y sus debilidades. Existe una lista de preguntas estándar y adaptadas al “marco de atención de SSR” desarrollada dentro del PSR.

2. Formulario de registro de personas usuarias, utilizado por el personal para definir si la información de las usuarias está registrada de manera correcta y si han recibido la atención adecuada.

3. Cuestionario para las personas usuarias, contiene preguntas sobre sus derechos y el personal lo utiliza para conocer las opiniones de las personas usuarias sobre la atención recibida.

4. Plan de acción: es un plan escrito, elaborado por el personal para resolver los problemas identificados durante el proceso de la INS.

Una persona FE, una facilitadora interna (FI) y un comité de INS desempeñan un papel crucial en la introducción e institucionalización del proceso.

La FE es la persona clave en el proceso, es una profesional de la salud con una función externa y jerárquicamente superior respecto al nivel de centro de salud (preferentemente una Dirección de Salud). Se encarga de introducir y guiar la institucionalización, da apoyo y seguimiento además de formar al personal facilitador interno. Bajo la supervisión de la FE, una FI garantiza la internalización e institucionalización del proceso dentro del centro. El comité está formado por personal de todas las unidades, que representan a todos los grupos profesionales, realiza un seguimiento y apoya la implantación del plan de acción realizando reuniones con periodicidad.

Los ejercicios duran una media de tres días y consisten en: 1. preparativos en el centro, 2. Reunión introductoria, 3. ejercicios de grupo y 4. reunión para explicar el plan de acción.

## Pasos a seguir para la implantación

Para desarrollar las normas de servicio se siguieron los siguientes pasos:

1. Se revisaron las experiencias de la metodología COPE en Turquía en los años 1993-1994.
2. Se elaboró la guía de auto evaluación de INS según las “normas de servicio de SSR” y de acuerdo con el “marco de servicios de SSR”.
3. Se validó la guía de auto evaluación en los centros de salud de Ankara, Erzurum y Kars (noreste de Turquía).
4. Se desarrolló el programa de cursos de FE de INS.
5. Se involucraron diez centros de salud en Erzurum y nueve en Kars.
6. Todas las personas encargadas de la dirección en todos los niveles fueron asesoradas sobre el tema en las diferentes provincias.
7. Se seleccionaron candidaturas para FE.

## Cursos de formación para la facilitación externa

El primer curso de formación de facilitación externa dentro de la INS se llevó a cabo en junio de 2005. En Erzurum, recibieron el curso 12 personas, una de ellas del Ministerio de Salud (MS) y 11 procedentes de las provincias. En Kars se formaron 11 profesionales de la salud para ser FE. Tanto en Erzurum como en Kars, se realizaron ejercicios de FE de “seguimiento y posterior INS”. Debido a una nueva asignación de personal y otros asuntos, participaron en total 15 FE (el 65% de la cohorte inicial).

Tras acordar el inicio de las actividades de perfeccionamiento, un total de 21 participantes procedentes de Ağrı, Ardahan, Artvin, Iğdir y Erzurum se formaron para FE. En Izmir, donde la rotación de personal es baja, se seleccionó personal sanitario con formación previa y, en el año 2007, se formaron 20 en FE. Se formaron en total 64 FE, lo que significa que se ha alcanzado la masa crítica viable a nivel nacional.

## Implantación piloto

Las FE iniciaron la implantación experimental de la INS en 19 centros de Erzurum y Kars. Durante el primer año, se llevaron a cabo tres ejercicios en cada centro. Al final del año, nueve FE (el 39% del grupo inicial), siguieron desempeñando el papel de FE. Uno de los problemas fue el alto nivel de desgaste del personal en ambas provincias, pero organizando una rotación a nivel nacional, este personal puede seguir trabajando como FE en otras zonas y no se encontrarán perdidos en el sistema.

## Actividades de evaluación

Durante la INS se llevaron a cabo, en diez centros de salud, actividades de recogida de datos en dos ocasiones, al inicio y al final del proyecto, el objetivo era medir la eficacia y eficiencia de las actividades del proyecto. Para la recopilación de datos, se utilizaron los instrumentos siguientes: una Herramienta de Medida de la Calidad, un Cuestionario para Personas Usuarias y el Formulario de Estadísticas de Salud. Además se utilizó otra herramienta, denominada Preguntas del Grupo Focal, desarrollada por el grupo focal con las direcciones y el personal de los servicios.

## Logros

Herramientas fiables: Tras un riguroso diseño, Turquía posee actualmente



**Fatma Uz**



**Jean Robson**



**Gönül Kaya**



**Yusuf Sahip**

herramientas de garantía de calidad pertinentes y apropiadas en SSR. Se adaptó una guía de auto evaluación al documento marco de SSR, se prepararon cinco módulos de formación para las áreas de intervención prioritarias del PSR y se elaboró un “cuestionario para personas usuarias” con preguntas relacionadas con sus derechos. Como resultado del proceso de evaluación se han producido cambios en las herramientas y en la atención de SSR, haciéndose más uniforme y más fiable y sostenible, en las provincias y centros en los que se realiza el proyecto.

Proceso de gestión de calidad validado y sostenible: el Programa produjo las siguientes experiencias y adaptaciones al proceso utilizado a nivel internacional.

1. Integración del “DAFO” en el proceso de evaluación de problemas,
2. Desarrollo mensual, cuatrimestral y anual de una “evaluación de la INS”,
3. Utilización de los protocolos clínicos y los diagramas de flujo elaborados para las áreas de intervención en la INS,
4. Desarrollo de un módulo de formación de personal facilitador externo de INS,
5. Elaboración y validación de cursos de FE de duración variable (cinco y siete días),
6. Desarrollo de una “guía estándar de gestión de INS” e
7. Integración de la INS orientada a la calidad en la “formación en gestión de cuidados de salud” del PSR.

La experiencia de la INS, en Turquía, ha demostrado que, es posible conseguir gestión de calidad, adaptada a las necesidades locales y sus prioridades, incorporándola a programas de atención ya existentes y, a los nuevos, con un coste y un modelo que permiten servicios de calidad sostenibles sin necesidad de elementos externos. El proceso de gestión de calidad no siempre estará libre de problemas, pero tanto la dirección como el personal, ahora comprenden el proceso de mantenimiento de estándares de calidad.

Sistema de calidad total: actualmente, la cuestión de la calidad está presente en los servicios. El programa ha demostrado, que un tema delicado, como es la garantía de calidad, puede ser afrontado con éxito en todos los sectores y ofrecer resultados positivos en poco tiempo. Basándose en estos resultados, el MS ha decidido llevar la implantación de la INS a todos los centros de SSR del país. Además, la rápida puesta en marcha de los sistemas de gestión de calidad tiene implicaciones en los programas de salud más allá del ámbito de la SSR.

Permitir la gestión del desempeño: la amplia agenda de reforma, en Turquía,

requiere que las personas que dirigen los servicios de salud trabajen para lograr resultados tanto a largo como a corto plazo. Las herramientas y el proceso de la iniciativa de INS permiten un trabajo conjunto del personal directivo y el personal de atención (y de las usuarias) para una prestación de servicios más fiable y eficaz en todo el país. La evaluación mostró, que un año después de la introducción de la INS, la situación había mejorado en cuanto a: 1. el trabajo en equipo, 2. la utilización más eficiente de los recursos, 3. la identificación y resolución de problemas, 4. la motivación y 5. la asunción de funciones y responsabilidades por parte del personal.

Valoración y empoderamiento de personas usuarias y personal: aunque inicialmente se creó cierto malestar por centrar la atención en las usuarias de los servicios de SSR, actualmente, las herramientas y los procesos han estimulado a quienes gestionan los servicios y al personal de salud para trabajar desde este enfoque. Es un cambio importante que se ha logrado sin desplazar las funciones claves de gestión y es compatible con las más amplias reformas del sector que se promueven a nivel nacional. El cambio hacia un enfoque centrado en las personas no trata sólo de sus derechos, sino también de darles “voz”. Las personas usuarias están tomando conciencia de que ahora se les va a escuchar y que los servicios pueden responder mejor a sus necesidades, pero, también significa una mayor responsabilidad por su parte.

### Limitaciones

Inevitablemente, hay algunos problemas relacionados con la introducción y el mantenimiento de cualquier sistema de garantía de calidad. El proceso requiere tiempo, nuevas técnicas de promoción, nuevas actitudes y voluntad de cambio en los roles y prácticas establecidas. El Programa, sin embargo, encontró problemas habituales y universales, relacionados con la gestión del cambio (resistencia por parte de las últimas personas en aceptar el cambio), conflicto de prioridades y recursos insuficientes. En Turquía, también, existen problemas persistentes con la movilidad del personal, lo que hace ineficiente la adquisición de capacidades nuevas, puesto que, el personal se traslada antes de la institucionalización de las nuevas prácticas. No obstante, estos problemas se pueden superar, administrándolos dentro del marco de los cambios de gestión y de apoyo a la dirección. El entusiasmo del personal es, quizás, la clave para lograr los resultados obtenidos hasta ahora.

### Conclusión

La INS es un modelo de servicio que aumenta la calidad de la atención de SSR. A pesar de algunas restricciones en la práctica, la INS es un enfoque centrado en las personas que se ha comprobado útil para las personas usuarias, las que prestan la atención y para quienes gestionan en todos los niveles. No obstante, se ha observado que todo el personal directivo debe apoyar el proceso de INS para lograr una aplicación eficiente, eficaz y sostenible. El MS, además de mostrar su disposición para institucionalizar la INS, ha previsto que debe integrarse dentro de las descripciones de puestos de trabajo de los centros y, ha decidido extenderla a todo el país, tras algunas modificaciones que se reflejan, tanto en la formación y la práctica de los FE, como en el proceso de INS llevado a cabo en siete provincias en la primera mitad de 2007.

### Lecturas recomendadas

EngenderHealth. COPE® Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services, Edición revisada, 2003 <http://www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/handbook/index.html> (visitado el 1 de julio de 2004)

EngenderHealth. Self-Assessment Guide for Reproductive Health Services. 2003. [http://www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/toolbook/pdf/cope\\_toolbook\\_self\\_assess.pdf](http://www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/toolbook/pdf/cope_toolbook_self_assess.pdf), (visitado el 16 de junio de 2004).

Manuales de formación e informes de INS en esta materia de Entre Nous

### Gönül Kaya

Médica, Directora del Departamento de Salud de la Mujer y jefa del componente de “fortalecimiento de la capacidad de gestión” del PSR, Ministerio de Salud de Turquía, Dirección General de SMI/PF ([gonul.kaya@saglik.gov.tr](mailto:gonul.kaya@saglik.gov.tr))

### Fatma Uz

Coordinadora de campo del PSR

### Jean Robson

Profesora y Asesora, Centro de Planificación y Gestión Sanitaria, Universidad de Keele

### Yusuf Sahip

Médico, Co-director de campo del PSR

# ESTUDIO SOBRE MORTALIDAD MATERNA EN TURQUÍA



Sabahat Tezcan

**En 30 años, en Turquía se han utilizado tres estimaciones de mortalidad relacionada con el embarazo, pero todas tenían inconvenientes. El estudio nacional de mortalidad materna realizado en Turquía (2005) determinó la TMM en 28,5 por 100000 nacimientos vivos existiendo grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales y entre regiones.**

Se considera que la mayoría de estas muertes son evitables y están relacionadas estrechamente con factores socio-económicos subyacentes y con cuestiones de equidad. La reducción de la tasa de mortalidad materna (TMM) es uno de los ODM, pero es un indicador difícil de controlar (1), ya que, el subregistro de muertes son un problema en todo el país. Las causas tanto médicas como socio-económicas subyacentes no se conocieron de manera precisa hasta 2005, y la fiabilidad de la información existente era cuestionable, puesto que, a pesar de que el registro de eventos vitales es obligatorio, el sistema no es satisfactorio.

Durante 30 años, la información sobre la tasa de mortalidad materna, en Turquía, se basó en tres estimaciones de la mortalidad relacionada con el embarazo. La TMM nacional fue de 208 por 100000 nacimientos vivos en el periodo de 1974 a 1975 (2) y 132 en 1981 (3). La última, de las tres estimaciones, procede de un estudio del Ministerio de Salud (MS) realizado en un hospital, durante 1998, que estimó 49 muertes debidas al embarazo por 100000 nacimientos vivos (4). Existían varias dificultades en estas estimaciones. Las dos primeras se realizaron mediante métodos indirectos y la tercera tenía el inconveniente de no cubrir todos los hospitales, ni los partos en hogares.

La UE financió un estudio nacional de mortalidad materna, actualizado y preciso, como parte del PSR. El estudio lo llevó a cabo un consorcio formado por el Instituto de Estudios de Población de la

Universidad de Hacettepe (IEPUH), el Instituto Icon del Sector Público (Alemania) y el BNB Consultoría (Turquía) (1).

El estudio se realizó entre octubre de 2004 y diciembre de 2006 y sus objetivos fueron:

1. Determinar la TMM nacional, por regiones (12) y por zonas urbanas y rurales.
2. Detectar las causas médicas y los factores socio-económicos subyacentes y, especificar las categorías de alto riesgo con respecto a las condiciones maternas.
3. Contribuir a la mejora en los sistemas de registro y notificación de las muertes relacionadas con el embarazo.
4. Destacar, entre el personal administrativo y de salud, la importancia de obtener una información fiable y uniforme como requisito para la mejora de la TMM.

Se utilizaron varios enfoques. Se llevó a cabo un estudio prospectivo de campo sobre mortalidad materna y, se realizaron análisis comparativos de los sistemas de registro y notificaciones existentes. También, se utilizó un modelo basado en la estimación de los indicadores de mortalidad materna y se realizó un estudio cualitativo para entender los problemas derivados del sistema de recogida de datos.

## Estudio prospectivo

Los resultados del estudio prospectivo, de 12 meses de duración, se presentan para 29 provincias, en las que, se hizo un muestreo probabilístico, estratificado y ponderado, que abarca el 54% de la población total. Se utilizó la metodología de recogida de datos del Estudio de Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva (RAMOS) (5). Se registró información de entierros en los cementerios, tanto de las áreas urbanas como rurales, utilizando fuentes de información primarias (cementeros oficiales en zonas urbanas y pueblos / capital de sector de las zonas rurales). A continuación, se recogió información sobre las muertes de mujeres de entre 12 y 50 años de edad utilizando dos métodos. Si morían en el hospital, se revisaba la historia clínica de la fallecida y se registraba en un "formulario tipo de centro de salud". Si morían en casa, familiares o amistades cercanas, debían cumplimentar un "cuestionario de autopsia verbal" con el fin de identificar las causas médicas de la muerte y los factores subyacentes relacionados con, la comunidad o la familia, los establecimientos de salud o el personal sanitario.

La primera revisión de los datos la realizaron dos profesionales de medicina y, posteriormente, una persona especialista en epidemiología. La decisión final, sobre las causas de la muerte, las tomó un "Comité Central de Revisión" formado por personas expertas en la materia. Se utilizaron las definiciones de la OMS/ CIE-10.

## Resultados

Los dos índices mostrados en esta tabla son la TMM (número de muertes maternas por 100000 nacimientos vivos) y el riesgo de morir a lo largo de la vida por causa materna (riesgo acumulado al final del periodo reproductivo).

**Tabla 1: TMM y Riesgo a lo largo de la vida (1 de ... ) en Turquía**

Región / Nivel de Urbanización	TMM	Riesgo a lo largo de la vida
Turquía	28'5	1536
Urbano	20'7	2391
Rural	40'3	869
Región		
Estambul	11'0	4876
Mármara Oeste	42'1	1560
Egeo	31'5	1764
Mármara Este	21'7	2549
Anatolia Oeste	7'4	6947
Mediterráneo	25'1	1737
Anatolia Central	11'9	3067
Mar Negro Oeste	26'8	1956
Mar Negro Este	68'3	883
Anatolia Noreste	68'3	439
Anatolia Centro Este	36'9	755
Anatolia Sur Este	38'9	626

La TMM en Turquía era del 28,5 por 100000 nacimientos vivos pero existen diferencias importantes entre las distintas regiones y entre las zonas de residencia (Tabla 1). La tasa más baja se muestra en el oeste de Anatolia (7,4) y las más altas en el noreste de Anatolia y en el este del Mar Negro (68,3). Si se considera el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de la vida, se observa un patrón similar a las tasas de mortalidad materna. El riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad, en Turquía, es de 1 entre 1536 mujeres, pero este mismo riesgo, en



**Banu Ergöçme**



**Ahmet Sinan Türkyilmaz**



**Rudolf Schumacher**



**Levent Eker**

zonas rurales, es 2,8 veces mayor que en zonas urbanas.

El TMM varía de manera importante con la edad. La estructura de edad con respecto a las muertes maternas sigue un patrón en forma de J. De acuerdo con las tendencias internacionales, los grupos de mayor riesgo son las mujeres más jóvenes y las de mayor edad. La tasa más baja se observa entre 20 y 24 años (10,2) y la más alta entre 45 y 49 años (146,7).

Las causas médicas directas de mortalidad materna se clasificaron según su importancia: hemorragia (24,9%), edema, proteinuria e hipertensión (18,4%) otras causas directas específicas (15,7), causas directas inespecíficas (10,1%), infecciones relacionadas con el embarazo (4,6%) y suicidio (3,2%). Las causas indirectas son responsables del 21,2% de las muertes maternas, aproximadamente la mitad eran enfermedades del sistema circulatorio (47,8%) y el 13% eran tumores malignos.

Con respecto al momento de la muerte materna, el 37% murió en el periodo anterior al parto, el 9% murió en el parto y el 54% en el posparto. El 21% de las muertes maternas ocurrieron en el hogar y, el 8%, murieron por accidente. El 60% de las muertes ocurrió en establecimientos de salud de nivel secundario y terciario y el 10,4% en el camino hacia estos centros.

Contribuyeron a las muertes maternas, cuatro categorías de factores evitables (61,6%):

1. Familiares y comunitarios (36,2%)
2. Personal de servicios de salud (13,7%)
3. Prestación de servicios sanitarios (2,1%)
4. Otros (9,6%)

### Problemas del sistema de información

En las provincias, se celebraron entrevistas en profundidad y grupos focales con equipos del proyecto que estaban utilizando el sistema de registro existente. Se mantuvo un estrecho contacto con las personas que trabajan en el sistema de registro de mortalidad. El estudio cualitativo aportó información sobre la estructura social y el proceso, por ejemplo, las descripciones de puestos de trabajo de las personas responsables del registro y de la presentación de informes sobre mortalidad, necesita una revisión a fondo. El alto índice de rotación del personal y su falta de interés en el mantenimiento de los registros y la cobertura parcial de las causas de muerte son los principales problemas. Otro hallazgo importante es la falta de coordinación y cooperación entre las instituciones de salud y otras organizaciones gubernamentales.

### Intervenciones necesarias

La TMM en 2005 era inferior a las estimaciones previas, pero se mantienen significativas diferencias entre las zonas rurales y urbanas y entre regiones. En Turquía se necesitan enfoques de prevención multidisciplinarios y multisectoriales.

La familia y la comunidad desempeñan un importante papel para evitar las muertes maternas. La educación para la salud, especialmente en materia de salud reproductiva, es esencial para cambiar los comportamientos. Esta educación se debe iniciar en la escuela y continuar a lo largo de la vida. Igualmente, debe aumentar la sensibilidad, sobre la salud materna, en las comunidades, utilizando para ello diferentes canales de comunicación. El MS es el principal responsable de ambas cuestiones, tiene que desarrollar e implantar políticas adecuadas y basadas en la evidencia. La planificación familiar, junto con la atención de alta calidad, prenatal y en el parto y postparto, se debería ofrecer en todas las regiones y en todos los niveles asistenciales. Además deben desarrollarse programas especiales para las zonas de alto riesgo, áreas rurales y de periferia urbana desfavorecida, así como para los grupos en alto riesgo.

Se deben poner en marcha sistemas de vigilancia continuos, completos y precisos en relación con los eventos vitales. Además para la provisión de servicios de alta calidad, es necesario elaborar programas especiales para la formación, el seguimiento y la distribución adecuada del personal de salud en todas las áreas del sistema de salud.

### Referencias

1. Instituto de Estudios sobre Población, Universidad de Hacettepe ICON- INSTITUT Public Sector GmbH and BNB Consulting. Estudio Nacional sobre Mortalidad Materna, 2005. Ministerio de Salud, Dirección General de SMI/PF y Delegación de la Comisión europea en Turquía, Ankara 2006.
2. Instituto Estatal de Estadísticas de Población (SIS). Encuesta Demográfica Turca 1974-1975. Instituto Estatal de Estadísticas, Primer Ministro de la Republica de Turquía, (Publicación SIS No. 841) Ankara, 1978.
3. Instituto Estatal de Estadísticas de Población (SIS). Encuesta demográfica turca 1989. Instituto Estatal de Estadísticas, Primer Ministro de la Republica de Turquía, Ankara, 1993.

4. Ministerio de Salud, Dirección General de SMI/PF. Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması (Causas de Mortalidad Materna en Turquía basado en registros de establecimientos de salud). Ministerio de Salud, Dirección General de SMF/PF, Facultad Universitaria de Medicina y Salud Pública, Universidad de Hacettepe, Organización Mundial de la Salud y FNUAP, Ankara, 2000.
5. Mortalidad Materna en el año 2000: estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF y FNUAP, OMS, Ginebra, 2004.

### Sabahat Tezcan

Instituto de Estudios sobre Población, Universidad de Hacettepe; sabahatt@hacettepe.edu.tr

### Banu Ergöçme

Instituto de Estudios sobre Población, Universidad de Hacettepe; bergocme@hacettepe.edu.tr

### Ahmet Sinan Türkyilmaz

Instituto de Estudio sobre Población, Universidad de Hacettepe; aturkyil@hacettepe.edu.tr

### Rudolf Schumacher

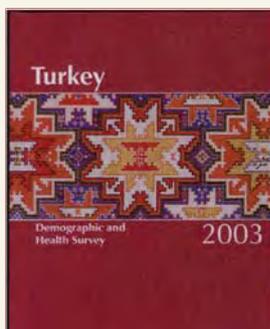
Experto; ruschu@yahoo.com

### Levent Eker

Ministerio de Salud, SMI/PF; levent.eker@gmail.com

# SELECCIÓN DE PUBLICACIONES SOBRE EL PSR

## Publicaciones sobre Simposios e Investigación



### **Encuesta Demográfica y de Salud Turca (EDST-2003) Hacettepe University. Ankara 2004**

[www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003eng/index.htm](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003eng/index.htm)

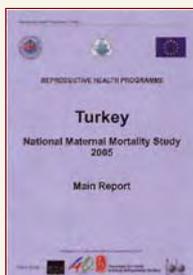
Proporciona información sobre fecundidad, mortalidad, patrones de matrimonio, planificación familiar, salud materna e infantil, estado nutricional de las mujeres e infantil y salud reproductiva. Los resultados se presentan a nivel nacional, diferenciando entre el lugar de residencia (rural o urbano), y entre las cinco regiones del país.

Datos basados en encuestas realizadas a 10836 familias y 8075 mujeres casadas en edad reproductiva.



### **Investigación Operativa sobre principales ITS y VIH en Turquía (IOPIV) ICON-Institute, Hacettepe University, ITM Antwerp. Ankara 2005**

El objetivo principal de la investigación fue la ayuda al desarrollo de un sistema de vigilancia de ITS-VIH de segunda generación a nivel nacional. Con este fin, se desarrollaron y se pusieron en funcionamiento las herramientas necesarias y la metodología en Ankara, Gaziantep, Istanbul, Izmir y Trabzon. Este sistema de vigilancia, en Ankara, Istanbul e Izmir, está dirigido a grupos en alto riesgo y, dentro de la población general, a mujeres embarazadas.

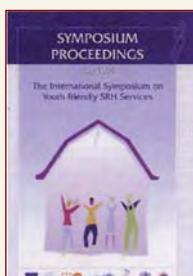


### **Estudio Nacional sobre Mortalidad Materna Hacettepe University, ICON-Institute, BNB. Ankara 2006**

Investiga sobre las principales causas de mortalidad materna, los factores evitables, verificando los grupos poblacionales en alto riesgo.

Ofrece recomendaciones para la mejora del sistema actual de registro de eventos vitales. La recolección de datos se realizó según el modelo (RAMOS- Reproductive Age Mortality Study-).

La Tasa de Mortalidad Materna en Turquía fue de 28,5 por 100000 nacimientos vivos; 20,7 en las áreas urbanas y 40,3 en las rurales.



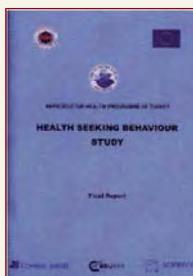
### **Simposio Internacional sobre Servicios de SSR Adecuados a la Juventud. Procedimientos**

**EPOS Health Consultants, Options, Willows Foundation. Ankara 2006**

<http://www.gopa-group.com/prod/Documents.173.0.html>

El Simposio Internacional tuvo lugar en Ankara del 1 al 3 de marzo de 2006, organizado por el Ministerio de Salud, la Dirección General de SMI/PF en cooperación con ICC, FNUAP, UNICEF y OMS.

Las actas del Simposio incluyen los discursos de apertura, las presentaciones, los informes de los distintos grupos de trabajo y sus recomendaciones para mejorar la SSR en el ámbito de la juventud.



### **Estudio sobre el Comportamiento de la Demanda de Salud Conseil Santé, Sofreco, EDUSER. Ankara 2007**

Un estudio cualitativo que investiga el comportamiento de búsqueda de cuidados en caso de embarazo y parto, mostrando las distintas percepciones a nivel individual, familiar o comunitario. También analiza la capacidad de respuesta en atención primaria y de los servicios de SMI/PF y las intervenciones necesarias para incrementar el uso de los servicios de cuidados prenatales y del parto. Son barreras importantes la falta de atención y el mal trato del personal de salud y la inadecuación de los servicios.



Evert Ketting

## Manuales de Formación y Guías Prácticas

Todas las publicaciones están disponibles en turco en: <http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/index.asp> o en <http://epos.eusrhp.org>  
La versión en inglés no está disponible en todos los casos.

### 5 Módulos de Formación sobre:



- Introducción a la salud reproductiva
- Asesoramiento en planificación familiar
- Maternidad segura
- Infecciones de transmisión sexual
- Servicios de salud reproductiva para jóvenes

Estas guías se desarrollaron para la formación interna continua en los servicios de atención primaria.

### 9 Documentos de Formación para Estudiantes:



- Tres planes de estudios en SSR para medicina, enfermería y escuelas de matronas-matronas. Cada uno de los tres planes de estudios consiste en:
- Currículum de medicina para SSR; currículum de matrona-matrona para SSR; currículum de enfermería para SSR
- Guía de Evaluación en SSR y Guía de Aprendizaje en SSR para la Educación en

Medicina, Enfermería y Matronas-matronas  
• Guía Marco para el Seguimiento y la Evaluación.

### Paquete Juventud, incluye 3 publicaciones:



La Salud Sexual y Reproductiva Módulo de Capacitación para los Centros Jóvenes de Asesoramiento y Atención de Salud.



Guía de Administración de los Centros Jóvenes de Asesoramiento y Atención de Salud, desarrollado por la Dirección Provincial de Salud y las direcciones de los centros de jóvenes del Ministerio de Salud.



Guía divulgativa de los Centros Jóvenes de Asesoramiento y Atención de Salud, con el fin de proporcionar orientación en la planificación y ejecución de las actividades dirigidas a jóvenes.

### Paquete sobre cuidados en Urgencia Obstétrica, incluye:



#### Formación en cuidados clínicos en emergencia obstétrica

Este módulo de capacitación fue desarrollado para la formación continua en UO de medicina, enfermería, matronas-matronas, anestesisistas y personal de urgencias "112".

#### Formación en gestión y facilitación

El objetivo de este módulo es informar a las y los profesionales de la salud de las características específicas de la UO y asegurarse de que adquieran los conocimientos y habilidades adecuadas para planificar, implantar, coordinar y supervisar las actividades a nivel provincial.

#### Apoyo a la formación de personal de orientación

Este módulo está pensado para formar al personal de apoyo en primeros auxilios y servicios de referencia, sobre cuestiones básicas en relación con la prestación de servicios de UO en sus respectivos niveles.

### Programa de Salud Reproductiva en Turquía Folleto y CD-ROM



El folleto del programa se divide en tres apartados. El primer apartado ofrece un resumen del Programa, explicando la necesidad de la salud reproductiva en Turquía, las decisiones tomadas para su implantación, la perspectiva elegida y las principales actividades y resultados obtenidos hasta la fecha. El segundo apartado consiste en una bibliografía comentada de las publicaciones, herramientas y recursos producidos en el Programa. El tercer apartado comprende una lista del amplio número de participantes en el PSR. El folleto del programa viene acompañado de un CD-ROM que contiene todas las publicaciones mencionadas en el segundo apartado del folleto, en archivos con formato pdf. Con el Folleto del programa y su CD-ROM se pretende compartir y divulgar, lo más ampliamente posible, los conocimientos generados durante los 5 años de implantación del Programa.

### Módulo de Capacitación para la Facilitación Externa de la Aplicación de Normas de Servicio



Estas guías están destinadas a formar a personal facilitador que inicie y coordine la implantación de normas de servicio a nivel de establecimiento de salud. El término normas de servicio se usa para definir las decisiones relacionadas

con la prestación de servicios y su organización. Las normas de servicio se utilizan como criterio básico de descripción y comparación. Estas descripciones resaltan los derechos de las personas usuarias y las necesidades del personal.

## *Entre Nous*

*Revista Europea sobre  
Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS  
Programa de Investigación y Salud Reproductiva

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Dinamarca

Tel. (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1818

[[entrenous@euro.who.int](mailto:entrenous@euro.who.int).]

[www.euro.who.int/entrenous](http://www.euro.who.int/entrenous)



# Entre Nous