

Promoció de la contracepció en dones immigrades i autòctones de Barcelona: anàlisi intermèdia del programa SIRIAN

Elia Díez¹, Joan Carles Oliva², Jordi Cortés², Erik Cobo², Santiago Gómez¹, Vanesa Vadillo¹, Marta Cabanas¹, Núria Barcons³ i Glòria Perez¹, del grup de treball SIRIAN*

1. Agència de Salut Pública de Barcelona i CIBER en Epidemiologia i Salut Pública; 2. UPC3. Associació CEPS

Nous patrons de salut reproductiva

Els indicadors de salut reproductiva de Barcelona han experimentat canvis profunds en l'última dècada. Molts d'ells estan relacionats amb l'augment exponencial de les persones estrangeres residents a la ciutat, que van passar de constituir l'1,9% dels residents el 1996 al 15,6% el 2007. D'aquestes, un 47% són dones i la major part d'elles es troben en edat fèrtil.¹

Una aportació molt positiva de les dones nouvingudes a un Estat de tan baixa fertilitat com l'espanyol és l'increment de la natalitat. En efecte, la natalitat de Barcelona s'ha incrementat un 16% respecte a la dècada anterior i actualment el 31% dels nounats tenen la mare o el pare estranger. El 2006 la taxa de naixements a Barcelona va ser de 36,8 (per 1.000 dones de 15-49 anys), mentre que entre les dones immigrades va ser de 41,6.

Tanmateix, altres aspectes són menys favorables. El 2006 la taxa d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) a la ciutat va ser d'11,8 (per 1.000 dones de 15-49 anys) i entre les dones immigrades de 22,1. El mateix any les adolescents immigrades van presentar taxes d'avortament que duplicaven les de la ciutat (Barcelona: 15,5; noies immigrades de països en desenvolupament: 31,9) i, alhora, ta-

xes de naixement més de tres vegades superiors (Barcelona: 8,6; noies immigrades: 29,6). Es pot resumir que, a Barcelona, les dones nouvingudes tenen més fills, en edats més joves, més embarassos en edat adolescent i més avortaments.²

Una altra qüestió rellevant en la salut reproductiva són les desigualtats socioeconòmiques paleses en la planificació i el desenllaç de l'embaràs. Un estudi recent mostra que entre el 1994 i el 2003 un 41% dels embarassos de la ciutat no s'havien planificat i un 25,6% va acabar en interrupció voluntària de l'embaràs (IVE). Les dones sense estudis primaris van presentar set vegades més embarassos no planificats i tres vegades més interrupcions voluntàries de l'embaràs en moments més tardans de la gestació, a més d'haver practicat dues vegades més una IVE amb anterioritat.³

Davant l'evidència que les dones immigrades, juntament amb les autòctones de classes socials desfavorides, presenten indicadors de salut reproductiva més dolents, l'Agència de Salut Pública de Barcelona, amb finançament d'una beca del Ministeri de Sanitat, va desenvolupar el 2005 el projecte SIRIAN, (Salut i reproducció en dones immigrades i autòctones no usuàries de serveis de salut reproductiva). El projecte

pretén portar a terme una intervenció demostrativa adreçada a promoure la contracepció i l'ús dels serveis públics de salut reproductiva entre aquestes dones i avaluar-ne l'eficàcia mitjançant un assaig aleatoritzat.

El marc conceptual del projecte s'inscriu en el model de determinants socials de la salut que proposa la Comissió de Determinants Socials de l'OMS.⁴ En aquest marc, l'estudi planteja la hipòtesi que les desigualtats socials vinculades a la classe social i a la diversitat cultural es poden reduir mitjançant intervencions adreçades a modificar determinants de l'entorn i personals.

A continuació es presenta el procés de desenvolupament i avaluació del projecte tenint en consideració les recomanacions per descriure les intervencions de salut pública segons les guies CONSORT i TREND.⁵

1. Departament d'Estadística. *La població estrangera a Barcelona*. Gener de 2008. Ajuntament de Barcelona, 2009.

2. *La salut a Barcelona 2007*. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008.

3. FONT, L.; PÉREZ, G.; SALVADOR, J.; BORRELL, C. «Socio-economic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision». *Journal of Urban Health*, 2007, 85: 125-135.

4. WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. *Lavelling up. A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen: Publications WHO Regional Office for Europe, 2006.

5. ARMSTRONG, R.; WATERS, E.; MOORE, L.; RIGGS, E.; CUERVO, L. G.; LUMBIGANON, P.; HAWE, P. «Improving the reporting of public health intervention research: advancing trend and consort». *J. Public Health Med*, 2008, 30: 103-109.

* Grup de treball SIRIAN: Elia Díez¹, Joan Carles Oliva², Jordi Cortés³, Erik Cobo², Santiago Gómez¹, Vanesa Vadillo¹, Marta Cabanas¹, Núria Barcons³, Glòria Perez¹, Margarita Foz¹, Lluïsa Estruga¹, Rosa Almirall⁴, Eva Vela⁴, Cristina Martínez⁴, Lucía Artazcoz¹, Fina Pidelaserra⁵, Sebastià Lopez⁵, Eduard Cabús⁵

1. Agència de Salut Pública de Barcelona; 2. Universitat Politècnica de Catalunya; 3. Associació CEPS; 4. Institut Català de la Salut; 5. Ajuntament de Barcelona.

Valoració de les necessitats

El disseny de la intervenció segueix el mètode *Intervention Mapping*, un model lògic que guia sòlidament el desenvolupament de les intervencions.⁶ Abans del disseny, l'*Intervention Mapping* preveu una valoració de la situació que s'ha de modificar.

En aquesta primera fase es van estudiar els indicadors quantitius a l'abast i es va fer una cerca bibliogràfica. A Catalunya es disposa de les taxes d'avortament segons el país de naixement de la mare des del 2005. Els anys 2003 i 2004 hi havia hagut comunicacions de diferents serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva, entitats i algunes clíniques estatals que practiquen la interrupció voluntària de l'embaràs, que alertaven d'un increment aclaparador de les interrupcions voluntàries de l'embaràs entre les dones procedents de països de rendes baixes. Es van estudiar les memòries d'entitats d'atenció als avortaments, com la de la clínica Dator,⁷ i es van analitzar les dades anònimes de l'Associació Salut i Família,⁸ que van corroborar les impressions prèvies. També es van revisar els patrons reproductius de les comunitats nouvingudes als països d'origen respectius, que van resultar similars als que les dones presentaven aquí, al país d'acollida.

Estudi qualitatiu de grups focals

A l'Estat espanyol tampoc no hi havia encara gaire informació sobre els perfils de salut sexual i reproductiva de les

comunitats nouvingudes ni sobre les actituds i les normes de les diferents comunitats i ètnies amb relació a la família, les relacions socials, la sexualitat i el gènere, que influeixen tan intensament en la vida sexual i reproductiva.^{9, 10}

Davant l'escassa informació sobre les necessitats de les dones immigrades, es va emprendre un extens estudi qualitatiu. Les poblacions en estudi es van prioritzar d'acord amb el rànquing de persones extracomunitàries residents a Barcelona, el rànquing de taxes d'interrupció voluntària de l'embaràs a Catalunya per país d'origen, i l'opinió d'experts i treballadors de camp. Es van estudiar les comunitats llatinoamericana, marroquina, romanesa, senegalesa, pakistanesa, xinesa i filipina.

Es van utilitzar dues tècniques d'investigació qualitativa, l'entrevista a informants clau i, principalment, els grups focals. Els informants clau són persones que viuen o treballen en la comunitat i que són reconegudes per tenir-ne un bon coneixement. El mètode mitjançant informadors clau utilitza l'entrevista individual a aquestes persones a fi de conèixer les seves impressions sobre el tema en qüestió. En aquest cas provenien d'entitats, eren mediadors/es o estaven relacionats amb mitjans de comunicació de comunitats immigrants. La consulta a informants clau va permetre obtenir informació bàsica, suport per a l'elaboració del guió dels grups de discussió i ajuda en la captació de participants. Es

van entrevistar nou informants clau de Colòmbia, República Dominicana, Perú, Equador, Gàmbia, Marroc, Filipines, Xina i Romania.

A través dels grups de discussió es va explorar, de forma adaptada a cada comunitat, l'opinió personal i grupal sobre la maternitat, la importància de tenir fills, les relacions i la sexualitat, els mètodes anticonceptius, l'embaràs adolescent, les normes socials i religioses i l'avortament. Es van constituir dos grups focals per a les següents comunitats: marroquina, romanesa, senegalesa, pakistanesa i filipina, un per a la comunitat xinesa i quatre grups més amb dones de diverses nacionalitats llatinoamericanes (Argentina, Colòmbia, Bolívia, Veneçuela, Brasil, Perú, Paraguai, Xile i República Dominicana). En total es van fer 15 grups en els quals van participar 108 dones.

La mostra va ser intencional, dirigida a obtenir dos grups de dones en

6. BARTHOLOMEW, L. K.; PARCEL, G. S.; KOK, G.; GOTTLIEB N. *Intervention Mapping: Designing theory and evidence based health promotion programs*. Mountain View CA: Mayfield, 2001.

7. CLÍNICA DATOR. *Aborto de mujeres inmigrantes. Contracepción poscoital*. Departamento de Investigación. Clínica Dator [accés: 6 de juliol de 2004]: <http://www.clinica-dator.es/html/inmigrantes.html>.

8. ASSOCIACIÓ SALUT I FAMÍLIA. *Memòria 2004. Programa d'atenció a la maternitat en risc*. Barcelona: Salut i Família, 2004.

9. RADEMAKERS, J.; MOUTHAN, I.; DE NEEF, M. «Diversity in sexual health: problems and dilemmas». *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2005, 10: 207-211.

10. SERRANO, I. *La juventud inmigrante en España: comportamientos sexuales y propuestas para la prevención de riesgos*. Madrid: Instituto de la Juventud, 2007.

edat fèrtil de cada comunitat. La captació de participants es va fer en bola de neu, a partir dels informants clau i les entitats, persona a persona, amb cartells en locutoris, botigues, centres cívics, ONG, centres de serveis personals i parròquies, i a través d'Internet, premsa i fullets donats en mà en zones d'alta immigració. Mitjançant entrevistes telefòniques es van seleccionar les dones de 16 a 49 anys procedents dels països d'interès i que parlessin castellà o català. Les reunions es van fer a l'Agència de Salut Pública de Barcelona, en dos centres de serveis personals del districte de Ciutat Vella i a la seu de tres entitats. Les participants van rebre una targeta regal de 15 euros com a compensació.

Malgrat la diversitat que es podia esperar dins i entre les comunitats, van destacar els aspectes comuns següents:¹¹

- Les dones entrevistades es trobaven en les primeres fases del procés migratori.
- Identificaven clarament els principals determinants de la salut reproductiva de la cultura d'origen: rol de la religió en el control reproductiu, de la discriminació de gènere legislativa i econòmica, de l'asimetria en les relacions afectives i de la manca d'educació i formació professional, sobretot en l'àmbit rural.

- Les dones entrevistades mostraven una autonomia creixent basada en la capacitat laboral i econòmica. A més, el discurs mostrava una gran capacitat de

reflexió i acció més enllà de la cultura originària quant al nombre de fills desitjats i l'edat de la primera maternitat.

- La maternitat constituïa un valor molt preuat i significatiu en la vida de la dona i en la vida social.

- Llevat del grup de dones filipines, apareixia una acceptació progressiva dels mètodes contraceptius. En aquest estudi, les dones de totes les comunitats s'allunyaven de les restriccions religioses al control reproductiu.

- Rebuig a la interrupció de l'embaràs entre les dones llevat de les llatinoamericanes i les romaneses. Tanmateix, pràcticament en totes les comunitats s'admetia la interrupció voluntària molt precoç, abans del segon mes de gestació o a través de mitjans «naturals».

- Demanaven informació, tallers, materials sobre mètodes contraceptius. Assenyalaven barreres de llenguatge molt importants.

- Les nouvingudes mostraven un desig gran i esperançat de tenir fills, pocs, educats en entorns amb estabilitat afectiva, econòmica i laboral.

Creació d'un grup de treball al territori

En paral·lel al desenvolupament de l'estudi qualitatiu, el 2006 es va oferir la participació en diversos barris d'alta immigració i baix nivell socioeconòmic de Barcelona: a Sant Antoni, el Poble Sec i barris de Ciutat Vella. Els serveis personals dels districtes de Ciutat Vella, l'Eixample i Sants-Montjuïc s'hi van

implicar tant des del punt de vista gerencial com tècnic, i els serveis sanitaris d'atenció primària (CAP) i d'atenció a la salut sexual i reproductiva (SASSIR) del CAP Manso i el CAP Les Hortes van entrar a formar part del grup de treball. Les entitats del barri i comunitàries, tot i no formar part de l'equip investigador, estaven en contacte amb l'equip de treball contínuament.

Desenvolupament del programa

A la llum de les aportacions del grup de treball, dels resultats de l'estudi de grups focals, de les entrevistes a informants i de la cerca bibliogràfica es van formular els objectius al voltant dels quals es va estructurar la intervenció: a) proveir els coneixements que les participants als grups focals havien demanat i desarticlar falsos mites, b) facilitar l'accés als serveis sanitaris, c) reduir les barreres econòmiques als mètodes contraceptius, d) promoure actituds favorables al control de la natalitat amb els arguments manifestats als grups focals (econòmics, laborals, de disponibilitat de temps, de salut), i e) promoure la comunicació amb la parella sobre la planificació familiar.

També es van adoptar alguns principis de forma transversal, tant en

11. Podeu trobar una interpretació més extensa dels resultats a: AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA. «Estudi qualitatiu dels determinants de la salut reproductiva en dones immigrades». A: *La salut a Barcelona 2004*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006. Disponible a: <http://www.aspb.cat/quefem/docs/InformeSalut-2004.pdf>.

el programa com en els materials: a) l'abordatge de la promoció de la salut reproductiva tenint en consideració les diverses creences; b) la perspectiva de gènere i la promoció de la independència econòmica, l'educació, l'aprenentatge de la llengua i la incorporació al mercat laboral de les dones, i c) la prevenció de la discriminació explicitant l'abordatge inclusiu del programa, que s'adreça tant a dones autòctones com a immigrades.

Els mètodes teòrics es van basar sobretot en la teoria cognitivocial¹² i les estratègies en l'entrevista personal individual,¹³ que s'ha mostrat especialment efectiva per afavorir l'adquisició de coneixements i motivar l'ús de la contracepció en poblacions vulnerables.¹⁴ D'acord amb aquesta revisió i altres estudis, es va optar perquè les sessions estiguessin a càrrec d'infermeres de salut pública amb formació específica.¹⁵

Respecte a la reducció de barreres d'accés als serveis sanitaris, es va dissenyar, juntament amb el servei de salut reproductiva, un circuit de derivació preferent per a casos amb certs criteris de risc. Quant a la facilitació de mètodes contraceptius gratuïts, es va oferir la possibilitat de lliurar contraceptius orals i accedir a la inserció de dispositius intrauterins gratuïtament, a criteri de les llevadores i ginecòlogues a la consulta.¹⁶

Preparació dels materials

D'acord amb els interessos de les dones entrevistades als grups focals, es va

preparar un material gràfic basat en els determinants psicosocials emergents en l'estudi qualitatiu: el valor de la maternitat, el rebuig social a l'avortament, la manca de coneixements sobre mètodes anticonceptius i el desig d'informació al respecte i les actituds favorables a la contracepció per manca d'estudis, recursos econòmics, temps i xarxa de suport social. També calia tenir present que una part important de les dones immigrades gairebé no té estudis i prové de l'àmbit rural.

L'objectiu d'aquesta etapa va ser aplicar els determinants esmentats al disseny d'un fullet, després d'estudiar la valoració de la població diana amb una sèrie de proves (pretest) fins que va resultar satisfactòria.

El pretest de material es va aplicar a mostres de conveniència de dones de diferents comunitats i també a informants clau. Del febrer al maig del 2006 es van fer 40 entrevistes successives amb un qüestionari anònim que recollia l'edat, la zona de residència, el país de naixement, la percepció de l'atractiu, la comprensió, la utilitat i les idees comunicades, així com els aspectes destacables a favor o en contra. Es va fer una anàlisi qualitativa de les dades.

Les entrevistades van suggerir millores en els formats, textos i continguts. Es va retroalimentar l'equip de disseny fins que es va aconseguir una apreciació molt elevada de les persones entrevistades. El material va consistir en un quadríptic per a cada comunitat, amb dibuixos de parelles, nens i nenes,

mapes amb la ubicació dels centres de salut reproductiva, imatges dels mètodes contraceptius efectius i telèfons d'informació, gairebé sense textos i traduïts a cinc idiomes. El pretest va permetre abordar la comunicació de temes sensibles de forma apropiada des del punt de vista cultural.

Avaluació

L'avaluació pretén estudiar els efectes de la intervenció en el coneixement i l'ús dels serveis de salut reproductiva, com també en el coneixement i l'ús de mètodes anticonceptius en dones immigrades i autòctones en edat fèrtil. El disseny avaluatiu és un assaig clínic aleatoritzat. Això implica l'assignació de les participants, a l'atzar, a dos grups de tractament, un d'intervenció i un de comparació. Es mesuren les variables en ambdós grups en el moment inicial

12. BANDURA, A. *Pensamiento y acción*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1987.

13. ROLLNICK, S.; MILLER, W. R. *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós, 1999.

14. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). *One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, specially among vulnerable and at risk groups*. Londres: NICE, 2007.

15. OLDS, D.; ROBINSON, J.; O'BRIEN, R.; LUCKEY, D.; PETTIT, L. M.; HENDERSON, C. R.; NG, R. K.; SHEFF, K. L.; KORFMACHER, J. *et al.* «Home visiting by paraprofessional and by nurses: A randomized, controlled trial». *Pediatrics*, 2002, 110: 486-496.

16. KIRBY, D. «The Impact of Programs to Increase Contraceptive Use Among Adult Women: A Review of Experimental And Quasi-Experimental Studies». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2008, 40: 34-41.



Cara interior del fullet adreçat a la comunitat llatinoamericana

i tres mesos després. El reclutament de participants va començar a l'octubre del 2006 i es preveu que acabi al juny del 2009. L'estudi actual presenta els resultats fins al desembre del 2007.

Participen en l'estudi les dones immigrades i autòctones que compleixen aquest criteri: a) tenir entre 15 i 49 anys, b) residir als barris de Sant Antoni o el Poble Sec, c) no estar embarassada, d) no desitjar quedar-se embarassada, e) conèixer menys de set mètodes anticonceptius eficaços, i f) no tenir practicada una lligadura de trompes o la parella no estar vasectomitzada.

Es promou la participació en l'estudi a través de l'oferta personal i mitjançant els treballadors/es dels serveis socials del barri de Sant Antoni, el Servei de Pediatria del CAP Manso, el Servei de Pediatria del CAP les Hortes, associacions i ONG, serveis socials del barri del Poble Sec, el Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR) del

CAP Manso, el PASSIR del CAP les Hortes i locutoris, botigues d'alimentació, bars, perruqueries, centres comunitaris, escoles, esglésies i carrer.

Intervenció

Es duu a terme una entrevista personal en els dos grups de tractament, en el grup intervingut en el moment inicial i en el grup de control tres mesos després. Els continguts de l'entrevista giren al voltant de: a) les pràctiques de sexe més segur i els seus determinants (actituds i intencions), b) l'accés a la targeta sanitària, c) l'accés als centres de planificació familiar, d) l'accés als preservatius i altres mètodes anticonceptius, e) els riscos de l'ús del misoprostol com a mètode avortiu sense control sanitari, i f) l'anticoncepció d'emergència i l'accés a aquesta.

La intervenció queda a càrrec d'infermeres de salut pública amb experiència en visites domiciliàries a pobla-

cions de baix nivell socioeconòmic i immigrants i amb formació específica en salut sexual i reproductiva.

Mostra i aleatorització

Es va calcular que una mostra de 200 dones a cada grup seria suficient per detectar un 15% de diferències entre els grups, en el supòsit de màxima indeterminació i amb pèrdues estimades del 10%.

El tractament s'assigna mitjançant un procés de minimització que optimitza l'aleatorització clàssica. S'aleatoritza amb l'ajuda d'un programa informàtic un primer bloc de deu participants; a continuació, cadascun dels casos següents s'assigna, de manera determinista, al grup que compensi millor l'equiparabilitat dels dos grups, d'acord amb el criteri de minimització. La variable de minimització ha estat el país de procedència.

Planificació temporal

L'enquesta inicial es fa a totes les participants entre el mes 0 i el mes 1. Les del grup intervingut contesten el qüestionari i reben la intervenció. Les del grup control contesten el qüestionari. Tres mesos més tard ambdós grups contesten el qüestionari i, immediatament després, el grup control rep la intervenció.

Recollida de dades i qüestionari

Es porta a terme a través d'una entrevista personal. La infermera administra un qüestionari que inclou variables sociodemogràfiques, la disponibilitat de

targeta sanitària, la situació pel que fa a empadronament, el coneixement i ús del CAP i el PASSIR, així com el coneixement i l'ús de mètodes anticonceptius i de l'anticoncepció d'emergència. Les enquestes s'administren seguint normes idèntiques. S'explica a les participants en el programa que l'enquesta és confidencial i se'ls demana que signin un consentiment informat. Les dades de l'enquesta s'informatitzen de manera anònima. Hi ha normes de confidencialitat per a infermeres i traductores.

Variables

Les variables recollides són de dos tipus: sociodemogràfiques i relatives a la salut reproductiva. Es van recollir les variables sociodemogràfiques següents: barri, font de detecció, país de naixement, comunitat ètnica autoreferida, temps a Espanya, nivell d'estudis, situació laboral, ocupació, treball sexual, parella, separada/divorciada, nombre de fills, situació laboral de la parella, ocupació de la parella, disponibilitat de targeta sanitària, alta en el padró.

Les variables relatives a la salut reproductiva són coneixement i ús del CAP, coneixement i ús del PASSIR, darrera visita al PASSIR, ús d'altres centres de planificació familiar i darrera visita a altres centres de planificació familiar. Les variables relatives a la conducta sexual són: coneixement espontani, coneixement induït, ús i ús incorrecte dels mètodes anticonceptius següents: píndola anticonceptiva, anell vaginal, DIU, preservatiu masculí, diafragma,

preservatiu femení, implant, pegat, *coitus interruptus*, mètode Ogino, injectables i d'altres. Els mètodes anticonceptius eficaços són la contracepció oral, l'anell vaginal, el DIU, el preservatiu masculí, el diafragma, el preservatiu femení, l'implant, el pegat i els injectables. La resta són mètodes ineficaços. També s'estudien l'anticoncepció d'emergència, la interrupció voluntària de l'embaràs i d'altres.

Les variables principals són la millora en l'ús de serveis de salut reproductiva, el nombre de mètodes eficaços esmentats (coneixement espontani) i reconeguts (coneixement induït), la millora en l'ús dels mètodes anticonceptius i la millora en el coneixement espontani i induït de l'anticoncepció postcoital. Les variables secundàries són la millora en el coneixement i l'ús de cadascun dels mètodes anticonceptius i l'anticoncepció postcoital.

Anàlisi

S'han calculat les oportunitats relatives o quocients de probabilitats (*odds ratio*, OR) i els intervals de confiança (IC) del 95% de les variables principals com a mesura de l'efecte de la intervenció. Aquestes OR han estat ajustades per a les variables edat, nacionalitat, nivell d'estudis i parella per detectar la presència d'interaccions o confusions.

Resultats

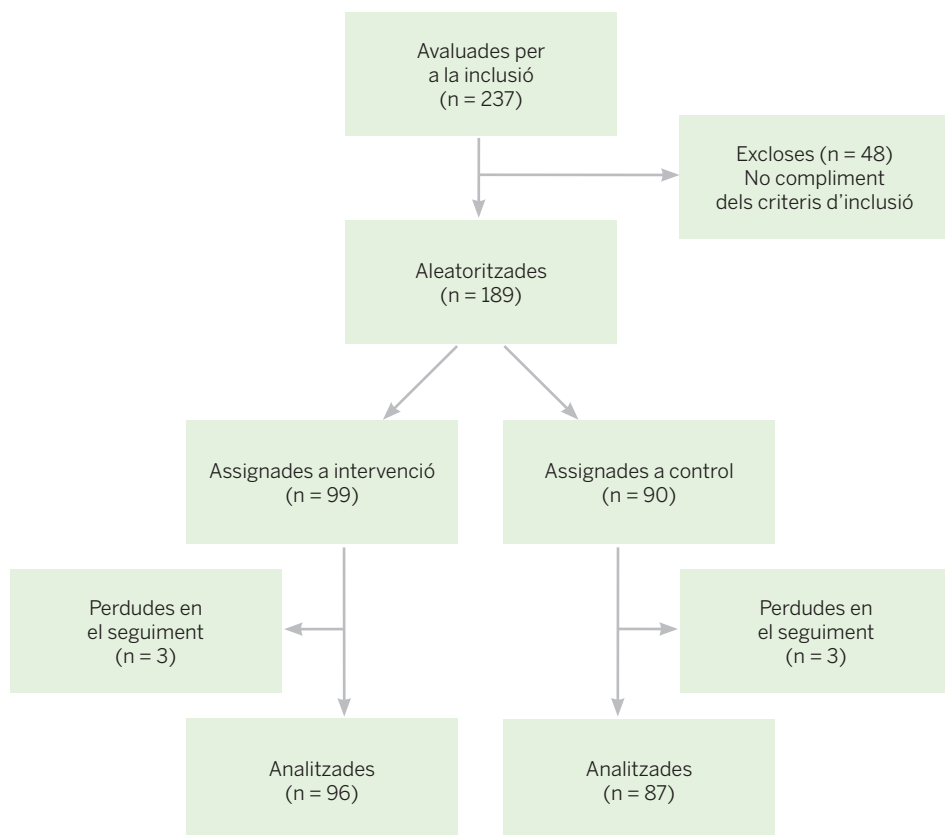
Van participar en aquesta anàlisi intermèdia un total de 237 dones, 48 de les

quals van quedar excloses perquè no complien els criteris d'inclusió. En conseqüència se'n van aleatoritzar 189, 99 en el grup d'intervenció i 90 en el grup control. Entre la primera i la segona entrevista es van perdre tres dones a cada grup, de manera que els resultats actuals provenen de 96 dones participants en el grup intervenció i 87 en el grup control (gràfic 1).

La taula 1 mostra les característiques sociodemogràfiques de les participants en el moment basal. El grup d'edat més freqüent ha estat el de 25 a 39 anys. Les fonts de casos més importants, a banda de la categoria «altres», han estat la consulta de pediatria i les associacions i ONG. Un 59,6% de les participants són estrangeres. El 39,4% resideixen a Espanya des de fa més de cinc anys i el 19,3% menys d'un any. El 48,6% de dones ha cursat estudis secundaris i el 34,4% universitaris. El 53,6% de les participants treballen, el 19,1% estan aturades i el 18,6% són mestres de casa. Cap de les dones declara exercir la prostitució. El 70% de dones té parella i el 15,9% està separada o divorciada.

Respecte al nombre de fills de les participants, el 31,2% en tenen un, el percentatge més representatiu en el grup tractat (34,4%). El 29% no en tenen cap. Aquesta categoria és la que acumula més dones en el grup control (33,3%). N'hi ha un 23,5% que tenen dos fills. En aquesta categoria, entre els dos grups hi ha una diferència de 5,6 punts percentuals a favor del grup con-

Gràfic 1. Diagrama de flux



trol. En la mostra recollida, les quatre dones amb cinc fills pertanyen al grup tractat.

La majoria de parelles de les dones incloses són població laboralment activa: el 82,8% estan treballant i el 10,9% en atur. Més del 95% del total de la mostra tenen targeta sanitària i estan empadronades.

Amb relació als serveis de salut i de salut reproductiva, el coneixement i l'ús que en fan les participants en l'estudi en el moment de la inclusió es

mostra al gràfic 2. Pel que fa als CAP, gairebé la totalitat de la mostra en coneix l'existència. En el grup control el 93,1% de les dones els utilitzen. En el grup tractat, aquest percentatge és del 88,5%.

Els PASSIR són menys coneguts que els CAP. En el grup tractat els coneixen el 88,5% de les dones, mentre que en el grup control aquest percentatge és del 78,2%. Respecte a l'ús que fan del servei, la diferència respecte als CAP és significativa i en aquest cas se situa

al voltant del 67%. Els altres centres de planificació familiar són molt menys utilitzats (17,5%).

Quant a la conducta sexual, el nombre de dones que esmenten, coneixen, usen i usen incorrectament els mètodes anticonceptius a l'inici de l'estudi, així com els percentatges respectius, es mostren als gràfics 3 i 4.

L'anticoncepció d'emergència és coneguda aproximadament pel 60% de les dones de la mostra. La interrupció voluntària de l'embaràs és esmentada espontàniament pel 55% de les dones i és coneguda (coneixement induït) pel 88%. 19 dones de cada grup han utilitzat l'anticoncepció d'emergència alguna vegada i 22 i 23 dones dels grups control i tractat, respectivament, han recorregut a la interrupció voluntària de l'embaràs algun cop.

El gràfic 5 mostra l'efecte de la intervenció en les variables principals de l'estudi. L'OR s'interpreta com el nombre de vegades que canvia el grup d'intervenció respecte al de control.

Una variable d'interès en el context de l'avaluació d'una intervenció de promoció de la salut reproductiva és l'augment del coneixement dels centres d'atenció a la salut sexual i reproductiva. Tanmateix, en les condicions basals el grau de coneixement dels CAP i dels PASSIR va ser extraordinàriament elevat en els dos grups. Aquest fet ha motivat que no s'hagi dut a terme l'anàlisi corresponent a aquesta variable.

Respecte a l'ús dels serveis de salut reproductiva (gràfic 5) no s'ha obser-

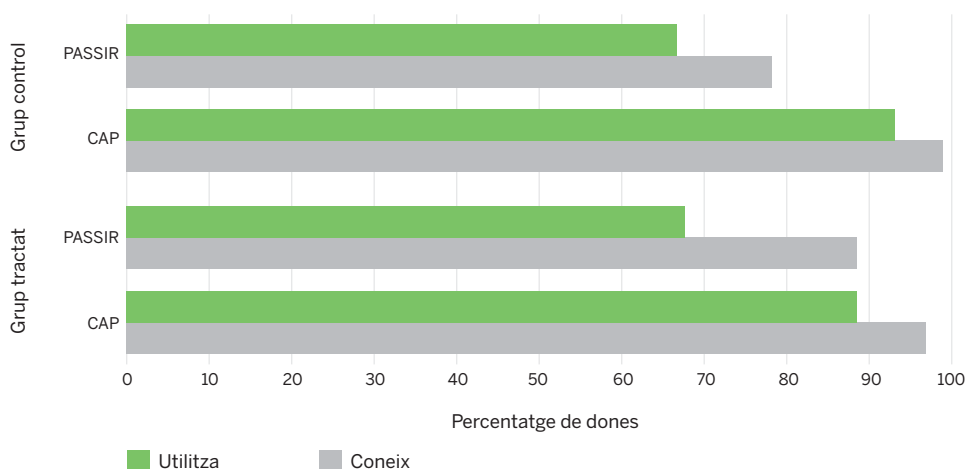
Taula 1. Variables sociodemogràfiques

| | Grup control (N = 87) | | Grup tractat (N = 96) | |
|---------------------------------------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Edat (anys) | | | | |
| 15-24 | 15 | 17,2 | 18 | 18,8 |
| 25-39 | 55 | 63,2 | 56 | 58,3 |
| 40-49 | 17 | 19,5 | 22 | 22,9 |
| Barri | | | | |
| Sant Antoni | 38 | 43,7 | 46 | 47,9 |
| Poble-sec | 49 | 56,3 | 50 | 52,1 |
| Fonts de detecció | | | | |
| Serveis socials | 10 | 11,4 | 14 | 14,6 |
| Pediatría (CAP) | 24 | 27,6 | 20 | 20,9 |
| PASSIR (CAP) | 4 | 4,5 | 6 | 6,2 |
| Associacions i ONG | 18 | 20,7 | 21 | 21,9 |
| Altres | 31 | 35,6 | 35 | 36,5 |
| Nacionalitat | | | | |
| Espanyola | 35 | 40,2 | 39 | 40,6 |
| Estrangera | 52 | 59,8 | 57 | 59,4 |
| Temps a Espanya (en anys) | | | | |
| Menys d'1 | 9 | 17,3 | 12 | 21,1 |
| D'1 a menys de 3 | 15 | 28,8 | 12 | 21,1 |
| De 3 a 5 | 10 | 19,2 | 8 | 14,0 |
| Més de cinc | 18 | 34,6 | 25 | 43,9 |
| Nivell d'estudis | | | | |
| Estudis primaris o sense estudis | 12 | 13,8 | 19 | 19,8 |
| Estudis secundaris | 42 | 48,3 | 47 | 49,0 |
| Estudis universitaris | 33 | 37,9 | 30 | 31,3 |
| Situació laboral | | | | |
| Mestressa de casa | 17 | 19,5 | 17 | 17,7 |
| Estudia | 7 | 8,0 | 7 | 7,3 |
| Treballa | 46 | 52,9 | 52 | 54,2 |
| Aturada | 15 | 17,2 | 20 | 20,8 |
| Altres | 2 | 2,3 | 0 | 0,0 |
| Treballadora del sexe | | | | |
| Sí | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| No | 87 | 100,0 | 96 | 100,0 |
| Té parella | | | | |
| Sí | 60 | 69,0 | 68 | 70,8 |
| No | 27 | 31,0 | 28 | 29,2 |
| Separada o divorciada | | | | |
| Sí | 12 | 13,8 | 17 | 17,7 |
| No | 75 | 86,2 | 79 | 82,3 |
| Nombre de fills | | | | |
| 0 | 29 | 33,3 | 24 | 25,0 |
| 1 | 24 | 27,6 | 33 | 34,4 |
| 2 | 23 | 26,4 | 20 | 20,8 |
| 3 o més | 11 | 12,6 | 19 | 19,8 |
| Situació laboral de la parella | | | | |
| Estudia | 0 | 0,0 | 3 | 4,4 |
| Treballa | 48 | 80,0 | 58 | 85,3 |
| Aturat/da | 9 | 15,0 | 5 | 7,4 |
| Jubilat/da | 0 | 0,0 | 1 | 1,5 |
| Altres | 1 | 1,7 | 1 | 1,5 |
| Desconeguda | 2 | 3,3 | 0 | 0,0 |
| Targeta sanitària | | | | |
| Sí | 86 | 98,9 | 93 | 96,9 |
| No | 1 | 1,1 | 3 | 3,1 |
| Padró | | | | |
| Sí | 86 | 98,9 | 91 | 94,8 |
| No | 1 | 1,1 | 5 | 5,2 |

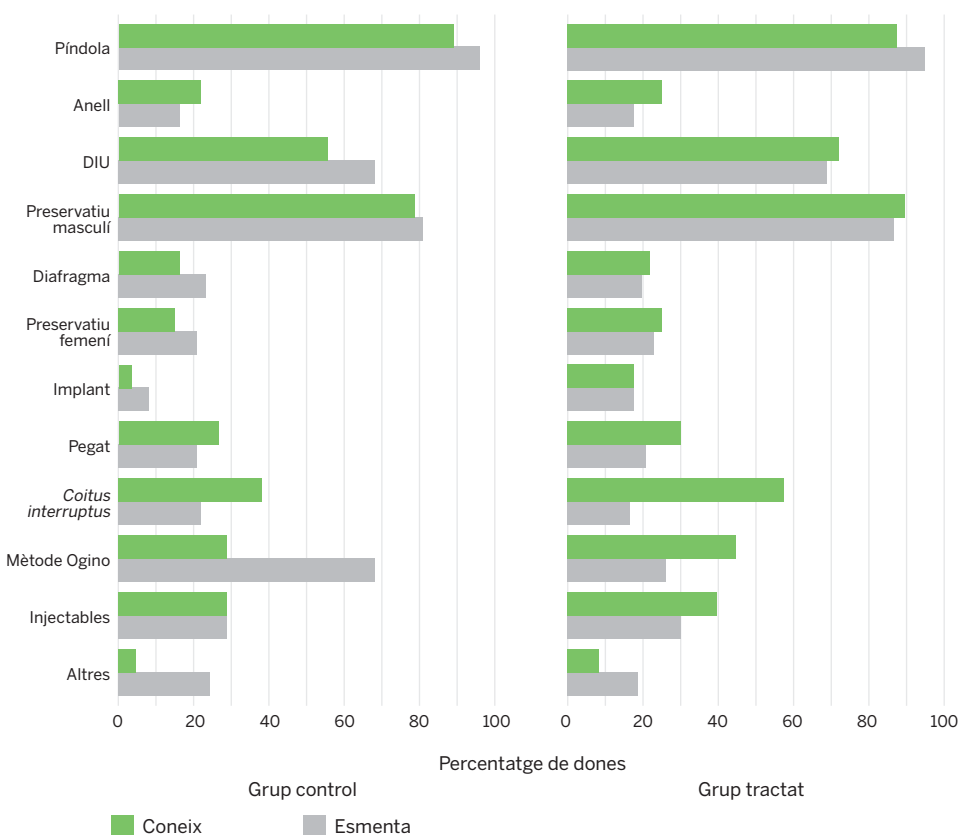
vat que la intervenció millori aquest aspecte (OR = 1,38; IC 95%: 0,38-5,08), que també era força elevat a l'inici en ambdós grups.

L'ús de mètodes anticonceptius ha millorat àmpliament en el grup d'intervenció, tot i que en l'anàlisi actual no arriba a la significació estadística (OR = 1,83; IC 95%: 0,91-3,67). El grup d'intervenció millora 14,7 vegades més el coneixement sobre mètodes anticonceptius que el grup de dones que no han rebut la intervenció. En efecte, quant als mètodes eficaços apresos (coneixement espontani), la intervenció s'ha associat a un gran increment del nombre de mètodes anticonceptius citats espontàniament per les dones ($W = 5.755,5$, $p < 0,001$). Durant l'estudi, el nombre de dones que han après un mètode ha estat similar en el dos grups; en canvi, és molt clara la diferència entre dones que augmenten el seu coneixement en més d'un mètode (gràfic 6). La intensitat del color representa l'aprenentatge de més mètodes. En el grup intervenció gairebé el 80% de les dones aprenen tres o més mètodes anticonceptius eficaços, mentre que en el grup control no arriben al 30%. La intervenció també s'associa a un increment del nombre de mètodes anticonceptius precoïtals citats de manera induïda per les dones ($p < 0,001$). El nombre de dones que han après quatre o més mètodes durant l'estudi és netament superior en les que han estat intervingudes (gràfic 7). D'altra banda, no hi ha cap participant del

Gràfic 2. Coneixement i ús de centres de salut. Condicions basals



Gràfic 3. Coneixement espontani i induït dels mètodes anticonceptius. Condicions basals



grup d'intervenció en què el seu coneixement disminueixi entre les dues entrevistes.

Aquesta millora també esdevé significativa pel que fa als mètodes postcoïtals, anticoncepció d'emergència i interrupció voluntària de l'embaràs, de tal manera que les dones que han rebut la intervenció milloren el seu coneixement sobre mètodes postcoïtals 2,7 vegades més que les que no han rebut la intervenció (32,3% per 14,9%) (OR = 2,7, IC 95%: 1,3-5,6).

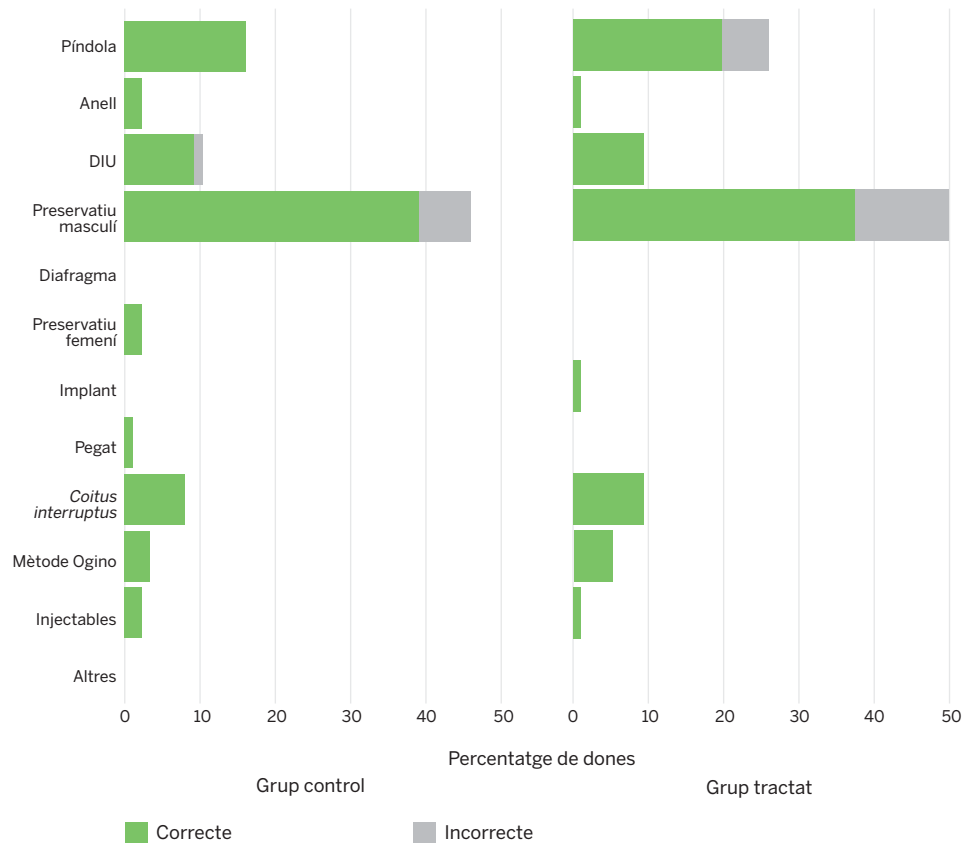
Els gràfics 8 a 11 presenten les anàlisis estratificades. Les millores són similars en tots els grups, independentment de l'edat, de ser immigrada, del nivell d'estudis i de tenir parella, El coneixement dels mètodes contraceptius millora en tots els casos llevat de l'anticoncepció oral, el DIU i el preservatiu masculí.

Discussió i conclusions

Quant a la validesa interna, les grandàries de mostra d'ambdós grups estan prou equilibrades i, en general, tal com s'espera de l'assignació aleatòria, els dos grups són comparables, fet que facilita l'obtenció d'estimacions més precises. Amb relació a l'ús dels mètodes eficaços, en el grup tractat hi ha més dones que en fan un ús incorrecte en la situació basal. Aquest biaix aniria en contra de la intervenció.

Amb relació a la validesa externa de l'estudi, s'han comparat les dades basals de l'estudi amb les característiques poblacionals de les dones de la

Gràfic 4. Ús dels mètodes anticonceptius. Condicions basals

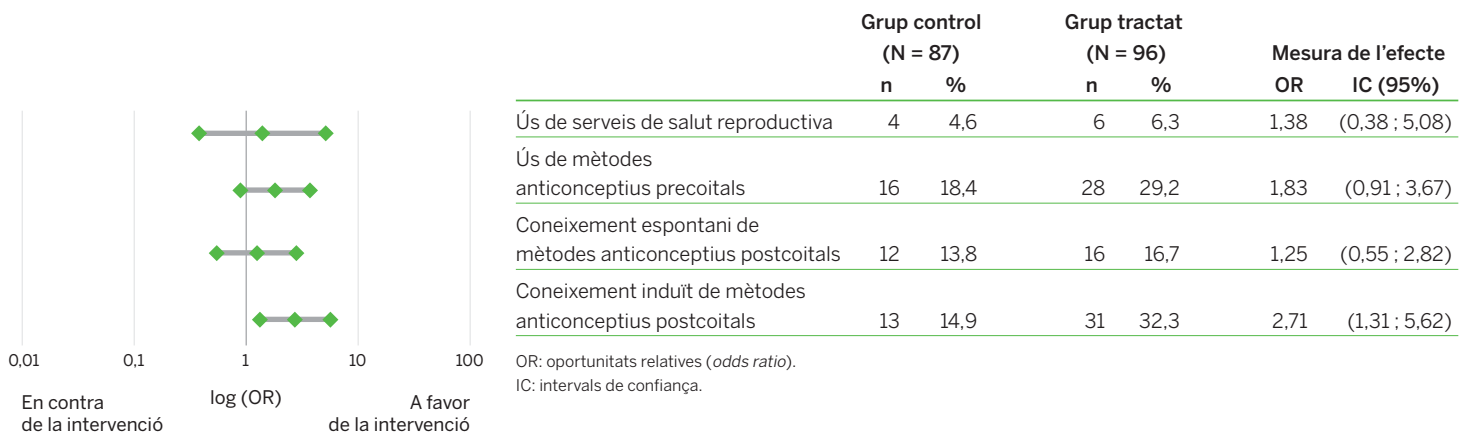


ciutat de Barcelona (padró continu del 2007 i cens del 2001). Els percentatges de dones en la població de la ciutat de Barcelona en les franges d'edat 15-24, 25-39 i 40-49 del nostre estudi són 19,3%, 50,6% i 30,1%, respectivament. A la mostra del SIRIAN la distribució és molt similar.

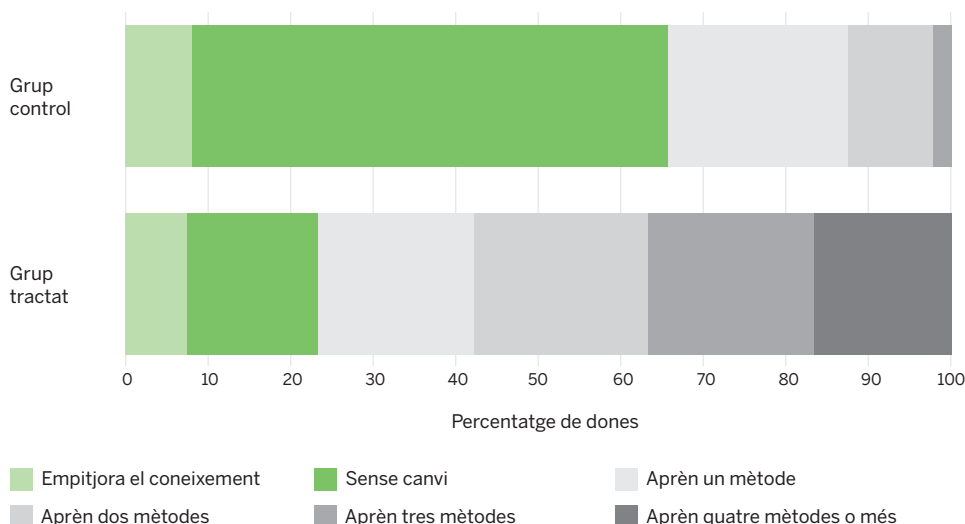
A Barcelona, el percentatge de dones estrangeres és del 14,1% i a l'estudi del 59,6%. Aquest resultat indica que en l'estudi les dones immigrades estan sobrerrepresentades, d'acord amb el seu objectiu d'avaluar si la intervenció és eficaç en el conjunt de la població i específicament en la immigrada.

La representació de separades o divorciades en el nostre estudi ha estat més del doble que l'observada a la població de Barcelona en edats compreses entre 15 i 49 anys (el 15,8% davant del 6,8%). Una possible explicació és que entre les dones immigrades hi hagi un percentatge més alt de separades o divorciades.

Gràfic 5. Participants que presenten millora en cadascuna de les variables principals



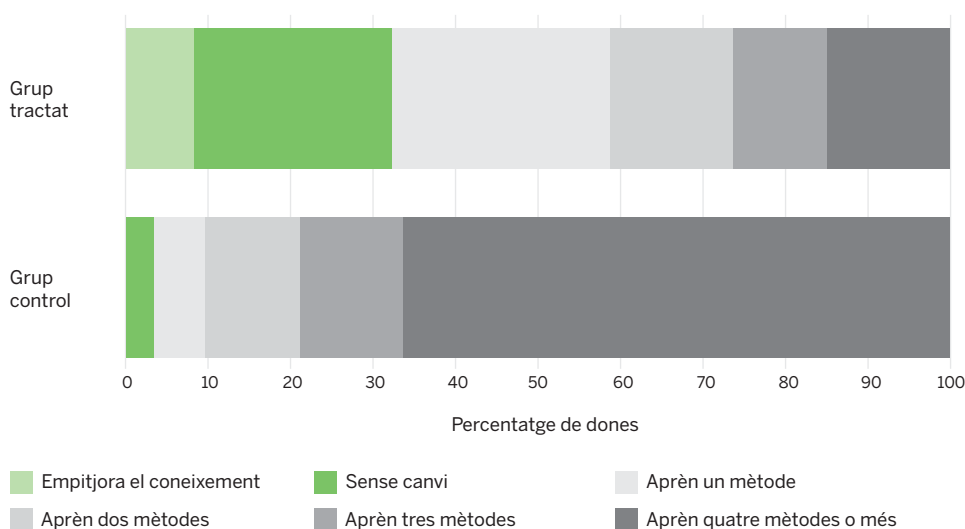
Gràfic 6. Mètodes apresos (coneixement espontani) en el grup control i el grup tractat



estudien és inferior en la mostra (7,6% i 14,0%). Com que és un estudi on la captació d'individus és proactiva, és previsible una participació superior de dones no subjectes a horaris estrictes (aturades i mestresses de casa), fet que podria produir un cert biaix en els resultats obtinguts.

A la mostra, les dones que no tenen fills són el 29%, mentre que a la ciutat de Barcelona en la franja d'edat corresponent de l'estudi és del 52,4%. De la mateixa manera, a la mostra el percentatge de dones amb un fill és el predominant, amb el 31,2%, davant del 15,8% a la població. Això pot ser atribuïble a la taxa de natalitat més alta de les dones immigrants.

Gràfic 7. Mètodes apresos (coneixement induït) en el grup control i el grup tractat



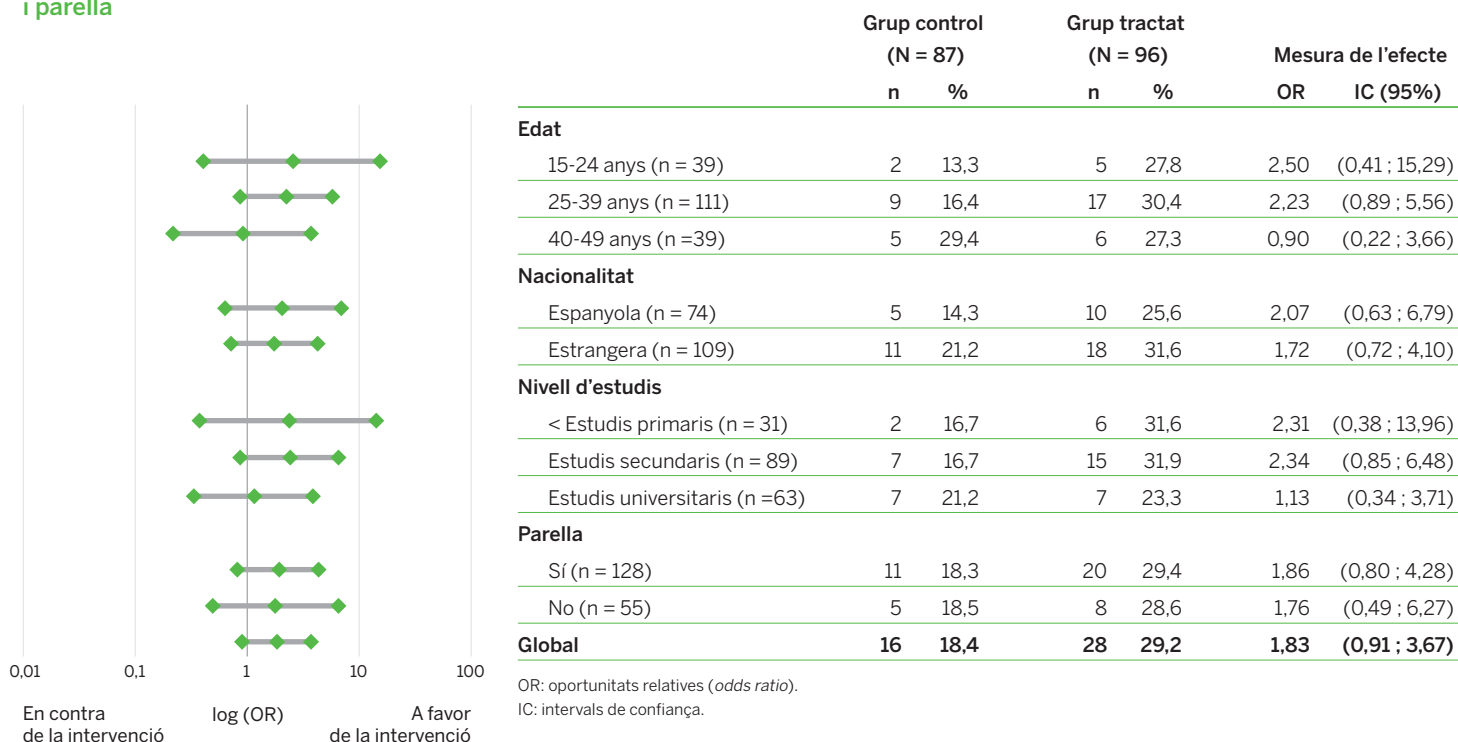
En resum, a la mostra hi ha més presència de dones estrangeres, amb nivells d'instrucció superiors, separades o divorciades, en situació d'atur o mestresses de casa i no nul·líparas que a la població de la ciutat de Barcelona.

Quant a la interpretació dels resultats, en aquesta anàlisi intermèdia l'efecte de la intervenció en l'ús de mètodes anticonceptius no ha assolit significació estadística, malgrat que el percentatge de millora en el grup tractat és més de 10 punts superior al del grup control. Mantenint aquests percentatges de millora sobre la grandària mostral prevista al final de l'estudi, l'efecte seria estadísticament significatiu. El DIU és el mètode en què la diferència en el nombre de noves usuàries entre els dos grups és més gran. Per tant, la diferència observada en la millora de l'ús

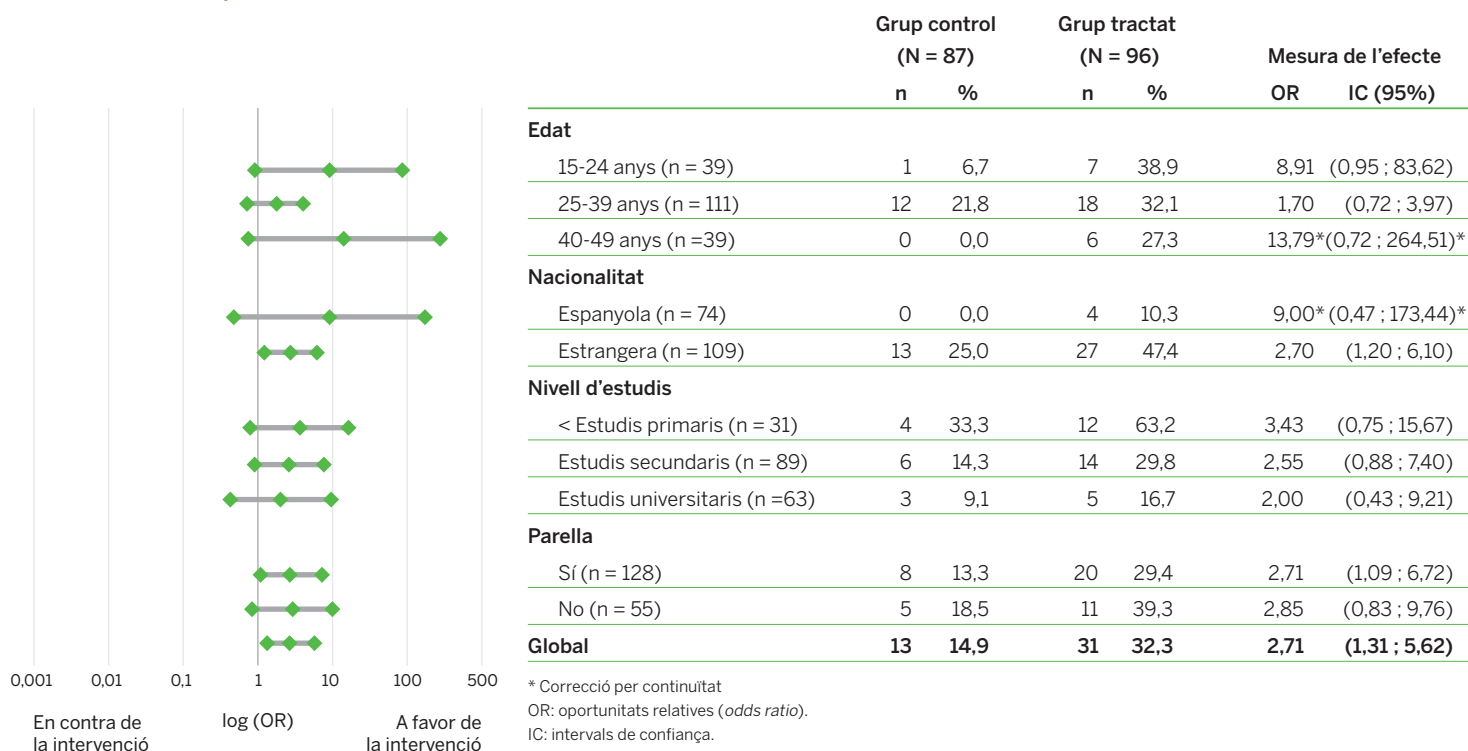
Respecte a la situació laboral, la proporció de dones aturades que han participat en l'estudi ha estat el doble que en la població de Barcelona (19,1%

i 8,7%). Entre les que no estan en atur, el percentatge de mestresses de casa és superior en la mostra (18,6% i 9,6%) mentre que el percentatge de les que

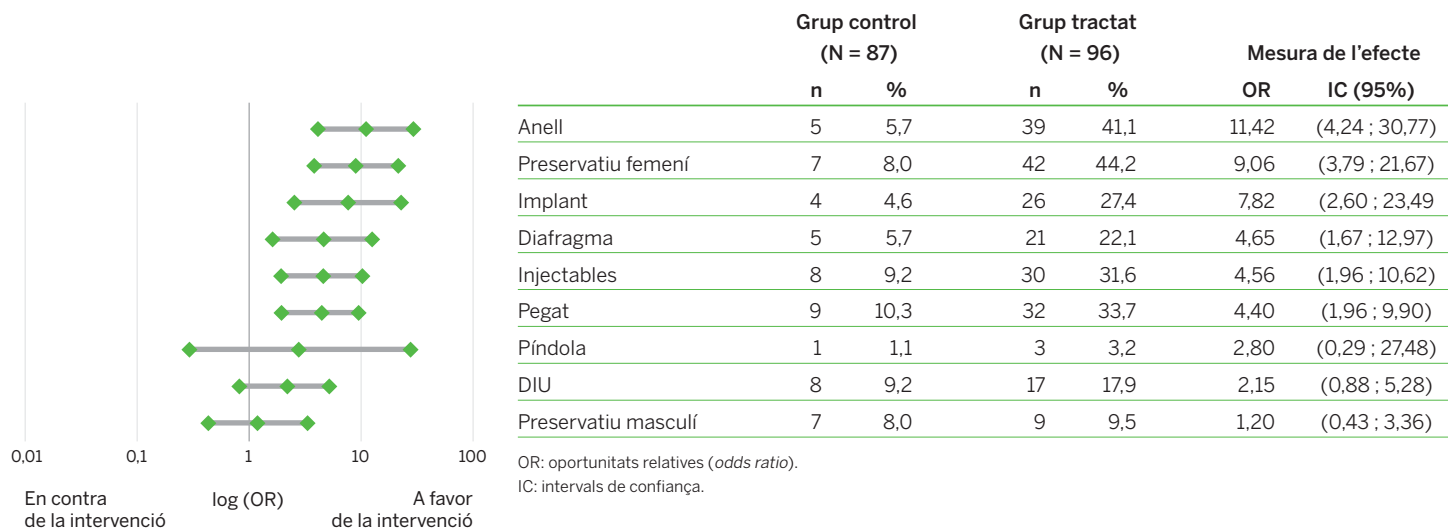
Gràfic 8. Participants que presenten millora en l'ús de mètodes anticonceptius per grup d'edat, nacionalitat, nivell d'estudis i parella



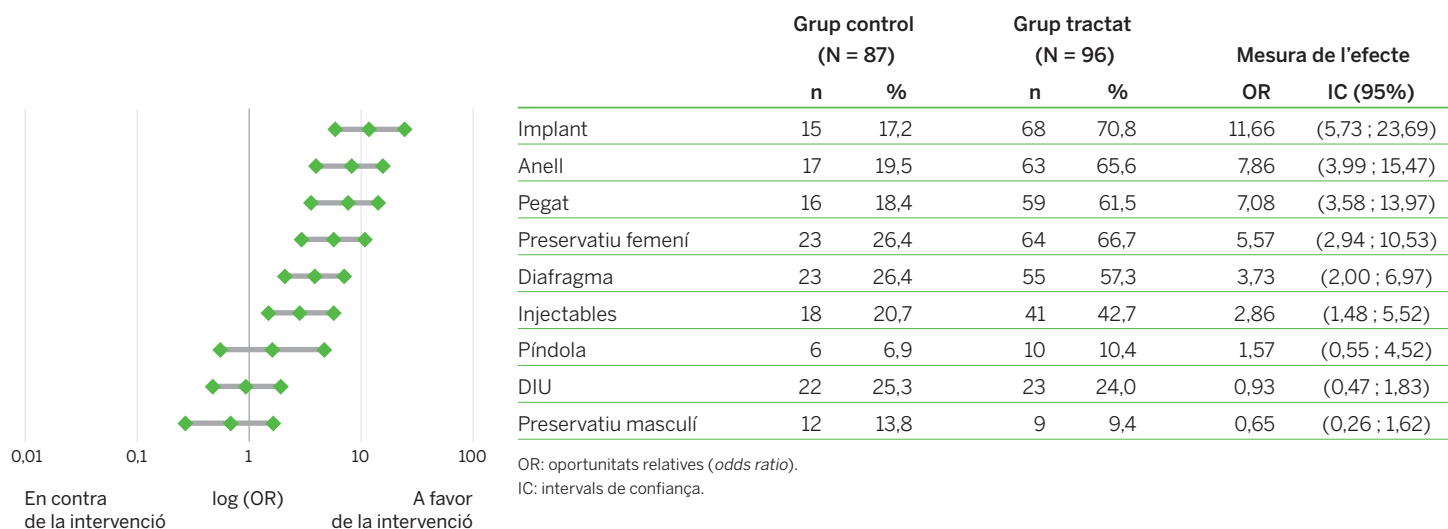
Gràfic 9. Participants que presenten millora en el coneixement induït de mètodes poscoïtals per grup d'edat, nacionalitat, nivell d'estudis i parella



Gràfic 10. Participants que presenten millora en el coneixement espontani dels mètodes anticonceptius



Gràfic 11. Participants que presenten millora en el coneixement induït dels mètodes anticonceptius



de mètodes anticonceptius pot ser, en gran part, deguda a aquest mètode. Al final de l'estudi, si es manté la mateixa tendència, l'increment diferencial entre grups serà estadísticament significatiu.

Per estrats d'edat, el grup de 25 a 39 anys és el que presenta una millora més important en el grup tractat respecte al grup control. En l'estratificació per nacionalitat s'observa un comportament homogeni en els dos estrats.

Entre les universitàries, la intervenció no sembla causar la millora en el grup tractat, ja que el grup control mostra un comportament similar. En canvi,

en les dones amb nivell d'instrucció inferior el percentatge de les que milloren duplica els percentatges de les de control. Tenir parella no influeix en l'efecte de la intervenció sobre l'ús de mètodes.

Respecte a la millora del coneixement espontani i induït dels mètodes anticonceptius precoïtals eficaços, la intervenció ha resultat molt efectiva. En aquest sentit, la intervenció està justificada. Pel que fa als mètodes anticonceptius postcoïtals, la significació estadís-

tica s'ha fet palesa en el coneixement induït. Com en el cas anterior, aquest resultat justificaria la intervenció.

Una fortalesa de l'estudi ha estat la coparticipació dels agents del territori i de les comunitats immigrades, que ha esdevingut cabdal en el desenvolupament i la implementació dels projectes. Tal com es preveia, han aportat coneixement real de l'entorn, de les dinàmiques comunitàries, de les necessitats d'usuaris i pacients, dels riscos i avantatges de diferents abordatges, han

contribuït a l'entrada i el seguiment de casos i, si finalment els resultats són satisfactoris, facilitaran el manteniment de la intervenció.

Com a conclusió, els resultats intermedis mostren que la intervenció ha incrementat el coneixement i, gairebé significativament, l'ús de mètodes contraceptius en dones immigrades i autòctones. Els resultats confirmen la utilitat del disseny sistemàtic i participatiu dels programes per reduir les desigualtats socials en salut. 🔑