

DISEÑAR EL FUTURO:

promoción de la investigación en salud sexual y reproductiva

Tecnología

Formulación de políticas y estrategias

Metodología

Dirección de la investigación

Implementación

Calidad

Difusión

Empoderamiento

Buenas prácticas

Ética

Apoyo activo



Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Nº67 - 2008



Entre Nous es una publicación de:
 Unidad de Políticas y Sistemas del País
 Oficina Regional para Europa de la OMS
 Scherfigsvej 8
 DK-2100 Copenhagen
 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

Editora
 Dra. Lisa Avery

Ayudante de edición
 Dominique Gundelach

Maquetación
 Sputnik Reckame Aps, Dinamarca
 www.sputnikreklame.dk

Imprenta (España)
 Estugraf, S.A.

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca.

Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3.000 ejemplares en inglés, 2.000 en español, 2.000 en portugués, 1.000 en búlgaro y 1.500 en ruso.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad en Bulgaria, en el marco de un proyecto del FNUAP.

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

En ruso: por la Oficina Regional para Europa de la OMS en Riga, Komerçfirma S&G.

En español: por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad, Condesa de Venadito, 34. 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 a cualquier lengua nacional 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 para Europa de la OMS.

Los artículos publicados en Entre Nous, no representan necesariamente la opinión 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 y los correspondientes documentos, por favor contacte con la Dra. Gunta Lazdane, Unidad de Sistemas y Políticas del País, oficina T-316, en la dirección señalada al principio. La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485.
 NIPO: 803-09-025-4

Impreso en papel reciclado libre de cloro

Editorial <i>Por Paul F.A. Vant Look</i>	3
Utilización de los resultados de la investigación para mejorar la salud sexual y reproductiva <i>Por Michael Mbizvo</i>	4
Evaluación estratégica de políticas, programas e investigación sobre los embarazos no planificados en Ucrania: la experiencia acumulada <i>Por Iryna Maglievkina</i>	6
El Instituto de Salud Materno-Infantil "Burlo Garofolo" de Trieste, Italia como centro colaborador de la OMS <i>Por Adriano Cattaneo, Giorio Tamburlini</i>	8
Embarazo no planificado: situación en los Países Bajos <i>Por Cecile Wijsen</i>	10
Explorar el enigma: la importancia de la investigación <i>Por Sibel Bilgin, Cem Turaman</i>	12
Grado de conocimiento sobre la anticoncepción de emergencia entre mujeres que solicitan la interrupción de su embarazo en la República de Armenia <i>Por Karine Arustamyan, Georgy Okoiev</i>	14
Tendencias en el comportamiento sexual entre estudiantes de secundaria en Eslovenia <i>Por Bojana Pinter</i>	16
Utilizar la investigación para influir en la política y mejorar los servicios <i>Por Ayse Akin</i>	18
Trabajar para una mejor educación sexual de la juventud en Europa <i>Por Angelika Heßling</i>	20
Diferencias en la investigación sobre violencia sexual y violencia de género <i>Por Els Leye, Kristien Roelens, Ines Keynaert, Patricia Claeys, Marleen Temmerman</i>	22
CeVEAS: desarrollar y utilizar pautas de actuación para promover la salud sexual y reproductiva <i>Por Vittorio Basevi, Dante Baronciani, Giulio Formoso, Barbara Paltrinieri, Daniela Spetoli</i>	24
Mejorar la salud reproductiva de los hombres <i>Por Trevor G. Cooper</i>	26
Curso de formación en investigación sobre salud sexual y reproductiva: relacionar las agendas de salud sexual y reproductiva con la metodología de investigación <i>Por Robert Thomson</i>	28
Adiós a Entre Nous en Hungría <i>Por István Batár</i>	30
Selección de publicaciones sobre Salud Reproductiva <i>Por Lisa Avery</i>	31

Entre Nous desea agradecer a los siguientes Centros Colaboradores por su contribución económica al número 67:

Centro Colaborador de la OMS para la Educación e Investigación sobre Reproducción Humana. *Fundación de Ginebra por la Educación y la Investigación Médica (GFMER)*

Centro Colaborador de la OMS para la Salud Sexual y Reproductiva. *Centro Federal para la Educación para la Salud (BzG)*

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación sobre Salud Reproductiva. *Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina de Ljubljana*

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow
 Asesora Senior para la Red de Trabajo Matrix sobre Salud Sede General de la OMS, Ginebra

D. Bjarne B. Christensen
 Jefe de Secretariado Sex y Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dña. Vicky Claeys
 Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN). Bruselas.

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

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

Dr. Evert Ketting
 Investigador Jefe de la Radboud University Nijmegen. Departamento de Salud Pública.

Dña. Nell Rasmussen
 Consultora Jefa Centro Danés para la Investigación sobre la Vulnerabilidad Social.

Dr. Peer Sieben
 Representante del FNUAP en Turquía y Director Nacional en Armenia, Azerbaijan y Georgia.

Dr. Robert Thomson
 Miembro de la Fundación Ginebra para la Educación e Investigación Médica.



La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que tuvo lugar, en 1994, en El Cairo (Egipto), consideró prioritaria la salud sexual y reproductiva en la agenda internacional para el desarrollo social y económico de países y comunidades. Muchos gobiernos y organizaciones internacionales, entre las que se incluye la OMS, se comprometieron con esta plataforma.

Aunque no debería resultar difícil plantearse la salud sexual y reproductiva como un reto importante, aun hoy, 18 años después, constituye un desafío importante el que se considere un tema central en los esfuerzos dirigidos a erradicar la pobreza, la enfermedad y la discapacidad. Cada año, la vida de 210 millones de mujeres se pone en peligro debido a complicaciones derivadas del embarazo. Además, más de medio millón de mujeres mueren por problemas relacionados con el embarazo; tres millones de niños/as mueren durante su primera semana de vida; al menos 120 millones de parejas no tienen acceso a métodos anticonceptivos; 80 millones de mujeres se enfrentan a embarazos no planificados o no deseados, y se producen 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables (sin contar el VIH y otras infecciones virales incurables).

El objetivo planteado por la ICPD para lograr el acceso universal a la salud reproductiva en 2015, se ha incorporado recientemente como segunda meta (5B) del quinto Objetivo del Desarrollo del Milenio: mejorar la salud materna. Además, se espera que en los próximos años cada vez un mayor número de países realicen más esfuerzos dirigidos a reforzar las políticas y programas sobre salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, para poder avanzar en esta área, es necesario que se den al menos tres condiciones. En primer lugar, la difusión del conocimiento básico necesario para la formulación de nuevas políticas, programas e intervenciones, tanto para su elaboración como para su puesta en marcha y difusión. En segundo lugar, un compromiso político firme para eliminar las barreras (políticas, culturales y religiosas) que impiden la difusión de la información y la creación de servicios adecuados para lograr mejoras en relación a la salud sexual y reproduc-

tiva. Por último, una adecuada dotación de recursos humanos y económicos.

Cabe señalar que la investigación tiene un papel relevante en todas y cada una de estas tres condiciones.

La investigación posibilita que las personas tengan más oportunidades de tener una vida sexual y reproductiva más saludable. Así, señala las necesidades y prioridades sobre esta área de la salud en el ámbito comunitario; genera conocimiento útil para formular y respaldar políticas y programas; identifica y fomenta las buenas prácticas; y contribuye al desarrollo de directrices, estrategias e intervenciones basadas en la evidencia. La aplicación cada vez más frecuente de las conclusiones obtenidas de la investigación, supone un refuerzo para los programas y políticas sobre salud sexual y reproductiva. Además, el uso de un enfoque multidisciplinar en la investigación -que tenga en cuenta los factores socioeconómicos y políticos, de los sistemas sanitarios así como la disciplina epidemiológica y biomédica- contribuye a asegurar que los aspectos importantes de la salud sexual y reproductiva se analicen desde diferentes perspectivas. Una investigación bien diseñada y que respete los principios éticos, aporta a las y los políticos/as de diferentes ámbitos -local, regional, nacional e internacional- el conocimiento necesario para proporcionar información y generar servicios de calidad a fin de que las personas puedan tomar medidas de protección en cuanto a su salud sexual y reproductiva, y ejercer sus derechos.

Proporcionar apoyo y mejorar la salud sexual y reproductiva han sido siempre objetivos de los Centros Colaboradores de la OMS, creados para prestar atención sanitaria en este ámbito. Basándose en la premisa de que "la mejor manera de beneficiarse de la investigación sobre temas de salud es mediante el apoyo, la coordinación y el uso de las actividades ya existentes en las instituciones", la Organización ha promovido la política -probablemente desde que se creó la OMS- de involucrar a las instituciones nacionales en la investigación, tanto a nivel nacional como internacional.

Los Centros Colaboradores de la OMS forman parte de una red institucional de colaboración establecida por esta Organización para desarrollar su estrategia global y dar apoyo a sus programas

nacionales, internacionales e interregionales. El objetivo principal de estos Centros es el de proporcionar servicios como soporte a los programas de la OMS y el de implicarse en el trabajo técnico para mejorar la salud en cada país.

Los Centros Colaboradores de la OMS deben participar en el fortalecimiento de los recursos y en la mejora de la salud de su país mediante la difusión de información, la provisión de servicios, la investigación y la formación.

Este número de *Entre Nous* se centra en la investigación realizada -en los desafíos que se han planteado y los éxitos conseguidos con dicha investigación- por varios de estos Centros Colaboradores de la OMS en la Región Europea, si bien se mencionan también otras entidades dedicadas a la investigación dirigida a mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva, tanto dentro de sus países como en toda la Región. Al centrarnos en el trabajo que realizan estas entidades, nuestra intención es que el lector o la lectora tenga una nueva visión de la importancia de la investigación en salud sexual y reproductiva, y en el ámbito de la salud en general.

Desearíamos transmitir en este número de *Entre Nous* que la investigación no consiste solo en diseñar estudios en un contexto científico y ético consistente y controlado, recoger y analizar datos, y mostrar después los resultados en congresos y documentos académicos. La investigación también ha de considerarse como una parte integral del desarrollo de los sistemas sanitarios y debe tener efecto en las personas, en las organizaciones y en la elaboración de políticas nacionales e internacionales. Solo entonces la investigación podrá reclamar su merecido lugar dentro del ámbito de la salud pública para cumplir con el objetivo de lograr una mejora de la salud sexual y reproductiva, así como del bienestar de las personas, comunidades y grupos de población.

Paul F.A. Van Look, Dr.
Director
Departamento de Salud Reproductiva
e Investigación
Sede de la OMS, Ginebra, Suiza.

UTILIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La investigación resulta útil para determinar qué intervenciones o tecnologías son las más adecuadas para mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR). Por ello, sus resultados deberían contribuir al diseño de políticas y proporcionar datos basados en la evidencia que sean útiles para el desarrollo y fortalecimiento de los programas de SSR. Cualquier conclusión extraída de una investigación bien diseñada sobre SSR, debería:

- Identificar las cuestiones clave, las carencias y las necesidades para mejorar la SSR.
- Generar nuevos conocimientos para avanzar en el campo de la SSR.
- Desarrollar técnicas, herramientas y nuevas directrices así como contribuir a mejorarlas.
- Identificar y poner en marcha las intervenciones en el ámbito de la prevención y la atención.
- Mejorar la utilización y asignación de recursos.
- Respalda los cambios y la adopción de buenas prácticas dirigidas a mejorar la SSR.

Es necesario que las y los profesionales que se dedican a esta disciplina utilicen estrategias innovadoras de comunicación y difusión de la información, ya que solo así se podrá garantizar que se obtenga el máximo beneficio de los resultados de la investigación. Por su parte, tanto las políticas y políticos como las personas promotoras de servicios, deben ser conscientes de que la investigación puede contribuir al desarrollo y modificación de las políticas y de sus prácticas. Por el contrario, la falta de diálogo entre los diferentes sectores implicados puede suponer un obstáculo importante para el adecuado uso de la investigación.

El camino hacia la implantación de la investigación

El cuadro 1 presenta un modelo de actuación para reforzar el uso de la investigación dirigido a mejorar la SSR. Su éxito depende en gran medida de que se difunda a través de los medios adecuados (artículos de periódicos, informes, documentos políticos) a los agentes implicados (investigadores/as, políticos/as, personal médico). Los artículos de las revistas especializadas están dirigidos a la comunidad científica, cuyo trabajo es asegurarse de que los resultados son consistentes y válidos. Una vez realizada esta tarea, los resultados pueden trasladarse a informes políticos y comunicados

Cuadro 1



de prensa que lleguen tanto al público general como a la clase política. Cuando sea preciso, y una vez iniciados los pasos necesarios para la elaboración de políticas que las respalden, las conclusiones de la investigación también podrán convertirse en directrices prácticas.

Por tanto, las conclusiones de la investigación pueden ser utilizadas para informar, desarrollar políticas y programas, y para reforzar la SSR. También pueden ser útiles para avalar buenas prácticas y, en algunos casos, y dependiendo de la naturaleza del estudio, las primeras conclusiones pueden servir para desarrollar y evaluar determinadas intervenciones. Cuando éstas tienen éxito, se difunden posteriormente a través de la formación y es posible integrarlas también en los sistemas sanitarios mediante un proceso de adopción y adaptación, para una aplicación más amplia.

En el sistema de atención a la SSR surgen preguntas, problemas y necesidades derivadas de su propio proceso; se trata de un proceso dinámico, que busca la eficiencia, la eficacia y la calidad en los servicios. Sin duda, todo ello incide en el tipo de prioridades y preguntas que se plantean en la investigación nacional e internacional. A continuación se presentan algunas preguntas que deben tenerse en cuenta en las diferentes etapas del continuo investigación-práctica.

Planificación de la investigación

- ¿Qué importancia tiene la investigación en los problemas prioritarios relativos a la SSR del país? Cuanta

más importancia tenga, más posibilidades habrá de que se utilicen sus resultados.

- ¿Qué vínculos y relaciones existen entre el equipo de la investigación y otros grupos involucrados? Cuanto más fuertes sean estos vínculos, mejor será la comunicación entre todas las partes interesadas y más oportunidades habrá de que se difundan y apliquen las conclusiones de la investigación.
- En relación con el tema que se investiga, ¿cuál es el grado de interacción entre los grupos de investigación y los servicios en los que finalmente se ponen en marcha los programas? Una interacción entre ambos es especialmente importante para el desarrollo de la investigación.
- ¿Se ha creado un equipo técnico asesor para el estudio? Este equipo se encarga de dirigir el proceso de planificación de la investigación e incluye tanto a personal investigador como a personas de otros grupos implicados.
- ¿Son rentables las intervenciones derivadas de la investigación? Es fundamental evaluar los costes de las intervenciones que se proponen teniendo en cuenta, siempre que sea posible, otras opciones de menor coste.
- ¿Qué grado de credibilidad posee el equipo investigador entre sus colegas y otros grupos involucrados? Una mayor credibilidad, aumentará la probabilidad de que las conclu-



Michael Mbizvo

siones extraídas de la investigación se difundan ampliamente y sean puestas en práctica.

- **¿La comunidad beneficiaria o la industria están interesadas en la investigación?** Si el interés es elevado, la probabilidad de que las conclusiones sean aplicadas será mayor.
- **¿Existe en el país una cultura de búsqueda de soluciones científicas a los problemas?** Que exista demanda de intervenciones y soluciones basadas en la evidencia es importante para que los resultados sean utilizados posteriormente. En ocasiones, puede suceder que, debido a la presión sociocultural, las y los profesionales del ámbito de la política tengan dificultades para aceptar las conclusiones de la investigación.
- **¿Resulta viable el proyecto de investigación propuesto?** Es importante seleccionar cuestiones que puedan tener respuesta con los métodos éticos disponibles.
- **¿Se ha tenido en cuenta la difusión de las conclusiones de la investigación durante su desarrollo y cuando finalice?** La implicación de diversos grupos a lo largo del proceso de investigación es tan importante como la difusión de las conclusiones una vez finalizado el proyecto de investigación.
- **¿Son apropiados y éticos el diseño de investigación y los métodos utilizados?** Este aspecto es fundamental para que las conclusiones sean sólidas y creíbles.
- **¿La investigación aborda temas de especial sensibilidad social?** Si es así, la investigación puede resultar más complicada de llevar a cabo. Pueden surgir grupos de oposición entre legisladores/as y políticos/as, lo que conduciría a largos debates sobre lo oportuno de la misma.

Durante la investigación

- **¿Se está llevando a cabo la investigación de acuerdo con los estándares científicos, tecnológicos y éticos que tienen un elevado reconocimiento?** No hacerlo así podría afectar a la credibilidad de la investigación y del equipo encargado de realizarla.
- **¿Qué acciones se llevan a cabo para asegurar que todos los avances de la investigación se comunican a los grupos implicados y, especialmente, a la comunidad en la que se está realizando la investigación?** Una forma

de mantener el interés de todas las personas implicadas es incorporarlas en los grupos de asesoramiento técnico para el proyecto de investigación.

- **¿Se están tomando medidas para asegurar el cumplimiento de los criterios éticos y de seguridad durante la investigación?** Todos los datos recogidos deben tener un seguimiento exhaustivo durante la investigación. Así se asegura que: (1) el equipo de investigación pueda tomar a tiempo las medidas necesarias para proteger a la población diana de posibles efectos indeseables derivados de la misma; (2) si los datos preliminares indican beneficios significativos de la intervención, al grupo de control no se le deniegue la intervención basándose en el interés científico.
- **¿Existen mecanismos de revisión y retroalimentación dentro del proyecto de investigación?** Así se garantiza que el proyecto se desarrolla según los objetivos
- **¿Se ha tenido en cuenta la capacidad del ámbito local para llevar a cabo el proyecto de investigación?** Lo deseable es implicar y formar al personal de este ámbito en el proceso de investigación. Esto ayuda a alcanzar los objetivos a largo plazo cuando se utiliza la investigación para solucionar problemas de salud pública.

Cumplir el objetivo de la investigación

- **¿Se han tomado medidas que aseguren que las conclusiones se trasladan al ámbito político y a la población general mediante documentos políticos y notas de prensa en un tiempo razonable?** Estos documentos resultan útiles para informar a las y los políticos/as de las recomendaciones elaboradas a partir de las conclusiones de la investigación. Las notas de prensa tienen como objetivo informar a los medios de comunicación y a la población sobre dichas conclusiones.
- **¿Se ha tenido especial cuidado en preparar ambas formas de comunicación asegurando que las conclusiones se puedan trasladar al contexto local?** Esto es especialmente importante en el caso de investigaciones realizadas a nivel global o en el ámbito nacional ya que no siempre las conclusiones pueden generalizarse a otros contextos.
- **¿Son compatibles las conclusiones con el sistema sanitario existen-**

te? Aquellas intervenciones que implican cambios menos radicales, tienen más probabilidades de ser llevadas a cabo.

- **¿El personal sanitario se muestra receptivo ante las intervenciones propuestas?** Para que se produzca una transformación real, el personal debe ser propenso al cambio. Informar a las y los profesionales sobre la investigación y sus conclusiones puede mejorar su receptividad ante las nuevas intervenciones.
- **¿Cómo se va a gestionar la promoción para el cambio y quién se encargará de ello?** Las campañas de motivación para el cambio deben implicar a todos los sectores y a las personas más implicadas para llevarlas a cabo (medios de comunicación, grupos de influencia...) y han de llegar a los grupos que deben ser informados y convencidos (políticos/as, directores/as de programas, usuarios/as).
- **¿Son las pruebas lo suficientemente consistentes como para sugerir cambios (a nivel político y práctico)?** Toda recomendación que no esté respaldada por pruebas contrastadas tiene menos probabilidades de que se ponga en marcha.
- **¿Estarán disponibles los recursos a lo largo de toda la implantación?** Para llevarla a cabo es necesario contar con recursos siempre disponibles y además sostenibles.
- **¿El equipo de investigación se implicará en el proceso de aplicación de las conclusiones?** La prueba fundamental para cualquier investigación es la puesta en práctica. Todo el equipo puede aprender mucho sobre su campo de investigación si permanece implicado en la implantación de sus conclusiones en la práctica.

Finalmente, el principio que rige toda investigación es el de aportar algo nuevo a lo que previamente existe o el de reforzar las pruebas en base a las cuales se toman las decisiones. Pero el objetivo primordial, en este caso, es el de mejorar el bienestar de la comunidad mediante la propuesta de soluciones basadas en las pruebas más eficaces, eficientes y seguras que existan.

Michael Mbizvo

Coordinador, Sede del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Sede de la OMS, Ginebra - Suiza
mbizrom@who.int

EXPERIENCIA ACUMULADA

El Enfoque Estratégico de la OMS para Reforzar las Políticas y Programas sobre Salud Sexual y Reproductiva ha servido como marco metodológico para identificar y priorizar necesidades en los servicios así como tecnologías sobre la salud sexual y reproductiva (SSR). Además, resulta útil para evaluar las intervenciones necesarias según las prioridades, y para aplicar las intervenciones avaladas por una buena evaluación a nivel nacional. Las decisiones estratégicas imprescindibles para mejorar en las áreas de la SSR seleccionadas se elaboran a partir de este enfoque multidisciplinar.

El objetivo de la evaluación estratégica (ES) en Ucrania era el de:

1. Determinar la calidad de los servicios de planificación familiar e interrupción voluntaria del embarazo.
2. Desarrollar intervenciones sostenibles dirigidas a mejorar la calidad de la SSR.
3. Disminuir la necesidad de centros para la interrupción voluntaria del embarazo.
4. Mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y centros para la interrupción voluntaria del embarazo tanto públicos como privados en todo el país.
5. Apoyar al Ministerio de Sanidad en la coordinación de recursos dirigidos a reforzar dichos servicios y centros.

Con este artículo se pretende compartir los desafíos y la experiencia acumulada durante el desarrollo de la ES en Ucrania.

Primeros pasos

Desde el inicio del proceso, con el fin de garantizar el éxito de la ES, se involucraron diferentes grupos ya que la implicación de la clase política y de grupos de referencia importantes resulta imprescindible para cumplir con los objetivos de una ES. En 2004, la OMS organizó talleres sobre las últimas técnicas disponibles para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva. En estos talleres se abordó la interrupción del embarazo de manera segura y, Ucrania, al igual que otros cuatro países (Rusia, la República de Moldavia, Letonia y Lituania) participó con personal del Ministerio de Sanidad y de organizaciones profesionales y no gubernamentales (ONGs).

La experiencia ha demostrado que, debido a que la ES implica realizar un trabajo multidisciplinar, era importante establecer una buena relación entre todas las personas participantes desde el principio ya que, de no ser así, se podría comprometer

el éxito de las actividades de planificación. Una vez que todos los equipos se reúnen y aceptan la idea de una ES, se puede comenzar a desarrollar las propuestas.

Desarrollo de propuestas

Que el desarrollo de propuestas supone un desafío, no es algo nuevo. El primer reto consistía en preparar una propuesta en un formato específico; con la posibilidad de que no todas las personas participantes estén familiarizadas con ese formato.

El segundo desafío consistía en redactar en inglés dicha propuesta. Las traducciones necesarias, tanto directas como inversas, requerían un tiempo. Debido al escaso conocimiento de este idioma en Ucrania, la comunicación directa entre el consultores/as internacionales angloparlante y las personas de origen ucraniano fue extremadamente difícil. Como consecuencia de ello, muchos de los comentarios y preguntas realizadas por parte de las y los consultores/as internacionales no obtenían respuesta en un tiempo razonable y solamente la elaboración de las propuestas llevó más de un año.

Como solución a este segundo desafío, se asignó un coordinador que hablaba inglés y ruso para trabajar directamente con el Ministerio de Sanidad y el equipo consultor internacional. Esta decisión resultó ser muy positiva y hubiera ahorrado muchísimo tiempo si se hubiera tomado antes.

El tercer reto era decidir la organización responsable de la implantación de la ES en el país. La mejor solución hubiera sido contar con una ONG de ámbito nacional. Sin embargo, no existen en Ucrania este tipo de organizaciones y se tuvo que optar por una de ámbito local. Era importante identificar una ONG local que se implicara en la ES desde el principio y que fuera también responsable de su implantación, no solo en su región sino a nivel nacional.

Talleres a nivel nacional para la elaboración de instrumentos de recogida de datos

Se llevó a cabo un taller sobre planificación en el que participaron varios grupos con representatividad en la materia con el objetivo de identificar los temas y áreas prioritarias que debían ser evaluados utilizando la metodología de la ES.

Un grupo de expertas y expertos del Ministerio de Sanidad elaboró un documento básico sobre los antecedentes en el que se reflejaba la situación del área de planificación familiar, embarazos no planificados e interrupción voluntaria del embarazo. Este documento sirvió como referencia para identificar aspectos estratégicos para el trabajo posterior.

Desafortunadamente, este documento de base no estuvo disponible para todas las personas que participaron en el taller con el tiempo suficiente para permitirles trabajar sobre él. Es muy importante asegurarse de que todas las personas participantes reciban y revisen los antecedentes antes del inicio del taller de preparación para poder desarrollar el trabajo de campo.

En cuanto a esta tarea, se crearon dos equipos encargados de adaptar las herramientas a las necesidades y cuestiones clave que surgían en Ucrania. Puesto que se trata de un país extenso y la calidad de los servicios sanitarios es similar en todo su territorio, se eligieron dos regiones para llevar a cabo el trabajo de campo.

Cabe señalar que, para una mayor optimización del trabajo, hubiese sido deseable una representación más amplia y heterogénea de las diferentes partes implicadas, puesto que había numeroso personal sanitario en ambos equipos, sin embargo, se contó con un número reducido de periodistas y de profesionales de la educación en igualdad. Además, las y los políticos/as de alto nivel solo pudieron participar algunos días debido a su agenda de trabajo. Todo ello, sin duda influyó



en la capacidad de los equipos para mantener un enfoque multidisciplinar y para llevar a cabo la ES. Afortunadamente, pudimos superar esta situación mediante la incorporación de representantes de varios ámbitos (educación, económico, social y de comunicación) en los equipos de la ES.

También se desarrollaron guías de entrevista durante el taller. Sin embargo, debido a la desigualdad de las y los participantes en cuanto al nivel de conocimiento en la materia, no se pudo dedicar demasiado tiempo a la elaboración de instrumentos y a evaluarlos. De no haber existido este inconveniente, se habría alcanzado una mejor comprensión del proceso y disminuido las dificultades de los primeros días. Igualmente, hubiese sido positivo contar con documentos básicos con antecedentes de otras ES como referencia para mejorar el entendimiento de cómo debería ser el producto final (entrevista e instrumentos para la observación).

El taller también es el espacio apropiado para desarrollar los diferentes apartados y la estructura del informe final de evaluación del trabajo de campo. Se puede asegurar que todos los equipos pueden comunicarse entre ellos de forma efectiva y realizar la recogida de datos de la misma manera.

Preparación del trabajo de campo

Lo que supuso el mayor obstáculo durante la preparación del trabajo de campo fue la firma, por parte del Ministerio de Sanidad, del documento oficial,

“Prikaz”, imprescindible para la ES, que tuvo lugar tan solo una semana antes de la fecha señalada para el inicio de este trabajo. Además, este documento se recibió en aquellos lugares seleccionados el día anterior a empezar el trabajo de campo. Obviamente, este hecho generó una situación estresante llegando incluso a poner en duda si se podría o no realizar la ES. Pero se resolvió gracias al apoyo de la administración local, a todos los equipos involucrados y al interés y actitud que mostraron las y los profesionales de la salud y las personas que pertenecían a la comunidad.

Debido al elevado número de entrevistas y grupos de discusión que había que realizar diariamente, era fundamental realizar un buen trabajo de preparación para asegurar el éxito de la ES durante el trabajo de campo. Esta metodología de investigación resultaba nueva para muchas de las personas que conformaban los equipos y por ello los debates que tenían lugar durante las tardes eran muy interesantes pero, al mismo tiempo, llevaban mucho tiempo.

El manejo del tiempo es un aspecto fundamental, como lo son la flexibilidad y la creatividad. Así, se pudo comprobar que dividir los equipos entre responsables de la organización y responsables de realizar las entrevistas, contribuyó a disminuir la carga de trabajo.

Trabajo de campo

El mayor desafío fue el de transmitir a las personas entrevistadas que el objetivo de

la ES no era el de encontrar culpables o señalar errores sino el de identificar las áreas a mejorar y los fallos del sistema. Puede llevar algún tiempo que el personal sanitario de los centros de salud entiendan que el equipo investigador, compuesto por personas expertas, no procede del Ministerio de Sanidad ni su objetivo es el de controlar y castigar. Sino que se trata de un método que permite que todas las personas implicadas, desde hombres y mujeres en situación de exclusión hasta responsables de la Administración Local, colaboren en la mejora de la SSR en Ucrania.

La disposición para el cambio es fundamental de cara a realizar la ES con éxito y continuar mejorando el sistema. Además, todas las personas que participen en ella deben tener asegurado su anonimato y la posibilidad de hablar con libertad sin estar expuestas a represalias.

Sin embargo, resultó ser una oportunidad interesante para que las personas que conformaban los equipos de trabajo descubrieran diversas actitudes y prácticas, y para debatir sobre lo visto y oído de manera conjunta. Incluso el propio proceso de la ES sirvió como ejercicio para potenciar las capacidades de todas las personas que participaron en él.

Conclusión

El borrador del informe sobre el trabajo de campo ya está preparado y las recomendaciones serán debatidas durante el encuentro organizado para su difusión, donde estará presente un grupo de personas influyentes en este proceso mayor del que participó en el trabajo de campo. Esperamos que estas recomendaciones sean consensuadas y que sirvan de base para las acciones futuras en Ucrania dirigidas a mejorar la salud de las mujeres y de sus familias.

Referencias

1. OMS. “Enfoque estratégico de la OMS para reforzar las políticas y programas sanitarios sobre salud sexual y reproductiva”. Ginebra, OMS, 2007
http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm (disponible en ruso y en inglés)

Dra. Iryna Mogilevkina

Profesora de Obstetricia, Ginecología y Perinatología
Universidad Médica de Donetsk
Ucrania
imogilevkina@gmail.com

UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN LA MEJORA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL:

En 1992, el Instituto de Salud Infantil de Trieste (Italia) fue designado por primera vez como Centro Colaborador de la OMS. Desde entonces hasta ahora, cada cuatro años se ha ido renovando. Los términos en que se acuerda esta colaboración en 2004, son muy similares a los establecidos en 1992 e incluyen:

- Realización de actividades de investigación dirigidas al desarrollo y evaluación de las tecnologías e intervenciones más adecuadas para los programas e iniciativas de la OMS sobre salud materna e infantil.
- Desarrollo y evaluación de pautas de actuación y materiales de formación sobre el uso de tecnologías e intervenciones adecuadas relacionadas con dichos programas e iniciativas de la OMS.
- Apoyo para la introducción e implantación -incluyendo la evaluación- de programas, planes e iniciativas de la OMS relacionadas con la salud materna e infantil.

Contribuciones de la investigación a la mejora de la salud materno-infantil

Durante los últimos 15 años, el Centro ha contribuido de manera activa a la investigación, desarrollo e implantación de programas en diferentes ámbitos relacionados con la salud materna e infantil. A continuación se presentan algunos de estos proyectos.

• Método “Madre Canguro” (MMC)

Este método fue creado en 1979 por los doctores Rey y Martínez en Bogotá (Colombia) y se trata de un método de atención aceptado universalmente y que es importante para las y los bebés, pero especialmente para prematuras/os.

El MMC tiene tres principios básicos: el contacto piel a piel entre madre y bebé, la alimentación exclusiva a través de la lactancia y el apoyo médico, emocional y psicológico tanto para la madre como para el hijo o hija. Además, incluye el criterio de dar el alta hospitalaria lo antes posible. En lugares donde los recursos son limitados, ésta es una manera efectiva de ayudar a satisfacer las necesidades de calidez, alimentación, protección frente a las infecciones, seguridad y afecto de las y los bebés.

Después de la experiencia inicial en Maputo (Mozambique) y tras concluir un estudio aleatorio controlado (1), el Centro organizó en 1996 una conferencia internacional sobre el tema que dio origen a la Red Internacional sobre el MMC. Esta Red se reúne cada dos años y el séptimo encuentro tuvo lugar en Uppsala (Suecia) del 6 al 11 de octubre de 2008 (www-conference.slu.se/KM-Ceupe08/). El personal del centro -en nombre de la OMS- desarrolló, en colaboración con profesionales con experiencia, una guía práctica sobre este método.

• Planificación de la atención perinatal

En muchos países se ha generalizado la utilización de tecnologías cuyo coste económico es muy elevado. Sin embargo, con frecuencia, no existen pruebas consistentes sobre su efectividad, el personal no posee una formación adecuada y no cuenta con apoyo técnico, ni con una evaluación estratégica previa de las necesidades.

El Centro organizó un curso breve sobre planificación de la atención perinatal en 1997. El objetivo de dicho curso era el de ayudar a las personas que toman las decisiones y diseñan políticas a elegir las tecnologías más apropiadas, dentro de las disponibles, para la atención perinatal en cada contexto social (principalmente el de la clase media). Este curso se repitió varias veces en Trieste y también en otros países del este de Europa y en Latinoamérica. Como continuación al curso, el personal del Centro ofreció apoyo y seguimiento a diversas iniciativas de ámbito nacional dirigidas al desarrollo de planes para la atención perinatal.

Los contenidos y métodos del curso se integraron recientemente en un curso de verano sobre Enfoques de Salud Pública a la Salud Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente que tuvo lugar en Trieste este mismo año (www.burlo.trieste.it/?Lang=european-school). La experiencia adquirida a través de todas estas actividades ha permitido al Centro contribuir de forma activa al desarrollo de la Estrategia de la OMS sobre Salud y Desarrollo Infantil y Adolescente . (www.euro.who.int/childhealthdev/strategy/20060919_1)

• Atención Perinatal Básica

En cifras generales, casi la mitad de todas las muertes infantiles ocurren entre recién nacidos/as y, de ellas, dos tercios tienen lugar durante la primera semana de vida. Entre las principales causas de estos fallecimientos neonatales se encuentran la anoxia durante el parto, las infecciones (neumonía, diarrea, septicemia, VIH), las patologías congénitas y los partos prematuros. La mayoría de estas causas son prevenibles o tratables, y por ello se puso en marcha el proyecto de Atención Perinatal Básica. Este proyecto se centra en intervenciones preventivas sencillas, de bajo coste, disponibles y rentables que pueden ponerse en marcha en tres contextos diferentes de la atención: casa/familia, centro de salud y hospital de referencia.

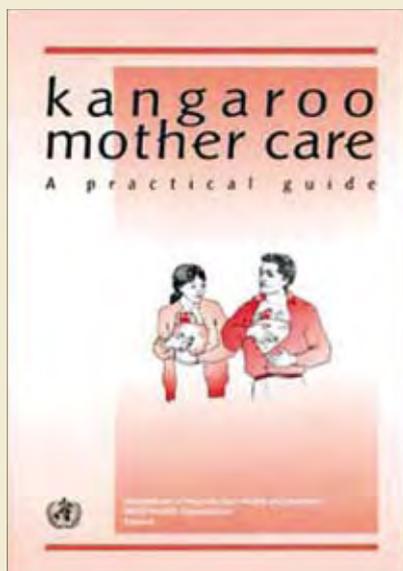
En 1998, el Centro desarrolló, en colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Europa, un manual y un curso sobre este proyecto (www.euro.who.int/document/e79227.pdf). El objetivo era el de revisar las pruebas y buenas prácticas existentes sobre prevención de



Giorgio
Tamburlini



Adriano
Cattaneo



la mortalidad y morbilidad neonatal, y ayudar a integrar estas prácticas en los sistemas y métodos de atención sanitaria ya existentes. Dicho curso, traducido al ruso y al portugués, se impartió en diversos países de la Región Europea de la OMS (3) y también en varios estados de Brasil. En este último país se evaluó además la efectividad del manual.

El trabajo sobre Atención Perinatal Básica ha continuado a lo largo de los años y ha contado con la colaboración de la oficina de la OMS en Ginebra para el desarrollo y evaluación de un nuevo material de formación (4).

• Lactancia

La lactancia se reconoce hace tiempo como la forma ideal en que las y los bebés obtienen todos los nutrientes necesarios para tener un crecimiento y desarrollo saludables. El personal del Centro ha mostrado una actitud muy activa hacia la promoción y defensa de la lactancia desde el principio. Prueba de ello es que llevó a cabo uno de los escasos estudios controlados que existen sobre su efectividad dentro del conjunto de acciones de la "Iniciativa del Hospital Adaptado para Bebés" (5).

Desde 2002, el Centro coordina los proyectos financiados por la UE para el desarrollo de un Anteproyecto de Acción, elaborado por primera vez en 2004 y que está disponible online (http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promo-

[tion_2002_18_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion_2002_18_en.htm)) en diferentes idiomas. El proyecto continuó con una evaluación piloto de este Anteproyecto en ocho países de la UE que permitirá, a mediados de 2008, la publicación del Anteproyecto revisado y evaluado in situ. Durante esta evaluación piloto, el Centro ha contribuido al desarrollo, en 2006, de una serie de recomendaciones sobre alimentación de bebés y niños y niñas de corta edad.(6)

Conclusiones y direcciones futuras

Además de todo lo mencionado anteriormente, el Centro ha llevado a cabo investigación y desarrollo de actividades en otros ámbitos, desde la meningitis bacteriana a la violencia infantil o la identificación de fallos para mejorar la atención obstétrica. A lo largo de los años, el Centro ha ido cambiando el lugar donde realiza la intervención -de África Subsahariana a Europa del este- y las áreas temáticas -de la investigación, desarrollo y formación sobre tecnología, hasta el desarrollo de planes y políticas centradas en las desigualdades-. Este último cambio se puede explicar mejor haciendo referencia a una frase que Giorgio Tamburlini y Adriano Cattaneo que forman parte del personal directivo del Centro- escribieron en una carta para *Lancet*: "centrar las intervenciones solo en reducir la mortalidad infantil parece un objetivo limitado, al disminuir las posibilidades de actuar sobre factores que pueden aumentar la exposición y la vulnerabilidad de las niñas y niños ante la enfermedad que, finalmente, puede llevarles a la muerte o a tener una mala calidad de vida" (7).

El Centro se plantea continuar llevando a cabo investigación sobre salud materna e infantil con este objetivo, de manera que pueda servir para favorecer mejoras en las políticas, así como para proporcionar formación y directrices que mejoren la calidad de la atención, y compartir el conocimiento a través de la educación y difusión de la información. Todo ello con el fin de ayudar a que las buenas prácticas y las conclusiones de la investigación resulten fácilmente accesibles para todas las personas.

Referencias

1. Cattaneo A., Davanzo R., Worku B. "Método Madre Canguro para bebés con bajo peso al nacer: estudio controlado al azar en diferentes contextos" *Acta Paediatr* 1998;87:976-85
2. OMS "Guía práctica sobre el Método Madre Canguro". OMS, Ginebra, 2003
3. Uxa F., Bacci A., Mangiaterra V., y col. Actividades de formación sobre Atención neonatal básica: 8 años de experiencia en Europa del Este, Caucasia y Asia Central. *Semin Fetal Neonatal Med* 2006;11:58-64
4. McClure EM, Carlo WA, Wright LL y col. "Evaluación del impacto educacional del curso sobre Atención Neonatal Básica de la OMS en Zambia. *Acta Paediatr* 2007; 96:1135-8
5. Cattaneo A., Buzzetti R. "Efectos de la iniciativa de formación en el hospital adaptado para bebés sobre las tasas de lactancia" *BMI* 2001; 323:1358-62
6. Red Europea de Salud Pública par la Nutrición: Red para el Seguimiento, la Intervención y la Formación (EUNUTNET). "Alimentación de bebés y niños/as pequeños/as: recomendaciones para la Unión Europea. Comisión Europea, Directorado de Salud Pública y Evaluación del Riesgo. Luxemburgo, 2006. http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activites/research_develop.htm
7. Tamburlini G., Cattaneo A. "El mayor desafío de la barrera" *Lancet* 2005; 366:1357-8

Adriano Cattaneo

Epidemiólogo, Coordinador del Centro Colaborador de la OMS sobre Salud Materna e Infantil Trieste, Italia
cattaneo@burlo.trieste.it

Giorgio Tamburlini

Director Científico
Instituto para la Salud Infantil IRCCS Burlo Garfalo Trieste, Italia
tamburlini@burlo.trieste.it

EMBARAZO NO PLANIFICADO: SITUACIÓN EN LOS PAÍSES BAJOS

Al igual que los Centros Colaboradores, el Centro Experto sobre Sexualidad “Rutgers Nisso Groep Expert” de los Países Bajos ha trabajado en el ámbito de la salud sexual y reproductiva durante décadas. El Rutgers Nisso Groep pretende mejorar los programas de salud sexual y reproductiva mediante la revisión continua de la experiencia acumulada, buenas prácticas, experiencias que pueden adaptarse a otros contextos y de nuevas formas de trabajar.

El Centro tiene un departamento de investigación en el que se estudian aspectos de la salud sexual y reproductiva y se evalúan programas educativos. Uno de los principales objetivos es el de facilitar que la información sobre sexualidad sea fácilmente accesible. Por otra parte, cuenta con programas educativos sobre sexualidad efectivos que contribuyen al empoderamiento de la juventud para que cualquier joven pueda tomar decisiones informadas en lo relativo a su sexualidad y su bienestar sexual.

Los datos sobre la situación en los Países Bajos indican que la mayoría de las mujeres en edad reproductiva que no desean quedar embarazadas utilizan algún método anticonceptivo. Además, la sociedad neerlandesa es muy tolerante en cuanto a las relaciones sexuales en la población joven. Por ello, se considera importante que se protejan no solo contra las ITS (enfermedades de transmisión sexual) sino también contra los embarazos no deseados. Así, en este país existe una baja tasa de interrupciones voluntarias del embarazo y se dan pocos casos de embarazos no deseados. Esta es, en pocas palabras, la situación actual de los Países Bajos, comparativamente mejor que la de otros países. Si bien se ha de mejorar, ya que una revisión de la investigación en el ámbito de la salud reproductiva realizada recientemente ha permitido demostrar que no todas las mujeres neerlandesas pueden prevenir embarazos no deseados o tienen las condiciones que lo permita.

En los últimos años en los Países Bajos se han realizado dos estudios con muestras de población representativas sobre comportamiento y salud sexual. En 2005, “Sexo entre menores de 25”, participaron 4.820 jóvenes de entre 12 y 18 años (1) y, un año más tarde, el estudio “Salud sexual en los Países Bajos en 2006” se realizó con una muestra de

4.147 hombres y mujeres de entre 19 y 70 años (2). Estos dos importantes estudios han ayudado a comprender la situación actual en este país en relación con los embarazos no deseados.

Anticoncepción

En este punto se presentan algunos datos para ayudar a comprender la situación relativa al uso de métodos anticonceptivos en los Países Bajos. Una amplia mayoría de las mujeres neerlandesas entre 12 y 45 años utiliza algún método anticonceptivo. Entre las jóvenes sexualmente activas de 12 a 18 años, nueve de cada diez también lo utilizan, lo que significa que una de cada diez (11%) no utiliza ninguna protección frente a un embarazo no planificado.

En cuanto al uso de anticonceptivos, éstos son accesibles para la gente joven. La gran mayoría (78%) elige la píldora; la cuarta parte (27%) opta por el condón, mientras que uno/a de cada cinco (20%) utiliza ambos métodos simultáneamente.

La utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes difiere de las mujeres adultas, consideradas de 19 a 45 años. Entre la población adulta, el 28% de las mujeres utiliza la píldora anticonceptiva, el 6% el preservativo masculino y el 11% opta por la combinación de ambos métodos. Aunque las mujeres adultas también hacen un mayor uso de otros métodos también disponibles; los llamados “nuevos anticonceptivos”, como el anillo vaginal o el parche anticonceptivo, no están demasiado extendidos en este grupo de población. Por último, el 13% de las mujeres opta por la ligadura de trompas, o la vasectomía en el caso de los hombres, y un 7% utiliza un DIU.

Por lo tanto, resulta obvio que la edad es un predictor consistente de la elección del método anticonceptivo: las mujeres de mayor edad tienden a elegir métodos de mayor duración o permanentes. Por supuesto, la edad también se correlaciona con el número de hijos/as y el tipo de relación de pareja, y ambos factores a su vez tienen un efecto importante sobre el método elegido (ver tabla 1) (1, 2).

Número de embarazos no planificados

Un tercio de los embarazos que se producen no son planificados. Sin embargo, cuando tanto hombres como mujeres se

enfrentan a dicha situación, finalmente la mayoría desea continuar adelante con el embarazo. Por ello, solo una minoría de los embarazos no planificados se consideran embarazos no deseados.

El riesgo de un embarazo no planificado es evidente para las mujeres que mantienen relaciones sexuales sin protección, para las que utilizan métodos anticonceptivos poco fiables y para aquellas que utilizan incorrectamente el método anticonceptivo. Extrapolando los datos extraídos de los estudios con población neerlandesa, se estima que cada año alrededor de 67.000 (CI 46000-96000) embarazos se producen por no utilizar métodos anticonceptivos. Los motivos por los que no se utilizan son muy variados y van desde los religiosos hasta la ambivalencia frente al deseo de ser madre.

La segunda causa más importante por la que tienen lugar embarazos no planificados es el uso ineficaz o incorrecto de los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, el olvido en la toma de una o más píldoras anticonceptivas, o la mala colocación o retirada del condón, que puede producir roturas o escapes. Los datos indican que en los Países Bajos casi una de cada cinco mujeres (18%) no utiliza correctamente el método anticonceptivo durante seis meses consecutivos, lo que conlleva que cada año se produzcan varios miles de embarazos no planificados.

También la probabilidad de un uso incorrecto depende del tipo de método anticonceptivo. Por ejemplo, las mujeres que utilizan la píldora anticonceptiva con frecuencia tienen problemas para tomarla correctamente y más de una cuarta parte de ellas, refiere no haberla ingerido de manera adecuada en los últimos seis meses.

Píldora postcoital

Desde enero de 2005 las mujeres neerlandesas pueden optar a la píldora postcoital, con o sin receta médica, lo que ha implicado un aumento significativo de su venta: un 65% durante el primer año. Mientras un 3,5% de las jóvenes entre 12 y 19 años refieren haberla utilizado durante el último año, entre las mujeres de 19 a 49 el porcentaje es menor, del 2.2%. Un estudio realizado entre las



Figura 1



Tabla 1

Uso de métodos anticonceptivos, en porcentaje, entre las mujeres holandesas, por edades (2005-2006)

	12-18*	19 - 29	30 - 39	40 - 49
Ningún anticonceptivo	19,6	22,4	30,2	40,2
Píldora	51,0	40,9	25,5	17,8
Píldora y condón	28,0	19,9	9,4	3,8
Condón	1,6	5,7	8,1	5,3
DIU	0,6	7,2	9,9	3,6
Esterilización	0,0	0,2	12,5	26,7
Otros	0,9	3,7	4,4	2,6

*Solo entre chicas sexualmente activas.

usuarias de este tipo de anticoncepción de emergencia, reveló que la mayoría tenía menos de 25 años, no tenía hijos/as, principalmente pertenecía a la población autóctona, con un buen nivel educativo y, habitualmente, con pareja estable (3). Estos datos nos plantean que las usuarias de la píldora no pertenece al conocido “grupo de riesgo” ante los embarazos no planificados.

Por otra parte, hay que señalar que las mujeres que no son de origen neerlandés tienen unas tasas más elevadas de interrupciones voluntarias del embarazo.

En comparación con las mujeres que han interrumpido su embarazo, se observó que las usuarias de la píldora postcoital utilizan con mayor frecuencia métodos anticonceptivos. Si bien, aunque hacen un mejor uso de la anticoncepción, terminan utilizando anticoncepción de emergencia.

Según los datos, las usuarias de este método de emergencia pueden dividirse en tres grupos: las que no habían utilizado ningún método anticonceptivo (33%) porque se vieron “sorprendidas” por una primera relación sexual y es después cuando se dan cuenta del riesgo de embarazo al que se han expuesto. El segundo grupo son las mujeres cuyo método anticonceptivo ha fallado (54%); su intención es la de prevenir el embarazo pero la mayoría de ellas olvidó tomar una o más píldoras, o bien el preservativo masculino se había roto. Finalmente, el tercer grupo (10%) está compuesto por mujeres que utilizan la píldora postcoital como medida preventiva, la tienen en su casa y la toman sin que exista una necesidad real.

Interrupción voluntaria del embarazo

Cuando una mujer desea poner fin a un embarazo no planificado puede acudir

a cualquiera de las 16 clínicas públicas existentes de manera gratuita, ya que los costes están cubiertos por la Seguridad Social mientras resida en los Países Bajos. Anualmente se realizan algo menos de 33,000 interrupciones del embarazo; y de éstas, alrededor de 4.500 se llevan a cabo con mujeres que no residen en los Países Bajos pero que vienen a nuestro país con este fin.

La tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en los Países Bajos es del 8.6 por mil mujeres entre 15 y 44 años (4). Aunque se dio un aumento en esta tasa a finales de los años noventa, ha permanecido estable durante los últimos cinco años. Según los datos, una de cada diez mujeres adultas ha tenido al menos un aborto en su vida (2).

Entre las adolescentes, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo durante los años ochenta y noventa fue muy baja. Posteriormente, dicha tasa aumentó drásticamente. Si bien esta tasa descendió y en 2006 era solo del 7,4 por mil (ver cuadro 1) (4), debido a la efectividad de las intervenciones preventivas que se llevaron a cabo con adolescentes pertenecientes a los grupos de riesgo.

Conclusión

La investigación realizada sobre los embarazos no planificados muestra que, en general, las mujeres neerlandesas tienen la capacidad y los medios para prevenirlos. Cuando se realizan análisis comparativos de ámbito internacional, las tasas de IVE de los Países Bajos se encuentran entre las más bajas del mundo.

Aún así, los datos todavía muestran que existe un grupo considerable de mujeres que presenta dificultades para prevenir embarazos. Nuestra baja tasa de interrupciones voluntarias del embarazo

y de embarazos entre adolescentes no puede ser de ningún modo una excusa para pensar que ya se ha hecho todo lo necesario. De hecho, los dos estudios mencionados anteriormente muestran que un grupo bastante numeroso de mujeres todavía necesita que continúemos realizando esfuerzos para prevenir embarazos no planificados.

Referencias

1. De Graaf H, Meijer S., Poelman J. y col. (*Sexo entre menores de 25. Salud Sexual de la gente joven en los Países Bajos en 2005*). Delft: Eburon.
2. Wijsen C., y Zaagsma M. (*Embarazo, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo*) En F. Bakker e I. Vanwesenbeeck (eds) (*Salud Sexual en los Países Bajos, 2006*) Delft: Eburon pages 67-88.
3. Van Lee L., Picavet C. y Wijsen C. “¿Emergencia o precaución? Antecedentes y perfiles de riesgo de las usuarias de la píldora del día después” Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
4. Van Lee L. y Wijsen C. *Registro Anual de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, 2006 (en holandés)*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Dra. Cecile Wijsen

Directora del Programa de Salud Reproductiva
Centro experto en sexualidad
“Rutgers Nisso Groep”
Utrecht, Países Bajos
c.wijsen@RNG.NL

EXPLORAR EL ENIGMA: LA IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El Programa de Salud Reproductiva (PSR) en Turquía, se diseñó como respuesta a las necesidades detectadas y al aumento de la concienciación de la población a la que iba dirigido. Además, también servía como método de recogida de la información necesaria para su propia implantación. Si se considera que la población y servicios sanitarios demandan y proporcionan información, se puede decir que este programa no solo ha generado la necesidad de información sino que ha desarrollado y proporcionado las herramientas necesarias para una correcta difusión y utilización de la misma en otros ámbitos del programa.

Investigación: en profundidad y ad hoc

En el contexto del PSR se han llevado a cabo quince estudios para obtener datos con un presupuesto aproximado de cuatro millones (1). Todas estas intervenciones iban dirigidas a recabar la información necesaria para el Ministerio de Sanidad sobre las áreas de intervención del PSP. De ellas, tres son especialmente importantes para la toma de decisiones a nivel político y son las que se presentan en este artículo: Estudio sobre Demografía y Salud en Turquía 2003, Estudio sobre Mortalidad Materna y Estudio sobre Comportamientos de Búsqueda de Atención Sanitaria.

El primero de ellos comenzó en 1968 y puesto que, posteriormente, se convirtió en la única fuente de datos para conocer el estado de salud de la población y la calidad de los servicios sanitarios, desde entonces se realiza cada 5 años. El último de ellos se realizó en el año 2003. A pesar de su utilidad a la hora de proporcionar los datos necesarios para determinar la mayoría de los indicadores de salud reproductiva, no permite conocer determinados datos sobre mortalidad materna y responder a la mayoría de los “qué” pero no a los “cómo”. Por ello son necesarios otros dos estudios, que proporcionan datos sobre mortalidad materna, y sobre factores de riesgo relacionados con ella.

Conclusiones complementarias

Los resultados de las tres investigaciones se complementan. Mientras los “qué” obtienen respuesta con el estudio sobre Demografía y Salud, el estudio sobre Comportamientos de Búsqueda de Atención Sanitaria ayuda a comprender el “cómo”. Cabe señalar que la tasa de fertilidad (2) y la tasa de mortalidad materna (4) se correlacionan perfectamente a nivel geográfico.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los datos obtenidos en el primer

estudio no siempre pueden compararse con los obtenidos en los otros dos, puesto que contienen datos únicamente cuantitativos y referentes solo a tres provincias del país. Además, cualquier comparación de los datos debe efectuarse con cautela debido a la diferencia de tiempo en que se realizaron los estudios y a las muestras con que fueron realizadas. La disponibilidad y la calidad de la atención durante el embarazo, la presencia de personal cualificado durante el parto y otros aspectos difieren entre los dos últimos estudios (mortalidad materna y búsqueda de atención sanitaria).

Pero, sobre todo, es importante señalar que la variable independiente con mayor influencia es la de estatus socioeconómico de las familias de las mujeres. Esta variable explica los determinantes y patrones de uso de los servicios y de los factores de riesgo de la morbilidad y la mortalidad. Se ha observado que esta variable también se correlaciona con el riesgo de embarazos no deseados, con el uso de la atención sanitaria gratuita durante el embarazo y con la presencia de personal cualificado durante la asistencia al parto.

De manera muy significativa, la mortalidad materna parece correlacionarse con la realización de cesáreas ya que en uno de cada dos casos de muertes maternas se había realizado previamente una cesárea. Este método para llevar a cabo un parto parece ser el más frecuente entre las familias de nivel socioeconómico elevado en los países occidentales. En Turquía, la media de cesáreas está por encima del 20% del total de partos (2).

Una vez que las mujeres acceden a la atención sanitaria, la calidad de la atención recibida y las habilidades de comunicación del personal sanitario no siempre responden a sus expectativas. Así, el mero hecho de conocer a alguna mujer que tuvo una mala experiencia puede convertirse en una fuente de preocupación para una mujer embarazada (3).

Los efectos de la urbanización

Otra variable independiente relevante causada por la reciente transición económica en el país es la elevada tasa de movimientos migratorios internos, la cual afecta de manera importante a la distribución de la población en Turquía. Un elevado número de personas se ha trasladado desde zonas rurales a las ciudades, y del Este hacia el Oeste del país, durante los últimos 20 años. Así, una consecuencia directa de este fenómeno es la rápida disminución del tamaño de las familias que habitan en zonas urbanas y el considerable aumento del número de familias monoparentales.

En el uso de métodos de planificación familiar y en las tasas de mortalidad materna se observan importantes diferencias entre regiones que en parte se explican por la forma de desarrollo. La utilización de métodos anticonceptivos es mucho mayor en las zonas del Este mientras la tasa de mortalidad materna es el doble de la media del resto de Turquía (2, 4). La tasa de fertilidad en las zonas urbanas del oeste del país, al haber descendido a la mitad, en comparación con la zona rural del Este, ahora es equivalente a las tasas de otros países europeos (2).

La necesidad de contar con servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad es cada vez mayor y aumenta proporcionalmente al número de familias que los demandan en las áreas metropolitanas. En tanto que la cobertura y accesibilidad a los servicios continúa siendo una prioridad en la zona Este tradicional, sus áreas urbanas ahora se han “ruralizado” como consecuencia de los movimientos migratorios.

Actividades que generan conocimiento: fuentes de datos potenciales para la organización de recursos sanitarios en el ámbito local

Con el fin de obtener la información que necesitaban obtener el PSR y los Directo-



Sibel Bilgin



Cem Turaman

Cuadro 1

Información del programa

Se entiende por comportamiento activo de la población en la utilización de servicios, entre otros, la demora en la búsqueda de atención sanitaria debida, sobre todo, a la falta de recursos dentro de las familias. El comportamiento pasivo se traduce en no ser consciente de la necesidad cuando está presente o en no tomar una decisión cuando aparecen las señales de peligro.

Respuesta del programa

La educación es una variable básica a la hora de decidir sobre la utilización de los servicios pero la contribución del CSO al aumento de la concienciación de la población adulta es limitada y aún se está comprobando. En todo caso, su impacto debería difundirse mediante la colaboración intersectorial. Las actividades de IEC/BCC planificadas a partir del PSR se retrasaron de manera innecesaria y, por ello, los logros esperados no

han cubierto las expectativas.

Estas actividades deberían mantenerse con la colaboración del sector público. Aunque los medios de comunicación generales no se implicaron demasiado, por el contrario, los medios de comunicación el ámbito local los locales han demostrado ser un aliado para realizar aportaciones importantes, como se ha demostrado en el PSR.

Información del programa

Mientras que determinadas deficiencias de los servicios se reflejan en la prestación de una atención ineficaz (debido a la falta de conocimiento, capacidad y equipamientos), otras se manifiestan en la indiferencia ante las y los pacientes y en los fallos en la comunicación.

Respuesta del programa

En el contexto del PSR se proporcionó formación a un número considerable de profesionales de la

atención sanitaria reflejando las principales áreas de intervención del PSR. La sostenibilidad de esta acción fue posible gracias a la institucionalización de la formación dentro de cada servicio y a la dotación del equipamiento necesario para la formación y para los centros de atención. Por otro lado, el Ministerio de Sanidad ha comenzado a elaborar unos estándares para la implantación de servicios de atención sanitaria durante el embarazo, casos de pre/eclampsia, hemorragias, parto y realización de cesáreas, todo ello con el objetivo de asegurar y estandarizar los niveles de calidad del PSR. La "Base de datos sobre Muertes Maternas" se está implantando ahora a nivel nacional. Las muertes maternas se describen en esta base de datos de acuerdo con la clasificación de la CIE-10 y el modelo de las "tres demoras" de la OMS (5).

rados Sanitarios Provinciales, se crearon grupos de trabajo sobre diversos temas (juventud, dirección, maternidad segura, atención obstétrica de urgencia, planificación familiar, ITS, formación, organizaciones de servicios comunitarios). Esta información recogida ha resultado útil para determinar las necesidades de los grupos de destino y de los servicios de atención sanitaria.

La creación de grupos que permitan alcanzar un consenso es importante para Turquía, especialmente para políticos/as, directores/as provinciales, personas proveedoras de los servicios y usuarios/as. Esta metodología de trabajo participativa debería impulsarse como forma de obtener información. De hecho, la inclusión de estos seminarios sobre cómo lograr el consenso entre grupos, en la formación de acceso a puestos de dirección en la atención sanitaria, dentro del contexto del PSR, ha resultado muy beneficioso y debería continuar realizándose en la futura formación de directores/as.

¿Qué es lo siguiente?

En resumen, la información generada en el contexto del PSR ha resultado útil principalmente para ahondar el comportamiento –activo o pasivo– de la población basado en determinados valores y actitudes, y en cuanto a los efectos pasivos o activos generados por la provisión de servicios (ver cuadro 1).

Próximas actividades para la obtención de datos

Aunque las intervenciones sobre factores sociales necesitan una estrategia más a largo plazo, y más amplia que la duración del PSR, si se quiere lograr

augmentar la concienciación y cambios conductuales, las mejoras en la práctica profesional y en las actitudes del personal sanitario pueden lograrse en un tiempo menor.

¿Qué tipo de datos se necesitarían en el futuro para mejorar los servicios de atención primaria y de SSR? ¿Y para el desarrollo y orientación de políticas dirigidas a los objetivos estratégicos nacionales? Los datos generados exclusivamente a través de la investigación serán siempre necesarios incluso aunque los proporcionados por los sistemas rutinarios de recogida de datos sean cien por cien fiables. Además, las personas responsables de la toma de decisiones siempre necesitarán datos de naturaleza cualitativa para complementar los cuantitativos extraídos por futuros estudios sobre Demografía y Salud. Así, las y los profesionales de las ciencias sociales, deberían centrar sus esfuerzos en utilizar diversos métodos de investigación cualitativa y en difundir el uso de sus resultados.

Epílogo

El PSR generó una cantidad considerable de información y datos sobre varias áreas de la SSR útiles para definir las prioridades en este ámbito. El conocimiento obtenido a partir de esta experiencia se ha difundido ampliamente junto con los resultados en otras áreas del PSR, sobre todo, entre las personas encargadas de las tomas de decisiones, directores/as, personal de los servicios, clientes y población en general. El enfoque utilizado para generar información será también útil para realizar el seguimiento y para mejorar los servicios de atención a la SSR y el desarrollo político en Turquía.

Referencias

1. <http://epos.eusrhp.org>
2. Instituto Universitario Hacettepe de Estudios sobre la Población. "Estudio sobre Demografía y Salud en Turquía 2003". Ankara, Instituto Universitario Hacettepe de Estudios sobre la Población. Ministerio de Sanidad, Salud Infantil y Materna/Planificación Familiar. Unión Europea, 2004
3. Conseil Santé, Sofreco y Eduse. "Comportamientos de búsqueda de Atención Sanitaria" Eurpaid/121387/C/SV/TR. MoH MCH/FP GD y Delegación de la Comisión Europea en Turquía, Ankara 2007.
4. Instituto-Icon de Sector Público GMBH, Instituto Universitario Hacettepe de Estudios sobre la Población y BNB Consulting. "Estudio Nacional sobre Mortalidad Materna, 2005". MoH MCH/FP GD y Delegación de la Comisión Europea en Turquía, Ankara 2006.
5. OMS. "Más allá de los números: revisión sobre mortalidad materna y complicaciones para lograr una maternidad segura" Ginebra. OMS 2004.

Dr. Cem Turaman

Consultor Experto en Salud Pública
cturaman@gmail.com

Dra. Sibel Bilgin

Funcionaria del Ministerio de Salud Turco / Dirección General de Planificación Familiar

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA ENTRE MUJERES QUE SOLICITAN LA INTERRUPCIÓN

El Centro para la Investigación sobre Protección de la Salud Infantil y Materna en Yerevan (Armenia) ha sido uno de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Reproducción Humana desde 1985. La anticoncepción es una de las principales áreas de investigación y colaboración de este Centro. En 2005, a través de este proyecto se evaluó la información que poseían sobre anticoncepción de emergencia aquellas mujeres que solicitaban una IVE, y se concluyó que era uno de los temas prioritarios para investigar en salud sexual y reproductiva en Armenia.

Teoría

Los embarazos no deseados representan un importante problema médico, social y de salud pública. Desde que se legalizó la interrupción voluntaria del embarazo en Armenia en 1955, se ha convertido en el método más extendido de control de la natalidad en nuestro país. Aunque en 1997 se crearon 77 centros de planificación familiar solo se han producido cambios muy limitados.

De acuerdo con los datos del Estudio sobre Demografía y Salud de 2005 (1), el 37% de las mujeres había tenido al menos una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a lo largo de su vida. La tasa de IVE entre las mujeres que lo habían realizado alguna vez era del 2,6. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, solo el 53,1% de las mujeres utiliza algún método y la mayoría de ellas (33,6%) usa métodos poco eficaces. La marcha atrás, de hecho, es el método más extendido y solo el 19,5% de las mujeres utiliza métodos anticonceptivos eficaces. El 52% de las mujeres que solicitan la interrupción de su embarazo usaba algún método anticonceptivo.

La anticoncepción de emergencia (AE) puede prevenir un embarazo no deseado administrada en las 120 horas siguientes a la relación sexual (1-5). Puesto que no existen datos oficiales sobre la utilización de AE en Armenia, el objetivo de este estudio era el de determinar el conocimiento y uso de la AE en el grupo de mujeres que solicitaron la interrupción de su embarazo.

Métodos y resultados

Entre mayo de 2006 y abril de 2007, en el Centro de Investigación para la Protección de la Salud Infantil y Materna, se realizó una encuesta voluntaria y anónima entre 840 mujeres de 17 a 45 años que solicitaron una IVE. Las entre-

vistas con estas mujeres se realizaron de manera presencial asegurando la confidencialidad, en un entorno privado. Para participar en la investigación era necesario haber solicitado la interrupción del embarazo y autorizar la realización de la entrevista.

En cuanto al perfil de las mujeres que participaron en la encuesta, la mujer de mayor edad tenía 45 años y la más joven 17, si bien la mayoría de ellas (77,3%) se situaban en un rango de edad de 20 a 35 años. El 47,6% había cursado estudios universitarios, el 34,5% educación secundaria y el 17,8% formación profesional de grado superior. La gran mayoría vivía en áreas urbanas (90,5%) y el resto lo hacía en zonas rurales. Estas últimas, generalmente, tenían la posibilidad de realizar la IVE dentro de la misma región en la que vivían y además lo preferían a tener que trasladarse a Yerevan. Esta tendencia puede responder a varias razones: no todas las regiones de Armenia están cerca de Yerevan por lo que es más razonable realizar la IVE en el pueblo donde se vive que viajar a Yerevan. La realización de la IVE en Yerevan conllevaría más gastos -viaje, alojamiento- y tener que solicitar una baja laboral en el puesto de trabajo. Esta es probablemente la razón por la que en nuestro estudio solo se pudo contar con una pequeña proporción de mujeres del entorno rural.

La mayoría de las mujeres que participaron estaban casadas (91,7%). Una gran parte de ellas había tenido una única pareja sexual y solo el 3,5% había tenido más de una pareja sexual. En cuanto al número de hijos/as: el 15,5% no tenía hijos/as, el 31% tenía uno/a y más de la mitad dos o más (el 40,4% tenía dos hijos/as y el 13,1% tenía tres).

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, más de la mitad de las mujeres (51,2%) no utilizó ningún método antes de quedarse embarazada;

el 48,8% usaba algún método anticonceptivo en el momento de quedarse embarazada; el 43% utilizaban la marcha atrás, el 29,2% el preservativo masculino, el 24,4% el método Ogino y el 2,4% espermicidas. Se podría esperar que los métodos más utilizados fueran la marcha atrás, el Ogino y el preservativo masculino. Así, los datos mostraron que los métodos tradicionales eran utilizados en un 68,3% de los casos, mientras que los métodos como el condón se usaban en el 31,6% de las ocasiones.

La mayoría de las mujeres que solicitó una IVE (76,2%) opinaba que era mejor prevenir embarazos no deseados utilizando anticonceptivos mientras que el 15,5% no expresaba ninguna opinión al respecto. Por tanto, estos resultados indican que la mayoría de las mujeres que solicitan una IVE en teoría se dan cuenta de que utilizar anticonceptivos es mejor que abortar, pero en la práctica no utilizan métodos anticonceptivos efectivos.

Solo el 8,3% de las mujeres que participaron en el estudio consideraban que la IVE era la mejor opción. Los motivos para pensar que se trataba de una buena opción eran las siguientes (era posible dar más de una respuesta): el aborto es más seguro (100%), se trata de un procedimiento breve (100%) y no conlleva ningún dolor (85%). Estos datos confirmaban el que las mujeres que solicitan la IVE poseen una información incompleta y, sobre todo, incorrecta sobre el peligro y las posibles complicaciones que conlleva esta intervención.

La mayoría de las mujeres que solicitaron la IVE (59,5%) expresó su intención de utilizar métodos anticonceptivos después del embarazo actual: el 44% optó por el preservativo masculino, el 20% por el DIU, el 18% la píldora anticonceptiva, el 10% el método Ogino, el 4% la marcha atrás, el 4% la ligadura de trompas y el 2% los espermicidas. Un elevado porcen-

DE SU EMBARAZO



**Karine
Arustamyan**



**Georgy
Okoev**

taje de estas mujeres (70,3%) conocía el grado de eficacia del método anticonceptivo y el 53,1% afirmaba que su uso no tenían efectos negativos sobre la salud. Solo el 9,3% no expresó ninguna opinión sobre esta cuestión (aquí también era posible dar más de una respuesta).

En cuanto a la anticoncepción de emergencia, la mayoría de las mujeres (70,2%) no poseía ninguna información y solo el 29,8% había oído hablar de ella. Se llevó a cabo una evaluación sobre las respuestas recibidas en relación a sus fuentes de información sobre la AE. El 54,4% de las pacientes que tenía alguna información sobre la AE, la obtuvo de los libros y el 31,8% de sus amigos/as. Solo el 18,2% mencionó a su médico/a como fuente de información y el 68% de las mujeres que tenían información sobre la AE pensaban que tenían el conocimiento suficiente al respecto a pesar de que durante la entrevista se hizo evidente que su conocimiento no podía calificarse de completo. Algunas de las participantes en el estudio que creían tener un buen conocimiento sobre la AE, mencionaron la marcha atrás (8%), el método Ogino (12%) y los espermicidas (16%) como métodos de anticoncepción de emergencia. Doce de las mujeres incluso mencionaron la ducha vaginal como un método de anticoncepción de emergencia adecuado.

La mayoría de las mujeres que solicitaron una IVE (48%), de las que tenían información sobre AE, mencionaron la necesidad de la misma en el caso de que el condón resultara dañado. Otras indicaciones para utilizar la AE eran: relaciones sexuales sin protección (36%), la violación (28%), las relaciones sexuales sin planificación (24%) y el olvido de alguna pildora anticonceptiva (16%). Algunas de las pacientes (4%) de las que mencionaron tener conocimientos sobre la AE, no fueron capaces de mencionar ninguna indicación para la misma. Otro 4% de las pacientes incluso mencionaron el ciclo menstrual regular como indicación para la AE (también era posible dar más de una respuesta en este punto).

Conclusión y recomendaciones

En base a nuestra investigación y al análisis de los resultados, se pueden plantear las siguientes conclusiones y recomendaciones sobre la situación en Armenia en relación con la anticoncepción de emergencia.

1. Existe un vacío entre el conocimiento teórico y la puesta en práctica en cuanto al uso de anticonceptivos entre las mujeres que solicitan la intervención voluntaria de su embarazo.
2. El conocimiento y experiencia sobre el uso de métodos anticonceptivos resultan insuficientes, lo que sugiere que debemos prestar una mayor atención a los aspectos educativos de esta cuestión. Nuestros datos también respaldan que existe una gran necesidad de educación para la salud entre las mujeres.
3. El diseño de campañas a gran escala mediante el uso de la televisión, la radio y otros medios de comunicación podrían mejorar notablemente la "situación de escasa información" de la población sobre un uso apropiado y efectivo de la AE como medio para evitar embarazos no deseados.
4. Deberían intensificarse los esfuerzos para mejorar la educación para la salud y permitir que nuestros/as pacientes sepan más sobre la AE, su efectividad y su eficiencia así como su función como protectora de la salud de las mujeres gracias a que disminuye notablemente el número de embarazos no deseados.
5. Es necesario también aumentar nuestros esfuerzos para mejorar la educación para la salud en el ámbito de la AE y proporcionar a nuestros/as pacientes una información adecuada y concreta puesto que solo el 18% de las mujeres mencionaron a su médico/a como fuente de información sobre el tema.

Referencias

1. Servicio Nacional de Estadística (Armenia). Ministerio de Sanidad y Macro ORC. "Estudio sobre Demografía y Salud en Armenia, 2005". Calverton: Servicio Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad y ORC Macro, 2006.
2. Bastianelli, C., Farris M., Benagiano G. "Anticoncepción de Emergencia" J Contracept Reprod Health Care 2008, 13(1):9-16
3. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J. y col. "Bajas dosis de mifepristona y dos regímenes de levonogestrel como anticoncepción de emergencia: un estudio aleatorio multi-centro de la OMS". Lancet 2002; 360:1803-10
4. OMS "Criterios Médicos para la elección de método anticonceptivo". Tercera edición. OMS, Ginebra 2004.
5. OMS. "Recomendaciones prácticas recomendadas para el uso de métodos anticonceptivos" Segunda edición. OMS, Ginebra 2005.

Georgy Okoev

Director del Centro Colaborador sobre Reproducción Humana.

Centro de Investigación sobre Protección de la Salud Infantil y Materna. Yerevan, República de Armenia
gokoev@okoev.com

Karine Arustamyan

Vicerrectora de Investigación
Director del Departamento de Ginecología no Quirúrgica

Centro de Investigación sobre Protección de la Salud Infantil y Materna. Yereva, República de Armenia
karustamyan@yahoo.com

TENDENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL ENTRE ESTUDIANTES DE SECUNDARIA EN ESLOVENIA

Como Centro Colaborador de la OMS, uno de nuestros objetivos es el de llevar a cabo investigaciones sobre el comportamiento sexual entre estudiantes de secundaria en Eslovenia. La tasa de embarazos en adolescentes en Eslovenia descendió de 61/1000 mujeres de entre 15 y 19 años en 1981 (tasa de 37/1000 partos y 24/1000 IVEs) a 12/1000 en 2006 (tasa de 5/1000 partos y 7/1000 IVEs) (1). Los estudios representativos que realizamos en 1996 (2) y 2004 (3) mostraron que entre ambos estudios se produjeron interesantes cambios en el comportamiento sexual y en el uso de métodos anticonceptivos entre las y los estudiantes de secundaria en Eslovenia

Resultados

En el estudio llevado a cabo en 2004 participaron 2.380 estudiantes de secundaria: 1.285 del primer curso con una media de edad de 15 años y 1.095 estudiantes de tercer curso de educación secundaria de 17 años de edad media. Los datos extraídos del estudio revelaron que:

-El 88% de las y los estudiantes del primer curso y el 92% de tercero manifestaba haberse enamorado alguna vez.

-El 66% del primer curso y el 82% de tercero había tenido alguna cita.

-El 76% del primer curso y el 87% de tercero había experimentado con caricias.

-El 36% del primer curso y el 61% de tercer curso se había besado alguna vez con algún chico o alguna chica.

-Casi una cuarta parte (23%) del alumnado del primer curso (24% de los chicos y 21% de las chicas) y un 53% del alumnado de tercero (52% de los chicos y 54% de las chicas) había mantenido relaciones sexuales coitales.

Comparando los resultados de los dos estudios -llevados a cabo en 1996 y 2004- sobre actividad sexual entre estudiantes de secundaria (de tercer curso, con 17 años), se hallaron algunas diferencias en el comportamiento sexual de las y los jóvenes. En 1996 las y los estudiantes primero se enamoraban, después tenían una cita, más tarde se besaban, después se acariciaban el cuerpo y besaban, y finalmente mantenían relaciones sexuales coitales (2). En 2004, en cambio, primero se besaban y después tenían una cita en la que ya comenzaban a besarse, acariciarse y las relaciones sexuales tenían lugar a una edad más temprana (figura 1).

También se observó un aumento en el porcentaje de estudiantes sexualmente activos/as: un 38% en 1996 y un

53% en 2004. La edad a la que un 50% mantenían su primera relación sexual descendió de los 18.5 a los 17 años. Este descenso en la edad en la que se mantiene la primera relación sexual, tuvo su reflejo en los datos sobre interrupciones del embarazo durante el mismo periodo, donde también se observa un descenso en dicha tasa entre las chicas de 17 a 19 años, pero no entre las de 15 a 16 en las que, al contrario, se detecta un ligero ascenso durante los últimos años (3). Por tanto, se puede concluir que las estudiantes adolescentes, en lo que se refiere al inicio de relaciones sexuales coitales, parecen no estar suficientemente preparadas para asumir esta responsabilidad y sus implicaciones.

Este dato, junto con los embarazos no deseados, pone de manifiesto la falta de conocimiento y habilidades en el ámbito sexual y en el uso de métodos anticonceptivos. Desafortunadamente, la educación sexual no forma parte de la formación ni es obligatoria en las escuelas de primaria ni de secundaria en Eslovenia. Sin embargo, durante la última década tanto el profesorado como el personal de ginecología han intensificado sus esfuerzos para que la educación sexual se integrara en los programas educativos. Lamentablemente, esta cuestión todavía no ha sido reconocida como prioridad o relevante por parte del Estado.

En referencia al uso de métodos anticonceptivos, nuestro estudio puso de manifiesto que durante la primera relación sexual:

El 74% de las y los estudiantes de primer curso y el 76% de tercero, utilizó un preservativo masculino.

El 6% de primer curso y el 7% de tercero, la píldora anticonceptiva.

El 4% del primer curso y el 2% del tercero utilizaron el método doble (condón y píldora).

El 3% del primer curso y el 4% del tercero practicaban la marcha atrás.

El 1% de ambos cursos utilizaron la anticoncepción de emergencia.

Finalmente, el 9% de las y los estudiantes de primer curso y el 8% del tercero no utilizaron ningún método.

Así mismo, durante la última relación sexual:

El 65% de las y los estudiantes de primer curso y el 50% del tercero utilizaron un preservativo masculino.

El 11% del primer curso y el 32% del tercero utilizaron la píldora.

El 6% del primer curso y el 4% del tercero utilizaron el método doble.

El 3% del primer curso y el 4% del tercero usaron la marcha atrás.

El 1% de ambos cursos utilizaron otros métodos.

El 1% de ambos cursos recurrió a la anticoncepción de emergencia.

El 8% del primer curso y el 7% del tercero no utilizó ningún método.

Si se comparan los datos sobre la utilización de algún método anticonceptivo, en la última relación coital entre las y los estudiantes de tercer curso -de 17 años de edad- entre 1996 y 2004, se observa un marcado aumento del uso de la píldora anticonceptiva y un notable descenso en las relaciones sin protección (no utilizar ningún método) y en el uso del preservativo masculino (figura 2).

Aunque el inicio de la actividad sexual a una edad temprana ha aumentado de forma notable entre las y los estudiantes de secundaria, también ha aumentado el uso de métodos anticonceptivos. Así, mientras en 1996 el 14% de las y los jóvenes de 17 años sexualmente activos/as utilizaban la píldora anticonceptiva, en 2004 este porcentaje ya era del 32%. La principal razón de este aumento en el uso de la píldora anticonceptiva es, en nuestra opinión, la mayor concienciación, el mejor conocimiento y el cambio



Figura 1. Experiencia en relaciones íntimas entre estudiantes de secundaria de 17 años de edad. Comparación entre estudios representativos sobre conducta sexual en estudiantes de educación secundaria en Eslovenia en 1996 y 2004.

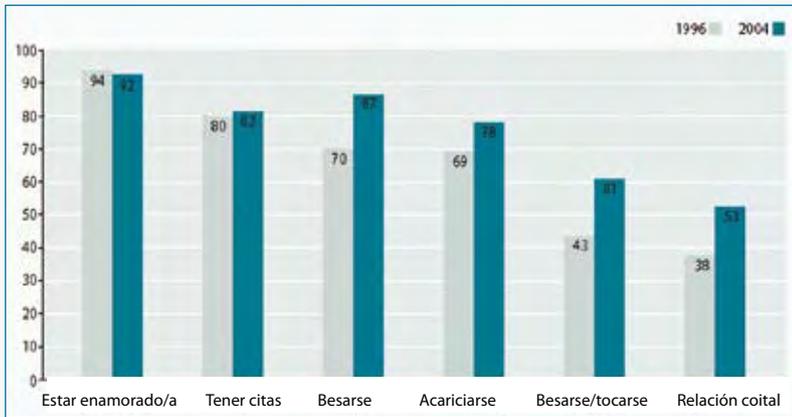
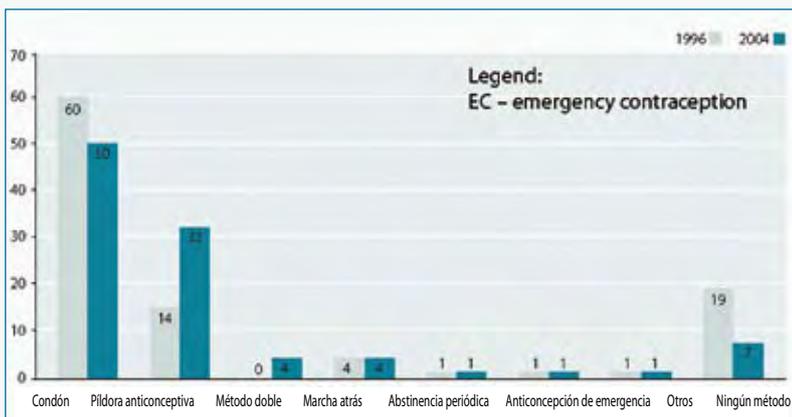


Figura 2. Uso de anticonceptivos entre estudiantes sexualmente activos/as de 17 años de edad durante la última relación sexual. Comparación entre estudios representativos sobre conducta sexual en estudiantes de educación secundaria en Eslovenia y 1996 y 2004.



de actitud de las y los ginecólogos/as hacia este método anticonceptivo. La píldora anticonceptiva está financiada por el sistema de Seguridad Social y se receta en las consultas de ginecología. Además, las y los ginecólogos/as han participado en la promoción del uso de anticonceptivos en revistas especializadas y medios de comunicación.

También es importante señalar que el porcentaje de estudiantes que mantienen relaciones sexuales sin ninguna protección ha descendido del 19% al 7%. De manera concomitante, el uso del condón durante la última relación sexual también había descendido del 60% en 1996 al 50% en 2004. Además, el estudio también mostró una escasa utilización del método doble entre las y los estudiantes de secundaria en Eslovenia: solo el 4%. De hecho, el reducido uso del

condón y del método doble señala la necesidad de llevar a cabo una promoción más intensa de ambos métodos. Esta promoción podría hacerse fácilmente introduciendo la educación sexual en el programa educativo de educación primaria y secundaria.

Conclusión

Con el objetivo de cubrir en la medida de lo posible las carencias de educación sexual de la juventud, las y los ginecólogos de nuestro Centro Colaborador de la OMS, en 2004, publicaron un manual para docentes (4) sobre educación sexual y un folleto (5) para adolescentes. Estos materiales se han distribuido cada año entre las y los estudiantes de primer curso de educación secundaria en Eslovenia de manera gratuita. Este

proyecto fue aprobado por el Instituto Nacional de Educación y, hasta ahora, se ha financiado con el apoyo de una industria farmacéutica. Este año los costes de impresión serán financiados parcialmente por el Instituto Nacional de educación. Se espera que en un futuro próximo el Ministerio de Educación y Deporte reconozca la necesidad de una educación sexual integral y a largo plazo. Hasta entonces, continuaremos priorizando y apoyando la investigación sobre salud sexual y reproductiva en población adolescente en Eslovenia, especialmente en el ámbito de la educación sexual.

Referencias

1. Instituto de Salud Pública de la República de Eslovenia. *Sistema de Información Esloveno sobre Muertes Fetales en 2006*. Ljubljana: Instituto de Salud Pública de la República de Eslovenia, 2007.
2. Pinter, B., Tomori M. "Conducta sexual entre estudiantes de educación secundaria en Eslovenia" Eur J contracept Reprod Health Care 2000;5:71-6
3. Barbara Mihevc Ponikvar. "Abortos-Muertes Fetales" Ljubljana. Instituto de Salud Pública de la República de Eslovenia, 2006. Extraído el 17 de enero de 2008 en: <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1049>
4. Pinter B., eh F. Pretnar-Darovec A., Vrta nik-Bokal E., Vogler A., Drobní S. "Sobre vosotros: decisiones acertadas sobre sexualidad responsable. Manual didáctico y metodológico para docentes" Ljubljana: Schering, Oficina en Eslovenia, 2004.
5. Pinter B., eh F. Pretnar-Darovec A., Vrta nik-Bokal E., Vogler A., Drobní S. "Sobre vosotros: decisiones acertadas sobre sexualidad responsable. Manual didáctico y metodológico para docentes" Ljubljana: Schering, Oficina en Eslovenia, 2004.

Dra. Bojana Pinter
 Profesora Adjunta
 Departamento de Obstetricia y Ginecología
 Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación en Salud Reproductiva
 Centro Universitario Médico.
 Ljubljana, Eslovenia
bojana.pinter@guest.arnes

UTILIZAR LA INVESTIGACIÓN PARA INFLUIR EN LA POLÍTICA Y MEJORAR LOS SERVICIOS

El Departamento Hacettepe de Salud Pública fue designado por primera vez como Centro Colaborador (CC) de la OMS para la Planificación Familiar en 1978. Esta designación se ha renovado varias veces, la última en 2004 por lo que es, quizás, uno de los CC más antiguos de la Región Europea. Este Centro colabora con la Sede de la OMS en Ginebra y con la Oficina Regional para Europa de OMS en Copenhague. Esta colaboración se traduce en actividades de investigación y formación para el desarrollo y evaluación de tecnologías y directrices apropiadas para los programas e iniciativas de la OMS en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (SSR) incluyendo la planificación familiar.

El ámbito de trabajo del CC ha ampliado sus metas y capacidades desde que fue designado por primera vez. En su origen, su único objetivo era la planificación familiar pero, a lo largo de los años ha desarrollado un enfoque más amplio sobre la SSR. En la actualidad, dentro del ámbito de la SSR, el CC organiza actividades de apoyo y formación para la investigación sobre un amplio abanico de cuestiones: infecciones de transmisión sexual, servicios de salud sexual y reproductiva adaptados para adolescentes y jóvenes, IVE, mortalidad materna, anticoncepción y muchos otros temas relacionados con el género y la salud tales como la integración de la perspectiva de género en las políticas de SSR, la identificación de indicadores sensibles al género así como la prevención y detección de la discriminación de género en el ámbito de la SSR.

Se han establecido mecanismos para mantener una colaboración eficaz y cercana en las actividades de formación e investigación sobre SSR y planificación familiar con entidades sanitarias a nivel local, nacional e internacional (OMS, FNUAP, Consejo sobre Población, JHPIEGO, Gynuity), instituciones y organizaciones no gubernamentales con el fin de cumplir con los objetivos propuestos y utilizar los recursos de una manera eficaz.

Actividades de investigación

El CC se dedica a la investigación sobre temas prioritarios de la SSR, emplea la investigación estratégicamente para llamar la atención de los grupos y partes implicadas (la comunidad, proveedores/as de servicios, administradores/as y personas encargadas de tomas de decisiones) en las cuestiones importantes

de la SSR en Turquía. El CC utiliza los resultados de la investigación como medio para informar a la clase política sobre la situación actual y apoyar las mejoras en SSR. Su estrategia habitual consiste en ir de la teoría a la práctica -siempre basada en los resultados de la investigación- y es el propio CC quien diseña e implanta los programas de intervención y realiza su seguimiento de forma específica teniendo en cuenta su tema, región y contexto en Turquía.

El CC también realiza actividades de apoyo para el cambio político dirigido a la eliminación de barreras y mejora de la provisión y calidad de los centros de atención a la SSR. Los resultados de la investigación se dan a conocer en forma de publicaciones, reuniones preparativas, reuniones de expertos/as y encuentros de difusión. Por último, pero no por ello menos importante, el CC funciona como centro de referencia en el ámbito local, nacional e internacional y presta servicio de consultoría para diversos organismos.

Impacto

Hasta ahora el CC ha llevado a cabo diversos proyectos que han tenido un impacto significativo en el ámbito nacional que presentaremos brevemente más adelante.

Servicios de planificación familiar y práctica peligrosa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)

Con el objetivo de prevenir muertes maternas relacionadas con la práctica insegura de interrupciones voluntarias del embarazo y de difundir la planificación familiar en Turquía, el CC llevó a cabo una serie de investigaciones operativas con la colaboración del Programa de Investigación sobre Salud de la OMS. En base a los resultados obtenidos, se



**Comisión Asesora Regional.
Encuentro en Turquía**

modificó la antigua ley de planificación familiar y se permitió que profesionales no-médicos pudieran colocar dispositivos intrauterinos (DIUs) a las mujeres. Se legalizó el aborto y las y los médicos/as de atención primaria fueron autorizados/as a realizar interrupciones voluntarias del embarazo (IVE).

El efecto de estos cambios y de la nueva ley fue muy significativo puesto que se duplicó el uso de DIUs, las muertes maternas relacionadas con la IVE disminuyeron casi en su totalidad y el número de necesidades que no recibían cobertura o respuesta en lo relativo a la planificación familiar descendió sustancialmente.

A pesar de estos avances, aún existe la necesidad de crear centros para la realización de IVEs en Turquía. Por ello, el CC se ha implicado de manera activa en la investigación que demuestra la aceptabilidad y seguridad del aborto médico. Hay dos estudios especialmente alentadores en este ámbito y que se realizaron con la colaboración del Proyecto para la Salud "Gynuity"; sus resultados han sido dados a conocer y analizados por el Ministerio de Sanidad con el fin de continuar avanzando en los necesarios cambios políticos y en las acciones precisas.

Mejorar la formación médica sobre SSR

Con la colaboración del JHPIEGO, se llevó a cabo el proyecto "Reforzar la formación universitaria sobre planificación familiar en la facultades de Medicina de Turquía". Se trata de un proyecto revolucionario para Turquía por diversas razones: mediante la formación de estudiantes de medicina en planificación familiar, la barrera que tenía el Ministe-

rio de Sanidad para formar al personal médico- debido a la falta de recursos- ha disminuido y, además, el uso de un enfoque humanístico y la inclusión de la prevención y detección de ITSs mejoró notablemente la calidad de los servicios en Turquía. Este proyecto también proporciona en varias facultades de medicina, la base para el desarrollo de un currículo formativo en habilidades.

Comprensión de la SSR en adolescentes

El estudio que se llevó a cabo dentro del Programa de Investigación sobre Salud de la OMS sobre "Factores que inciden en la salud sexual y reproductiva en la juventud y adolescencia en Turquía" ha sido pionero en analizar la situación de la SSR de estos dos grupos de población en Turquía. La investigación mostró que la gente joven no tiene suficiente información o conocimientos sobre SSR y que una gran mayoría nunca había acudido a los servicios de SSR, ni de la universidad ni fuera de ella. También proporcionó información importante sobre la percepción de la juventud y el tipo de servicios que les gustaría tener disponibles. En base a estos resultados, se crearon "centros de SSR para jóvenes" incluidos en los centros sociosanitarios de las universidades. Actualmente, este modelo funciona en 13 universidades turcas y ha logrado que aumente el uso de los Centros Sanitarios Universitarios entre las y los estudiantes.

Fomento de nuevas tecnologías para la planificación familiar

Tanto ahora como en el pasado, el CC ha sido pionero en la introducción de nuevas tecnologías para la planificación familiar en Turquía. Así, los estudios

sobre la eficacia y la seguridad de la aspiración manual endouterina como método poco traumático para llevar a cabo una IVE, la mini-laparatomía para la ligadura de trompas, y los anticonceptivos inyectables e implantables en Turquía, han dado como resultado su introducción en los programas de planificación familiar de ámbito nacional y con ello la disponibilidad de estos medios para la población turca.

Conclusión

La experiencia del CC Hacettepe ha mostrado que a través de la investigación, el trabajo y el conocimiento de las necesidades a nivel nacional y local, los CC de la OMS pueden causar un impacto significativo en las políticas y prácticas relacionadas con la SSR. Puesto que ha tenido este efecto a nivel nacional, los CCs pueden contribuir también al cumplimiento de los objetivos internacionales y regionales sobre SSR. Sin embargo, para alcanzar una mayor efectividad, son necesarias más colaboraciones y una mejor comunicación entre los diferentes sectores, organizaciones y disciplinas implicadas.

Profesora Ayse Akin

Directora del Centro Colaborador de la OMS en Turquía
ayseakin@gmail.com

TRABAJAR HACIA UNA MEJOR EDUCACIÓN SEXUAL DE LA JUVENTUD EN EUROPA

El Centro Federal Alemán de Educación para la Salud (CFAES, en inglés BZgA) es Centro Colaborador de la OMS en Salud Sexual y Reproductiva desde 2003. Dentro de este ámbito, el Centro apoya el programa de la OMS dirigido a mejorar la cooperación con los países del centro y este de Europa.

La primera etapa de la colaboración entre la OMS y el CFAES se centró en la población joven. El aumento de la libre circulación de personas tras la apertura de las fronteras nacionales, hace de la población joven un grupo objetivo especialmente importante para las estrategias nacionales y regionales dirigidas a mejorar la salud sexual y reproductiva.

En este contexto, el Centro, junto con la Oficina Regional de la OMS, organizó unas jornadas internacionales bajo el título "Educación sexual para jóvenes en una Europa multicultural" que tuvieron lugar en noviembre de 2006. Su principal objetivo era el de fomentar el aprendizaje, la creación de redes de trabajo y la cooperación dentro de la Región Europea. Se trataron tres temas principales: multiculturalidad, implantación de un enfoque de adquisición de competencias en la educación sexual gestión de la calidad (1).

Educación sexual: una responsabilidad nacional

En la República Federal de Alemania, la educación sexual y la planificación familiar se conciben como responsabilidades del Estado. La educación sexual en los colegios está regulada por ley a nivel estatal e implantada en todo tipo de colegios. En 1992, en relación con la Ley de Asistencia a Mujeres Embarazadas y Familias se solicitó al CFAES la preparación y difusión de la educación sexual y la planificación familiar a través de medidas de ámbito estatal sobre educación sexual.

Con el objetivo de prevenir embarazos no planificados y no deseados, el Centro desarrolla una serie de conceptos basados en la calidad e identifica los grupos objetivo y lleva a cabo las medidas necesarias sobre educación sexual a través de los medios de comunicación (2). Durante todo el proceso se trabaja en colaboración con el Estado federal y las partes implicadas (asociaciones especializadas, ONGs e instituciones académicas).

Además de proporcionar otros servicios, el Centro también desarrolla

y difunde información escrita, ofrece recursos en internet y material audiovisual sobre educación sexual para jóvenes entre 14 y 17 años y jóvenes adultos/as. Otras formas de difusión de la información incluyen los encuentros de ámbito local y la puesta en marcha de formación para las y los profesionales que trabajan con jóvenes, como maestros/as infantiles, trabajadores/as sociales e, incluso, padres y madres. De esta manera, se promueve el desarrollo de un currículo escolar y universitario, y también fuera del ámbito educativo.

Las medidas tomadas en torno a la educación sexual están avaladas científicamente desde el inicio y los conceptos clave se han formulado teniendo en cuenta la perspectiva de género, el contexto educativo y social, el estilo de vida, la orientación sexual y el origen cultural.

Fundamento científico del estudio: sexualidad joven

Un estudio clave en el ámbito de la educación sexual en la República Federal de Alemania es el estudio representativo de sexualidad joven (3). Durante los últimos 25 años, este estudio ha analizado las actitudes y comportamientos de los y las alemanes/as de entre 14 y 17 años (n=500) atendiendo, entre otros aspectos, a la educación sexual en la familia y la escuela, a las formas de contacto sexual, al conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la utilización de los mismos.

La encuesta más reciente, llevada a cabo en 2005, incluyó a jóvenes de familias inmigrantes (n=674). Los resultados de este estudio muestran tendencias claras; señalan deficiencias en educación sexual; indican de qué manera utilizar los medios de comunicación para llegar a la gente joven; describen el comportamiento sexual de la juventud y el uso de anticonceptivos; analizan el conocimiento y el uso que realizan de los materiales sobre educación sexual del CFAES y señalan las áreas donde todavía no existe suficiente información.

Las conclusiones del estudio se analizan en relación con los medios y medidas del CFAES y los resultados de la continua retroalimentación se incorporarán al diseño del próximo estudio representativo, que se realizará en 2009.

Algunos resultados del estudio de 2005: educación sexual en casa y en la familia. De acuerdo con el estudio, en 1980 menos de la mitad de los chicos recibía

algún tipo de educación sexual en su casa y, de los que la recibían, solo una cuarta parte mantenía más de una conversación sobre este tema. En 2005, el 65% de los chicos y el 75% de las chicas recibían algún tipo de educación sexual por parte de sus familias.

Pero la situación es bastante distinta entre la población joven de origen inmigrante. En este grupo, solo el 41% de las chicas y el 33% de los chicos refirieron haber oído hablar en casa sobre sexo o embarazos; entre las y los jóvenes turcos/as, estas proporciones eran incluso un tercio inferiores. Cabe señalar que para la gente joven, sus amigos/as del mismo sexo y los hermanos/as son una referencia importante y que se ha observado que la educación sexual de las y los jóvenes en las familias depende del nivel cultural.

Educación sexual en los colegios: difundida y bien recibida

"Lo que se enseña en el colegio" es la fuente de información sobre sexualidad y anticonceptivos que con mayor frecuencia señalan los niños, y como segunda fuente, las niñas. Las y los profesores/as constituyen una figura de referencia importante, especialmente para la gente joven inmigrante, que aborda de forma muy limitada los temas sexuales con sus padres y madres. En la República Federal de Alemania, nueve de cada diez niños y niñas reciben educación sexual en sus colegios entre los 14 y los 17 años.

Información incorrecta sobre temas sexuales

En general, las niñas y los niños de familias inmigrantes, sienten que están menos informados/as que sus iguales de nacionalidad alemana especialmente en lo que se refiere a estas áreas de conocimiento: el cuerpo de la mujer, los métodos anticonceptivos, el afecto y el amor.

Primera relación coital

El 12% de las chicas y el 10% de los chicos tienen su primera relación sexual a los 14 años o antes. De manera global, el 39% de las chicas alemanas y el 33% de los chicos entre los 14 y los 17 años, refieren haber mantenido al menos una relación sexual.

Entre la población inmigrante, el 26% de las chicas y el 44% de los chicos informaban haber mantenido una relación sexual entre los 14 y los 17 años. Cabe



señalar que, en este rango de edad, las niñas de origen musulmán eran mucho más reticentes a mantener cualquier tipo de contacto sexual que el resto de las niñas. Entre ellas, el argumento de “no pienso mantener relaciones sexuales antes del matrimonio” era el más frecuente, un 60%, junto con el del miedo a la reacción de su padre/madre.

Generalmente, las chicas de origen musulmán mantienen su primera relación coital con una pareja estable. Lo mismo sucede entre las chicas y chicos alemanas/es, y las y los jóvenes de origen inmigrante. Sin embargo, en el caso de los niños de familia inmigrante, más de un tercio mantuvo relaciones sexuales con una chica a la que conocieron de manera superficial y casual, o sin conocerla en absoluto. Sin duda, esto puede producir un efecto indeseable en cuanto al uso de métodos anticonceptivos.

Anticoncepción durante la primera relación sexual: el condón es la opción más usada (figuras 1 y 2).

La gran mayoría de las y los jóvenes alemanes/as tienen un comportamiento muy responsable cuando mantienen su primera relación sexual: el 71% de las chicas y el 66% de los chicos refieren haber utilizado un condón, y el 35% y 37% respectivamente afirma haber utilizado la píldora anticonceptiva (en lugar de o además del condón).

Según los datos, en 1980, el 32% de las chicas y el 28% de los chicos afirmaban haber utilizado un condón en su primera relación sexual. En 2005, su uso se había duplicado. En el contexto de la prevención del SIDA y de las campañas de educación sexual, se ha podido constatar que el número de personas que no utilizan ningún método anticonceptivo en su primera relación coital se ha reducido a la mitad desde 1980: ahora es del 9% entre las chicas y del 15% entre los chicos.

Es importante señalar que es mucho más probable que las y los jóvenes procedentes de familias inmigrantes no utilicen ningún método anticonceptivo o que utilicen métodos ineficaces durante su primera relación sexual. El 34% de estos chicos y el 19% de las chicas no utilizó ningún método durante su primera relación coital.

Utilización de los medios de comunicación

Con el fin de analizar y mejorar el acceso de la juventud a la educación sexual a

Figura 1. Uso de métodos anticonceptivos entre las chicas durante la primera relación sexual

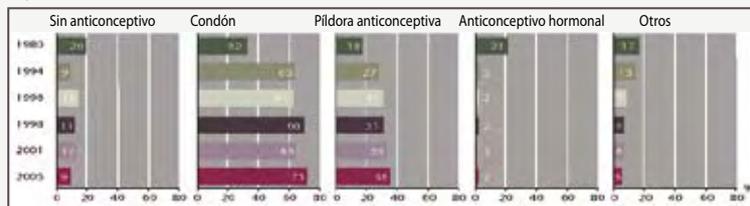
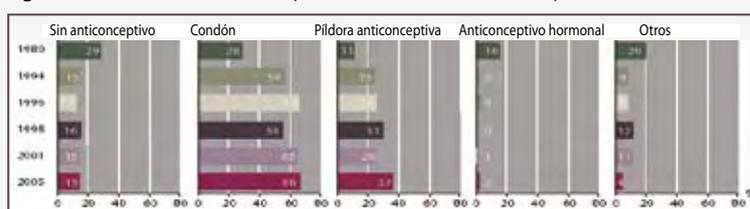


Figura 2. Uso de métodos anticonceptivos entre los chicos durante la primera relación sexual



través de los medios de comunicación, se realizaron una serie de preguntas sobre el uso que hacen de los mismos las y los jóvenes. En general, parece que las chicas prefieren los medios escritos mientras que los chicos se inclinan más por los audiovisuales. Los resultados también muestran que la popularidad de internet como medio de difusión de educación sexual es independiente de la nacionalidad.

Para la población joven procedente de familias inmigrantes existen, sin embargo, pocas oportunidades de utilizar internet en casa. Los chicos un poco más mayores compensan esta carencia utilizando internet en el colegio o en cibercafés, sin embargo las chicas no lo hacen.

Conclusiones

El estudio muestra una clara relación entre educación sexual recibida en las familias y la utilización de métodos anticonceptivos. Queda claro también que la población joven procedente de familias inmigrantes tiene dificultades evidentes para recibir educación sexual e información sobre métodos anticonceptivos en el entorno familiar. Por ello, es necesario encontrar otras vías para que puedan acceder a esta información. Entre estas alternativas se encuentran: la educación sexual en el colegio (que en Alemania, como se ha podido observar, tiene un claro valor compensatorio); internet (un medio importante para recibir este tipo de información de acuerdo con el estudio) y el personal sanitario (que es fácilmente aceptado como fuente de información por la gente joven).

La inmigración como fenómeno representa un desafío especial para las

personas que trabajan en el ámbito de la educación sexual y la planificación familiar. El rápido crecimiento de la población inmigrante en muchos de los países de la UE, hace necesaria una consideración especial y continua hacia la investigación y la práctica en este sentido. La investigación y el desarrollo de medidas sobre educación sexual deben tener en cuenta la necesidad de incluir aspectos relacionados con la inmigración. Estas cuestiones no solo están relacionadas con las expectativas de los diferentes grupos sino también con las diferentes formas y métodos de acceso a la información.

Referencias

1. CFAES/OMS. Jornadas sobre Educación Sexual para Jóvenes en una Europa Multicultural. Colonia. Noviembre, 2006. Informes nacionales sobre Educación Sexual para Jóvenes en Europa. Disponibles en order@bzga.de
2. Concepto general de la educación sexual para el CFAES en colaboración con los Estados Federales. *Concepto de educación sexual para jóvenes*. Disponible en order@bzga.de
3. Sexualidad joven- Estudio Representativo de 14 a 17 años y sus padres/madres 2006 en “Estudios representativos sobre investigación y práctica de la educación sexual y la planificación familiar del CFAES, 2006”

Angelika Heßling

CFAES, Colonia, Alemania
Centro Colaborador de la OMS para la Salud Sexual y Reproductiva
angelika.hessling@bzga.de

MARCAR LA DIFERENCIA MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

En 2007, el personal del Centro Internacional para la Salud Reproductiva (CISR) -Centro Colaborador de la OMS (en inglés ICRH)- se reunió en Bélgica con el objetivo de debatir sobre el impacto de la investigación en el diseño de políticas, y sobre cómo cubrir el vacío existente entre investigación y política. Esta iniciativa está basada en el principio de que toda investigación debe ser aplicable y operacional. La unidad de investigación del CISR está compuesta por un equipo multidisciplinar de científicos/as, colaboradores/as, implicados/as activamente en la investigación, en la provisión de servicios y la formación en el ámbito de la violencia sexual y de género.

Objetivos del CISR:

- Llevar a cabo una investigación multidisciplinar sobre violencia sexual y de género centrándose en los grupos vulnerables en el contexto de los derechos y la salud sexual y reproductiva.
- Promover el aumento de la concienciación y sensibilización sobre la violencia sexual y de género nacional e internacionalmente.
- Contribuir al desarrollo de políticas, directrices y herramientas dirigidas a la prevención de este tipo de violencia y a la prestación de una asistencia de calidad a las víctimas.
- Formar a las personas implicadas en la prevención y dar una respuesta adecuada ante la violencia sexual y de género.
- Apoyar intervenciones concretas en este ámbito con fines preventivos y de asistencia.
- Crear redes entre instituciones dedicadas a la investigación, agencias internacionales, autoridades públicas y organizaciones no gubernamentales en el ámbito de la violencia sexual y de género.

Estudio de casos

Para ilustrar el impacto y los desafíos que implica nuestra investigación sobre violencia sexual y de género, este artículo señala tres temas en los que se centra nuestro trabajo: mutilación genital femenina entre mujeres inmigrantes en Europa (MGF), violencia por parte de la pareja (VPP) contra mujeres embarazadas en Bélgica, y violencia sexual y de género contra mujeres refugiadas en Europa

MGF: impacto a nivel político en Europa

Durante más de una década el CISR ha evaluado la dimensión del problema que supone la MGF entre las mujeres inmigrantes residentes en Europa. El proyecto

inicial se puso en marcha en 1998, cuando la Comisión Europea solicitó datos sobre el problema de la MGF en Europa con la financiación del primer Programa EC-Daphne sobre Violencia contra Mujeres y Niños/as. Gracias a este proyecto se extrajeron algunas conclusiones prácticas para la clase política europea sobre cómo erradicar la MGF en Europa desde los ámbitos de la legislación, la educación, la prevención y la sanidad. El CISR también llevó a cabo otros proyectos entre 2000 y 2007, entre los que se incluyen:

1. Desarrollo de un plan de formación para personal sanitario y elaboración de una guía para la atención de las mujeres que han sufrido la MGF en la UE.
2. Establecimiento de un calendario de prioridades en la investigación sobre MGF en Europa.
3. Fundación de la Red Europea de Prevención de Prácticas Tradicionales Perjudiciales, en particular de la MGF (EuroNet-FGM, 2002).
4. Realización de un estudio sobre la implantación de leyes relativas a la MGF en la EU (2004, 2007)

El efecto de esta investigación dio lugar los siguientes acontecimientos:

1. Un encuentro de expertos/as en el Parlamento Europeo para elaborar una Agenda de Acción Conjunta (2001). Esta Agenda fue presentada ante la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y las agencias de Naciones Unidas. Ese mismo año, el CISR también colaboró con el llamado "Informe Valencia" y el informe "Soluciones contra la MGF" en septiembre de 2001.
2. La creación de EuroNet-FGM. Esta red de trabajo europea pone en contacto a 32 organizaciones (la mayoría ONGs y organizaciones comunitarias) para trabajar en la prevención de la MGF en más de 13 países de la UE.
3. La invitación del CISR a encuentros de grupos de expertos/as para elaborar un plan de acción nacional dirigido a prevenir la MGF en Bélgica

Todos estos proyectos tuvieron un papel muy importante en la consideración de la MGF dentro de la agenda nacional e internacional. Sin embargo, aun es necesario abordar algunos aspectos importantes si se pretende lograr la eliminación de la MGF en Europa:

- La aparente falta de coordinación entre diferentes fuentes de financiación

para la investigación en intervención con la MGF por parte de la Comisión Europea.

- La falta de una política común sobre MGF en la UE (1).
- La ausencia de asociaciones fuertes en diferentes ámbitos: político, investigador y comunitario.
- La inexactitud del conocimiento sobre la magnitud del problema.
- La limitada financiación disponible.

Violencia ejercida por la pareja y el papel del personal sanitario en Bélgica: aportaciones para el desarrollo de directrices para prevenir la violencia contra mujeres embarazadas en el ámbito nacional

En 2004 la Organización Nacional Belga de Médicos/as de Familia, elaboró un documento consensuado sobre el papel de estos/as profesionales en la detección y atención a los casos de violencia contra las mujeres ejercida por parte de sus parejas. Se trata de un documento útil y de calidad aunque no contiene recomendaciones concretas sobre cómo actuar con mujeres embarazadas que se encuentran en esta situación.

El CISR y el Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Gante llevaron a cabo dos estudios sobre violencia de género ejercida por parte de la pareja. El primero de ellos era un estudio transversal realizado entre mujeres embarazadas que acudían a consulta médica (2). El otro era un estudio sobre Conocimiento, Actitud y Práctica realizado entre ginecólogos/as dirigido a identificar barreras potenciales para la detección de este tipo de violencia en un contexto donde no se cuenta con ningún protocolo de actuación concreto(3).

Estos dos estudios proporcionaron los primeros datos sobre violencia de género contra mujeres embarazadas en Bélgica. El resultado más llamativo es que las mujeres rara vez se lo contaban a su médico/a a no ser que se les preguntara directamente. Cabe señalar que, mientras que una de las principales barreras para las y los ginecólogos a la hora de preguntar era el temor a ofender a las pacientes, las mujeres no tenían ningún problema en que se les preguntara al respecto.

Con estos datos concretos recogidos en Bélgica, el CISR se ha implicado en la elaboración de unas pautas de actuación para profesionales de la ginecología en este país, especialmente sobre todo lo relacionado con la violencia durante el



**Marleen
Temmerman**



**Patricia
Claeys**



**Ines
Keygnaert**



**Kristien
Roelens**



**Els
Leye**

embarazo. Como parte de esta guía, se formularán estrategias para la detección y mecanismos formales de derivación.

Prevención de la violencia sexual y de género contra personas refugiadas: la importancia de un enfoque participativo en la investigación para el desarrollo político

Recientemente, un estudio utilizó un enfoque participativo de base comunitaria para llevar a cabo una investigación dirigida a elaborar herramientas y a formular recomendaciones para la prevención de la violencia sexual y de género en los siguientes colectivos: refugiados/as, solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados/as en Europa.

Desde que llegan a territorio europeo, estos tres grupos de población son muy vulnerables a diferentes tipos de violencia sexual y de género. Esta es una de las conclusiones extraídas del proyecto de investigación denominado "Prevención de la violencia sexual y de género contra personas refugiadas en Europa: un enfoque participativo", que se llevó a cabo en Bélgica, Países Bajos y Reino Unido. El objetivo de este proyecto era doble: por un lado elaborar una estrategia para la prevención útil para las personas refugiadas y solicitantes de asilo y, por otro, aumentar la concienciación sobre esta cuestión mediante un enfoque participativo. Esta investigación se realizó mediante una estrecha colaboración entre 23 investigadores/as comunitarios/as y un consejo asesor comunitario.

De acuerdo con la información recogida a partir de las respuestas de las 223 personas que participaron en la investigación (refugiados/as, solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados/as procedentes de Irán, Afganistán, la antigua Unión Soviética, Somalia, Rumania y personas de origen kurdo) la prevención de la violencia sexual y de género en estos tres grupos de población, puede llevarse a cabo en tres niveles.

A nivel personal, la prevención debería centrarse en el cambio conductual y en el aumento de recursos sociales. A nivel de interacción social, la prevención se tendría que centrar en el aumento de recursos sociales y en el acceso a los recursos sanitarios. Por último, a nivel social, la prevención iría dirigida en primer lugar a mejorar el conocimiento general sobre salud sexual y, en segundo lugar, a concienciar sobre los factores de riesgo y protección frente a la violencia sexual y de género.

Además, el marco legislativo debería formularse desde un enfoque más preventivo. Los requisitos para acceder al permiso de residencia, con los derechos que ello conlleva, deberían modificarse con el fin de aumentar las posibilidades de estos tres grupos de población de ejercer sus derechos y de participar activamente en la sociedad de acogida. Cabe señalar que la mayor parte de las personas que participaron en la encuesta estaban dispuestas a implicarse en la prevención de la violencia sexual y de género contra las personas refugiadas, solicitantes de asilo e inmigrantes indocumentados en Europa.

Se elaboró una estrategia preventiva (4) en colaboración con los equipos de investigación, personas que formaban parte de la muestra del estudio y el consejo asesor comunitario. Ésta se centra en la divulgación de la información, el aumento de la concienciación y el trabajo en red en nueve idiomas diferentes. Además se formularon y presentaron recomendaciones sobre cómo crear políticas, estructuras y servicios ante políticos/as nacionales y europeos/as en el Seminario de la UE "La violencia oculta es una violación silenciosa" que tuvo lugar el 14 -15 de febrero de 2008 en Gante, Bélgica.

Entre tanto, se ha fundado EN-HERA! -Red de Trabajo Europea para la Promoción de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva de Refugiados/as y Solicitantes de Asilo en Europa y más allá- que en la actualidad desarrolla marcos teóricos para las buenas prácticas en política y la creación de servicios y centros de SSR para personas refugiadas y solicitantes de asilo desde un enfoque participativo.

Recomendaciones y desafíos

Para aumentar y mejorar el efecto de la investigación en la política, es necesario identificar e implicar desde el principio a todas las personas clave. Sin embargo, esto no siempre es fácil de conseguir teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo que existen para completar las investigaciones.

También es preciso comprender que, para producir algún efecto en un determinado contexto, la investigación debe responder a una necesidad expresada, por ejemplo por las y los políticos/as -como fue el caso de la investigación sobre MGF- o por una comunidad, como se demostró con el proyecto de investigación participativa sobre violencia sexual y de género entre refugiados/as.

En cuanto a los desafíos, aún hay que elaborar una agenda conjunta para la

acción y un análisis exhaustivo de la situación antes de comenzar a iniciar cualquier investigación. Para que una investigación produzca un amplio impacto en el ámbito político, debe ser sólida metodológicamente hablando y es necesario que tanto el equipo investigador como la institución que la realiza, gocen de credibilidad y visibilidad en su campo.

Otro de los desafíos es lograr que los resultados se den a conocer entre la población ya que, con frecuencia, no se cuenta con el tiempo ni los recursos necesarios para difundir las conclusiones a gran escala. Por ello, es necesario incluir en el presupuesto, desde el principio, una estrategia para la difusión de la información.

El impacto en el ámbito comunitario se puede mejorar a través de la colaboración entre investigadores/as, ONGs y organizaciones comunitarias. Es importante clarificar las expectativas de todas las partes implicadas desde el principio.

Por último, es preciso que el ámbito de la investigación adquiera, conozca y disponga de las herramientas con las que se elaboran las políticas y que exista una comunicación más fluida entre equipos de investigación y políticos/as. También es necesario tomar medidas adicionales e innovadoras que incentiven la colaboración entre académicas/os y políticas/os.

Referencias

1. Powell R.A., Leye E., Jayakody A. y col. "Mutilación genital femenina, solicitantes de asilo y refugiados/as: la necesidad de crear una agenda integrada en la Unión Europea". *Health Policy* 2004;70:151-162
2. Roelens K., Verstraelen H., Van Egmond K. y col. "Descubrimiento y comportamiento de búsqueda de atención sanitaria tras sufrir violencia por parte de la pareja antes y durante el embarazo en Flandes, Bélgica: estudio de vigilancia". *Eur. J. Obst. Gyn. R. B.* 2008 ; 137(1) :37-42
3. Roelens K., Verstraelen H., Van Egmond K. y col. "Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas entre ginecólogos/as-obstetras frente a la violencia de género en Flandes, Bélgica". *BMC Public Health* 2006;6:238
4. Versión digital disponible en: www.icrh.org

Dra. Els Leye
Ginecóloga-obstetra Kristen Roelens
Estudiante de doctorado
Ines Keygnaert
Dra. Profa. Patricia Claeys
Profa. Dra. Ginecóloga-obstetra
Marleen Temmerman
Dirección de contacto:
Ines.Keygnaetr@ent.be

CSNSEEAS (en inglés CeVEAS): DESARROLLO Y USO DE PAUTAS PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El pasado mes de febrero el Centro del Servicio Nacional Sanitario para la Evaluación de la Efectividad de la Atención Sanitaria (CSNSEEAS) situado en Módena, Italia, fue designado como Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Basada en la Evidencia y el Desarrollo de Síntesis y Directrices sobre Salud Reproductiva

Como su propio nombre indica, el CSNSEEAS colabora con las actividades de la OMS dirigidas a generar y difundir la evidencia disponible sobre intervenciones efectivas cuyo objetivo es el de mejorar y proteger la salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente con las mujeres en edad reproductiva. Este nuevo Centro Colaborador de la OMS se centra en:

- Recopilar y sintetizar los datos más fiables de la literatura científica para el desarrollo de directrices o pautas.
- Elaborar modelos que faciliten la implantación de dichas pautas en la práctica clínica teniendo en cuenta los diversos contextos locales.
- Desarrollar estrategias para difundir el conocimiento basado en la evidencia entre las y los profesionales de la salud, las mujeres y las comunidades.
- Apoyar a la investigación sobre fármacos para la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS, incluyendo aquellos de interés específico para la salud reproductiva.

Una colaboración que comenzó hace algunos años

El CSNSEEAS (desde ahora, Centro) colabora con la OMS desde el año 2000 en proyectos relacionados con la atención neonatal y materna. Ha realizado colaboraciones con la sede de la OMS en Ginebra y con diversos proyectos de la Oficina Regional de la OMS para Europa- “Maternidad Segura”, “Investigación y Salud Reproductiva”, “Red de Salud

basada en la Evidencia”- con el objetivo de facilitar el desarrollo de pautas y protocolos prácticos, y de organizar cursos para enfermeras/os, matronas, médicos/as y otros profesionales de la salud.

Entre los ejemplos de esta colaboración incluye brindar apoyo metodológico para la revisión de “Estándares de Atención Materna y Neonatal de la OMS” (1); la revisión de los datos para actualizar “Red de Salud basada en la Evidencia” (2); y, finalmente, la revisión y organización de los datos para la Guía de la OMS sobre Prevención de la Hemorragia Posparto (3) utilizando la metodología GRADE (4,5).

Desarrollo de directrices basadas en la evidencia: metodología GRADE

Uno de las funciones más importantes del Centro, es la de proporcionar respaldo metodológico para la elaboración de recomendaciones a partir de una revisión sistemática de los datos disponibles. Esa función del Centro tomó mayor relevancia a través de la colaboración con un grupo de trabajo constituido para definir unos criterios mínimos en la elaboración de directrices para la actualización del “Manual de la OMS para la elaboración de directrices”.

Este apoyo metodológico consiste en afrontar el desafío de introducir la metodología GRADE en la elaboración de pautas para mejorar la salud reproductiva (la metodología GRADE ya ha sido adoptada por la OMS para el desarrollo de directrices en otros ámbitos). Sin ir más lejos, el Dr. Quazi Monirul Islam, Director del Departamento de la OMS de Maternidad Segura, ha señalado recientemente la importancia de incluir un proceso de elaboración de directrices basadas en la evidencia para la Prevención de la Hemorragia Posparto (6).

Brevemente, la metodología GRADE consiste en una evaluación sistemática de la calidad metodológica de los datos y en una estimación del balance entre costes y beneficios de la intervención sanitaria evaluada. De esta manera, las personas que elaboran directrices y protocolos (investigadores/as, médicos/as o políticos/as) basan sus recomendaciones en datos que han sido rigurosamente evaluados.

Cómo implantar las recomendaciones

Las dificultades para poner en práctica las directrices científicas son un

problema de sobra conocido y, durante los últimos años, ha sido el centro del debate científico. De hecho, con mucha frecuencia, la aplicación de las evidencias científicas a la práctica clínica no es fácil. Es común que exista resistencia y que sean necesarias diversas estrategias para superar los obstáculos.

La implantación de la metodología adoptada por el Centro, respaldada ampliamente por la literatura científica, incluye las siguientes medidas: determinación y análisis de los obstáculos y los facilitadores; elección de intervenciones específicas para superar y eliminar las barreras y/o incluir los factores facilitadores identificados, y la evaluación de los resultados.

Durante 2005-2006, nuestra institución desarrolló e implantó un modelo de directrices para la promoción de la lactancia en Italia. Esta acción sirve como ejemplo para llevar a cabo una implantación en la práctica, utilizando los elementos del marco descrito anteriormente. El proyecto fue llevado a cabo por la Autoridad Sanitaria Local de la región de Emilia-Romana y por un grupo de expertos/as del Centro en el marco de un programa respaldado por dicha Autoridad (7).

Este programa generó tres herramientas -por el momento disponibles solo en italiano- para profesionales de la salud:

1. Un manual con recomendaciones para la promoción de la lactancia basado en información contrastada científicamente.
2. Un software (HEAVyBase) para la recogida y análisis de datos relativos a la lactancia en el ámbito local. Es necesario un análisis detallado del contexto local para identificar las barreras y los facilitadores, y para seleccionar las recomendaciones más adecuadas para su implantación en dicho contexto.
3. Un segundo tipo de software (PRIMA) que incluye una lista de posibles soluciones -para cada recomendación se detalla un listado de posibles barreras y soluciones hipotéticas- para apoyar el plan de implementación en el ámbito local

Mediante la utilización de este tipo de encuadre era y es más fácil definir un plan

de acción local para la promoción de la lactancia en la región de Emilia-Romana. También es posible aplicar este modelo de implantación en otras cuestiones como la reducción en el número de operaciones de cesárea, y en otros idiomas (puede ser fácilmente traducible al inglés).

Proyecto para la difusión del conocimiento

También se está implantando un proyecto para la difusión del conocimiento. La idea consiste en la creación de un documento informativo en formato digital que se actualiza con una periodicidad semanal que incluye un resumen de documentos importantes y validados sobre salud reproductiva. Esta hoja informativa se publicará en la página web de SaPeRiDoc (<http://www.saperidoc.it>) una página web “basada en la evidencia” desarrollada con el apoyo de la región Emilia-Romana.

La página web está escrita en italiano por profesionales de la salud que trabajan en el ámbito de la salud materno-infantil. Esta página, que existe desde 2001, proporciona información actualizada y, cada día, alrededor de 2000 personas navegan por ella. En junio de 2008 la página tendrá un foro en inglés en torno a la hoja informativa que contiene la página web. Además, existen páginas web y folletos que abordan las necesidades de información de las mujeres y las comunidades. Estos sitios web contienen la misma información que se proporciona a las y los profesionales pero con un lenguaje y un formato editorial distintos.

Cursos de formación sobre salud materna basada en la evidencia

Como ha hecho hasta ahora, el Centro continuará colaborando con los cursos de formación específicos de la OMS desarrollados en Europa del Este y algunos países africanos. Estos cursos están dirigidos a matronas, médicos/as y obstetras, y versan sobre recogida de datos, epidemiología básica, recuperación de información basada en la evidencia y sobre cómo promover la investigación en países en vías de desarrollo. El Centro también proporcionará apoyo para llevar a cabo colaboraciones con universidades en países de Europa del Este de manera que se incluyan los contenidos sobre

atención perinatal efectiva de la iniciativa “Lograr una Maternidad Segura” en los programas de formación.

En 2007 se llevó a cabo una actividad similar en Georgia con la Universidad de Tbilisi, en Georgia; esta colaboración ha tenido éxito en ayudar a mejorar la salud sexual y reproductiva, especialmente la salud materna y del o la recién nacido/a, mediante la integración de pautas basadas en la evidencia en la práctica clínica.

Conclusión

En nuestra opinión, una evaluación y una valoración metodológica sólidas de la investigación, los datos y las buenas prácticas resultan esenciales para la elaboración de directrices basadas en la evidencia, la transmisión del conocimiento y la implantación de dichas pautas. Desde el centro se trabaja y se realizan esfuerzos para producir y difundir la información contrastada sobre salud de las mujeres y al trabajo que realiza, las y los profesionales de la salud tienen acceso a instrumentos e información útiles para establecer una mejor comunicación con sus pacientes y mejorar la calidad general de la atención prestada. Además, esta misma información puede proporcionar a las y los políticos/as las herramientas y el conocimiento necesario para decidir cuáles son las prioridades y mejorar la efectividad de la organización dentro del ámbito sanitario en el que trabajan.

Referencias

1. Departamento para “Lograr una Maternidad Segura”, OMS. “*Estándares para la Atención Materna y Neonatal*”, Ginebra. URL:http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html
2. “Red de Salud Basada en la Evidencia”, OMS. “*¿Cuál es la efectividad de la atención neonatal?*” (suplemento) Ginebra:OMS; 2005. URL: http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/antenatal-suppl/20051219_11
3. Departamento para “Lograr una Maternidad Segura” OMS. “*Recomendaciones para la Prevención de la Hemorragia Posparto*”, Ginebra, OMS 2007. http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_MPS_07.06_eng.pdf
4. Schünemann HJ., Fretheim A., Oxman AD. “*Mejorar el uso de los datos*

extraídos de la investigación en la elaboración de directrices: clasificación de datos y recomendaciones” Health Res Policy Syst., 2006; 4:21

5. Página web del grupo de trabajo GRADE. www.gradeworking-group.org/index.htm
6. “*Lograr una Maternidad Segura. Una hoja informativa sobre la actividad mundial*” OMS. Abril, 2007. Número 4.
7. Allatamento al seno. *Strumenti per facilitare il cambiamento delle pratiche assistenziali*. Bolonia. Región Emilia-Romana, 2005. http://www.saperidoc.it/str_5.html

Dr. Vittorio Basevi
Ginecólogo obstetra

Dante Baroncini
Neonatólogo

Dra. Simona Di Mario,
Pediatra

Giulio Formoso
Máster, Epidemiología

Gianfranco Gori,
Máster. Ginecólogo obstetra

Dra. Barbara Paltrinieri
Experta en comunicación

Daniela Spettoli
Ginecólogo obstetra

Nicola Magrini,
Máster, Farmacólogo clínico, Director

Dirección de contacto:
v.basevi@ausl.mo.it

MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES

Centro Colaborador de la OMS para la Salud Reproductiva de los Hombres: Instituto de Medicina Reproductiva de la Universidad de Münster. Münster (Alemania).

El Instituto de Medicina Reproductiva (IMR) de Münster es el único Centro Colaborador de la OMS que trabaja sobre la salud reproductiva de los hombres y que divulga la información sobre sus investigaciones entre la población mediante publicaciones y presentaciones en encuentros científicos internacionales. En la actualidad se presta mucha más atención a la salud reproductiva de las mujeres que a la de los hombres, pero diversas políticas que han integrado la perspectiva de género y el aumento del número de hombres de edad avanzada han favorecido una actitud más abierta hacia la salud reproductiva de los hombres.

Las dos cuestiones principales relativas a la salud reproductiva de los hombres, son las dos caras de la misma moneda: fertilidad y esterilidad. Mientras que los hombres que no presentan problemas no acuden a las clínicas de fertilidad (excepto quizás para donar semen antes de realizarse una vasectomía), los que tienen problemas de infertilidad padecen un amplio espectro de enfermedades -de los testículos, los epidídimos, de las glándulas sexuales accesorias- para ser estudiadas.

Sin embargo, la medicina no siempre es la solución ya que aproximadamente el 30% de los hombres presentan esterilidad idiopática (de causa desconocida) (1). Este hecho resulta frustrante tanto para la pareja que desea tener hijos/as de manera natural como para el o la médico/a que solo puede ofrecerles técnicas de reproducción asistida que solucionan el problema pero que no curan al paciente. Determinar la causa de la infertilidad también representa un desafío para las y los andrólogos/as para sugerir, finalmente, una terapia de tipo psicológico.

Los problemas asociados con la sobrepoblación pueden reducir la calidad de vida de hombres, mujeres y niños/as en todo el mundo puesto que a menudo propician la aparición de enfermedades y hambre en lugares donde hay hacinamiento y condiciones poco higiénicas. El control de la natalidad voluntario, por medio de la planificación familiar, puede ayudar a reducir los problemas, especialmente para madres e hijos/as. La planificación familiar adecuada es un ejercicio de responsabilidad de las parejas hacia su comunidad y las personas de su entorno.

Aunque el mayor peso de esta responsabilidad en la actualidad recae sobre las mujeres, las cuales conocen los métodos existentes, algunos de ellos necesitan de

la colaboración de los hombres. Existen datos que indican que los hombres, cuando establecen relaciones estables, estarían dispuestos a utilizar la “píldora masculina” (o inyección) y, de esta manera, compartir la responsabilidad anticonceptiva con su pareja.

Actividades

Todas estas cuestiones establecen el escenario para las actividades del Centro Colaborador de la OMS para la Salud Reproductiva de los Hombres en Münster. Éstas están relacionadas con temas de la salud de los hombres -o andrología-, el equivalente a la ginecología para las mujeres. La andrología se ocupa del aparato reproductor de los hombres y sus problemas.

El Instituto es un centro de referencia para tratar la infertilidad de los hombres y el hipogonadismo en Alemania y todo su personal médico está cualificado para ello. Una vez que se ha descartado que, en una pareja, no es la mujer quien presenta el problema de infertilidad, se busca el problema en el hombre. La investigación se centra primero en la calidad del semen y en los niveles de hormonas en sangre. La investigación básica que realiza el Centro Colaborador de la OMS trata de encontrar la manera de mejorar los aspectos diagnósticos del análisis del semen y de la evaluación de la función testicular. También lleva a cabo estudios clínicos sobre anticonceptivos hormonales para hombres.

En cuanto al diagnóstico, el Instituto ha comparado diversos métodos para medir el volumen del semen y desarrollar nuevas formas de cuantificar el bajo número de espermatozoides y de células precursoras de esperma: ambos criterios importantes para evaluar la fertilidad potencial de un hombre. El Instituto



Trevor G. Cooper

también se ha involucrado en la producción de la quinta edición del manual de laboratorio de la OMS para el análisis del semen (2) que debería servir como “criterio de oro” para los laboratorios de todo el mundo.

Además, se ha implicado en la elaboración, por primera vez, de unos verdaderos valores de referencia para evaluar ciertos parámetros en el semen humano. Estos límites se establecieron a partir del examen de un grupo de hombres cuyas parejas se quedaron embarazadas en 12 meses o menos. Los datos están siendo recopilados y examinados en laboratorios competentes y utilizando los métodos de análisis recomendados por la OMS. Así, estos valores son análogos a los valores clínicos de referencia para el suero y pueden utilizarse de la misma manera.

El Instituto también ha llevado a cabo un programa de control de calidad externo para el análisis del semen en Alemania cuyos resultados han mostrado una mejora posterior en el acuerdo en cuanto a la valoración entre los laboratorios participantes (3).

Los estudios sobre las hormonas peptídicas de la pituitaria (LH, FSH) que regulan la producción de esperma en los testículos han revelado formas distintas en los genes de los hombres estériles que apuntan hacia una posible causa genética de la infertilidad. Otros estudios han mostrado que la acción de los andrógenos en el hombre depende no solo del nivel de esteroides en sangre sino de la estructura de los receptores de andrógenos que reciben estas hormonas e inician la masculinización, y esta podría ser otra causa genética de la infertilidad. No solo el diagnóstico se beneficia de estos descubrimientos sino que crea también la posibilidad de que diseñar terapias hormonales para pacientes determinados, dependiendo del fenotipo de sus receptores de andrógenos.

En cuanto al aspecto terapéutico a largo plazo, se están llevando a cabo ambiciosos estudios sobre aislamiento y supervivencia de células creadoras de esperma en condiciones culturales concretas y sobre su posterior trasplante. Este experimento podría proporcionar una reserva de células germen para los hombres con problemas graves en los testículos o para pacientes jóvenes de cáncer cuyos testículos hayan resultado

dañados por la quimioterapia o la radioterapia y que deseen ser padres una vez superada su enfermedad.

Por otro lado, una posibilidad para desarrollar un anticonceptivo masculino consiste en seguir el mismo principio que se siguió para la píldora anticonceptiva femenina (inhibición de los esteroides del hipotálamo y la pituitaria). En este sentido, resulta interesante nuestra investigación, en la que se añadieron hormonas femeninas (progesterona) al principal ingrediente de la píldora masculina (testosterona) para mejorar la eficacia de la misma en hombres y en monos.

Sin embargo, el hecho de que las compañías farmacéuticas más importantes ya no participen en este ámbito de investigación, será una dificultad importante salvo que se consigan fondos públicos.

Otros estudios sobre la anticoncepción se centran en el examen directo y específico de los espermatozoides. Los cambios en la ósmosis a los que se enfrenta el esperma en el cuerpo de la mujer han sido descubiertos recientemente; se sabe que los espermatozoides deben regular su volumen para lograr atravesar el moco cervical. Así, se han demostrado diferencias en cuanto a la habilidad de los espermatozoides entre hombres fértiles y los de los hombres que acudieron al Instituto por problemas con la regulación del volumen de los espermatozoides; esta prueba puede convertirse en un nuevo test para evaluar la función del esperma.

Aunque resulte difícil para las parejas que acuden a solicitar ayuda por este tipo de problemas, la información que se recabe sobre la causa de la infertilidad de los hombres puede resultar útil para el diseño de métodos anticonceptivos masculinos. Por ejemplo, si la causa está en un fallo en la regulación del volumen, se puede imitar este fallo osmótico de manera artificial y crear así un potencial anticonceptivo.

Conclusiones

Nuestro objetivo en el Instituto, con las investigaciones que llevamos a cabo, es el de continuar abordando cuestiones relevantes para la salud sexual y reproductiva de los hombres. Manteniendo el foco en cuestiones como la fertilidad y la esterilidad, y asegurando la calidad del análisis del semen y la anticoncepción masculina, el Instituto contribuye al bienestar, no

solo de los hombres y su salud sexual y reproductiva, sino también de su pareja y de la sociedad en general.

Referencias

1. Nieschlag E. “Clasificación de trastornos andrológicos”. En: “Andrología. Salud reproductiva masculina y disfunción”. Eds Nieschlag E. y Behre HM. Berlin: Springer, 2000 pags 83-87.
2. OMS. “Manual de laboratorio de la OMS para el examen y procesamiento de semen humano”. Quinta edición, en preparación. OMS, 2008.
3. Cooper TG., Hellenkemper B., Nieschlag E. “Control de calidad externo para el análisis del semen en Alemania” J Reproduct Med. Endocrinol 2007; 4:331-335.

Dr. Trevor G. Cooper

Centro Colaborador, Instituto de Medicina Reproductiva
TrevorG.Cooper@ukmuenster.de

RELACIONAR LAS AGENDAS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON LA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo influiría en uno de los centros de salud para jóvenes en su país saber si el uso de los teléfonos móviles y de internet afecta significativamente al comportamiento sexual de las y los adolescentes en Suiza, o en Isla Mauricio? ¿Se podrían valorar las implicaciones de estos datos en su propio país? ¿O quizá las enfermeras y matronas del hospital materno ya le han mostrado su preocupación sobre las complicaciones que pueden aparecer en el futuro relacionadas con la aparición de casos de mutilación genital femenina en población inmigrante? La investigación sobre salud sexual y reproductiva realizada con una metodología sólida, puede ayudar a dar respuesta a todas estas preguntas.

La primera iniciativa conjunta de formación de la Fundación de Ginebra para la Formación y Educación (FGMFE) junto al Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, tuvo lugar en 1991 y se centró en los países en transición en Europa. Esta iniciativa se consolidó en 2002 y desde 2005 la formación también se centra en el ámbito de la salud sexual.

Entre nuestras prioridades actuales se incluye reforzar la integración de la salud sexual y reproductiva; lograr que la formación en investigación esté disponible también para las instituciones con escasez de recursos; lograr que las conclusiones de la investigación lleguen a los medios de comunicación y, por último, desarrollar un conjunto de herramientas para formación online sobre especializaciones clínicas.

Entre las preocupaciones fundamentales de la FGMFE se encuentra la interacción entre la comunidad investigadora internacional y la dirección de los programas sobre anticoncepción, fertilidad, género y sexualidad. Además, persigue la promoción de unas relaciones igualitarias entre todas las personas.

Por esta razón, la Fundación pretende incluir en los objetivos de su formación sobre metodología investigadora aspectos relevantes contemplados en la actual agenda de investigación global contemporánea sobre salud sexual y reproductiva en los objetivos de su formación sobre metodología investigadora. Toda la variedad de cursos se puede encontrar en http://www.gfmer.ch/300_MedicalEducation_En.htm y el material del curso está disponible de forma gratuita.

También pueden descargarse los formularios de inscripción para los cursos que se realizarán en 2009. Si usted o alguien de su organización están pensando en asistir, el precio del curso es de 1.500 francos suizos por los gastos de tutoría a lo que habría que añadir unos 3.500 francos suizos aproximadamente por gastos de alojamiento y manutención, de forma modesta, durante una semana en Ginebra.

El curso de formación en metodología investigadora de cinco semanas de duración, se lleva a cabo en inglés en la sede de la OMS y en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra. Ambas instituciones apoyan a las y los docentes que, además de encargarse de impartir los seminarios, son profesionales de la salud involucrados/as en la investigación. Un comité científico -miembro del FNUAP, que cuenta con investigadores/as colaboradores/as de las universidades de Berna y Lausanne- se encarga de seleccionarlos en base a sus conocimientos sobre metodología investigadora y a los artículos que hayan escrito. Las propuestas iniciales sobre investigación de las y los candidatos/as sirven para valorar su capacidad para identificar y abordar las prioridades en investigación, y para que sean formadores/as en el futuro. De hecho el curso está pensado para que se adquiera la capacidad de conocer y aplicar técnicas para la investigación sobre los temas prioritarios, especialmente sobre el desarrollo de la salud sexual y reproductiva.

La Fundación actúa en colaboración con una fundación privada de la Universidad de Ginebra que trabaja



Robert Thomson

Objetivo principal

Promover la salud mediante la educación e investigación médica que pueda ser aplicada en los países en desarrollo y en los países en transición económica.

Actividades de referencia

- Proporcionar formación de postgrado sobre metodología investigadora en salud sexual y reproductiva.
- Desarrollar y llevar a cabo investigación así como plantear conclusiones.
- Apoyar a las instituciones "asociadas" en la realización de programas de formación médica de postgrado.
- Colaborar con la OMS en la elaboración de actividades formativas online así como en la realización de cursos breves de postgrado sobre epidemiología.
- Proporcionar conocimiento experto a la OMS y a los centros de su red que solicitan colaboración para investigar o realizar formación en investigación o sobre cualquier aspecto clínico de la sexualidad humana y la reproducción.

Temario común del curso

Metodología investigadora (2 semanas)

- Diseño de estudios, estadística, epidemiología, valoración crítica, síntesis de investigación, estrategias para el análisis de datos, ética y derechos humanos en la investigación clínica, internet y medicina.

Temas comunes en salud sexual y salud reproductiva (1 semana)

- Trabajo sobre salud sexual y reproductiva en la OMS
- ITSs, VIH/SIDA, planificación familiar, infertilidad, genética, entorno y reproducción, función y disfunción sexual.

Semana paralela sobre salud reproductiva

Principios de patología fisiológica, ginecología, endocrinología, menopausia, infecciones genitales, ITSs, cáncer, obstetricia

Semana paralela sobre salud sexual

Conceptos y métodos en investigación sobre salud sexual, trastornos de la identidad sexual, sexualidad adolescente, ITSs/VIH y sexualidad, violencia, abuso infantil, MGF, derechos y ética en la investigación sobre salud sexual

Exámenes (última semana)

Para obtener el certificado, las y los participantes deben pasar un examen que consiste en:

- Elaborar un documento científico (se trata de preparar un protocolo para un proyecto de investigación, una propuesta de financiación y una revisión sistemática)
- Una presentación oral de 15 minutos de dicho documento
- Un examen tipo test.

sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual: definición de sexualidad saludable, descripción de cómo es la sexualidad tradicional y de otras opciones más minoritarias, juventud, personas mayores, relaciones intergeneracionales, violencia de género, elección sexual, influencias económicas sobre el comportamiento sexual, abusos y violencia sexual, religión, espiritualidad, cultura, y sexo y etnias. Como resultado de esta colaboración, se consiguió la primera financiación en 2005 junto con un pequeño número de becas para estudiantes. Todo con el fin de crear y consolidar una metodología investigadora en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

El curso no solo refuerza las habilidades de las y los participantes para la investigación, sino también para la comunicación de los resultados de manera clara, concreta e integral y proporcionando una interpretación apropiada para las comunidades en desarrollo y el sector de la sanidad pública. Una parte importante de la evaluación del curso consiste en la elaboración y defensa de una propuesta de proyecto. La presentación de esta propuesta potencia, en sí misma, la capacidad de movilizar recursos y muchas de las personas que han participado agradecen esta formación en comunicación, que constituye un pilar de esta sesión.

Existen pocos cursos que faciliten de una manera tan activa el trabajo en red entre profesionales de la salud del ámbito de la salud sexual y reproductiva procedentes de diferentes partes del mundo. El curso también contiene revisiones de aspectos evolutivos, conductuales y clínicos de la sexualidad humana, salud reproductiva, conceptos clave en modelos sexuales y de género biomédicos y psicológicos. Todo ello se complementa con una revisión epidemiológica global de las infecciones de transmisión sexual, el embarazo, las disfunciones y las prácticas sexuales.

La formación de la Fundación también se imparte para el personal de las instituciones que realizan actividades con adolescentes e incluye aspectos sobre el papel de la educación entre iguales, los efectos de los programas dirigidos a la abstinencia y programas para manejar la asunción de riesgos. Se cuenta también con una colaboración muy estrecha con la Asociación para la Salud Materno-Infantil y del o la bebé, las Campañas para la Eliminación de Fístulas y la Mutilación Genital Femenina, la Red Y-Peer y la exposición de Arte para la Salud. Animamos a todas/os las y los profesionales a tomar conciencia y compartir su conocimiento sobre las líneas actuales en la investigación en diversos ámbitos clínicos y de salud pública mediante

su publicación en el periódico digital <http://www.reproductive-health-journal.com/home/> o, simplemente creando su propia "página" en gfmer.ch y colgando en ella sus propuestas de investigación. Esta forma abierta de acceso es de gran importancia para los 400 o más personas que ya han participado y para la creación de agencias y grupos de salud pública con el apoyo del curso.

Así, mediante la promoción de un buen diseño de investigación y de una buena metodología, y compartiendo el conocimiento y las buenas prácticas, la FGMFE se asegura que tanto las nuevas como las precedentes generaciones de investigadores/as, profesionales de la salud y políticos/as son personas capacitadas para que la investigación en salud sexual y reproductiva avance en la dirección adecuada

Robert Thomson

Miembro, Fundación de Ginebra para la Educación Médica y la Investigación
Thomson@gfmer.org

ADIÓS A *ENTRE NOUS* EN HUNGRÍA



István Batár



La edición y el personal de Entre Nous desea agradecer de corazón al Dr. István Batár todos los años que ha trabajado intensamente y su dedicación como editor de la revista Entre Nous en Hungría. Se le echará en falta, así como su tarea apoyando la versión húngara de Entre Nous. Le deseamos lo mejor para su jubilación.

Widad Haddad, la primera Asesora Regional sobre Sexualidad y Planificación Familiar de la Oficina Regional Europea de la OMS fue la persona que lanzó la revista *Entre Nous* a mediados de los años 80. En aquellos momentos colaborábamos con una serie Cursos de Formación de Postgrado en Planificación Familiar financiados por el FNUAP en los que -como parte del material entregado- distribuíamos la revista entre las y los participantes. Tras la marcha de la Sra. Hadad, su sucesor, el Dr. Daniel Pierotti, solicitó al Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Debrecen (Hungría) que comenzara publicar *Entre Nous* en húngaro. Aceptamos de buen grado esta propuesta y el primer número de la revista húngara apareció en 1989.

El interés aumentó inmediatamente y recibimos numerosas peticiones de envío de los siguientes números, que pensábamos publicar dos veces al año.

Las primeras ediciones tenían un formato muy sencillo (similar al de las versiones inglesa y francesa). Más tarde, cuando *Entre Nous* se convirtió en una auténtica revista, cambiamos el formato pero, sin embargo, debido a la limitación de recursos económicos se continuó imprimiendo en blanco y negro.

Al principio, en la edición húngara solo se traducían los artículos relacionados con temas interesantes o relevantes para las lectoras y lectores de Hungría. Si bien, año tras año, se fue convirtiendo en una versión más completa del original y los últimos números se traducían prácticamente en su totalidad al húngaro con la excepción de la sección de "Recursos" (estos resultan interesantes solo para las personas que podían acceder a los documentos/libros/periódicos originales).

La limitación de recursos económicos, a pesar apreciar un ligero aumento de los mismos a mediados de los años 90, no permitió incrementar el número de ejemplares (500) que se publicaban, lo cual limitó la capacidad de difusión de *Entre Nous* húngaro. Las copias se distribuían principalmente entre profesionales de la medicina y enfermería (principal-

mente del ámbito de la ginecología). Sabemos, por la información que hemos recogido, que la mayoría de las personas que leía la revista eran profesionales de la enfermería y ésta ha sido la única forma para ellas de obtener información actualizada sobre ciertos temas durante esos años.

Debido al encarecimiento de los costes postales cada vez más copias eran enviadas en paquetes (30-50 copias) a las enfermeras jefe para que las distribuyeran entre el personal de enfermería a su cargo que estaba suscrito a la revista.

Hace algunos años, debido a un drástico recorte en el presupuesto, la Oficina Regional para Europa de la OMS no pudo continuar financiando la edición húngara de *Entre Nous*. Por suerte, en aquel momento se contó con algunas fuentes de financiación local. Desafortunadamente, estos fondos se han agotado, lo que significa que no es posible seguir publicando esta importante revista sobre salud sexual y reproductiva. Por ello, el texto desaparecerá de la imprenta.

Durante casi dos décadas, el Centro de Planificación Familiar de nuestro Departamento se hizo cargo de la revista *Entre Nous* húngara. Todo el trabajo -incluyendo la traducción, edición y distribución- lo llevaba a cabo el equipo del Centro de Planificación Familiar y estoy enormemente agradecido a mis colegas por todo su trabajo y por el tiempo que han dedicado a esta revista. En realidad ex colegas, puesto que ya me he retirado.

Espero, de verdad, que el contratiempo que ha supuesto el cese en la publicación de *Entre Nous* en Hungría pueda solucionarse en el futuro y que exista la posibilidad de editarse de nuevo para el beneficio y placer, no solo de las y los lectores/as húngaros/as, sino para nosotras y nosotros. Mientras tanto, afortunadamente para cada vez más de mis colegas húngaros, podrán leer la versión inglesa y continuar disfrutando de *Entre Nous* en este idioma.

Dr. István Batár

Médico
Editor *Entre Nous* Hungría.



CENTROS COLABORADORES DE LA OMS

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Salud Reproductiva
Centro de Investigación para la Protección de la Salud Materno-Infantil
22 Mashtots Avenue
375002 Yerevan, Armenia
Director: Prof. G.G. Okoev
<http://www.armobgyn.com>

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Salud Sexual y Reproductiva
Centro Internacional de Salud Reproductiva
Facultad de Medicina
Universidad de Gante De Pintelaan 185, 3P3
B-9000 Gante, Bélgica
Directora:
Profa. Marleen Temmerman
<http://www.icrh.org>

Centro Colaborador de la OMS para la Salud Reproductiva y la Medicina Perinatal
Centro Perinatal, Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Instituto para la Atención Materno-Infantil
Podolské nabreží 157
CZ-147 10 Praga 4,
República Checa
Director: Prof. Petr Velebil
Dirección de correo electrónico:
velebilp@seznam.cz

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación de Salud Reproductiva
Centro de Investigación en Endocrinología Molecular de la Universidad de Oulu
P.O. Box 5000
FIN- 90014 Oulu, Finlandia
Director: Prof. Pirkko Vihko
<http://www.whoccr.oulu.fi>

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación en Reproducción Humana
Instituto de Reproducción Humana
43, Kostava street
0109 Tbilisi, Georgia
Director: Prof. Archil Khomassuridze
Dirección de correo electrónico:
Archilk@hist.ru

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Reproducción Humana
Centro Federal de Educación para la Salud (Bzga)
Ostermerheimer Str. 220
D-51109 Colonia, Alemania
Directora: Dra. Elisabeth Pott
<http://www.bzga.de>

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación en Reproducción Masculina
Instituto de Medicina Reproductiva de la Universidad
Domagkstr.11
D-48149 Münster, Alemania
Director: Dr. Eberhard Nieschlag
Dirección de correo electrónico:
eberhard.nieschlag@ukmuenster.de

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Reproducción Humana
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Universidad Médica Albert Szent-György
Semmelweis utca 1.
H-6725 Szeged, Hungría
Prof. Attila Pal
Dirección de correo electrónico:
palattila@obgyn.szote.u-szeged.hu

Centro Colaborador de la OMS para la Síntesis de Investigación Basada en la Evidencia y el Desarrollo de Pautas en Salud Reproductiva
CeVEAS- Centro para la Evaluación de la Efectividad de la Atención Sanitaria.
Azienda USL Módena- NHS Autoridad Sanitaria Local
Via L.A. Muratori 201
I-41100 Módena, Italia
Director: Dr. Incola Magrini
<http://www.ceveas.it>

Centro Colaborador de la OMS para la Salud Materno-Infantil Unidad de Investigación sobre Servicios Sanitarios y Salud Internacional
Instituto de la Infancia IRCCS Burlo Garofolo
Via dei Burlo 1
I-34123 Trieste, Italia
Director: Dr. Adriano Cattaneo
<http://burlo.trieste.it>

Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de Técnicas Adecuadas en la Atención Perinatal
Centro Perinatal de MCHRI
Instituto de Investigación sobre Salud Materno-Infantil
93 Burebista Street
MD-2062 Chisinau, República de Moldavia
Director: Prof. Petru Stratulat
Dirección de correo electrónico:
perinat@mtc.md

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Reproducción Humana
Centro de Investigación sobre Ginecología/Obstetricia y Perinatología
Academia Rusa de Ciencias Médicas 4, Oparin Street
117997 Moscú (Rusia)
Directora: Dra. Ekaterina Yarotskaya
Dirección de correo electrónico:
ekatyar@rambler.ru

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación sobre Salud Reproductiva
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Centro Médico Universitario de Ljubljana
Slajrnerjeva 3
SI-1525 Ljubljana, Eslovenia
Directora: Helena Meden-Vrtovec
Dirección de correo electrónico:
Helena.meden@kclj.si

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Reproducción Humana
Departamento de Salud Materno-Infantil
Sección Internacional de Salud Materno-Infantil
Hospital Universitario de Uppsala
SE-751 85 Uppsala, Suecia
Directora: Gunilla Lindmark
Dirección de correo electrónico:
Gunilla.Lindmark@kbh.uu.se

Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de Indicadores de Calidad dirigidos a Mejorar la Salud Perinatal
Departamento de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario de Lund
Universidad de Lund
SE-221 35 Lund, Suecia
Directora: Karel Marsal
<http://www.gyn.lu.se>

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación sobre Reproducción Humana
Departamento de Salud de Mujeres y Niños/as
División de Ginecología y Obstetricia
Hospital Karolinska C1:05
SE-17176 Estocolmo, Suecia
Directora: Kristina Gemzell-Danielsson
Dirección de correo electrónico:
karin.kallen@med.lu.se

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Formación sobre Reproducción Humana
Fundación Ginebra para la Educación e Investigación Médica (GFMER)
5 Chemir Edouard Tavan
CH-1206 Ginebra, Suiza
Director: Aldo Camapana
<http://www.gfmer.ch>

Centro Colaborador de la OMS para la Formación e Investigación sobre Aspectos de los Servicios de Planificación Familiar
Departamento de Salud Pública
Escuela Médica Universitaria Hacettepe
Sihhiye
TR-06100 Ankara, Turquía
<http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>

Centro Colaborador de la OMS para Síntesis de Investigación sobre Salud Reproductiva
Departamento de Ginecología y Obstetricia
División de Salud Reproductiva e Infantil
Universidad de Birmingham
Merchley Park Road, Edgbaston
Birmingham B152TG
Reino Unido
Director: Prof. Khalid S. Khan
<http://www.bham.ac.uk>

Métodos sociales para la investigación sobre salud reproductiva, HRP/PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial, 1999

Se trata de una herramienta muy valiosa para las personas interesadas en llevar a cabo una investigación desde el ámbito social sobre salud sexual y reproductiva. Proporciona una visión general de las opciones de diseño de investigación, metodología y análisis, consideraciones éticas y aspectos prácticos de la planificación e implantación de la investigación. Disponible en inglés y castellano en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhgeneral.html

Pasar de la investigación a la práctica: sugerencia de acciones sobre estudios de caso en la investigación sobre salud sexual y reproductiva. HRP/WHO, 2006

Este documento repasa la utilización de la investigación desde la perspectiva de los equipos de investigación y de quienes la financian, así como, de quienes la programan y de las y los políticos/as. Su objetivo es ayudar a que se utilicen más las conclusiones de la investigación y realizar un seguimiento de hasta qué punto dichas conclusiones se aplican con el fin de mejorar la salud sexual y reproductiva. Disponible en inglés en: www.who.int/reproductive-health/hrp/index.htm

Características de la investigación sobre salud sexual y reproductiva en países de ingresos bajos y medios. Foro Global para la Investigación sobre Salud y la OMS, 2007

Este documento presenta un marco para señalar las necesidades, vacíos y prioridades de la investigación en salud sexual y reproductiva. Disponible en inglés y castellano en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhgeneral.html

Conjunto de herramientas para la valoración de la salud reproductiva en mujeres afectadas por conflictos. CDC y USAID, 2007

Se trata de un fantástico conjunto de herramientas diseñado para dar respuesta a la necesidad de obtener datos concretos sobre salud reproductiva entre la población que se ve afectada por conflictos. Contiene instrucciones para el muestreo, manuales de formación, cuestionarios, registro de datos y guías de análisis. Disponible en inglés en: www.cdc.gov/reproductivehealth/productsandpubs

Serie sobre Epidemiología en Salud Reproductiva del CDC (Centro para el Control de Enfermedades)

Consiste en cuatro módulos que introducen al o la investigador/a en conceptos útiles tales como la vigilancia en salud pública, salud materna, epidemiología de las infecciones del aparato reproductivo y diseño de cuestionarios. Disponible en inglés en: www.cdc.gov/reproductive-health/productsandpubs

Entre Nous

*La Revista Europea de
Salud Reproductiva y Sexual*

Entre Nous es una publicación de:

Programa de Salud Reproductiva e Investigación.

Oficina Regional Europea de la OMS

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

Dinamarca

Tel. (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1818

[entrenous@who.int]

www.euro.who.int/entrenous

Entre Nous