



*ESTRATEGIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
DE LA COMUNITAT VALENCIANA
2017-2021*



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

I N D I C E

0.	Presentación	7
1.	Introducción	9
2.	Justificación	12
3.	Marco normativo. Referentes internacionales, contexto nacional y autonómico	15
4.	Metodología de elaboración de la Estrategia	20
5.	Análisis de Situación	24
5.1.	Aproximación al estado de la salud sexual y reproductiva en la Comunitat Valenciana	24
1.	La salud sexual en adolescentes y jóvenes.	24
2.	La salud sexual en población adulta	29
3.	Perfil reproductivo de las mujeres	33
4.	Resultados en salud materna y perinatal.	37
5.2.	Atención a la salud sexual y reproductiva de la Comunitat Valenciana	40
1.	Atención a la salud sexual	40
2.	Atención al embarazo, parto y puerperio	43
6.	Misión y Principios Rectores	49
6.1.	Misión.	49
6.2.	Principios Rectores.	49
7.	Líneas estratégicas, Objetivos y Acciones	51
7.1.	Líneas Estratégicas	51
7.2.	Objetivos y Acciones	51
	Línea 1. Promoción de la salud sexual y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, garantizando sus derechos sexuales.	51
	Línea 2. Promoción de la salud reproductiva y el bienestar de las personas, garantizando sus derechos reproductivos.	54
	Línea 3. Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos. ...	56
	Línea 4. Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.	61

8.	Implementación, Seguimiento y Evaluación	64
8.1.	Relación básica de indicadores	69
	Línea 1. Promoción de la salud sexual y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, garantizando sus derechos sexuales.....	69
	Línea 2. Promoción de la salud reproductiva y el bienestar de las personas, garantizando sus derechos reproductivos.	70
	Línea 3. Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos. ...	71
	Línea 4. Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.....	73
9.	Bibliografía	74
	Anexos	77
	Anexo 1: Relación de participantes	79
	Anexo 2: Derechos Sexuales y Reproductivos	84
	Anexo 3: Glosario de términos	88
	Anexo 4: Modelo de Evaluación.....	100
	Anexo 5: Cronograma de reuniones del Comité Técnico	102
	Anexo 6: Volcado de la información recogida en el DAFO	103
	Anexo 7: Opiniones a partir de la consulta a profesionales de otras competencias distintas al Comité Técnico de la Estrategia	107
	Anexo 8: Entidades y Sociedades Científicas que componen el Comité de Participación	111
	Anexo 9: Listado de abreviaturas, siglas y acrónimos	112

PRESENTACIÓN

La **Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021 (ESSR)**, reconoce que la salud sexual y reproductiva supone, sin lugar a dudas, uno de los cambios y avances más profundos en los derechos de las personas en la sociedad actual. Es en esta vertiente de la salud donde, con mayor relevancia, se plasman los resultados del esfuerzo en reducir las desigualdades entre mujeres y hombres.

La misión y principios rectores que la vertebran pretenden mejorar la salud sexual y reproductiva de la población de la Comunitat Valenciana, promoviendo el desarrollo efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas respetando la diversidad sexual, de género, funcional, cultural y de creencias de manera que se integren dichos valores a las prestaciones actuales de la cartera de servicios y el acceso a las mismas.

La meta de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública es la defensa, promoción y protección de la salud de las mujeres y los hombres que viven en nuestra comunidad.

La autopercepción de bienestar, vivencia subjetiva de salud y bienestar, está complementada por la vivencia de la sexualidad en cada etapa de la vida de las personas y la decisión de tener descendencia.

La percepción de la identidad sexual y de género son elementos constitutivos de las personas, siendo esta vivencia subjetiva diversa y no dicotómica. Su aceptación e integración por parte de la sociedad en la que se vive constituyen un elemento distintivo de las sociedades democráticas y progresistas.

En la Comunitat Valenciana la atención a la salud sexual y reproductiva fue posibilitada de forma pionera a mediados de los años ochenta gracias al decreto 149/1986, por el que se regulaba la prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad.

La publicación de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo por parte del Ministerio de Sanidad dio un respaldo y bocanada de aire al esfuerzo a lo que se estaba realizando por parte de las profesiones sanitarias, para mantener un nivel de atención de calidad en medio de políticas sanitarias no siempre favorables al abordaje de la salud sexual y reproductiva como un derecho de la ciudadanía.

La implementación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva supone la ordenación de todos los recursos humanos, técnicos y materiales involucrados en la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva. Para hacer efectivo el espíritu de esta estrategia se ha establecido una coordinación intersectorial y la implicación de la sociedad civil.

La Conselleria desarrolla con esta Estrategia la indicación que el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020) hace, en su línea estratégica número 4, de promover la salud sexual y reproductiva y su atención. Para ello se basa en la calidad, equidad y enfoque de género, y teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad, diversidad y capacidad, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Para su elaboración se ha contado con la convergencia y la implicación de profesionales de diferentes disciplinas, sociedades científicas y ciudadanía.

Fruto de la reflexión y experiencia aportada es esta estrategia, que sin duda supone un impulso a la salud sexual y reproductiva bajo los principios de equidad, calidad y eficacia, incorporando valores de diversidad, igualdad y respeto a la toma de decisiones sobre su salud de la ciudadanía.

Carmen Montón Giménez
Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública

1. INTRODUCCIÓN

El siglo XX es un periodo clave en los cambios que han venido produciéndose en la manera en la que las sociedades humanas se han ocupado de la sexualidad, hasta llegar a la actual forma de abordarla que tienen las sociedades avanzadas. Esta nueva mirada de la sexualidad es el resultado de la confluencia de los cambios sociales y científicos que se producen de forma exponencial durante la segunda mitad de siglo XX. Dentro de los cambios sociales ha sido clave y fundamental la transformación del papel de la mujer en la sociedad, resultado de la lucha feminista de los últimos dos siglos, situándose la mujer en igualdad con el varón en el ámbito legislativo y en la conquista de sus derechos.

El resultado de todo este proceso de cambio es un nuevo paradigma de la sexualidad en el que ésta ocupa, por una parte, un lugar central en la construcción biográfica personal y, por otra, un importante primer plano de la vida relacional de todas las personas y en todas las etapas de la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define por primera vez la Salud Sexual en 1975 (“Informe Técnico 572, Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. OMS, Ginebra. 1975”). Esta definición se realizó tomando como base la nueva definición de salud (1948), que considera la salud como un fenómeno biológico, psíquico y social, conjuntamente con el nuevo paradigma de sexualidad que tanto la sexología como los movimientos sociales preocupados por el desarrollo humano estaban tomando como forma de entenderla. Conceptualmente venía a sustituir a la antigua “higiene sexual”, introduciendo claramente la dimensión psíquica y social de la sexualidad.

La pandemia del VIH/Sida y el hecho de haber sido entendida la salud sexual, implícitamente como parte de las agendas de salud reproductiva, hicieron que en el año 2000, la Organización Mundial de la Salud en cooperación con la Organización Panamericana de Salud y la Asociación Mundial de Sexología (OPS/OMS/WAS, Antigua Guatemala 2000), revisase la definición de salud sexual. Incorporando de forma explícita que para que la salud sexual sea una realidad alcanzable para la población se requiere un entorno social libre de coerción, discriminación y violencia, incorporando y actualizando los derechos de salud sexual que se habían

articulado en la primera Declaración de los Derechos Sexuales que se formularon en el XIII Congreso Mundial de Sexología (celebrado el 29 de Junio de 1997, en Valencia, España), y aprobados en 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología en Hong Kong, por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS).

La Conferencia de Alma Ata (1978) sobre Atención Primaria de Salud enlazó el concepto de salud materno infantil con el de la planificación familiar. Pero será en la década de los noventa cuando se configura el concepto de Salud Reproductiva, como resultado directo de la lucha por la igualdad del movimiento feminista internacional que va tomando cuerpo en el último tercio del siglo XX, viniendo a sustituir lo que hasta esos años se denominaba como “salud materno-infantil”, gracias a lo cual existe un reconocimiento de los Derechos Humanos de las Mujeres, traducándose en un proceso que continúa vigente en las agendas políticas. La afirmación explícita sobre que los derechos humanos de las mujeres son efectivamente derechos humanos se da de manera definitiva en la Conferencia de Naciones Unidas de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, reconociéndose la invisibilización histórica de las mujeres, y reafirmando de manera formal que como seres humanos, por tanto, merecedoras de todos los derechos ya otorgados al “hombre”.

La Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de las mujeres a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles¹

De esta manera se puso en las agendas políticas a la maternidad y los derechos de las mujeres y de la infancia, apareciendo la salud materno infantil como un valor a defender por parte de los estados. Será en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo desarrollada en El Cairo en 1994 donde por primera vez se conceptualiza como tal la salud reproductiva, planteando cambios importantes en cómo se enfocan los temas de población y desarrollo humano. Los derechos de las mujeres son defendidos como derechos humanos y se plantea la erradicación de cualquier forma de discriminación basada en el sexo.

¹ Disponible en http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf

Un año más tarde, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4 al 15 de septiembre de 1995) se define la salud reproductiva y los derechos de salud reproductiva. Constituyéndose la Salud Reproductiva como una cuestión estratégica a potenciar y promocionar, por los organismos internacionales relacionados con la salud y el desarrollo humano, para el avance del proceso de empoderamiento de las mujeres en su sexualidad y en el proceso reproductivo.

Actualmente ambas cuestiones discurren conjuntamente como Salud Sexual y Reproductiva, aunque tienen ámbitos de trabajo claramente diferenciados. Tanto la salud sexual como la salud reproductiva no deben de ser entendidas como un fin en sí misma sino como un medio para alcanzar que todas las personas puedan llevar una vida individual y social con un desarrollo de su sexualidad y su capacidad reproductiva de forma libre, plena y satisfactoria.

2. JUSTIFICACIÓN

El reconocimiento de la salud sexual y reproductiva supone, sin lugar a dudas, uno de los cambios y avances más profundos que las sociedades humanas han realizado respecto a la dificultosa y lenta lucha por eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres en el seno del sistema patriarcal que construye el orden social de las culturas dominantes en la actualidad. La incorporación de los Derechos en materia de salud sexual y reproductiva, como Derechos Humanos inalienables, por parte tanto de los organismos internacionales como nacionales que se ocupan del bienestar de la población, resulta ser un avance irreversible en este proceso de eliminación de las desigualdades de género.

No obstante, para que los derechos de salud sexual y reproductiva sean una realidad en la vida de las personas se necesita de una articulación real en todos los sectores que estén implicados en su implementación y defensa. En general existen más dificultades y resistencias en el desarrollo e implementación de acciones dirigidas a mejorar la salud sexual que en aquellas dirigidos a mejorar la salud reproductiva.

La salud reproductiva tiene un peso en el imaginario social muy importante, al englobar el proceso de embarazo, parto, puerperio y el periodo neonatal del niño y de la niña recién nacida. Desde ningún sector social, ni político ni religioso, en nuestro contexto socio económico, se cuestiona la necesidad de disponer de una buena salud durante todo el proceso reproductivo. Aparentemente podría desarrollarse la salud reproductiva sin atender a la salud sexual, pero no sería más que volver al periodo previo a la conceptualización moderna de la antigua salud materno infantil. El desarrollo de la salud reproductiva y la defensa de sus derechos deben estar enmarcadas en el concepto global de salud sexual y de los derechos sexuales. Entendiendo que el proceso reproductivo de las personas solo puede desarrollarse de forma libre y autónoma dentro de una vivencia de la sexualidad plena y libre de coacciones por parte de todas las personas, mujeres y hombres.

En este sentido, es clave considerar el concepto de ciclo vital en el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos pues permite reconocer la especificidad

e interconexión que existen entre las distintas etapas de la vida de las personas (infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y madurez), reconociendo a su vez la importancia de reducir las desigualdades para que mujeres y hombres alcancen su bienestar y todo su potencial en salud sexual y reproductiva.

Figura. El enfoque de ciclo vital de la salud

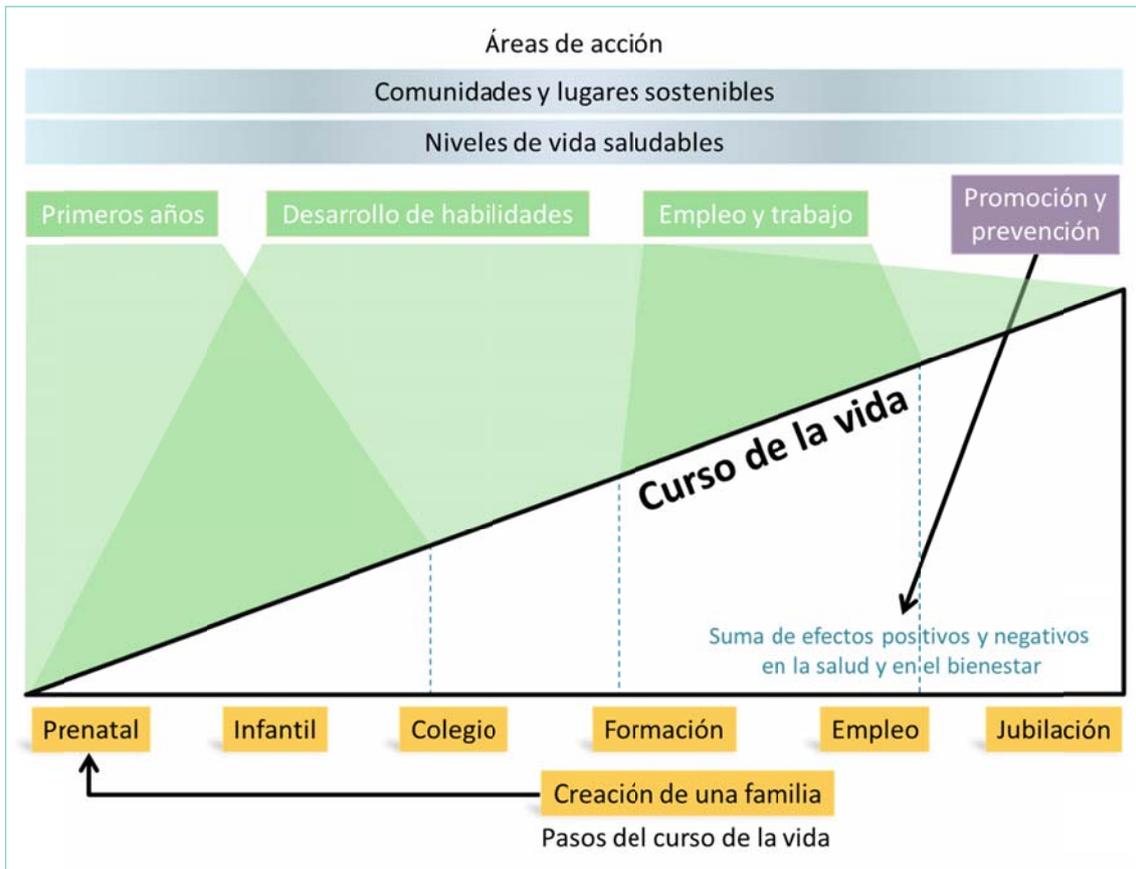
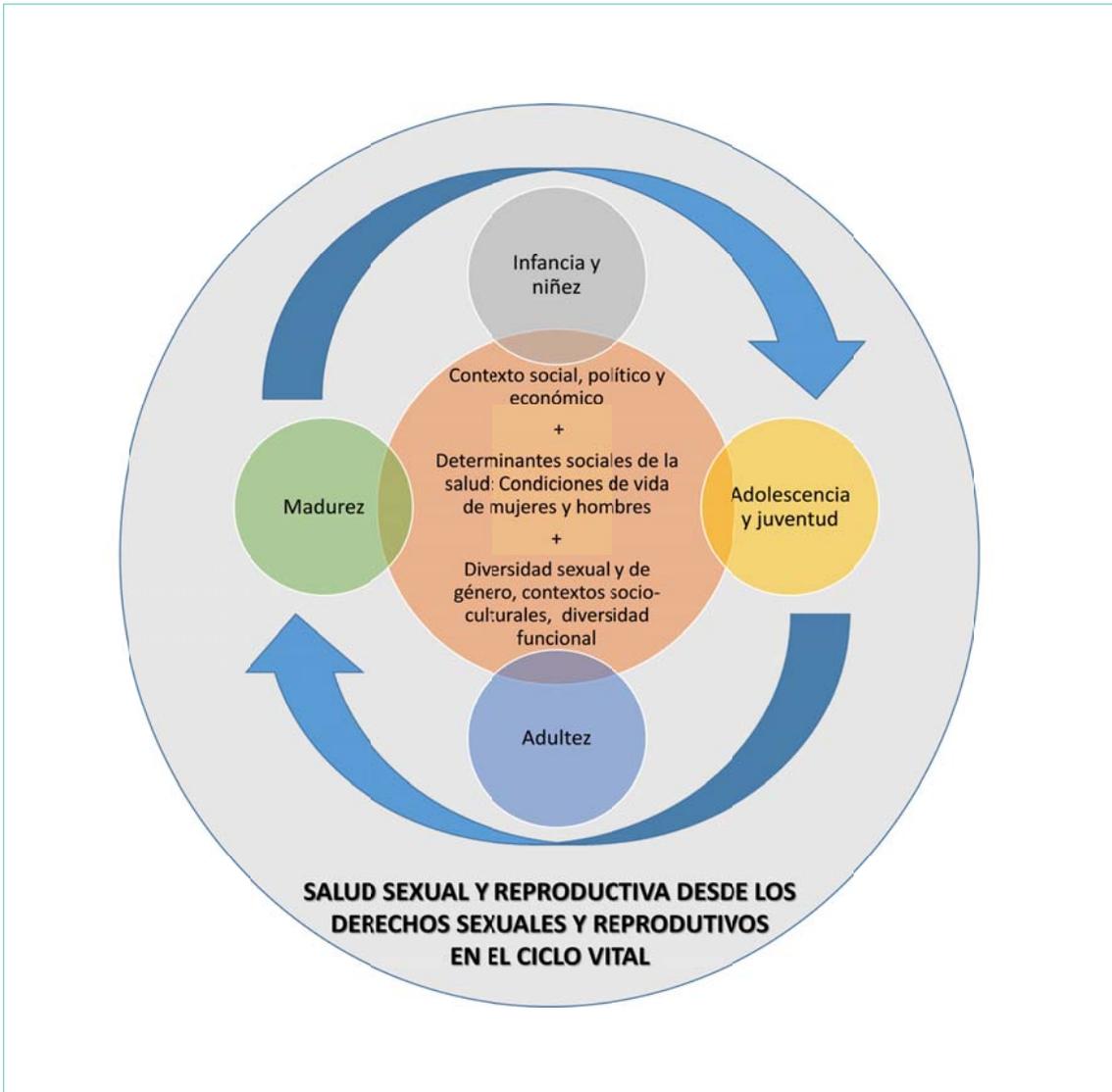


Imagen adaptada de *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. 2010*. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/>

Actuar considerando el ciclo de vida permite visualizar de qué manera las intervenciones en salud realizadas en una generación pueden beneficiar a generaciones sucesivas y, al mismo tiempo, determinar las características específicas vividas por las personas en cada período. Por lo que se incardina con los Determinantes Sociales de Salud, entendidos como “las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre”. Por ello, se hace necesario la coordinación y el trabajo conjunto desde los distintos ámbitos (sanidad, bienestar social, educación, trabajo, medioambiente, etc.) con el objetivo de alcanzar mejor nivel de salud y bienestar de la población.



Para que se pueda avanzar en el desarrollo y mejora de la salud sexual y reproductiva es imprescindible la implicación de la sociedad en su conjunto. La participación de la ciudadanía a través de sus organizaciones representativas es un punto clave para su implementación. Su articulación, la participación de la ciudadanía con el resto de sectores implicados, ha sido una prioridad en todo el proceso de construcción de esta Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana.

3. MARCO NORMATIVO.

REFERENTES INTERNACIONALES, CONTEXTO NACIONAL Y AUTONÓMICO

REFERENTES INTERNACIONALES

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva, como no podía ser de otra manera por la importancia que poseen para el bienestar de todas las personas, están ampliamente reflejadas en las declaraciones y documentos resultado de las conferencias internacionales que se ocupan de los derechos de las mujeres e infancia, así como en los informes técnicos y estrategias específicas que se ocupan de la salud sexual y de la salud reproductiva, tanto de Naciones Unidas y de sus Organismos Autónomos como de las Organizaciones y Asociaciones que trabajan con ellas. El Parlamento Europeo presentó un informe sobre salud sexual y reproductiva en 2013, conocido como Informe Estela, previo a la publicación de una estrategia de salud sexual y reproductiva que sea refrendada por todos los estados miembros.

La elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana se hace eco de las líneas fundamentales que se proponen en ellos, fundamentalmente de:

- Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe Técnico nº 572. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1975.
- Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. Naciones Unidas.
- Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la Acción. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Asociación Mundial de Sexología. Antigua Guatemala, Guatemala, 2000.
- Asociación Mundial de Sexología. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento técnico. Minneapolis, 2008.
- Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines. Comisión de derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Parlamento Europeo, 2013.

- La Estrategia Mundial para la Salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Todas las mujeres, todos los niños 2015. Naciones Unidas.
- Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, 2016:
 - Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades.
 - Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

CONTEXTOS NACIONAL Y AUTONÓMICO

El proceso de cambio de la sociedad española hacia la modernidad, en general y en particular en relación a la sexualidad, se empieza a consolidar a partir de la aprobación de la Constitución de 1978.

Los cambios en el área de la sexualidad y la reproducción van a ser protegidos legislativamente desde el inicio de ella.

La legalización de los anticonceptivos como tales se produce en 1978 con la modificación del artículo 416 del código penal, hasta ese momento y desde su comercialización en 1964 eran utilizados por la mujeres españolas, pero bajo la indicación médica de “regulación del ciclo hormonal”. Gracias a esta modificación se pudieron constituir los primeros centros de “planificación familiar” al amparo de los primeros Ayuntamientos democráticos (1979).

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) aprobó la creación de un Sistema Nacional de Salud, integrado por los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas. En ella se regula, artículo 18 punto 7, que una de las actuaciones sanitarias del sistema de salud incluye “los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes”

El marco legislativo de la atención a la salud sexual y reproductiva se produce de forma explícita en el año 2010, con la publicación de la “Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”. Esta normativa permitió, en 2011, la publicación por parte

del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que fue pionera en nuestro país como guía hacia dónde dirigir las políticas de salud sexual y reproductiva. Siguiendo vigente en la actualidad salvo en el cambio introducido en 2015 en el que se suprime el apartado cuarto del artículo 13.

En la Comunitat Valenciana el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva sigue los pasos de lo que ha venido ocurriendo a nivel del Estado. La Ley General de Sanidad permitió la regulación de la prestación de los servicios en materia de planificación familiar y sexualidad y su constitución a nivel Autonómico con la publicación del Decreto 149/1986. Del mismo modo bajo el amparo de ella se produjo la integración paulatina de todos los centros, servicios y establecimientos, que hasta ese momento tenían Diputaciones y Ayuntamientos, en el Servicio de Salud Autonómico bajo responsabilidad exclusiva de la Comunidad Autónoma.

En el año 2003 todos los centros de Planificación Familiar, pertenecientes a los Ayuntamientos y Diputaciones fueron integrados en la Conselleria de Sanitat. En este proceso se cambia la denominación de los Centros de Planificación Familiar, pasando a ser Centros de Salud Sexual y Reproductiva. Con ello se consigue un cambio de perspectiva en cuanto a sus objetivos, funciones y población a la que está dirigida su actividad, a partir de ese momento serán las mujeres y los hombres en todas las etapas de sus vidas. La consolidación y homogenización de las funciones y actividades que desde estos nuevos centros se deben realizar se publica en el documento “Protocolos de Actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2004”, donde vienen reflejadas.

De forma paralela, en 1986 el Consell de la Generalitat Valenciana reguló el Programa para la promoción de la salud de la madre y el niño, con un abordaje integral de la atención de la mujer en el proceso de la maternidad a lo largo del embarazo, parto y puerperio, haciendo hincapié en corregir las desigualdades existentes en el cuidado de su salud (Decreto 147/1986, de 24 de noviembre).

El programa adopta un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, aplicando los principios de la Conferencia de Alma Ata de 1978. Con actuaciones de carácter asistencial de vigilancia de la salud de la mujer gestante y puérpera y otras actividades de educación sanitaria para la maternidad/paternidad, y la propia atención al parto. Su ejecución se realiza en el ámbito de la asis-

tencia primaria, excepto en las situaciones especiales que así lo requiera, al amparo del marco general del Decreto 42/1986, de 21 de marzo, que define y estructura la atención primaria.

Desde entonces se han realizado importantes actualizaciones en su contenido con un doble objetivo, por una parte adaptarse a los cambios sociales más recientes, integrando la perspectiva de género, y por otra ofrecer una atención de calidad, incorporando los avances avalados desde la evidencia científica, evitando el exceso de medicalización. Como resultado se han elaborado diferentes protocolos y manuales para los profesiones de salud como, el Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana, la Guía para la Educación Sanitaria Grupal, la Prevención de la infección congénita y perinatal, Yodo y salud perinatal, Enfermedad de Chagas importada, el Manual de Diagnóstico Prenatal. Así como, la elaboración de material divulgativo para la ciudadanía en distintos formatos e idiomas.

En octubre de 2007 se aprueba por el consejo Interterritorial la “Estrategia de Atención al parto Normal en el Sistema Nacional de Salud”, como objetivo general, humanizar la atención al parto. En él se propone el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, la participación de las mujeres en la toma de decisiones, la formación de profesionales, la investigación e innovación y la difusión de buenas prácticas de atención al parto. La Generalitat Valenciana, suscribe un convenio de colaboración con el Ministerio de Sanidad con el objeto de impulsar dicha estrategia, para lo cual se elabora desde la Conselleria de Sanitat la “Estrategia para la atención del Parto normal en la Comunidad Valenciana, que se publica en 2009.

Posteriormente en la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, en el artículo 55, “Derechos relacionados con el nacimiento y la lactancia”, viene reflejado el derecho de la mujer embarazada a decidir sobre el tipo y la modalidad del parto que desea, el derecho al acompañamiento a lo largo de todo el periodo del parto, el derecho del o la recién nacida a su identificación en el momento del nacimiento y a permanecer junto a su madre, así como la adopción de medidas para promocionar la lactancia materna durante el embarazo, el puerperio y el periodo de lactancia.

Por último, indicar que el IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020), aprobado por Acuerdo de 29 de abril de 2016, del Consell, en su Línea Es-

tratégica 4, *Cuidar la salud en todas las etapas de la vida*, dedica un objetivo íntegramente a la salud sexual y reproductiva. Entre sus acciones destaca el promover una atención a la salud sexual, basada en la calidad, equidad y enfoque de género, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad, diversidad y capacidades. Además, se hace una mención especial a la mejora del acceso a la anticoncepción en población en situación de mayor vulnerabilidad. En la esfera reproductiva, las acciones se dirigen a potenciar las estrategias de atención al parto y salud reproductiva, concediendo el máximo protagonismo a las mujeres y sus parejas en la vivencia fisiológica del embarazo, parto y crianza, insistiendo en los aspectos de calidad y calidez. También se refuerza la protección de la salud y promoción del bienestar de las mujeres durante el embarazo y la lactancia en los diferentes entornos de la vida y se remarca la importancia de la consulta preconcepcional.

En esta misma línea, en el objetivo vinculado a la salud infantil, se hace referencia a una atención neonatal continuada entre la maternidad y la atención primaria así como, al refuerzo en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna, apoyando iniciativas que faciliten su práctica en lugares públicos y centros de trabajo. Por último, en el objetivo dedicado a promover la salud en la adolescencia y juventud, se plantean acciones dirigidas a fortalecer el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES), de forma coordinada entre el ámbito sanitario y el educativo, y mejorar la accesibilidad de los chicos y chicas menores de 20 años a los Centros de Salud Sexual y Reproductiva para atender a sus necesidades sobre sexualidad, anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de embarazos no deseados.

Junto a las propuestas ya mencionadas y a lo largo de otras líneas estratégicas y objetivos, se recogen más acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva como el diagnóstico prenatal y neonatal de defectos congénitos, programas de prevención de ITS, diagnóstico precoz de la infección por VIH, equidad en el acceso y uso de servicios y prestaciones independientemente del sexo, clase social, territorio, etnia o situación de diversidad funcional, detección precoz de la violencia de género con especial atención a situaciones de mayor vulnerabilidad como el embarazo, programas dirigidos al fomento de modelos parentales positivos y promoción del buen trato o actuaciones educativas que fomenten la igualdad de género y las relaciones no violentas, entre otras.

4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Para la elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) se ha seguido un proceso participativo y de consulta con distintos agentes clave, para lo cual se han configurado cuatro tipos de estructuras de trabajo:

1. COMISIÓN COORDINADORA (CC) / GRUPO COORDINADOR (GC).

La Comisión Coordinadora está compuesta por cinco profesionales. Liderado y dinamizado por la Jefatura de Sección de Promoción y Prevención de la Salud Sexual del Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en las Etapas de la vida, en él se han integrado 3 personas a nivel técnico que representaban el área de Salud Reproductiva del mismo servicio, el Servicio del Plan de Salud y el Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios; que a su vez formaban el Grupo Coordinador, integrado en la siguiente estructura de trabajo que era el Comité Técnico de la Estrategia (CTE), y que ha servido para operativizar las tareas de coordinación. En la CC, junto a estas cuatro personas se ha contado con el acompañamiento de una persona experta en el tema, en calidad de relatora, que ha proporcionado apoyo externo y soporte científico técnico al proceso tanto al grupo coordinador como al conjunto del CTE en el trabajo grupal, a través de metodologías participativas y en la elaboración, redacción y revisión del documento final. A partir de junio de 2016 se incorpora una persona nueva, que ya formaba parte del Comité Técnico, como apoyo metodológico en análisis cuantitativo. El GC se amplía a seis profesionales (Anexo 1).

2. COMITÉ TÉCNICO DE LA ESTRATEGIA (CTE).

Se trata de un grupo operativo de trabajo, compuesto por 19 profesionales procedentes del ámbito asistencial y del ámbito de la salud pública (Anexo 1). Este comité se ha reunido a lo largo de año 2016 mensualmente (Anexo 4).

Este comité ha estado dinamizado por el Grupo Coordinador, siendo sus funciones:

- describir y analizar la situación de partida en relación a la Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana, cada integrante desde su punto de vista y competencia profesional;
- revisar, debatir, proponer y validar las sucesivas versiones de creación de las líneas estratégicas, objetivos y acciones;
- contribuir a que la ESSR sea una realidad a través de la implementación de sus acciones en el periodo de vigencia una vez aprobada y presentada.

Para poder llevar a cabo sus funciones se han ido trabajando sesiones participativas en las reuniones convocadas desde el GC a través de dinámicas grupales, lecturas y exposiciones colectivas.

Las primeras reuniones tuvieron por objetivo crear un lenguaje común a partir de la contextualización internacional y nacional de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, así como del marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En las siguientes reuniones y como primera herramienta de diagnóstico estratégico se aplicó un análisis DAFO con el fin de tener una aproximación cualitativa a la realidad de la Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat Valenciana, centrado en 5 aspectos: recursos humanos, coordinación técnica y relaciones interdepartamentales; promoción y atención a la salud sexual y reproductiva; formación; e investigación y sistemas de información (Anexo 5)

Tras el análisis de los resultados del DAFO aplicado al Comité Técnico (Anexo 6), la Comisión Coordinadora consideró oportuno ampliar el diagnóstico cualitativo y participativo a personal técnico de otros departamentos, fundamentalmente de las áreas de educación, juventud, igualdad y socio-sanitaria. En este sentido se articuló una consulta a profesionales (Anexo 7) de otras competencias (que trabajan en temas sociosanitarios, educativos, juveniles, mayores y de atención a mujeres, entre otros) mediante la cumplimentación de un cuestionario abierto, facilitado vía telemática en el que pudieran expresar los 3 problemas más relevantes y las 3 situaciones de mejora en Salud Sexual y Reproductiva en la Comu-

nitat Valenciana, con el objetivo de incorporar visiones técnicas y profesionales desde ámbitos diferentes al que se aportaba desde el Comité Técnico. El objetivo fue contrastar y ampliar la información con la recogida en el DAFO realizado, ampliando de esta manera la mirada desde otros ámbitos profesionales, para que el diagnóstico de situación integrase a la visión salubrista-asistencial la visión socio-educativa.

En función del análisis de la información recogida de la consulta a profesionales y del DAFO, considerando además los resultados de las Propuestas derivadas de la consulta pública del IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana relacionadas con la salud sexual y reproductiva, junto con el documento (borrador) de la WHO Europea, la Comisión Coordinadora propone como líneas estratégicas:

- Promoción de la salud sexual, bienestar y derechos sexuales.
- Promoción de la salud reproductiva, bienestar y derechos reproductivos.
- Defensa del acceso universal a la atención y los derechos de salud sexual y reproductiva, reduciendo las desigualdades.
- Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.

En el mismo sentido de ampliar el diagnóstico cualitativo y participativo se convocó a un grupo de profesionales, Grupo Intersectorial (Anexo 1), pertenecientes a diferentes sectores de las administraciones públicas más imbricados en la ESSR a una sesión presencial de trabajo para una valoración de las Líneas Estratégicas y Objetivos de la ESSR.

3. COMITÉ DE PARTICIPACIÓN DE LA ESTRATEGIA (CPE).

Se trata de un órgano de participación y consulta constituido por representantes de distintas organizaciones sociales y sociedades científicas de la Comunitat Valenciana. El proceso de configuración de dicho comité se realizó a través del análisis de la propuesta inicial de entidades y sociedades científicas que la Comisión Coordinadora presentó al Comité Técnico. La composición definitiva resultante (Anexo 8) fue convocada para su constitución formal el 28 de junio de

2016. En dicha convocatoria se especificaba que el máximo de participantes por entidad o sociedad científica debería ser de dos personas y preferiblemente, en el caso de organizaciones que tengan representantes institucionales y asociativos, que fueran las personas representantes de la sociedad civil.

Las funciones de este Comité de Participación en la etapa de diseño de la ESSR ha sido de consulta, debate y validación de las acciones propuestas en cada una de las Líneas Estratégicas. En el proceso de implementación el Comité de Participación tiene un papel fundamental pues representan a distintos colectivos de población a los que van a estar dirigidas las acciones de la Estrategia, por lo que recibirá información, consultas y rendimiento de resultados de su desarrollo.

La constitución formal del CPE fue en la reunión presencial del 28 de junio, donde fueron convocadas las personas representantes que las distintas entidades sociales y sociedades científicas propusieron. El desarrollo de la sesión siguió una metodología participativa, a partir de esta primera reunión el Grupo Coordinador realizó un volcado de toda la información recogida para posteriormente ser contrastada en el Comité Técnico, ajustándose las acciones e incorporando las propuestas a cada una de las Líneas Estratégicas.

5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

5.1. APROXIMACIÓN AL ESTADO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA COMUNITAT VALENCIANA

En este apartado se describe el estado de la salud sexual y reproductiva de la población juvenil y adulta en consonancia con el ciclo vital de las personas, pues es de estos dos grupos etarios de los que se dispone información. Sin embargo, es importante considerar la sexualidad a lo largo de la vida, para lo cual habrá que hacer los esfuerzos necesarios para visibilizar el estado de la salud sexual en la infancia y en la madurez.

1. La salud sexual en adolescentes y jóvenes

La percepción sobre la propia sexualidad viene reflejada a través de las encuestas sobre salud sexual que se han venido realizando en los últimos años, tanto a nivel estatal como autonómico. Aunque en algunas encuestas se incluyen preguntas sobre la orientación del deseo sexual, la mayoría de ellas están dirigidas hacia un modelo de sexualidad heterosexual y, a modo de ejemplo, las preguntas de utilización de métodos preventivos durante las relaciones sexuales no se preguntan en función de la orientación. Aun así, la información de las encuestas permite hacerse una idea de la vivencia de la sexualidad en jóvenes y adolescentes.

La información sobre la valoración de la salud sexual y reproductiva en mujeres jóvenes, menores de 21 años, registrada en las consultas del área de médica de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) que estaban adheridos a la Red Centinela de la Comunitat Valenciana en 2014, refleja que un 68% declara tener relaciones sexuales placenteras. Sobre la apetencia de mantener o no las relaciones sexuales, un 7,1% de las mujeres de nacionalidad española dicen que lo hacen sin apetecerles, siendo este porcentaje mayor en mujeres de nacionalidad diferente a la española con un 12,4%.

La orientación del deseo sexual es una variable clave en la organización relacional de la vida de las personas a partir del inicio de la adolescencia y aunque suele ser persistente la opción adoptada en esta época puede variar a lo largo de la vida de las personas.

En la Encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunitat Valenciana, realizada en el año 2000, se dispone de información sobre la orientación sexual que declaraban las personas entrevistadas. Un 94% aproximadamente decían sentir atracción hacia personas del otro sexo, opción heteroerótica, la atracción hacia personas del mismo sexo, opción homoerótica, era mayor en chicos de edad entre 22 y 24 años, con un 4,1% que declaran su homosexualidad frente a un 2,8% que lo hacen las chicas de la misma edad.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009, la misma proporción, el 94%, declara sentirse atraída por personas del otro sexo. No hay datos disponibles más recientes sobre este tema ni en la Comunitat ni a nivel nacional.

En cuanto a la diversidad sexual y de género, el informe del estudio cualitativo realizado por el Instituto de la Juventud en el año 2011 (INJUVE), destaca un avance en los discursos y las mentalidades de las y los jóvenes alrededor de la homosexualidad, la diversidad sexual y de género, aunque esta evolución ideológica no se refleja de igual forma en las actitudes cotidianas, que se sitúan en lógicas más cercanas al modelo hegemónico heterosexual.

En este mismo informe se refleja que las chicas muestran mayor respeto y tolerancia hacia las personas LGTBI (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales), aunque se destaca una cierta deriva moralizadora, con una estereotipación positiva de los varones homosexuales, una relativa invisibilización del lesbianismo y un índice de rechazo de las personas bisexuales y transexuales que se aproxima a la de los varones. Por otra parte se constata que la televisión es la principal y casi única fuente de información sobre la diversidad sexual para las y los jóvenes.

El modelo de sexualidad relacional genitalizada y coitalizada, asimilación de lo referente a lo sexual como lo genital y de las relaciones sexuales a las relaciones coitales, es el más generalizado y asumido por ambos sexos. Dependiendo de la edad los chicos valoran más este modelo que las chicas según los resultados de la Encuesta sobre Sexualidad en Jóvenes de la Comunitat Valenciana 2000.

En la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009 también se reflejan estos estereotipos sexistas. La creencia de un mayor deseo y capacidad sexual en los varones, en más de la mitad de la población española, y que el sexo “verdadero” es el que conlleva penetración y orgasmo en una parte importante de la población joven, da buena cuenta de estos estereotipos.

Un 35,6% de adolescentes y jóvenes en edad escolar con edades comprendidas entre 15 y 18 años han mantenido relaciones sexuales coitales, según los datos para población española del Estudio sobre Conductas de los Escolares relacionadas con la Salud (HBSC por sus siglas en inglés) que se realiza cada cuatro años. No hay diferencias en la proporción por titularidad de centro; con respecto al sexo, los chicos declaran haber tenido relaciones coitales en mayor proporción sólo en el grupo de edad de 15 a 16 años.

El preservativo, solo o en combinación con algún otro método, es el método más utilizado entre las y los adolescentes en su última relación sexual coital según la encuesta HBSC-2014, tanto para la prevención de infecciones de transmisión sexual como para evitar embarazos no planificados.

En dicha encuesta, un 78,4% declara utilizar el preservativo frente al 15,4% que utiliza la píldora como método y un 8% que utiliza la marcha atrás. El uso del preservativo en el grupo de edad de 15 a 16 años es más frecuente en las chicas que en los chicos (85,8% y 79,4% respectivamente), mientras que en el grupo de más edad, 17 a 18 años, su uso es mayor en los chicos (82,3%) que en las chicas (74,4%). La utilización es similar tanto entre el alumnado escolarizado en centros públicos y privados como entre los entornos rurales y urbanos. En el estatus socioeconómico más alto el porcentaje de uso es mayor (86,6%).

La edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales fue de 17,1 años para las chicas y de 16,5 años para los chicos en la encuesta realizada en la Comunitat Valenciana en el año 2000. En dicha encuesta el tiempo transcurrido desde el inicio de la actividad sexual (la masturbación y el encuentro erotizado pero sin coito) hasta la relación sexual coital era de dos años y medio en las chicas frente a los cuatro años y medio de los chicos desde el inicio de la masturbación. Con datos más recientes de la red centinela de la Comunitat de 2014, la edad media de inicio de las relaciones coitales en las jóvenes menores de 21 años es de 15,6 años y la mediana de 16 años.

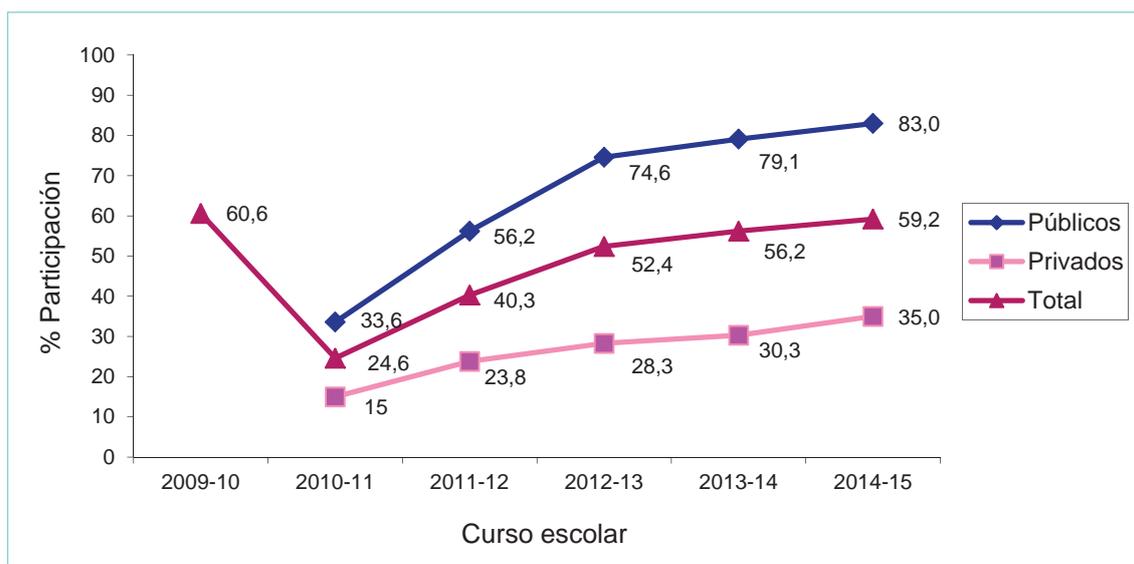
Durante la primera relación coital, el no utilizar un método anticonceptivo correcto o seguro se ha descrito como un factor predictor de embarazo no planificado en jóvenes adolescentes. En el análisis realizado con los datos de las mujeres jóvenes menores de 21 años atendidas en los CSSR de Red Centinela de la Comunitat, el 19,4% no ha utilizado ningún método anticonceptivo eficaz en su primera relación coital. Las mujeres menores de 18 años, de origen extranjero, sin estudios o solo con estudios primarios y en situación laboral de paro, tienen una mayor probabilidad de utilización incorrecta del método elegido, así como las que inician una relación coital antes de los 16 años o han tenido más de dos parejas desde el inicio durante el periodo analizado.

Resumen de datos disponibles de Salud Sexual en jóvenes y adolescentes	Año	
Relaciones sexuales placenteras	2014 ¹	68,0% ♀, < 21 años
Opción heteroerótica en las relaciones sexuales	2000 ²	94,0% ♀ ♂
Inicio de relaciones sexuales coitales en escolares de 15 a 18 años	2014 ³	35,6% ♀ ♂
Utilización del preservativo solo o en combinación en la última relación coital en escolares de 15 a 18 años	2014 ³	78,4% ♀ ♂
15 a 16 años		85,8% ♀ , 79,4% ♂
17 a 18 años		74,4% ♀ , 82,3% ♂
Mayor nivel educativo		86,6% ♀ ♂
Edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales	2014 ¹	15,6 años, ♀ , < 21 años
Utilización de un método anticonceptivo eficaz en la 1ª relación coital	2014 ¹	81,0%, ♀ , < 21 años

¹Red Centinela CV. ²Encuesta sobre sexualidad en Jóvenes de la CV. ³HBSC, Encuesta nacional

La educación sexual en adolescentes y jóvenes realizada desde una intervención institucional, en la Comunitat Valenciana se realiza a través del Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES) desde el año 2009. El programa consta de tres talleres de dos horas de duración impartido a escolares de 14-15 años (3º ESO y ciclos equiparables en rango de edad) en centros tanto de titularidad pública como privada concertada o no. Durante el curso escolar 2014-2015 participaron el 59% de los centros educativos de la Comunitat Valenciana. La participación fue muy diferente según la titularidad del centro, con un 83% en los centros de titularidad pública frente al 35% en los de privada (Informe de Cobertura anual).

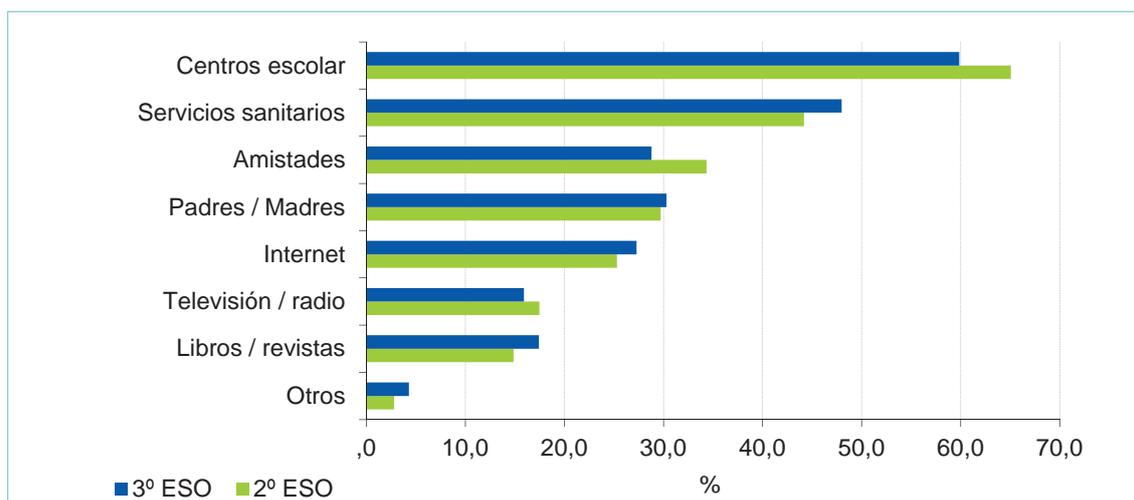
Evolución de la participación de centros docentes de 3º de la ESO en el programa PIES por tipo de centro. Comunitat Valenciana



Durante el curso escolar 2015-2016 se ha evaluado la pertinencia de desarrollar los contenidos del PIES en 2º de la ESO, a través de un estudio piloto. Los resultados preliminares muestran una valoración positiva por parte del alumnado de 2º, de profesionales que lo imparten, del personal técnico que lo coordina y de quienes son responsables del centro educativo.

En este estudio piloto, a la pregunta *¿A través de qué fuentes te gustaría obtener más información sobre temas de sexualidad?*, tanto el alumnado de 2º como de 3º de la ESO refieren el centro escolar en primer lugar seguido de los centros sanitarios, lo que ratifica la pertinencia de incorporar y coordinar la educación sexual en estas estructuras.

Fuentes para obtener información sobre sexualidad



2. La salud sexual en población adulta

• *Satisfacción con la vida sexual*

En términos generales la población española se muestra satisfecha con su vida sexual, así lo declaran un 88,2% los hombres y un 83,6% las mujeres según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009. Un tercio de la población entrevistada se muestra muy satisfecha, tanto en hombres como en mujeres, y una pequeña proporción declara tener una vida sexual bastante o muy insatisfecha, siendo la proporción manifestada de insatisfacción mayor en mujeres que en hombres (4,6% y 2,3% respectivamente).

Al igual que se observa en la gente más joven, el 94% de la población de más de 15 años declara una atracción sexual heterosexual según la misma encuesta, patrón que se repite en cuanto a las prácticas declaradas.

El 78% de las mujeres de más de 35 años declaran tener relaciones sexuales placenteras según los datos de la Red Centinela CV de 2014. El mayor porcentaje de mujeres que tienen relaciones sexuales sin apetecer se encuentra entre las mayores de 35 años de origen extranjero con un 22,6%. Las mujeres que más declaran tener relaciones sexuales contra su voluntad, aproximadamente un 12%, son de origen extranjero y mayores de 35 años.

• *Utilización de métodos anticonceptivos*

Según la última Encuesta de la Sociedad Española de Contracepción, el 89,9% de las mujeres españolas de 15 a 49 años ha tenido relaciones sexuales. La edad media en el inicio de anticoncepción planificada se sitúa en torno a los 20 años.

El 71,7% de las mujeres españolas en edad fértil utiliza métodos anticonceptivos eficaces como método principal. Un 31,3% utiliza el preservativo, un 21,6% la anticoncepción hormonal combinada, un 6,1% el DIU (hormonal o de cobre) y un 12,7% los métodos definitivos. En países del entorno europeo, la anticoncepción hormonal combinada es más frecuente, superando el 40% en Alemania, Portugal y Francia.

Un 15,9% de estas mujeres mantiene relaciones sexuales sin usar ningún método anticonceptivo. Las mujeres en riesgo de embarazo no planificado -aquellas que, pudiendo tener hijos, no quieren tenerlos en este momento- y mantienen relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo, se sitúan, fundamentalmente, en mujeres de más de 30 años y entre aquellas con menos ingresos familiares. A este porcentaje hay que añadir las que usan métodos anticonceptivos considerados de baja eficacia (métodos naturales, coito interrumpido, preservativo usado de manera inconsistente) que constituyen el 9% de las mujeres en edad fértil.

De forma global, la comodidad es el motivo principal a la hora de elegir el método anticonceptivo principal que las mujeres utilizan. En las más jóvenes prevalece la decisión personal de la mujer en la elección del método anticonceptivo y la indicación del personal sanitario gana peso con la edad.

En el año 2009 se eliminó la exigencia de prescripción por parte del personal facultativo para poder adquirir en las farmacias la denominada anticoncepción de urgencia (AU), píldora del día de después (PDD) o píldora poscoital, por lo que se desconoce exactamente cuál es su consumo real y el grado de utilización como anticoncepción no exclusivamente ante una situación no usual. Durante el año 2015 los almacenes de farmacia que suministran a las oficinas de farmacia distribuyeron aproximadamente 75.000 envases de AU.

• *Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE)*

La tasa de IVE en mujeres entre 15 y 44 años residentes en la Comunitat Valenciana en 2015, fue de 8,3 IVE por mil mujeres, tasa similar al año anterior y con una tendencia descendente desde 2008. La edad media de las mujeres que recurrieron a una IVE fue de 28,8 años, y el grupo de edad con la tasa más alta fue el de 20 a 24 años (13,3 IVE por mil mujeres). La tasa en las jóvenes de 15 a 19 años fue de 8 IVE por mil mujeres, con un claro descenso en los últimos años.

Las mujeres de nacionalidad extranjera tuvieron tasas de IVE más elevadas, 14,9 IVE por mil, frente a la tasa que presentaron las mujeres autóctonas, 7,0 IVE por mil mujeres españolas. Esta diferencia se ha mantenido durante los últimos años y en descenso desde 2008 en ambos casos.

El 98% de las IVE fueron realizadas en centros privados y el 2% en centros públicos. La mayoría de las IVE (94,5%) se efectuaron a petición de la mujer antes de las 14 semanas de gestación. Cuando el motivo fue el riesgo de graves anomalías fetales y anomalías fetales graves e incurables (4,2%), las cromosomopatías fueron las causas más frecuentes.

- ***Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA***

En relación al VIH

El sistema de vigilancia del VIH/SIDA de la Comunitat Valenciana recoge información sobre los nuevos diagnósticos de infección, que incluyen no sólo las infecciones recientes, sino también aquellas que se producen con anterioridad, pero que no han sido diagnosticadas hasta el año en curso.

A lo largo del año 2015 se notificaron 317 nuevos diagnósticos de infección por VIH, lo que representa una tasa de incidencia de 6,3 casos por 10⁵ habitantes (hab.). Los nuevos diagnósticos de infección por VIH predominaron en hombres aproximadamente en una proporción de 4 a 1 (el 80,7% de los nuevos diagnósticos fueron en hombres). El 50% de los casos en hombres se concentra entre los 25 y 39 años. En las mujeres la distribución por edad está mucho más equilibrada para todos los grupos de edad, entre los 25 y los 39 años se concentran el 13,5% de los casos.

La infección por VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual; el mecanismo de transmisión más frecuente, en los casos en los que se conoce, fueron las relaciones homo/bisexuales, seguido de la transmisión heterosexual, entre ambos representan más del 90% del total de nuevos casos. La proporción de casos en los que se desconoce el mecanismo de transmisión es elevada.

El 72,9% de los nuevos casos de VIH son de nacionalidad española y el 31,4% pertenecen a otras nacionalidades, sin que sea posible saber con precisión cuántas de estas personas se infectaron en España y cuántas en su país de origen. El 67,4 % de las personas de origen extranjero que viven con el VIH eran hombres.

Diagnóstico de Sida

El 10,4% de los nuevos diagnósticos de VIH corresponden a casos de Sida, lo que supone una tasa de 0,7 casos por 10⁵ hab., siendo estas tasas mucho mayor para los hombres que para las mujeres. El 66,7% de los casos son hombres y la mediana de edad de todos los casos fue de 45,5 años. Siendo para las mujeres de 48 años frente a los 44 años en los hombres.

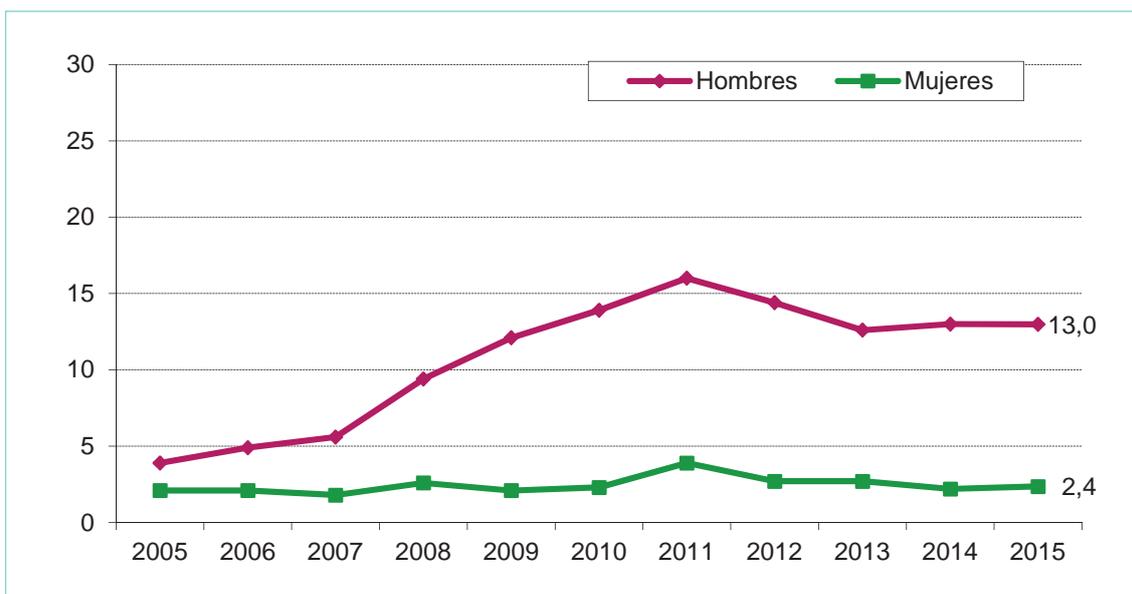
Entre los casos en que se identifica la exposición, el 85% tiene su origen en la transmisión sexual. La transmisión entre hombre que tiene sexo con hombre (HSH) supone el 31,8% de todos los casos con exposición conocida y el 67% de las personas diagnosticadas son hombres. El 42,6% de los casos de Sida corresponden a personas nacidas en el extranjero.

Infecciones de transmisión sexual

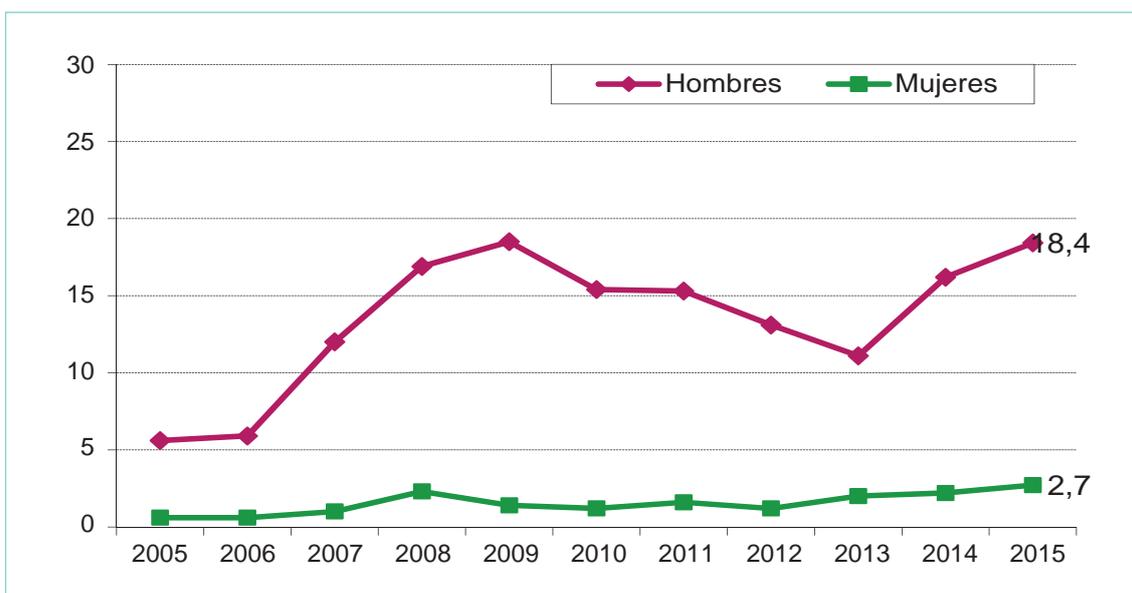
En cuanto a otras infecciones de transmisión sexual incluidas en el Sistema de Declaración Obligatoria, durante el año 2015 se registró una tasa de infección gonocócica de 10,4 casos por 10⁵ hab., siendo de 18,4 en hombres y de 2,7 en mujeres. Respecto a la sífilis se registró una tasa de 7,6 casos por 10⁵ hab., como en la gonococia fue significativamente mayor en hombres, 13,0 frente a 2,4 en mujeres. La tasa de infección por *Chlamydia Trachomatis* fue de 12,8 casos por 10⁵ hab., significativamente mayor en mujeres, 17,7 frente a 7,7 en hombres. Esta infección cursa en muchos casos de forma asintomática. En mujeres cerca del 90% cursan de forma asintomática siendo importantes las secuelas o complicaciones que puede producir.

El registro de la *Chlamydia Trachomatis* en el Sistema de Declaración Obligatoria se inicia en el año 2015. Para la sífilis y la infección gonocócica se muestra la evolución en las figuras siguientes:

Evolución de la sífilis por sexo. CV 2005-2015



Evolución de la Infección gonocócica por sexo. CV 2005-2015

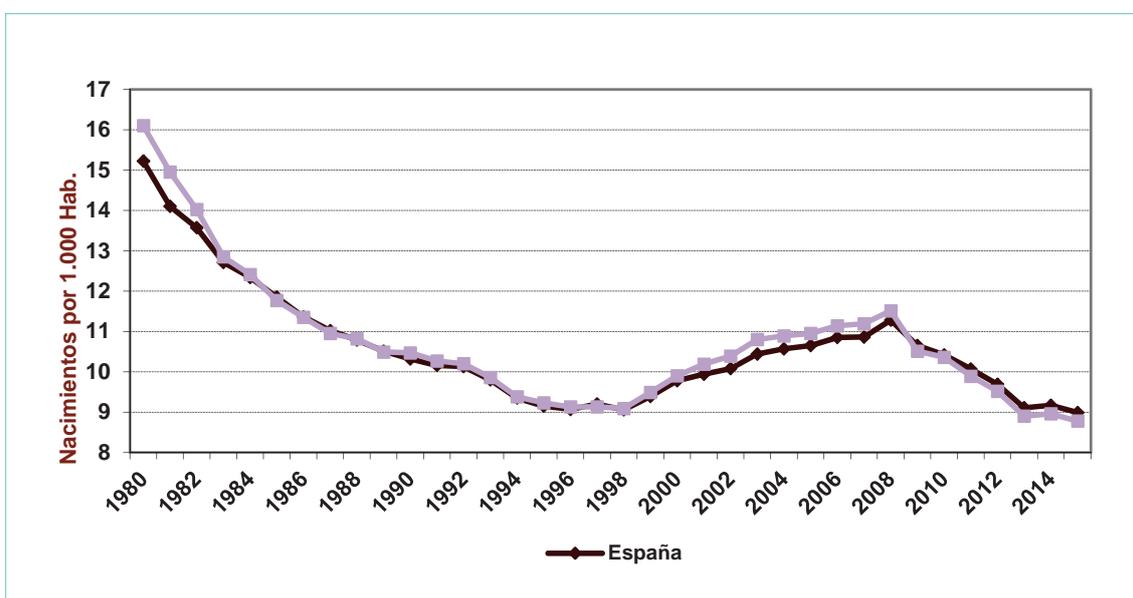


3. Perfil reproductivo de las mujeres

El comienzo del nuevo siglo ha supuesto un incremento progresivo de la tasa de natalidad, tanto en la Comunitat Valenciana como a nivel nacional, vinculado al creciente e intenso movimiento migratorio vivido por nuestro país en esos años. En la Comunitat Valenciana, los nacimientos de mujeres extranjeras pasaron de

un 4% del total de nacimientos en el año 2000, a un 23,8% en 2008. A partir de ese año, se inicia un nuevo descenso de la natalidad, coincidiendo con el avance de la crisis económica y la inversión de los flujos migratorios hacia otros países, hasta alcanzar cifras similares a las del final de la década de los noventa. En el año 2015, la tasa de natalidad en la Comunitat Valenciana fue de 8,8 nacimientos vivos por mil habitantes, cifra ligeramente inferior a la de España y a la de la Unión Europea. Por departamentos de salud, la tasa de natalidad osciló entre un mínimo de 5,9 y un máximo de 10,8 de nacimientos vivos por mil habitantes.

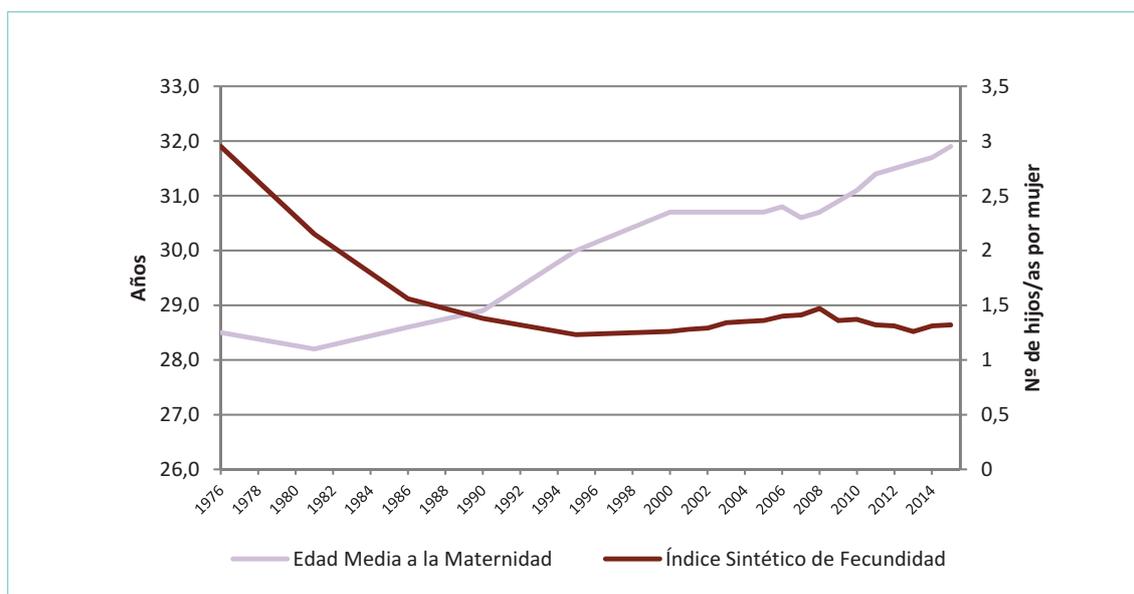
Evolución de la tasa bruta de natalidad. España y Comunitat Valenciana, 1980-2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

El patrón reproductivo de las mujeres de la Comunitat Valenciana presenta una evolución similar a la observada en el resto del territorio español y se caracteriza por el retraso en la edad a la llegada del ejercicio de la maternidad y el descenso en el número de hijos e hijas. La edad a la que las mujeres tienen su primera hija u hijo se ha incrementado 5 años desde 1990, pasando de 26,8 años de media a 31,9 años en la actualidad. La tasa de fecundidad en función de la edad, alcanza el valor más alto para las mujeres de 30 a 34 años, situándose en 88,6 nacimientos vivos por 1.000 mujeres en ese grupo de edad, respecto al índice sintético de fecundidad, éste permanece por debajo del 2,1, valor necesario para asegurar el remplazo generacional, desde 1982.

Evolución del índice sintético de fecundidad y de la edad media a la maternidad. Comunitat Valenciana, 1976-2015



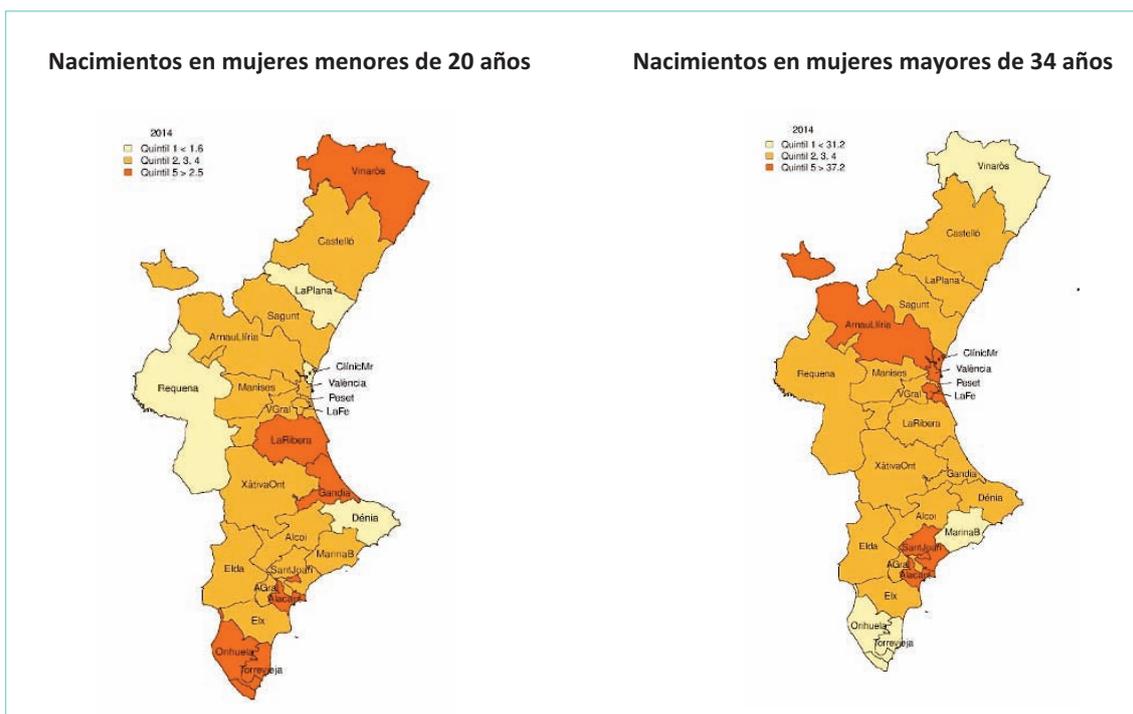
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Un análisis más detallado de la situación actual pone de manifiesto la coexistencia de dos perfiles reproductivos diferenciados según la procedencia geográfica de las mujeres residentes en la Comunitat Valenciana. Por una parte, la baja fecundidad y el retraso en el ejercicio de la maternidad en las mujeres autóctonas y por otra, una mayor fecundidad y a edades más tempranas en las mujeres extranjeras. En 2015, la edad media a la maternidad en la Comunitat Valenciana fue de 31,7 años (32,2 en mujeres españolas y 29,2 en mujeres extranjeras) y el número medio de hijos/as por mujer se situó en 1,32 (1,28 en mujeres españolas y 1,52 en mujeres extranjeras).

La edad de las mujeres es uno de los factores que se ha relacionado con un incremento en el riesgo de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Las gestaciones en adolescentes y en mujeres mayores de 34 años son indicadores básicos en la vigilancia de la salud reproductiva. En la Comunitat Valenciana, la proporción de nacimientos en menores de 20 años se mantiene estable en los últimos años, con pequeñas oscilaciones alrededor del valor del 2,2%. Respecto al indicador de nacimientos en mujeres mayores de 34 años, España es uno de los países europeos que presenta una de las cifras más elevada. La situación en la Comunitat es similar, con una tendencia creciente en la proporción de nacimientos de mujeres en este extremo etario. Entre 2006 y 2014, el porcentaje de naci-

mientos en mujeres mayores de 34 años se incrementó en casi diez puntos alcanzando la cifra del 35,5%, es decir, algo más de un tercio de los nacimientos. Señalar además que ambos indicadores de nacimientos de mujeres menores de 20 años y el de mujeres mayores de 34 años, presentan una distribución desigual por departamentos de salud, como se observa en la siguiente figura:

Distribución de la proporción de nacimientos en mujeres menores de 20 años y mayores de 34 años según Departamento de Salud de la Comunitat Valenciana, 2014



Fuente: Sistema de Información en Salud Pública. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La raza, etnia o el país de nacimiento de la gestante son variables ampliamente investigadas en los estudios sobre desigualdades en resultados obstétricos y perinatales, con hallazgos diversos en función tanto del origen de las mujeres como del país receptor. En 2015, el 21,8% de los nacimientos en la Comunitat Valenciana fueron de mujeres extranjeras, con una distribución desigual por departamentos de salud. El departamento de Torrevieja presentó el valor más elevado, cercano al 50% de los nacimientos, seguido de los departamentos de Vinaròs, Marina Baixa y Dénia, con una proporción de mujeres extranjeras entre un 30-40% de los nacimientos.

Se trata de un colectivo de mujeres heterogéneo en tanto a sus características sociodemográficas, culturales y condiciones de vida, así como en el acceso

y utilización de los servicios sanitarios. El grupo más numeroso está constituido por mujeres latinoamericanas (29% de los nacimientos), seguido de las mujeres procedentes de Europa del Este (26,9%) y las originarias de África del Norte (24,4%). Un análisis más detallado por departamentos de salud evidencia, además de las diferencias en la proporción de gestantes extranjeras, una distribución desigual según el área geográfica de origen de estas mujeres.

4. Resultados en salud materna y perinatal

• *Mortalidad materna*

Al igual que en el resto de países desarrollados, la mortalidad materna en España sufrió un acusado descenso en la segunda mitad del siglo XX, fruto del progreso económico y social, mejora de las condiciones de vida de la población y avances en la atención a la salud materno-infantil. Entre 1980 y 2014, la razón de mortalidad materna disminuyó desde 11,0 hasta 2,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. La evolución de la mortalidad materna en la Comunitat Valenciana ha seguido la misma tendencia decreciente, manteniéndose en la actualidad en un número muy bajo de defunciones maternas (de 1 a 3 defunciones anuales). Algunos trabajos recientes apuntan hacia la existencia de un subregistro de la mortalidad materna en las estadísticas oficiales, que afectaría fundamentalmente a las muertes de causa indirecta y a las defunciones tardías (entre 43 y 365 días tras finalizar la gestación).

• *Morbilidad materna grave*

A pesar de las mejoras alcanzadas en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio todavía existe un número considerable de mujeres que sufren complicaciones graves asociadas a la gestación, que pueden llegar a poner en peligro su vida o ser el origen de secuelas a largo plazo y motivo de discapacidad. La vigilancia de la morbilidad materna grave constituye un elemento clave en el estudio de la salud materna y perinatal en los países desarrollados. Entre estos problemas destacan algunas complicaciones obstétricas como los trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia y preeclampsia grave), los procesos hemorrágicos y la rotura uterina. También se ha observado una contribución cada vez mayor de la patología cardiovascular al conjunto de la morbilidad materna, ligado

al incremento en la edad de las mujeres y la presencia de comorbilidades. Un estudio realizado en la Comunitat Valenciana, referido al periodo 2006-2010, halló que aproximadamente 3 de cada 1.000 gestaciones presentaron alguna complicación grave durante el embarazo, parto o a lo largo del año tras finalizar la gestación. Además, evidenció la existencia de desigualdades en la salud materna según el país de origen de la madre, con un riesgo mayor de morbilidad materna grave en las mujeres subsaharianas.

Los desgarros perineales de tercer y cuarto grado se asocian a una morbilidad significativa y su presencia se considera un reflejo de la calidad de la atención proporcionada en el parto, relacionándose con el uso indiscriminado de la episiotomía. Según los datos registrados en SIA, en 2015 un 1,1% de las mujeres embarazadas sufrieron un desgarro perineal grave durante el parto.

• **Mortalidad perinatal**

El número total de casos notificados al Registro de Mortalidad Perinatal de la Comunitat Valenciana, durante 2014 fue de 251 muertes perinatales, lo que representó una tasa de mortalidad perinatal de 5,6 casos por 1.000 nacidos. La tasa de mortalidad fetal (desde 22 semanas de gestación hasta el parto) fue de 3,6 por 1.000 nacidos y la tasa de mortalidad neonatal (de 0 a 27 días de vida) de 2,1 por 1.000 nacidos vivos.

Tasas de mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Comunitat Valenciana. Evolución 2004-2014



Fuente: Registro de mortalidad perinatal de la CV y registro de metabopatías de la CV.

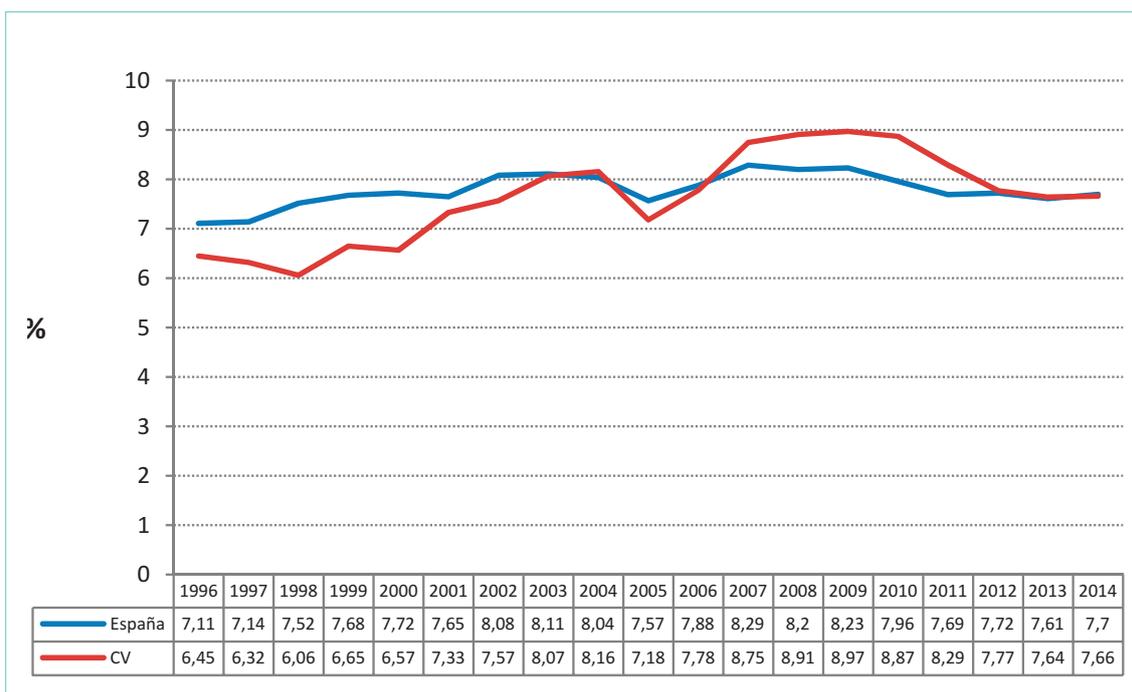
En las gestaciones múltiples, la mortalidad fetal es cinco veces más elevada y la mortalidad neonatal se dispara hasta trece veces más. Se observan también diferencias en función del país de origen de la gestante. *En las muertes fetales* las mujeres del Norte de África, África subsahariana y Europa del Este alcanzan tasas significativamente más elevadas que en el caso de las mujeres autóctonas. *En las muertes neonatales* las tasas que corresponden a mujeres del Norte de África y Europa del Este son significativamente más elevadas que en el caso de las mujeres españolas.

En 2014, como viene sucediendo en los últimos años, la mayoría de las **defunciones fetales** son de causa desconocida. El resto, se recogen en el grupo de la CIE-10 correspondiente a *feto afectado por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo del parto y del parto*. En las **defunciones neonatales** las causas básicas de muerte más habituales son las relacionadas con *la prematuridad* (como la enfermedad de la membrana hialina) y las *malformaciones congénitas* siendo las más habituales las que afectan al sistema circulatorio.

- ***Prematuridad y bajo peso***

La prematuridad y el bajo peso en los y las recién nacidas constituye una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad perinatal e infantil. Entre los factores de riesgo relacionados con estos resultados adversos se encuentra la edad extrema de la mujer, gestación múltiple, consumo de tabaco, abuso de drogas y estrés durante la gestación. En la actualidad, España es uno de los países europeos que presenta una de las proporciones de nacimientos prematuros y de bajo peso más elevada. En la Comunitat Valenciana, tras un periodo de ascenso constante, el porcentaje de nacimientos pretérmino ha experimentado una cierta estabilización, situándose en un valor próximo al 8% del total de nacimientos en los últimos años.

Evolución de los nacimientos pretérmino (<37 semanas). España y Comunitat Valenciana, 1996-2014



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS)

La prevalencia de recién nacidos/as con peso inferior a los 2.500 g se mantiene también estable, con un valor similar al de la prematuridad. En el año 2014, la proporción de recién nacidos/as con un peso inferior a 2.500 g sobre el total de nacimientos fue el 8,8% y del 4,2% en el caso de nacimientos a término.

5.2. ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

1. Atención a la salud sexual

La atención a la Salud Sexual dentro del Servicio Valenciano de Salud empieza de forma reglada a través de la regulación establecida en 1986 con el Decreto 149/1986, por el que se regulaba la prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad en la Comunidad Valenciana. El año siguiente se regulan los centros de Planificación familiar de la Comunitat mediante la Orden 31 de marzo de 1987.

Los Centros de Planificación Familiar son adscritos como Unidades de Apoyo a la Atención Primaria. Estas Unidades de Apoyo se estructuran y desarrollan a partir del Decreto 74/2007 de 18 de mayo por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria de la Comunitat Valenciana.

En el año 2004 con la publicación del Protocolo de Actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) se produce la modernización de dichos centros, quedando definidas la cartera de servicio tal como está establecida actualmente. Las funciones de los CSSR quedan circunscritas a tres ámbitos:

- Educativo informativo: Educación para la salud sexual y reproductiva. Individual y comunitaria. PIES.
- Preventivo: ITS; Cáncer de cérvix, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
- Asistencial: Prescripción anticoncepción. Consulta Preconcepcional. Tratamiento ITS. Asesoramiento esterilidad/infertilidad. Terapia sexológica Referencia en Identidad de género e Intersexualidad.

Originalmente la distribución territorial de los CSSR venía determinada por el Artículo cuarto del Decreto 154/1986, en el que se determinaba que “en cada Área de Salud funcionarían un número suficiente de Centros de Planificación Familiar capaces de dar cobertura asistencial cada uno de ellos a una población estimada entre ocho y doce mil mujeres en edad fértil”.

En la actualidad la red de Centros de Salud Sexual y Reproductiva está constituida por 81 centros, distribuidos en todos los Departamentos de Salud. Muchos de los centros superan el criterio poblacional que se estimó en su momento, arrastrando el origen de su creación, provenientes de ayuntamientos o diputaciones, en su distribución geográfica.

El equipo básico de un CSSR está integrado por un o una profesional de: medicina, sexología, enfermería y por personal administrativo. En muchas ocasiones los equipos de un CSSR distribuyen su horario semanal entre varios CSSR.

Los recursos humanos que integran la red de CSSR son:

Categoría Profesional	Sexo		Total
	Mujer	Hombre	
Trabajador/a Social	3	0	3
Auxiliar Administrativo/a	30	3	33
Auxiliar de Enfermería	13	0	13
Celador/a	1	0	1
Enfermero/a II.SS	38	4	42
Enfermero/a Especialista Obstétrico-Ginecológica	1	0	1
Sexólogo/a	29	11	40
Ginecóloga/o	1	1	2
Médica/o	38	21	59
Total	154	40	194

Fuente: CIRO

En los CSSR durante el año 2015 se atendieron un total de 450.272 visitas, de las cuales el 93.38% fueron realizadas por mujeres y el 6.42% por hombres.

La distribución por edad de las consultas fue:

Grupo de edad	Porcentaje
< de 16 años	1.2
16 a 19 años	6.9
20 a 24 años	13.2
25 a 34 años	31.3
35 a 44 años	32.1
45 a 54 años	11.6
55 a 64 años	2.6
65 a 74 años	0.7
> 74 años	0.1

Fuente: ABUCASIS

La demanda fundamental de los CSSR se centra en la demanda anticonceptiva en las mujeres y para los hombres la demanda fundamentalmente está referida al área de sexología del centro.

Dentro de la estructura propia de Salud Pública existen los Centros de Información y Prevención del Sida (CIPS), creados en el año 1987 para hacer frente

a la incipiente epidemia del VIH, y que han sido transformados en Unidades de atención al VIH y al resto de ITS, convirtiéndose en Unidades referentes, de ámbito provincial, en la atención a estos problemas de salud sexual en poblaciones con elevada vulnerabilidad. En el año 2014 se reguló la actividad asistencial de los CIPS, Resolución de 20 de octubre, manteniendo su carácter preventivo fundamental.

Existen tres Unidades de prevención del VIH e ITS, una por provincia, con unos recursos profesionales que globalmente incluye a 10 profesionales de la medicina (8 mujeres y 2 hombres), 4 enfermeras y tres administrativas.

Durante el año 2015 los CIPS atendieron a 3.787 nuevas consultas y 4.667 consultas sucesivas, atendiendo a un total de 21.000 visitas. Los CIPS realizaron 115 nuevos diagnósticos de VIH, representando el 36% de todos los nuevos diagnósticos de la Comunitat Valenciana.

Los CIPS son los encargados del liderazgo y coordinación con las entidades de base comunitaria que realizan su actividad alrededor del VIH/Sida.

2. Atención al embarazo, parto y puerperio

La atención a todo el proceso reproductivo va a tener diferentes puertas de entradas al sistema sanitario, como los Centros de Atención primaria, los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, y la Atención especializada, con diferentes profesionales en cada nivel y dependiendo de los diferentes momentos del proceso.

En un primer momento, y dentro de la cartera de servicios, se contempla la prestación sanitaria en salud reproductiva en Atención Primaria.

Se van a llevar a cabo actividades en la atención a la mujer embarazada, en los diferentes momentos del proceso, desde la captación y valoración a través de la consulta preconcepcional, seguimiento del embarazo, preparación al parto, educación maternal, así como la visita puerperal y al primer mes postparto.

Los recursos humanos en salud reproductiva en Atención Primaria para 2015 de la Comunitat Valenciana se ubican en los Centros de salud y los Consul-

torios Auxiliares, en los cuales se ofrecen los servicios básicos de medicina familiar y comunitaria, pediatra, enfermería, enfermería obtetrico-ginecologica, trabajo social y administrativo a la población de referencia.

Hay 285 centros de salud y 560 consultorios auxiliares, distribuidos en 241 zonas básicas de salud y dentro de los 24 Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana.

En la tabla siguiente se describen los recursos humanos en atención primaria por sexo.

Recursos humanos en Atención Primaria 2015					
Categoría Profesional	Mujer	%	Hombre	%	Total
Medicina Familiar y comunitaria	1367	49,49	1395	50,51	2762
Pediatría	570	71,79	224	28,21	794
Enfermería	2238	74,40	770	25,60	3008
Enfermería obstétrico-ginecológica	311	96,88	10	3,12	321
Trabajadores sociales	138	93,24	10	6,76	148
Auxiliar Administrativo/a	1467	85,34	252	14,66	1719

Fuente: CIR. Servici d'Avaluació de la Qualitat Assistencial

Los recursos humanos en salud reproductiva en Atención especializada para 2015 se ubican los Hospitales públicos de la Comunitat Valenciana y Centros de especialidades. La red pública cuenta con 33 Hospitales, de ellos 24 con Maternidad. Los recursos humanos en salud reproductiva en este nivel para 2015 lo constituyen las y los especialistas siguientes: 328 en obstetricia-ginecología y 314 en enfermería obstétrico-ginecológica.

A continuación se presentan algunos datos de resultados de la actividad asistencial prestada en torno al proceso reproductivo en la Comunitat Valenciana.

La consulta preconcepcional, actividad integrada en la atención prenatal y dirigida tanto a la mujer como a su pareja, tiene por objetivo identificar posibles factores de riesgo, instaurar las medidas preventivas que sean necesarias y potenciar acciones promotoras de la salud. Según los datos registrados en la historia obstétrica de atención primaria, solo un tercio de las mujeres había acudido a una

consulta previa a la concepción. Junto a esta baja cobertura, se ha constatado también un uso inadecuado de algunas medidas preventivas para las que existen recomendaciones explícitas basadas en la evidencia, como es el caso del ácido fólico para la prevención de los defectos del tubo neural. Estudios realizados en la Comunitat Valenciana han evidenciado un patrón de consumo de inicio tardío y en dosis superiores a las recomendadas.

El inicio precoz de la asistencia prenatal es uno de los indicadores de evaluación del programa de atención al embarazo, parto y puerperio. El porcentaje de embarazos controlados desde el primer trimestre de gestación en la Comunitat Valenciana se encuentra próximo al 90%, con ligeras diferencias entre departamentos de salud. Sin embargo, este valor disminuye en el caso de las mujeres no nacidas en España, situándose en un rango que oscila entre un 70-75% según la región geográfica de origen.

El consumo de tabaco durante la gestación se ha relacionado con la aparición de abortos espontáneos, partos prematuros y retraso del crecimiento intrauterino. En la Comunitat, alrededor del 22% de las mujeres mantienen el hábito tabáquico durante el embarazo, apreciándose diferencias en función del país de nacimiento. La prevalencia de gestantes fumadoras es mayor en las mujeres de Europa Occidental/América del Norte, en las gestantes españolas y en las de Europa del Este. En el resto de mujeres, este valor es inferior al 5%.

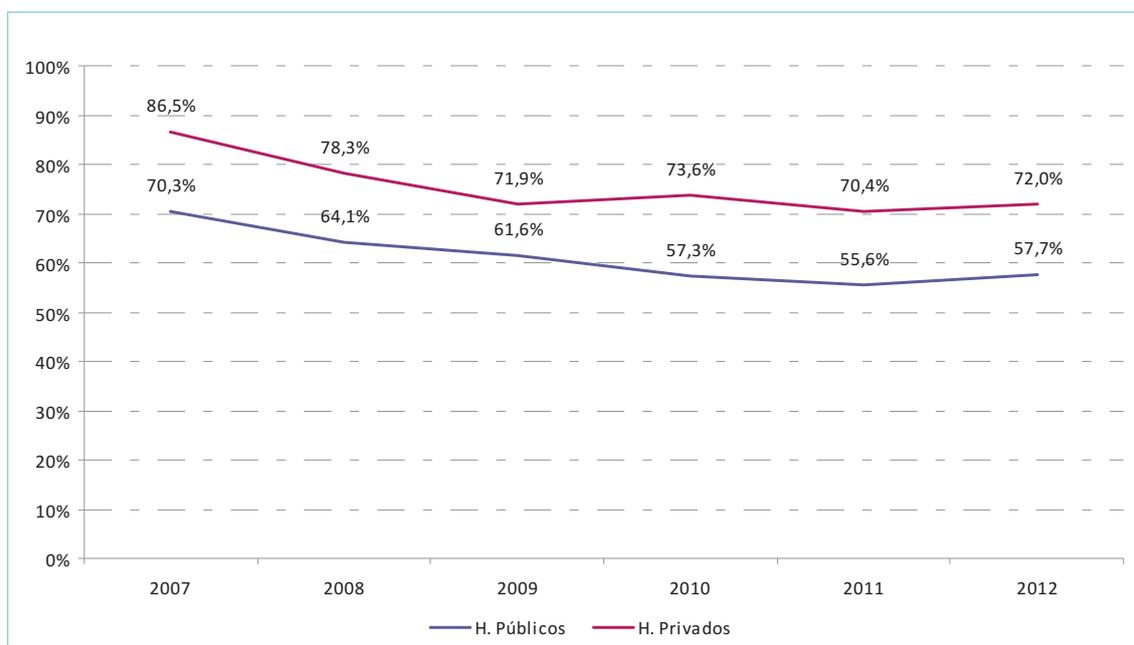
Respecto a la suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia, práctica no recomendada con carácter universal en regiones yodo suficientes como la nuestra, la tendencia observada es hacia un exceso en la dispensación y consumo del suplemento, presente en distintos preparados farmacológicos.

La atención del parto en el ámbito hospitalario ha permitido alcanzar grandes logros en la mejora de la salud materna y perinatal, pero como contrapartida, el aumento en el uso de la tecnología se ha asociado a un excesivo intervencionismo, con el mantenimiento de algunas prácticas innecesarias e incluso desaconsejables, que pueden interferir en la evolución fisiológica del parto. En los últimos años, se aprecia una evolución positiva en algunas de estas prácticas mientras que en otras no han habido cambios efectivos, evidenciándose además una situación desigual en los diferentes hospitales de la Comunitat Valenciana. En 2015, un 58,1% de las gestaciones con seguimiento desde Atención Primaria,

finalizaron en un parto vaginal eutócico. Además, un 50,8% de las mujeres habían manifestado sus preferencias respecto al desarrollo del parto y nacimiento de su hijo o hija, en el plan de parto.

Entre las intervenciones innecesarias y cuestionadas por la evidencia científica cabe destacar la realización sistemática de episiotomías en partos vaginales eutócicos. En los últimos años, se observa una tendencia descendente en el valor de este indicador, tanto en hospitales de titularidad pública como privada, aunque todavía existe mucho margen de mejora.

Episiotomías en partos vaginales según ámbito de atención

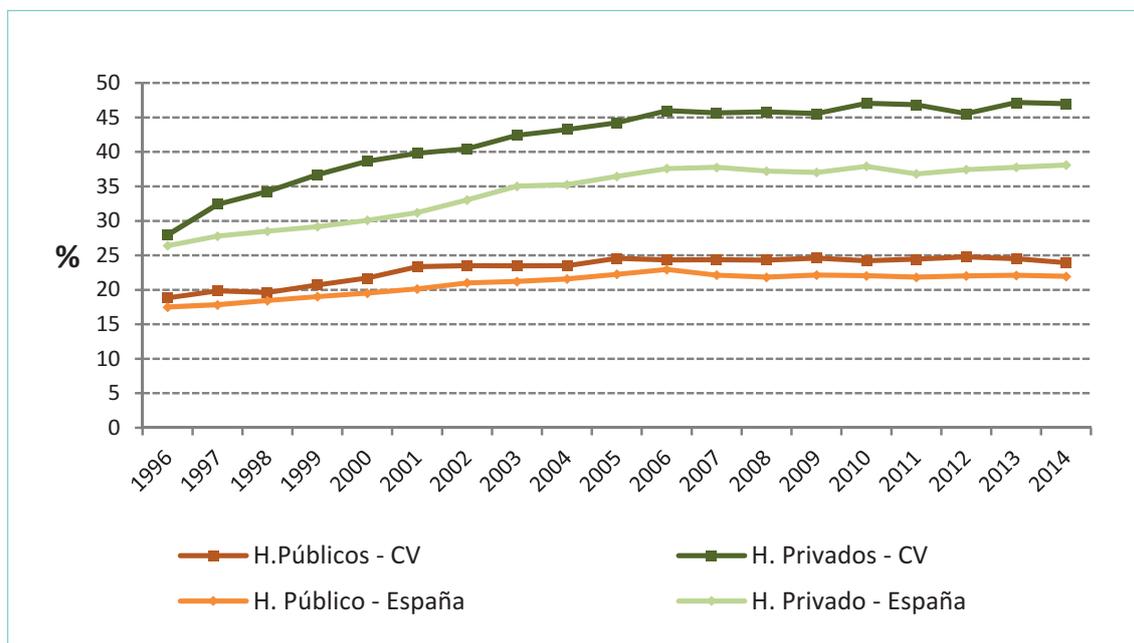


Fuente: Observatorio de Salud Infantil y Perinatal. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Respecto a otras intervenciones como la cesárea, la situación no es tan favorable con un incremento progresivo en su práctica a lo largo de las últimas décadas. Recientemente, la OMS ha realizado una revisión sistemática de los estudios disponibles concluyendo que, a nivel poblacional, a medida que la proporción de cesáreas aumenta hasta un 10-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal, pero que por encima de estos valores no se observa ningún efecto sobre la mortalidad. En 2015, en el conjunto de la Comunitat Valenciana, la proporción de nacimientos con cesárea fue del 28,7%, manteniéndose como la comunidad autónoma con el valor más elevado. Según la titularidad del centro, la proporción de cesáreas alcanzó

un valor medio del 23% en los hospitales públicos y del 47,7% en los privados, alrededor de 2 y 9 puntos por encima de la media nacional, respectivamente.

Evolución de la proporción de cesáreas. España y Comunitat Valenciana, 1996-2014



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS)

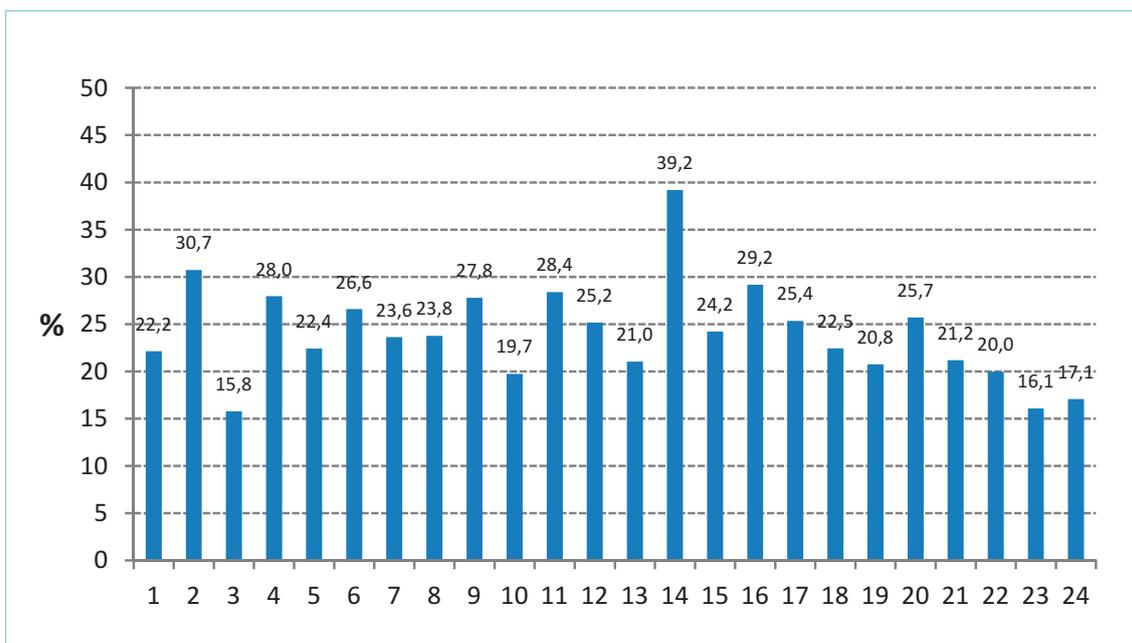
Para valorar la adecuación en el indicador de cesáreas a nivel hospitalario y permitir la comparación entre centros, es necesario tener en cuenta las características de la población atendida. La edad cada vez más avanzada de las madres, el aumento de los embarazos de riesgo, la difusión de las técnicas de reproducción asistida y el incremento de los embarazos múltiples, son algunas de las variables que se han relacionado con el incremento en el número de cesáreas.

En 2015, la proporción de cesáreas en centros públicos de la Comunitat Valenciana osciló entre un mínimo del 15,8% en el hospital de La Plana y un máximo del 39,2% en el hospital General de Ontinyent. La diferencia marcada en la proporción de cesáreas según el hospital que atiende el parto, no puede ser explicada únicamente por una distribución desigual en las características de las mujeres, e indica una variabilidad importante en la práctica médica entre centros, con un porcentaje de cesáreas innecesarias que podría evitarse.

El contacto precoz madre-recién nacido y el inicio de la lactancia materna en las dos primeras horas tras el nacimiento, son prácticas que han demostrado ser beneficiosas tanto para la madre como para el recién nacido, y su aplicación

ha ido extendiéndose poco a poco a todas las maternidades de la Comunitat Valenciana. En el año 2015, según consta en la historia obstétrica de las gestantes con seguimiento desde Atención Primaria, se mantuvo el contacto precoz madre-recién nacido/a en el 85,6% de los partos y en un 82,5% se inició la lactancia materna precozmente.

Proporción de cesáreas en centros públicos. Comunitat Valenciana, 2015



1. H. Comarcal de Vinaròs 2. H. General Universitario de Castellón 3. H. Universitario de la Plana 4. H. de Sagunto 5. H. Clínico Universitario de Valencia 6. H. Universitario y Politécnico la Fe 7. H. General de Requena 8. Consorcio H. General Valencia 9. H. Universitario Doctor Peset 10. H. Universitario de la Ribera 11. H. Fransesc de Borja de Gandia 12. H. de Dénia 13. H. Lluís Acanyís de Xàtiva 14. H. General de Ontinyent 15. H. Virgen de los Lirios de Alcoy 16. H. Marina Baixa de la Vila Joiosa 17. H. Universitari de Sant Joan d'Alacant 18. H. General de Elda 19. H. Universitario de Alicante 20. H. General de Elx 21. H. Vega Baja de Orihuela 22. H. Universitario de Torrevieja 23. H. de Manises 24. H. Universitario del Vinalopó.

Fuente: ALUMBRA. DGAS. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Por último, respecto a las actividades preventivas y de educación sanitaria, elemento fundamental dentro del programa de Atención a la Salud de la Madre, indicar que junto a la educación maternal grupal que se oferta a la mujer y a su pareja a lo largo del embarazo, desde hace unos años se llevan a cabo distintos talleres de apoyo a las mujeres tras el nacimiento de su hijo o hija. Su objetivo es facilitar la recuperación física y emocional de la mujer tras el parto y la adquisición de habilidades para la crianza (lactancia, estimulación del bebé y masaje infantil). Más del 80% de las mujeres gestantes y puérperas participan en estas actividades, estando acompañadas por sus parejas algo más de la mitad de las que asisten a la educación prenatal.

6. MISIÓN Y PRINCIPIOS RECTORES

6.1 MISIÓN

Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población de la Comunitat Valenciana, promoviendo el desarrollo efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas que la componen.

6.2. PRINCIPIOS RECTORES

Los principios que rigen esta Estrategia están basados en el reconocimiento de la dignidad humana y en la necesidad de su pleno desarrollo que, respetando la diversidad sexual, de género, funcional, cultural y de creencias, se encuentran como principios superiores e inherentes de todas las personas.

En base a estos principios éticos universales los derechos sexuales y reproductivos son entendidos como derechos humanos, debiéndose garantizar su efectividad y armonizar su promoción y defensa dentro de unos principios técnicos modernos de organización y funcionamiento del sistema público: eficacia y eficiencia, programación y control, servicio a la ciudadanía, objetividad y transparencia, cooperación y coordinación.

Las sociedades avanzadas, como la nuestra, apuestan por modelos de atención a la salud de las personas que garanticen la equidad, la calidad y una atención centrada en la persona, minimizando aquellas circunstancias sociales e individuales que pudiesen producir situaciones de discriminación y estigmatización de personas o grupos poblacionales.

En base a todo lo anterior los principios rectores que guían la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la Comunitat serán:

1. Garantiza los **derechos sexuales y reproductivos** de las personas
2. Potencia la **vivencia positiva** de la salud sexual y reproductiva

3. Considera la **salud como un *continuum*** a lo largo del ciclo vital
4. **Centrada en las personas**, tomando en consideración la diversidad sexual y de género, los diversos contextos socio-culturales y la diversidad funcional
5. **Incorpora la perspectiva de género y de los determinantes sociales** de la salud de forma transversal
6. **Alineada** con los objetivos y acciones del **IV Plan de Salud** de la Comunitat Valenciana
7. Impulsa la **acción intersectorial** y en los distintos entornos, Sanidad/Educación/Igualdad/Sociedad Civil
8. Orientada a la **equidad** en el acceso y uso de los servicios sanitarios
9. Basada en la **evidencia científica**, con el fin de proporcionar la máxima calidad en todas las acciones que desarrolla
10. Favorece el **consenso** entre el conjunto de **profesionales** para su implementación

7. LÍNEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS Y ACCIONES

7.1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Línea 1.** Promoción de la salud sexual y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, garantizando sus derechos sexuales.
- Línea 2.** Promoción de la salud reproductiva y el bienestar de las personas, garantizando sus derechos reproductivos.
- Línea 3.** Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos.
- Línea 4.** Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.

7.2. OBJETIVOS Y ACCIONES

- Línea 1.** Promoción de la salud sexual y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, garantizando sus derechos sexuales.

Objetivos generales

1. Promover una sexualidad saludable, placentera, igualitaria, diversa y respetuosa a lo largo de las etapas de la vida considerando las diferentes funcionalidades de las personas.
2. Facilitar a la población información fiable y una educación en salud sexual con visión holística de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones informadas desde la perspectiva de género, que considera la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y distintos contextos socio-culturales.

Objetivos específicos

1. Potenciar en el ámbito educativo la educación sexual integral y continuada, considerándola como parte del desarrollo humano y el bienestar de las personas.
2. Proporcionar información fiable y accesible sobre la salud sexual y derechos sexuales, adaptada a todas las etapas de la vida, a través de la red sanitaria y las tecnologías de la información y comunicación, teniendo en cuenta a los colectivos vulnerables y a los que están en riesgo de exclusión social.
3. Impulsar la formación en promoción de la salud sexual en los diferentes ámbitos profesionales y competenciales.
4. Impulsar la coordinación transversal entre los distintos sectores implicados en la promoción de la salud sexual.

Acciones propuestas

1. Trabajo conjunto y coordinado entre las diferentes administraciones responsables para el desarrollo de la educación sexual en el ámbito escolar.
2. Incorporación de la educación sexual integral desde las etapas tempranas de la escolarización con continuidad a lo largo de todo el periodo educativo como parte del currículum escolar.
3. Universalización, consolidación y adaptación del Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES) en todos los centros educativos de la Comunitat.
4. Consenso entre las y los agentes implicados de los contenidos en educación sexual, que atienda a los aspectos psicosociales y relacionales de la vivencia de la sexualidad, ajustados a la evidencia científica.
5. Apoyo a las acciones de sensibilización y de formación, que permitan prevenir las diferentes manifestaciones de la violencia sexual contra

cualquier persona independientemente de su orientación sexual y de género y grupos de especial protección como menores (abuso sexual, sexo forzado, mutilación genital femenina, etc...) en los distintos entornos (familiar, escolar, laboral, sanitario, comunitario).

6. Fomento de la educación sexual entre iguales, dirigida a la población adolescente y joven en contextos informales, impulsando sus propios canales de participación.
7. Promoción del uso del preservativo como prevención primaria del VIH y otras ITS y como prevención de embarazos no planificados, con mensajes validados y atractivos en espacios públicos, de ocio, de transporte, etc., desde la perspectiva de género, que considera la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y distintos contextos socio-culturales.
8. Promoción del conocimiento basado en la evidencia científica, exento de errores y mitos, de todos los métodos anticonceptivos regulares y de urgencia.
9. Trabajo coordinado con el ámbito de los medios de comunicación y publicitario para la promoción de una cultura de aceptación, respeto, no discriminación y en contra la violencia sexual.
10. Formación motivadora en el ámbito de la promoción de la salud sexual dirigida a los distintos perfiles profesionales (sanidad, educación, igualdad, etc.) desde la perspectiva de género, que considera la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y distintos contextos socio-culturales.
11. Promoción de la salud sexual en personas con pérdida de sus capacidades por alguna patología invalidante, de forma coordinada entre los diferentes recursos sociosanitarios.
12. Fomento del desarrollo de programas de intervención comunitaria en materia de promoción de la salud sexual, dirigidos a personas en riesgo de exclusión social o en contextos de vulnerabilidad, de forma coordinada entre los diferentes recursos sociosanitarios.

Línea 2. Promoción de la salud reproductiva y el bienestar de las personas, garantizando sus derechos reproductivos.

Objetivo general

1. Promover la salud, el bienestar y la autonomía de las personas, desde la niñez y a lo largo de la edad fértil, favoreciendo una maternidad, paternidad y crianza saludable.
2. Facilitar a la población información fiable y una educación en salud reproductiva con visión holística de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones informadas, desde la perspectiva de género, que considera la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y distintos contextos socio-culturales.

Objetivos específicos

1. Promover la elección libre y responsable de la maternidad y la paternidad para un nacimiento deseado, seguro y satisfactorio, impulsando un cambio hacia valores sociales no discriminatorios.
2. Potenciar el consejo preconcepcional en Atención Primaria (Centros de Salud y Centros de Salud Sexual y Reproductiva), con intervenciones preventivas y de promoción de la salud que contribuyen a mejorar los resultados en salud reproductiva.
3. Apoyar a las mujeres y sus parejas en la vivencia fisiológica del embarazo, parto y puerperio, facilitando la información y desarrollo de habilidades, que favorezca un rol activo y participativo en la toma de decisiones.
4. Impulsar la formación en promoción de la salud reproductiva en los diferentes ámbitos profesionales y competenciales.

Acciones propuestas

1. Impulso de medidas de apoyo a la maternidad y a la paternidad que faciliten la conciliación de la vida laboral, familiar y personal, favoreciendo la elección libre del momento de hacerlo y una crianza compartida.
2. Promoción de la alimentación saludable, la práctica de la actividad física y la disminución de exposición a tóxicos (tabaco, alcohol, drogas, contaminantes químicos, etc.) para mejorar el estado de salud de las mujeres y los hombres, durante la preconcepción, embarazo y puerperio.
3. Actualización e impulso de un protocolo de consulta preconcepcional, consensuado por los distintos agentes asistenciales y que contemple intervenciones preventivas basadas en la evidencia científica.
4. Oferta sistemática de la educación prenatal y postnatal, desde Atención Primaria y de forma coordinada con Atención Especializada, con contenidos unificados y que incorpore buenas prácticas. Educación que implique a la pareja, con horarios compatibles con la vida laboral, y que contemple la difusión de experiencias positivas o la visita hospitalaria previa al parto.
5. Oferta de información fiable, completa y basada en la evidencia científica de la atención al parto, que incluya beneficios y riesgos de las distintas opciones, para la participación y toma de decisiones compartidas entre las mujeres y profesionales de la salud, para elaborar un plan de parto donde queden plasmadas sus preferencias.
6. Fomento de la corresponsabilidad en el cuidado y la crianza de los hijos e hijas y el desarrollo de modelos parentales positivos en los distintos ámbitos de la vida (familiar, laboral, escolar).
7. Promoción del inicio y mantenimiento de la lactancia materna desde los servicios sanitarios, de acuerdo a la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) y apoyo de acciones que faciliten su práctica en los lugares públicos y centros de trabajo.

8. Apoyo a las entidades comunitarias vinculadas a la lactancia y crianza en el desarrollo de actividades de promoción de la salud, de forma coordinada con el personal sanitario en el ámbito de la atención primaria y especializada.
9. Sensibilización y formación al conjunto de profesionales de la salud en el fomento y respeto a la toma de decisiones compartida entre las mujeres y el personal sanitario, en la atención al proceso reproductivo.
10. Desarrollo de programas de intervención comunitaria en materia de promoción de la salud reproductiva, dirigidos a personas en riesgo de exclusión social o en contextos de vulnerabilidad, de forma coordinada entre los diferentes recursos sociosanitarios implicados.

Línea 3. Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos generales

1. Garantizar el acceso de las personas a los servicios sanitarios de calidad para mejorar la salud sexual y reproductiva, con especial consideración a las diferentes situaciones de vulnerabilidad desde la perspectiva de género, que considera la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y distintos contextos socio-culturales.
2. Ofrecer una atención integral, continuada y de calidad a la salud sexual y reproductiva, basada en la evidencia científica, adaptado a las necesidades y circunstancias particulares de cada persona, así como a los diferentes contextos de vulnerabilidad.

Objetivos específicos

1. Incrementar el acceso de la juventud a la red asistencial, en especial a los centros de Atención Primaria (Centros de Salud y Centros de Salud Sexual y Reproductiva), creando un entorno atractivo, adaptado, receptivo y respetuoso, en materia de asesoramiento de sexualidad.
2. Potenciar la utilización de la red asistencial y en especial los centros de Atención Primaria (Centros de Salud y Centros de Salud Sexual y Reproductiva), por parte de la población adulta, en materia de asesoramiento de sexualidad y considerando los diferentes contextos de diversidad y vulnerabilidad.
3. Reducir las tasas de embarazos no planificados y de las IVE.
4. Mejorar la cobertura de la prestación de la IVE dentro de la red asistencial pública.
5. Reducir las tasas de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
6. Prestar una atención prenatal integral y de calidad, de inicio temprano y a lo largo de todo el embarazo, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad, funcionalidad y diversidad, facilitando su implicación y cuidados a lo largo de todo el proceso.
7. Potenciar la atención al parto en un entorno de confianza e intimidad, concediendo el máximo protagonismo a los deseos y preferencias de las mujeres y sus parejas y cuidando los aspectos de calidez, calidad y seguridad en la atención.
8. Impulsar una atención postnatal de continuidad a las mujeres, sus bebés y familias, que contemple los cambios físicos, psicológicos, emocionales y de adaptación del entorno familiar y social.

Acciones propuestas en salud sexual

1. Atención en materia de salud sexual en los centros de Atención Primaria (Centros de Salud y Centros de Salud Sexual y Reproductiva) y CIPS, a

la adolescencia y a la juventud, adaptada a sus necesidades, prestando especial atención a la confidencialidad y proporcionando una asistencia de calidad con horarios accesibles.

2. Coordinación funcional entre los centros de Atención Primaria (Centros de Salud y Centros de Salud Sexual y Reproductiva), CIPS y Atención Especializada, para la atención de la salud sexual, con especial consideración a la transición entre las etapas vitales.
3. Actualización y evaluación del Protocolo de Actuación en los CSSR conforme a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.
4. Identificación de recursos que trabajan en salud sexual en el ámbito local para la intervención coordinada en los centros educativos, espacios de ocio, recursos de atención a la juventud, centros de atención a mayores y otros colectivos ciudadanos.
5. Mejora del acceso a los preservativos, especialmente en la juventud y en contextos de vulnerabilidad socio-económica.
6. Atención a la anticoncepción de primer nivel desde los Centros de Salud de Atención Primaria, en coordinación con los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.
7. Mejora del acceso a la anticoncepción de urgencia (PDD) en la red sanitaria pública, acompañada de consejo asociado a la dispensación.
8. Financiación de los métodos reversibles de larga duración (LARC) en todos los departamentos de salud de la Comunitat.
9. Mejora del acceso a la IVE farmacológica y quirúrgica en los centros sanitarios de la red pública, garantizando la equidad de la prestación en todo el territorio de la Comunitat.
10. Mejora de la prevención, del diagnóstico precoz y tratamiento temprano de las infecciones de transmisión sexual (ITS), con especial atención al VIH y al VPH, facilitando el acceso en los diferentes niveles asistenciales.

11. Incorporación en la Atención Primaria (Centros de Salud, Centros de Salud Sexual y Reproductiva) y en la Atención Especializada la valoración de las prácticas con riesgo para la salud sexual, para el diagnóstico precoz del VIH y otras ITS, con especial atención a poblaciones de elevada vulnerabilidad en coordinación funcional con los CIPS.
12. Implementación de la atención a la transexualidad a nivel del territorio de la Comunitat. En coordinación funcional con la Unidad de Referencia para la Identidad de Género e Intersexualidad.
13. Implementación del protocolo de Actuación Sanitaria ante la mutilación genital femenina en los centros Atención Primaria (Centros de Salud y Centros de Salud Sexual y Reproductiva) y Atención Especializada. En coordinación funcional con la Unidad de Referencia de Cirugía Reconstructiva de la Mutilación Genital
14. Mejora de las competencias profesionales en salud sexual, mediante la formación pre y postgrado y el intercambio de experiencias entre profesionales y centros.

Acciones propuestas en salud reproductiva

1. Revisión y actualización del programa de atención al embarazo, parto y puerperio incorporando aquellas actuaciones que estén basadas en la evidencia científica.
2. Inicio temprano y de continuidad en la atención al embarazo, parto y puerperio en mujeres en situación de vulnerabilidad, con intervenciones coordinadas entre servicios sociales y entidades comunitarias, incorporando la mediación intercultural y la educación entre iguales.
3. Impulso del trabajo en redes asistenciales departamentales para una atención integral y de calidad a todo el proceso reproductivo.
4. Oferta en todos los departamentos de salud de las distintas opciones, basadas en la evidencia científica e integradas en la atención al parto,

que permitan a la mujer decidir en su plan de parto, manteniendo los niveles actuales de seguridad y calidad.

5. Fomento de la atención de baja intervención en todos los servicios de maternidad hospitalaria en el proceso del nacimiento en mujeres de bajo riesgo.
6. Adecuación de espacios arquitectónicos y dotación de infraestructuras que favorezcan el manejo del parto, en un entorno cálido e integrado durante la asistencia al mismo.
7. Fomento del contacto temprano entre la madre y el o la recién nacida e inicio de la lactancia materna.
8. Adecuación de la intervención de cesárea a indicaciones estandarizadas en todos los hospitales del Sistema Valenciano de Salud, que incluya el análisis de las causas y las recomendaciones para la mejora de la práctica clínica.
9. Impulso de la visita posparto domiciliaria adaptada a la situación y necesidades particulares de cada caso, para conocer el entorno familiar y favorecer una intervención si procede.
10. Actuación coordinada entre matronas y personal facultativo de Atención Primaria junto con los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, para la orientación en la anticoncepción durante el puerperio, mediante el desarrollo e implementación de un protocolo de actuación conjunta.
11. Atención y asesoramiento en lactancia materna a las mujeres que opten por amamantar.
12. Adaptación de las unidades neonatales hacia un enfoque de cuidados que garantice un entorno cálido, íntimo, respetuoso, seguro y centrados en la unidad familiar.
13. Optimización del recurso de banco de leche materna, estableciendo el circuito y los recursos necesarios para la donación, conservación y recepción de ésta en condiciones óptimas.

14. Impulso a la donación de sangre de cordón umbilical desde todas las maternidades.
15. Elaboración e implementación de un protocolo de atención al duelo perinatal para una atención integral a la mujer, su pareja y familia en condiciones de intimidad y privacidad.
16. Mejora del acceso a las técnicas de reproducción humana asistida a las mujeres sin discriminación por estado civil, orientación sexual e identidad de género y diferentes capacidades.
17. Incorporación en el diagnóstico genético preimplantacional de nuevas patologías, con criterios basados en la evidencia y eficacia, para la prevención de la transmisión de enfermedades o trastornos de origen genético.
18. Atención a la salud reproductiva en las personas con diversidad funcional. adaptada a sus necesidades.
19. Mejora de las competencias profesionales en salud reproductiva, mediante la formación pre y postgrado y el intercambio de experiencias entre profesionales y centros.

Línea 4. Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.

Objetivo general

1. Fomentar la generación de conocimiento que contribuya a la mejora de la calidad de la promoción y la atención a la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género, que considera la diversidad sexual y de género, la diversidad funcional y distintos contextos socio-culturales.

Objetivos específicos

1. Disponer de información integrada en salud sexual y reproductiva, que permita la elaboración de indicadores para la toma de decisiones clínicas y de gestión así como la acción en salud.
2. Promover la investigación en salud sexual y reproductiva con especial atención en la evaluación de las intervenciones.
3. Potenciar la identificación de buenas prácticas en salud sexual y reproductiva y su difusión en el conjunto de la Comunitat Valenciana y el SNS.

Acciones propuestas

1. Revisión y actualización ágil de las historias de salud sexual, ginecológica, obstétrica y anticonceptiva disponibles en el Sistema de Información Ambulatorio (SIA), incorporando las propuestas de los distintos perfiles de usuarios.
2. Revisión y homogenización del registro de actividades comunitarias en el SIA. Integrando las actividades de educación para la salud en la escuela en materia de salud sexual.
3. Desarrollo de una historia neonatal, que garantice el registro único de la persona recién nacida con entidad propia y que permita la migración de datos básicos a la historia pediátrica del SIA.
4. Comunicación y accesibilidad entre los sistemas de información de atención primaria (SIA) y especializada (Orion, Mizar, etc.) para compartir los datos de las personas usuarias.
5. Integración de la información generada en los CIPS en SIA y en el sistema de Análisis de Vigilancia Epidemiológica (AVE).
6. Elaboración de un plan de seguimiento y evaluación sistemático de la cumplimentación y calidad de los datos recogidos sobre salud sexual y reproductiva en SIA y otros sistemas, que incluya la sensibilización y formación continua del personal sanitario.

7. Incorporación de indicadores de salud sexual y reproductiva en el Sistema de Información en Salud Pública (SISP).
8. Fomento de la evaluación cualitativa del programa PIES, centrada en el análisis de los cambios actitudinales sobre salud sexual.
9. Identificación y evaluación de intervenciones innovadoras en materia de salud sexual dirigidas a la juventud.
10. Fomento de la investigación específica sobre la población masculina en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
11. Promoción de estudios cualitativos dirigidos a las mujeres, sus parejas y familia para conocer su opinión, necesidades y grado de satisfacción con la atención recibida en relación al proceso reproductivo.
12. Promoción de estudios de desigualdades en el acceso y atención a la salud sexual y reproductiva, incluyendo variables de sexo, edad, clase social, territorio, etnia, diversidad funcional y diversidad sexual y de género.
13. Promoción de la investigación, implementación y evaluación de prácticas innovadoras para la mejora de la calidad en la atención al nacimiento y crianza, tomando como referencia experiencias internacionales.
14. Desarrollo de un sistema de identificación, evaluación y difusión de buenas prácticas en salud sexual y reproductiva.
15. Elaboración y difusión de resultados en salud sexual y reproductiva, accesible y adecuada a los diferentes sectores implicados (profesionales y ciudadanía).
16. Adecuación de los cauces de comunicación entre los distintos ámbitos comunitarios e intersectoriales, para el intercambio e incorporación de conocimientos en materia de salud sexual y reproductiva.
17. Mejora de la accesibilidad, del flujo y de la localización de la información en el ecosistema digital (web, portales, etc.) de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, homogeneizando los contenidos e intensificando la presencia en las redes sociales.

8. IMPLEMENTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Una vez presentada y aprobada la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, con el fin de asegurar su aplicación/ejecución se atenderá a tres aspectos fundamentales: recursos humanos y agentes responsables, planes de trabajo anuales durante el periodo de vigencia de la ESSR y recursos financieros y presupuesto asignado a cada una de las líneas estratégicas para su ejecución.

La implementación y ejecución de la ESSR será realizada y coordinada desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Salud Pública, que constituirán el organismo de dirección de la ESSR.

SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS Y AGENTES RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE LA ESSR

Se crearán y designaran tres tipos de estructuras de trabajo:

- a) **Equipo Motor (Comisión Ejecutiva)**, constituido por profesionales de cada una de las áreas que se relacionan con las Líneas Estratégicas de la ESSR. Este equipo impulsará la ESSR en los diferentes departamentos con los distintos niveles de responsabilidad. Entre sus funciones estará aprobar los planes de trabajo anuales, realizar el seguimiento y articular un espacio de participación interdepartamental con personal técnico de otras áreas y con representantes de la sociedad civil organizada.
- b) **Comité de Evaluación y Seguimiento de la Estrategia (CASE)**. Se constituye como un órgano que vela por la aplicación, seguimiento y evaluación de las acciones que vienen recogidas en cada una de las Líneas Estratégicas. Este comite estará formado por personas expertas en evaluación de políticas y programas de salud, por personal técnico que ha participado en el Comité Técnico de la ESSR y por el equipo coordinador.

c) **Mesa de Implementación (Mesa de Coordinación Intersectorial)**. Es una estructura que da cabida a un mayor número de agentes clave, tanto técnico como de las sociedades científicas y organizaciones sociales. Este espacio de participación plural e interdepartamental servirá para identificar necesidades, generar metodologías específicas, asesorías externas, y una mejora continua y retroalimentación en cómo se va ejecutando la ESSR en el periodo de vigencia. El CASE utilizaría este espacio para la interlocución con el resto de agentes a través de la presentación de los planes anuales.



SOBRE LOS PLANES ANUALES DE TRABAJO PARA IMPLEMENTAR LA ESSR

A través de las estructuras de trabajo creadas para la ejecución de la ESSR se aprobarán y pondrán en marcha Planes anuales de trabajo que den cabida a las prioridades técnico-políticas y presupuestarias, definidas para cada año de vigencia de la Estrategia.

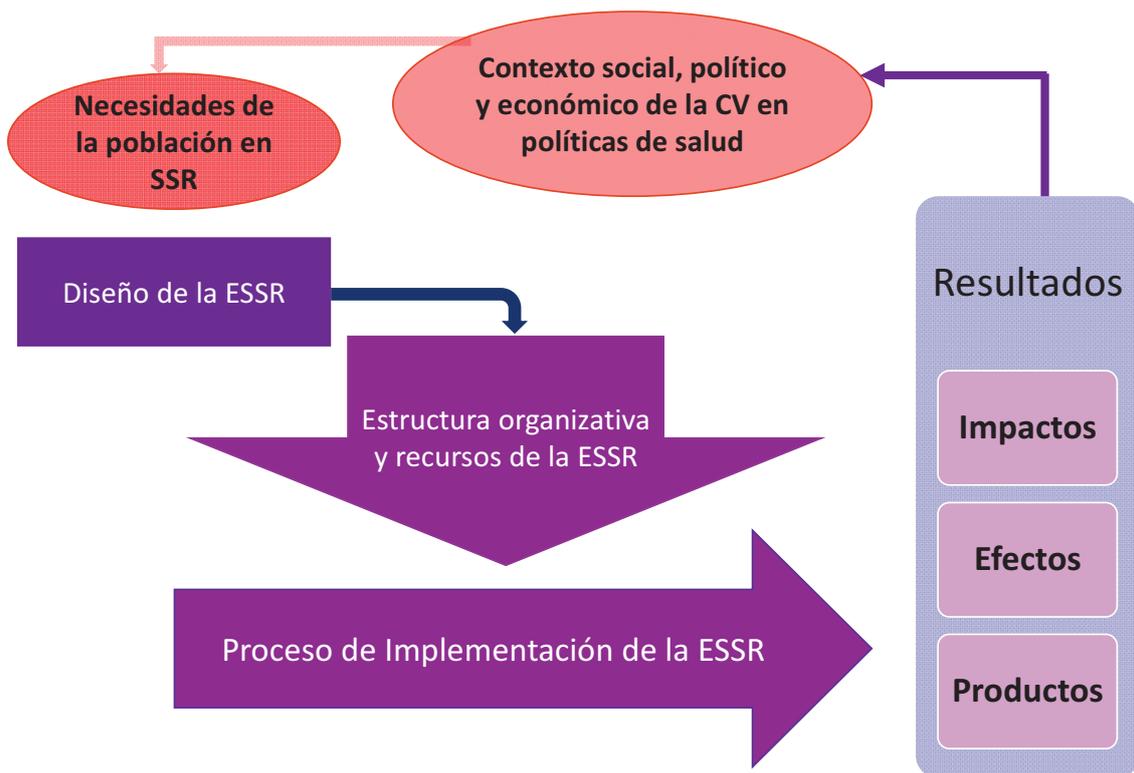


SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA ESSR

Cada uno de los planes anuales de trabajo, y la ESSR en su globalidad, será evaluado siguiendo el modelo participativo desde donde se ha construido y diseñado. Utilizando una metodología basada en un modelo sistémico de evaluación, con la utilización de criterios de valor, la combinación de métodos y técnicas de recopilación de información y la generación participativa de recomendaciones y conclusiones (Anexo 3).

Este **modelo sistémico de evaluación** para el análisis integral de los distintos aspectos que conforman la ESSR, incluye el contexto y las necesidades sociales que han justificado su existencia, los mecanismos por lo cual se considera que ha de funcionar la política pública (Teoría de Programa), la estructura que soporta la ESSR, los procesos que la desarrollan y aplican y, por último, los resultados que se producen.

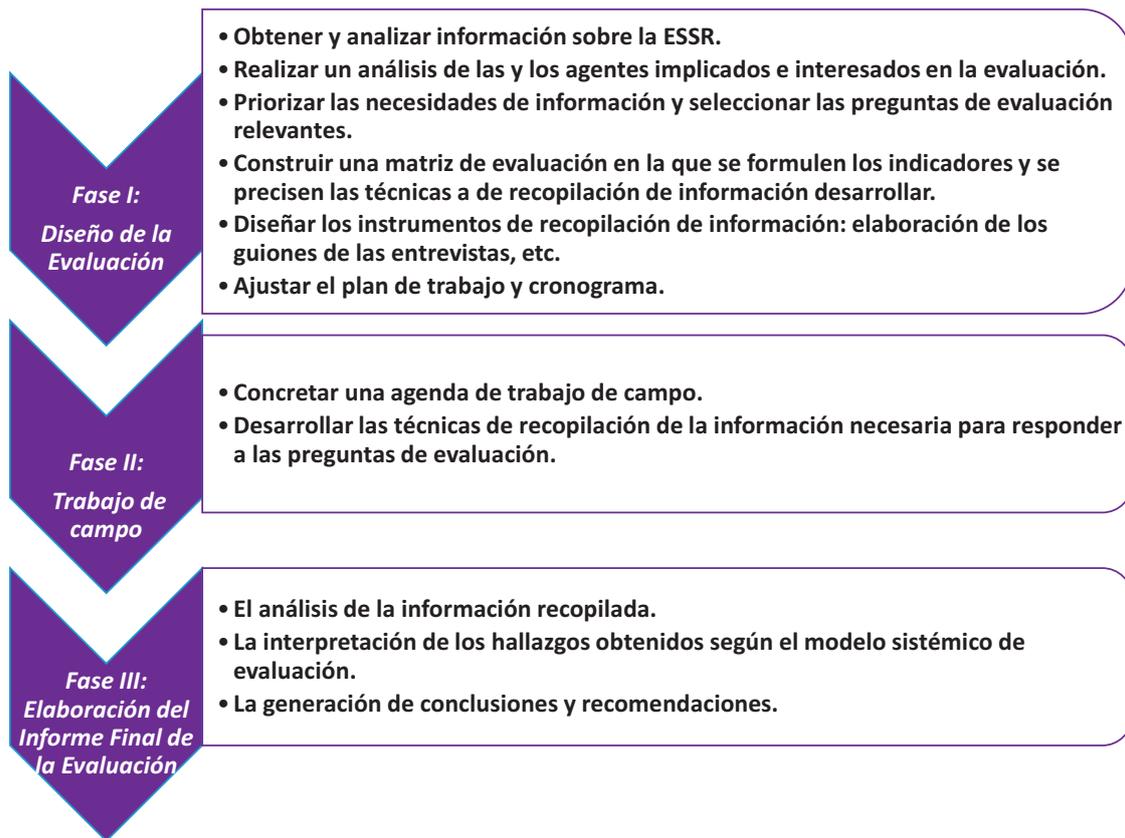
Así pues, el modelo sistémico de evaluación analiza si la lógica de la intervención que sustenta la Estrategia se mantiene vigente, si los recursos sobre los



que se desarrolla la intervención y su estructura organizativa se ajustan a los planes diseñados y cómo se van desarrollando los procesos establecidos en dichos planes anuales. Por último analiza los resultados obtenidos en cada una de las líneas estratégicas distinguiendo entre los productos obtenidos, los efectos que se han alcanzado y los impactos.

La evaluación utilizará como criterios de valor: relevancia, pertinencia, participación, cobertura, efectividad, eficiencia, eficacia e impacto (Anexo 4). Estos criterios serán utilizados para elaborar las preguntas de evaluación. Durante el desarrollo de la evaluación se llevará a cabo un proceso sistemático de recopilación de información basado en la combinación de fuentes, técnicas de obtención de datos y técnicas de análisis, nutriéndose de fuentes primarias y secundarias.

Por último, y en consonancia con el modelo de evaluación de la ESSR, se desarrollará un proceso participativo de generación de conclusiones y recomendaciones, incorporando el criterio de representatividad de los distintos colectivos de agentes de la ESSR.



8.1. RELACIÓN BÁSICA DE INDICADORES

Línea 1. Promoción de la salud sexual y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, garantizando sus derechos sexuales.

INDICADORES CLAVE		
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE
Educación sexual integral en centros docentes	Sí/No	Política educativa Legal
Universalización del Programa de Intervención en Salud Sexual (PIES) Numerador: N° centros docentes públicos y privados/concertados que participan en el PIES Denominador: Total de centros docentes del nivel educativo en el que se oferta el PIES	% Desagregación por titularidad del centro y departamento	SI de Salud Pública ²
Jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente los medios de transmisión sexual del VIH y otras ITS y rechazan los principales mitos asociados a la transmisión de VIH e ITS	% Desagregación por sexo y orientación sexual ³	Red centinela Encuesta poblacional ³
Método utilizado la última vez que se han tenido relaciones sexuales completas (indicador de HBSC)	% Desagregación por sexo, edad y método anticonceptivo	HBSC ⁴
Desarrollo de un plan formativo en materia de salud sexual para profesionales de atención primaria en los ámbitos de medicina, pediatría, enfermería y trabajo social	Sí/No	Asistencia Sanitaria /Salud Pública
INDICADORES COMPLEMENTARIOS		
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE
Conocimiento del recurso de los centros de salud sexual y reproductiva (CSSR) en su área de residencia en escolares del último año de enseñanza secundaria obligatoria en centros docentes en los que se ha realizado el PIES	% Desagregación por sexo y departamento	Portal colaborativo de la Conselleria con competencias en Sanidad
Conocimiento del recurso de los CSSR en su área de residencia en jóvenes de 15 a 24 años de edad	% Desagregación por sexo y orientación sexual	Encuesta poblacional
Actualización de formación de monitoras/es del PIES Numerador: N° profesionales que desarrollan el PIES en el aula y que participan al menos en una sesión de actualización en un periodo temporal (curso escolar) Denominador: Total de profesionales que desarrollan el PIES en el aula en un periodo temporal (curso escolar)	% Desagregación por sexo y departamento	SI de Salud Pública ²
Proporción de la utilización de contraceptivos en la primera relación sexual coital (REPROSTAT-2, UE). Numerador: N° de personas que declaran utilizar un método anticonceptivo (listado de métodos) en la primera relación coital en menores de 20 años Denominador: Jóvenes menores de 20 años que han tenido relaciones sexuales con penetración	% Desagregación por sexo y método anticonceptivo	Encuesta poblacional Red centinela Encuesta de la Sociedad Española de Contracepción ⁵

² Hasta 2015 SIREPS (Sistema de Información y Registro de Educación para la Salud).

³ La última encuesta disponible en la Comunitat Valenciana: Encuesta sobre sexualidad en Jóvenes de la CV, 2000.

⁴ HBSC por sus siglas en inglés: Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (Health Behaviour in School-Aged Children) en escolares de 11 a 18 años, 2014.

⁵ Encuesta de anticoncepción en España y datos de la Comunidad Valenciana. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC), 2014.

Línea 2. Promoción de la salud reproductiva y el bienestar de las personas, garantizando sus derechos reproductivos.

INDICADORES CLAVE		
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE
Consulta preconcepcional Numerador: N° de mujeres con consulta preconcepcional Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por grupo país de origen y departamento	Historia Obstétrica (SIA)
Educación prenatal grupal/talleres postnatales Numerador: N° de mujeres que asisten a educación prenatal/talleres Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por grupo país de origen y departamento	Historia Obstétrica (SIA)
Plan de parto Numerador: N° de mujeres que han presentado su plan de parto Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por hospital	Historia Obstétrica (SIA)
Inicio precoz de lactancia materna Numerador: N° de mujeres que inician la lactancia materna en las 2 primeras horas tras el nacimiento Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por hospital y finalización (vaginal o cesárea)	Historia Obstétrica (SIA)
Contacto precoz madre-recién nacido Numerador: N° de partos en los que la madre y el recién nacido han permanecido juntos Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por hospital y finalización (vaginal o cesárea)	Historia Obstétrica (SIA)
Hábito tabáquico durante la gestación Numerador: N° de mujeres que fuman durante el embarazo Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por edad, grupo país de origen y departamento	Historia Obstétrica (SIA)
INDICADORES COMPLEMENTARIOS		
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE
Mujeres gestantes en situación de vulnerabilidad Numerador: N° de mujeres en situación de vulnerabilidad (procesos sociales, adicción a drogas, violencia de género, pobreza extrema, etc.) Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por edad, grupo país de origen y departamento	Historia Obstétrica (SIA) Propuesta de alerta en Abucasis
Participación de la pareja en la educación prenatal/talleres postnatales Numerador: N° de mujeres que asisten a educación prenatal/talleres acompañadas Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por grupo país de origen y departamento	Historia Obstétrica (SIA)
Corresponsabilidad en la crianza de hijos/as		Encuesta de Salud de la CV

Los indicadores se obtendrán en un periodo anual y según fecha de finalización de la gestación.

Línea 3. Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos.

INDICADORES CLAVE		
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE
Revisión del protocolo de los CSSR	Sí/No	Asistencia sanitaria /Salud Pública
Consulta joven con accesibilidad horaria. Numerador: N° CSSR con una tarde para jóvenes Denominador: Total de CSSR	% Desagregación por departamento	Asistencia sanitaria /Salud Pública
Accesibilidad de hombres y jóvenes de ambos sexos a los CSSR según consulta médica, sexológica, enfermería. Numerador: N° personas primeras consultas atendidas en un CSSR según consulta médica, sexológica y enfermería, en un periodo temporal Denominador: Población mayor de 12 años asignada al CSSR	% Desagregación por sexo, grupos de edad (<20, 20-25, >25), tipo de consulta (medicina, sexología enfermería,) y departamento	Plan de Salud CSSR
Tasa de embarazos en mujeres de 15-19 años Numerador: N° de nacidos vivos + IVE + muertes fetales Denominador: Mujeres de 15 a 19 años	% Desagregación por departamento	Plan de Salud
Acceso a las técnicas de reproducción humana asistida de mujeres solas o con pareja mujer Numerador: N° mujeres que la han solicitado Denominador: N° mujeres que han accedido	% Desagregación por departamento	Asistencia Sanitaria
Tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) Numerador: N° IVE x año Denominador: Población de mujeres en ese año	% Desagregación por grupos de edad (< 20 años, 20-49 años) y departamento	SISP
Número de IVES de 9 semanas o menos realizadas por el método farmacológico (IVE MF) N° IVE <= de 9 semanas por IVE MF x centro y financiación Numerador: N° IVE <= de 9 semanas por IVE MF semestral, centro y financiación en el Dpto Denominador: N° IVE <= de 9 semanas por IVE MF semestral totales en el Dpto.	Número y % Desagregado por tipo de dependencia de centro, financiación y Departamento de Salud	Asistencia Sanitaria /Salud Pública
Tasas de infecciones de transmisión sexual (clamidia, sífilis, gonococia) y VIH Numerador: total de diagnósticos por cada causa en un periodo dado Denominador: número de habitantes o población residente a mitad del periodo	Tasa por 100.000 habitantes Desagregado por Dpto de Salud	SISP
Diagnósticos realizados de ITS (clamidia, sífilis, gonococia) y VIH según nivel asistencial. Numerador: diagnósticos por cada causa en un año según lugar y niveles de atención (Primaria: Centros de Salud y CSSR. Especializada) y en los CIPS Denominador: total de diagnósticos por cada causa en un año según lugar y niveles de atención (Primaria: Centros de Salud y CSSR. Especializada) y en los CIPS	% Desagregación por Departamento de Salud	Abucasis / SI CIPS

LÍNEA 3

INDICADORES COMPLEMENTARIOS		
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE
Mujeres a riesgo de embarazo no deseado (SEC ⁴). Porcentaje de mujeres que, pudiendo tener hijos o hijas, no quieren tenerlos en ese momento pero mantienen relaciones sexuales coitales y no están utilizando ningún método anticonceptivo	% Desagregación por factores socio-económicos, edad y nacionalidad	Red centinela Encuesta de la Sociedad Española de Contracepción
Dispensación de "anticoncepción de urgencia" en los CSSR	% Desagregación por edad y departamento	HBSC Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios CSSR
Numero de cajas suministradas a las oficinas de farmacia de anticoncepción de emergencia	Desagregación por departamento	Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Control gestante en 1º trimestre embarazo Numerador: N° de mujeres que acuden a control gestacional en 1º trimestre Denominador: N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por grupo país de origen y departamento	Historia Obstétrica (SIA)
Parto natural: sin intervención obstétrica Numerador: N° de mujeres con embarazo a término y parto de inicio y finalización espontánea Denominador : N° de mujeres con historia obstétrica en AP	% Desagregación por departamento	Historia Obstétrica (SIA)
Finalización de parto con cesárea Numerador: N° de mujeres con finalización de gestación con cesárea y fecha de parto Denominador: N° de mujeres con parto en la maternidad	% Desagregación por Centro de maternidad y tipo de cesárea (urgente/intraparto y programada)	Historia Obstétrica (SIA) o Metabopatías o Conjunto Minino Básico de Datos (CMBD)
Tasa de cesáreas en grupo de bajo riesgo Numerador: N° de cesárea en partos con bajo riesgo de cesárea Denominador : N° partos con bajo riesgo de cesárea	% Desagregación por departamento y Centro de maternidad	ALUMBRA
Episiotomías en partos eutócicos Numerador: N° mujeres con episiotomías en partos eutócicos Denominador: N° de mujeres con parto en la maternidad	% Desagregación por departamento y Centro de maternidad	Historia Obstétrica (SIA) o Conjunto Minino Básico de Datos (CMBD) o Partograma Hoja de parto
Desgarros perineales de III y IV grado Numerador: N° de mujeres con parto por vía vaginal con desgarros de grado III y IV Denominador: N° de mujeres con parto en la maternidad	% Desagregación por departamento y Centro de maternidad	Historia Obstétrica (SIA) o Conjunto Minino Básico de Datos (CMBD) Partograma Hoja de parto

INDICADORES COMPLEMENTARIOS			
INDICADOR	MEDIDA	FUENTE	
LÍNEA 3	Parto vaginal tras cesárea previa Numerador: N° de mujeres con parto por vía vaginal tras cesárea previa Denominador: N° total de partos tras cesárea previa	% Desagregación por departamento y centro de maternidad	Historia Obstétrica (SIA) Conjunto Minino Básico de Datos (CMBD) o Partograma
	Cesáreas según indicación (Grupos de Robson)	% Desagregación por centro de maternidad	
	Mujeres en situación de vulnerabilidad con control gestacional adecuado		

Los indicadores se obtendrán en un periodo anual y según fecha de finalización de la gestación.

Línea 4. Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.

INDICADOR	MEDIDA	FUENTE	
LÍNEA 4	Creación de una comisión de evaluación de los Sistemas de Información (SI) de la Conselleria competente en Sanidad	Sí/No	Asistencia Sanitaria /Salud Pública
	Registro de buenas prácticas en la web de la Conselleria competente en Sanidad	Sí/No	Asistencia Sanitaria /Salud Pública
	Plan de difusión de la información a profesionales y ciudadanía generada a partir de los SI	Sí/No	Asistencia Sanitaria /Salud Pública
	Plan de comunicación en el ecosistema digital de la Conselleria competente en Sanidad	Sí/No	Asistencia Sanitaria /Salud Pública

9. BIBLIOGRAFÍA

Aldaz-Herce, P, Álvarez-Pasquín, M J, Batalla-Martínez, C, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Atención Primaria. 2012; **44** (1): 36-51.

Altable Vicario, C. Educación sentimental y erótica para adolescentes: más allá de la desigualdad. Madrid: Miño y Dávila. 2000.

Cobo, R. El género en las ciencias sociales. Cuadernos de Trabajo Social. 2005; **18**: 249-258.

Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género. Informe sobre Salud sexual y reproductiva y derechos afines. Parlamento Europeo; 2013. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0426+0+DOC+XML+V0//ES>.

Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat. 2009. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4572-2009.pdf>.

Espada, J P, Morales, A, Orgiles, M, et al. Short-term evaluation of a skill-development sexual education program for Spanish adolescents compared with a well-established program. J Adolesc Health. 2015; **56**(1): 30-37.

Espada, J P, Orgiles, M, Morales, A, et al. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. AIDS Educ Prev. 2012; **24**(6): 500-513.

Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). La salud y los derechos sexuales y reproductivos: una agenda crucial para el marco post-2015". UK: Federación Internacional de Planificación de la Familia; 2014. Disponible en: http://www.ippf.org/sites/default/files/srhr_post_2015_report_es_web.pdf.

Figuroa-Perea, J G. Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva. Cad Saude Publica. 1998; **14** (Supl. 1): 87-96.

Fisher, M M and Eugster, E A. What is in our environment that effects puberty? Reprod Toxicol. 2014; **44**: 7-14.

Generalitat. IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 2016. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/Resumen_ejecutivo_cas.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf.

Hollowell, J, Rowe, R, Townend, J, et al. The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Service and Delivery Research*. 2015; **3**(36).

Izquierdo Benito, M J. Sistema Sexo-Género. Formación y acreditación en consultoría para la igualdad de mujeres y hombres. Instituto Vasco de la Mujer, 2004.

Keygnaert I, I O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications>.

Larranaga, I, Martín, U and Bacigalupe, A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014; **28** (Suppl 1): 109-115.

López García-Franco, A, Arribas Mir, L, Bailón Muñoz, E, et al. Actividades preventivas en la mujer. *Aten Prim*. 2016; **48**: 105-126.

López Gómez, A, Benia, W, Contera, M, et al. Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Montevideo, Uruguay: Facultad de Psicología. Universidad de la República; 2003. Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/genero/files/2012/12/Del-enfoque-materno-infantil-al-enfoque-en-salud-reproductiva.pdf>.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>

Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: Naciones Unidas; 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.

Naciones Unidas. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): Sobrevivir, prosperar, transformar. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/.

National Institute for Health Care Excellence. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg55>.

OPS, OMS and WAS. Recomendaciones para la acción. 2000. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: Formación de profesionales de la salud. Serie de informes técnicos N° 572. Ginebra: 1975. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1.

Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000. . 2000. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf.

Picot, J, Shepherd, J, Kavanagh, J, et al. Behavioural interventions for the prevention of sexually transmitted infections in young people aged 13-19 years: a systematic review. *Health Educ Res.* 2012; **27**(3): 495-512.

Tylee, A, Haller, D M, Graham, T, et al. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? *Lancet.* 2007; **369**(9572): 1565-1573.

WHO European Region. Regional consultation on the development of the European action plan for sexual and reproductive health and rights (SRHR) 2017-2021. Copenhagen: WHO European Region; 2015. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/300122/Regional-consultation-development-EAP-SRHR-20172021-report.pdf.

WHO Regional Office for Europe and UNFPA. Juventud y Salud. *Entre Nous.* 2009; **69**: 1-32.

WHO Regional Office for Europe and UNFPA. Aging and sexual health. *Entre Nous.* 2013; **77**: 1-32.

WHO Regional Office for Europe and UNFPA. Birth in Europe in the 21st century. 2050? *Entre Nous.* 2015; **81**: 1-32.

WHO Regional Office for Europe and UNFPA. A life course approach to sexual and reproductive health. *Entre Nous.* 2015; **82**: 1-32.

World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento técnico. Minneapolis, MN, USA: World Association for Sexual Health; 2008. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf>

World Association for Sexual Health. Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento técnico. Minneapolis: 2008. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf>

A

N

E

X

O

S

ANEXO 1:

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

Comisión Coordinadora

Luis Mitjans Lafont. Jefatura de Sección de Promoción y Prevención de la Salud Sexual. Dirección General de Salud Pública.

Gracia Barrue Broch. Jefatura de Sección de Promoción y Prevención de la Salud Reproductiva. Dirección General de Salud Pública.

Sonia Alcover Giménez. Jefatura de Programas de Enfermería de Atención Primaria. Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Rosa Mas Pons. Servicio del Plan de Salud. Dirección general de Salud Pública

Esther Castellanos Torres. Relatora Externa de la Estrategia. ECT Sociología Aplicada.

Grupo Coordinador

Las personas integrantes en la comisión Coordinadora más:

Rosa Ramón Bonache. Sección de Promoción y Prevención de la Salud Sexual. Dirección General de Salud Pública.

Comité Técnico

Alcover Giménez, Sonia. Enfermera. Servicio de Planificación de Programas y Servicios Sanitarios, DGAS

Barrue Broch, Gracia. Médica. Jefa de Sección Salud Reproductiva de la DGSP

Carregui Vilar, Soledad. Matrona. Hospital de la Plana de Castellón

Castellanos Torres, Esther. Socióloga. ECT Sociología Aplicada

García Valls, Antonia. Jefa de la Unidad de Igualdad. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Goicoechea Saez, Mercedes. Médica. Sección Salud Reproductiva de la DGSP

González Canelas, Rosa. Médica. Centro de Salud de Salvador Pau. Valencia

González Sala, Josefa. Sexóloga. Centros de Salud Sexual y Reproductiva Cullera-Sueca-Alzira

Juan Amorós, Concepción. Enfermera. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Moncada

Juan Corrons, Amparo. Médica. Directora del CIPS e ITS de Valencia

López Maside, Aurora. Médica. Subdirección General de Epidemiología de la DGSP

Margaix Fontestat, Lourdes. Matrona. Centro de Salud de Puçol. Valencia

Mas Pons, Rosa. Médica. Plan de Salud de la DGSP

Mitjans Lafont, Luis. Médico. Jefe de Sección de Salud Sexual de la DGSP

Montero Martín, Eugenio. Médico. Residente Centro de Salud de Algemesí. Valencia

Muñoz Muñoz, Palmira. Enfermera y socióloga. Unidad de Igualdad. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

Palacios Marqués, Ana. Médica. Servicio de Ginecología Hospital General Universitario de Alicante

Pérez Campos, Ezequiel. Médico. Jefe de Servicio de Ginecología Hospital de Requena

Ramón Bonache, Rosa. Médica. Sección Salud Sexual de la DGSP

Tirado Ramos, Ruth. Matrona. Centro de Salud de Villareal. Castellón

Villagrasa Rocher, Federico. Médico. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Alcoi

Zafra Espinosa, Trinidad. Médica. CIPS e ITS de Alicante

Comité de Participación

Adriá Pardo, Esperanza. Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMICV)

Alabau Siurane, Merche. Confederación AMPA Gonzalo Anaya

Beseler Soto, Beatriz. Médicos del Mundo (MDM-CV)

Canales, José Manuel. Comité Ciutadans AntiSida Comunitat Valenciana (CCASCV)

Castro Rojas, Lilian. Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC)

Cuenca Gómez, Concepción. Associació de Comares Comunitat Valenciana

De la Encarnación Armengol, Amparo. Federació de Dones Progresistas Comunitat Valenciana

Elouardi, Meryem. Associació Valenciana de Joves Estudiants de Farmàcia (AVEF)

Escudero López, Ana. Unión General de Trabajadores (UGT)

Fernández Rocha, Susana. Asociación el Parto es Nuestro

García Galdón, Susi. Asociación ALANNA

García Gómez, Teresa. Asociación Española de Trabajo Social y Salud

Gómez García, Carlos Manuel. Coordinadora de Asociaciones VIH Sida Comunitat Valenciana (CALCSICOVA)

Guillot Roselló, Beatriz. Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AVALPAP)

Hurtado Murillo, Felipe. Asociación de Especialistas en Sexología (AES)

Jort Povea, Sara. Asociación el Parto es Nuestro

Maraberla Pérez, Teresa. Psicólogos sin Fronteras

Martínez Albert, Carolina. Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Martínez Santamaría, Elena. Associació MAMARE Castelló

Mocholí Soler, Amparo. Asociación de Amas de Casa y consumidores Tyrius

Navarro Beltrá, Miriam. Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI)

Ortega Romero, Mar. Col·lectiu Lambda Comunitat Valenciana

Palau Fuster, Lupe. Associació MAMARE

Parra Rives, Inma. Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva

Perpiñá Cano, Jorge. Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva (SVCSR)

Ricart Miguel, Charo. Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMICV)

Sánchez Sánchez, Froilan. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Santamaña Castañer, Josefa Inés. Associació de Comares Comunitat Valenciana

Seguí Francés, Xavier. Asociación Española de Profesionales de la Sexología (AEPS)

Suárez Vicent, Eva. Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AVALPAP)

Valero Oltra, Raquel. Sociedad Española de Intervención en Sexología (SEIS)

Valasco, Benjamín. Asociación Valenciana de Estudiantes (ASVAES)

Grupo Intersectorial

Civera Herrero, Daniel. Servei d'Innovació i qualitat. Direcció General de Política Educativa. Conselleria d'educació, Investigació, Cultura i Esport.

Fortea Soler, Victoria. Servei d'Atenció Social i Promoció de l'Autonomia Personal de les Persones amb Diversitat Funcional . Direcció General de Diversitat Funcional. Vicepresidència del Consell i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Martí Nadal, Jesús Damián. Secretari general d'IVAJ.GVA JOVE

Navarro Cerdán, Sabina. Centro Municipal de la Dona (CMIO). Regidoria de Benestar social i Integració. Secció de Dones i Igualtat. Ajuntament de València

Patón Esteban, Marisa. Servei d'Inclusió Social. Direcció General d'Inclusió Social. Vicepresidència del Consell i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

Soriano Mira, María Jesús. Servei d'Envel·liment Actiu i Centres. Subdirecció general d'Envel·liment Actiu i Autonomia Personal. Vicepresidència del Consell i Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives.

ANEXO 2:

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos son considerados como derechos humanos irrenunciables porque incluyen, entre otros, derechos humanos básicos reconocidos y aceptados por la mayoría de estados que forman parte de las Naciones Unidas.

Diferentes tratados y pactos internacionales -el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en vigor ambos desde 1976, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que entró en vigor en 1981 tras treinta años de trabajo de la Comisión Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas, la Convención de los Derechos del Niño, promulgada en 1990, entre otros- permitieron que en 1994, en el informe de Naciones Unidas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, se definiese la Salud Reproductiva, cohesionándose con la Salud Sexual definida en 1975.

Derechos Sexuales

Tomados del documento: “Salud Sexual para el milenio: declaración y documento técnico. 2009. OMS, OPS, WAS”

1. **El derecho a la libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier tiempo y situación de vida.
2. **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad del cuerpo.** Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. **El derecho a la privacidad sexual.** Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. **El derecho a la equidad sexual.** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
5. **El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. **El derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
8. **El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
9. **El derecho a la información basada en el conocimiento científico.** Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
10. **El derecho a la educación sexual integral.** Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El derecho a la atención de la salud sexual.** La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Derechos Reproductivos

Tomados de ONUSIDA y de la Carta de Derechos Reproductivos de la IPPF.

1. **Derecho a la vida.** Significa que no se debe arriesgar la vida de ninguna mujer debido a un embarazo y el acceso a la atención durante el embarazo, el parto y la lactancia. Este derecho incluye también la eliminación de toda forma de violencia.
2. **Derecho a la libertad y seguridad de las personas.** Reconoce que ninguna mujer o niña debe ser sometida ni a la mutilación genital femenina, ni al embarazo, esterilización o aborto forzado. Del mismo modo reconoce la libertad de decidir de manera responsable sobre la sexualidad y reproducción y el derecho a mantener relaciones sexuales libres de infecciones de transmisión sexual y de VIH-Sida.
3. **Derecho a la igualdad / derecho a la no discriminación.** Está referido a la protección de los derechos de las personas de estar libre de todas las formas de discriminación, incluyendo la vida sexual y reproductiva.
4. **Derecho a la intimidad y la confidencialidad.** Implica el derecho a la privacidad, los servicios deben garantizar la confidencialidad y que todas las mujeres tienen derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas, sin imposición de los compañeros o familia de origen en el caso de las mujeres jóvenes.
5. **Derecho a la libertad de pensamiento y a recibir e impartir información.** Incluye la libertad de interpretación de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres restrictivas que limitan la libertad de pensamiento sobre la atención a la SSR, así como el derecho de las personas adolescentes ha recibir información y asesoramiento sobre anticoncepción.
6. **Derecho a información y educación sobre SSR.** Incluye el acceso a una información completa, oportuna y científica sobre los beneficios, riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno. Del mismo modo este derecho incluye la

educación sexual como un proceso de construcción individual y social para la eliminación de los estereotipos que condicionan las desigualdades en las relaciones entre mujeres y hombres respecto al proceso reproductivo.

7. **Derecho a la planificación de la familia.** Derecho a la elección del estado civil, a decidir casarse o no, a planificar y tener una familia o no y a decidir o no tener hijas e hijos y cuándo y con qué espaciamiento, derecho a la adopción sin discriminación por razón de sexo, género y orientación sexual.
8. **Derecho a los niveles más altos de salud reproductiva, a la atención médica y a la protección de la salud reproductiva.** Incluye una atención con la más alta calidad, a una anticoncepción -de buena calidad segura y aceptable- accesible económicamente para todas las mujeres y a la prevención de embarazos no planeados.
9. **Derecho a gozar los beneficios del progreso científico** que incluye las nuevas tecnologías en reproducción que sean seguras para la salud, eficaces y aceptables para mujeres y hombres.
10. **Derecho a la libertad de asamblea y participación política** que incluye que todas las personas puedan influir en las comunidades y gobiernos para que den prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
11. **Derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano** que incluye que todas las personas, mujeres y hombres adolescentes niñas y niños, tengan protección ante la violencia, explotación sexual y abuso.

ANEXO 3:

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acción intersectorial.

Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Contacto piel con piel.

También denominado contacto precoz madre-criatura recién nacida consiste en: Inmediatamente tras el parto vaginal o por cesárea, la/el recién nacido se colocará piel con piel en el pecho o abdomen de la madre al menos durante 70 minutos, permaneciendo juntos y posponiendo los procedimientos excepto la identificación y el test de Apgar, siempre que el estado de salud de ambos lo permita.

Las dos primeras horas después del nacimiento es el llamado periodo sensitivo (alerta tranquila) provocado por la descarga de noradrenalina durante el parto. El contacto inmediato piel con piel de la/el recién nacido con su madre tiene múltiples efectos beneficiosos para ambos. Facilita reconocer el olor materno, establecer el vínculo, la lactancia y la adaptación a la vida extrauterina. Se recuperan más rápido del estrés, normalizan antes su glucemia, el equilibrio ácido-base y la temperatura. Pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, aumentando la frecuencia de tomas con éxito. Para la madre facilita la disminución del tamaño uterino por secreción de oxitocina y evita experiencias emocionales negativas. (Tomado del documento Informe sobre la Atención al Parto y

Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2012. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

Derechos Reproductivos.

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. (Tomado del Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. Naciones Unidas. Nueva York, 1996. Objetivo Estratégico 95)

Derechos sexuales.

Los derechos sexuales abarcan los derechos humanos que ya se reconocen en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otras declaraciones de consenso. Comprenden el derecho de todas las personas para que libres de coacción, discriminación y violencia, puedan alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual. (Tomado del documento Salud Sexual para el milenio: declaración y documento técnico.2009. OMS, OPS, WAS)

Desigualdades en salud.

Son aquellas diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas, y que vienen condicionadas por las diferencias de oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Determinantes sociales de la salud.

Son las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Diversidad Sexual.

Se refiere a la gama completa de la sexualidad, la cual incluye todos los aspectos de la atracción, el comportamiento, la identidad, la expresión, la orientación, las relaciones y las reacciones sexuales. Se refiere a todos los aspectos de los seres humanos como seres sexuados. (Tomado del documento: Diversidad e Inclusión. Glosario de conceptos sobre Diversidad Sexual. COGAM)

Empoderamiento de las mujeres.

El logro de la igualdad de género exige el empoderamiento de las mujeres para garantizar que la toma de decisiones a los niveles privado y público y el acceso a los recursos ya no se inclinan a favor de los hombres, de manera que tanto mujeres como hombres puedan participar plenamente como personas iguales en la vida productiva y reproductiva (FNUAP 2005). (Tomado de OMS. Nota descriptiva N°403. Agosto de 2015)

Empoderamiento para la salud.

En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud. Se establece una distinción entre el empoderamiento para la salud del individuo y el de la comunidad. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisio-

nes y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Equidad de Género.

La equidad de género es el proceso de tratar con justicia a las mujeres y a los hombres. Para lograr la justicia, a menudo es necesario contar con estrategias y medidas que compensen las desventajas históricas y sociales de las mujeres que impiden a las mujeres y a los hombres desenvolverse en igualdad de condiciones. La equidad conduce a la igualdad. La igualdad de género exige que las mujeres y los hombres disfruten por igual de los bienes, las oportunidades, los recursos y las recompensas que se valoran socialmente. Donde hay desigualdad en materia de género, por lo general, las mujeres son excluidas o están en situación desfavorable con relación a la toma de decisiones y al acceso a los recursos económicos y sociales. Por consiguiente, un aspecto fundamental de la promoción de la igualdad de género es la autonomía de las mujeres, haciendo hincapié en identificar y corregir los desequilibrios de poder y dar a las mujeres más autonomía para manejar sus propias vidas. (Tomado del documento Salud Sexual para el milenio: declaración y documento técnico.2009. OMS, OPS, WAS)

Equidad en salud.

La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Erotismo.

El erotismo es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo , y, que por lo general, se identifican con placer sexual. El erotismo se construye tanto a nivel individual como social con significados simbólicos y concretos que lo vinculan a otros aspectos del ser humano. (Tomado del documento: Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000. OMS, OPS, WAS)

Evaluación del impacto en salud.

Es una combinación de procedimientos, métodos y herramientas con los que puede ser juzgada una política, un programa o un proyecto, en relación a sus efectos potenciales en la salud de la población, y acerca de la distribución de esos efectos dentro de la población. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Género.

El género se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo. Es importante reconocer las identidades que no encajan en las categorías binarias de sexo masculino y sexo femenino. Las normas, las relaciones y los roles vinculados con el género también influyen en los resultados de salud de las personas transexuales o intersexuales. (Tomado de OMS. Nota descriptiva N°403. Agosto de 2015)

Identidad de Género.

La identidad de género define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambos. Es el marco de re-

ferencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. La identidad de género determina la forma en que las personas experimentan su género y contribuye al sentido de identidad, singularidad y pertenencia. (Tomado del documento: Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000. OMS, OPS, WAS)

Identidad Sexual.

La identidad sexual incluye la manera como la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, y la orientación sexual de la persona. Es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales. (Tomado del documento: Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000. OMS, OPS, WAS)

Igualdad de género en materia de salud.

La igualdad de género en materia de salud implica que las mujeres y los hombres, a lo largo de su vida y con todas sus diferencias, gozan de las mismas condiciones y oportunidades de lograr la plena efectividad de sus derechos y su potencial de ser saludables, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. (Tomado de OMS. Nota descriptiva N°403. Agosto de 2015)

Impacto en la salud de las desigualdades de género.

Las diferencias entre las mujeres y los hombres definidas socialmente constituyen un problema cuando limitan las oportunidades o los recursos necesarios para los logros sanitarios (y sociales) y, por consiguiente, provocan discriminación y desigualdades que pueden acarrear consecuencias negativas para la salud.

Cuando las personas no se adaptan a las normas, las relaciones o los roles establecidos en materia de género, suelen ser objeto de estigmatización, prácticas

discriminatorias o exclusión social, todas experiencias perjudiciales para la salud. Las normas de género influyen en el acceso y el control de los recursos necesarios para lograr una salud óptima, entre ellos: económicos (ingresos, crédito); sociales (redes sociales); políticos (liderazgo, participación); informativos y educativos (conocimientos básicos de salud, académicos); vinculados al tiempo (acceso a los servicios sanitarios), y de carácter interno (confianza en sí mismo, autoestima). Las normas, los roles y las relaciones en la esfera del género ocasionan diferencias entre los hombres y las mujeres en los siguientes ámbitos: exposición a factores de riesgo o vulnerabilidad; inversiones a nivel de los hogares en nutrición, cuidados y educación; acceso a servicios de salud y uso de estos; experiencias en entornos de atención de salud, e impactos sociales de la mala salud. (Tomado de OMS. Nota descriptiva N°403. Agosto de 2015)

Impacto/s en salud.

Los impactos en al salud son los efectos globales, directos o indirectos, de una política, estrategia, programa o proyecto, en la salud de la población. Incluye tanto los efectos directos en la salud de los individuos como los efectos indirectos a través de factores intermedios que influyen en los determinantes de la salud de la población. A su vez, éstos pueden ser inmediatos o a medio o largo plazo. (Tomado del documento IV Plan de Salud 2016-2020, Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016)

Incorporación de las cuestiones de género en las políticas de salud.

La incorporación de las cuestiones de género es un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios en las culturas de organización y las mentalidades, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos. La incorporación de las cuestiones de género exige cambios en distintos niveles dentro de las instituciones, en el establecimiento de programas, la elaboración de políticas, la planificación, la ejecución y la evaluación. Entre los instrumentos para las actividades de incorporación figuran nuevas prácticas de dotación de personal y preparación de presupuestos, programas de capacitación, procedimientos de política y directrices. Development and Gender, Issue 5: Ap-

proaches to institutionalizing gender, Gender in Brief, Institute of Development Studies, Universidad de Sussex, Inglaterra, mayo de 1997. (Tomado del documento: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. 2002)

Orientación Sexual.

La orientación sexual es la organización específica del erotismo y/o el vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual. La orientación sexual puede manifestarse en forma de comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales, o en una combinación de estos elementos. (Tomado del documento: Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000. OMS, OPS, WAS)

Habitualmente está referida a tres tipos de orientación: Heterosexual cuando las personas se sienten atraídas por personas del sexo y/o género diferente al propio, homosexual cuando la atracción es hacia personas del mismo sexo y/o género que el de la persona, o bisexual, cuando las personas se sienten atraídas por personas de cualquiera de los dos sexos y/o géneros.

Parto normal .

A efectos de la presente guía definimos parto normal como: El parto de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las sema 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre y su bebé se encuentran en buenas condiciones. (Tomado del documento Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social)

Perspectiva de Género.

El análisis de género define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la

mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar.

La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones.

El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. El análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones de resultas de la interpretación social de su papel. (Tomado del documento: Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. 2002)

Plan de parto.

El plan de parto es un documento escrito donde la mujer manifiesta sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas respecto al desarrollo del proceso del parto y nacimiento. Se recomienda que la mujer lo elabore en el último trimestre de la gestación una vez informada de las distintas opciones disponibles en el centro sanitario que la atenderá y asesorada por la matrona responsable del seguimiento del embarazo. Se trata de un elemento muy útil de comunicación entre la gestante y el equipo profesional que la atenderá en el momento del parto, facilita la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante. (Tomado del documento Plan de Parto y Nacimiento. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Salud Reproductiva.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual

satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Tomado del Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. Naciones Unidas. Nueva York, 1996. Objetivo Estratégico 94)

Salud sexual.

La salud sexual es un estado general de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; y no la mera ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas. (Tomado del documento Salud Sexual para el milenio: declaración y documento técnico.2009. OMS, OPS, WAS)

Sexo versus Género.

Si bien la mayoría de las personas nacen de sexo macho o hembra (sexo biológico), se les enseñan los comportamientos apropiados para varones y mujeres (normas de género), en especial cómo deben interactuar con otros miembros del mismo sexo o del sexo opuesto en los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo (relaciones entre los géneros), y qué funciones o responsabilidades deben asumir en la sociedad (roles de género). Los ingresos, la educación, la edad, el origen étnico, la orientación sexual y el lugar de residencia son importantes determinantes de la salud. Cuando se interrelacionan con la desigualdad de género,

estos factores pueden agravar la discriminación, los riesgos sanitarios y la falta de acceso a los recursos necesarios para tener resultados en materia de salud. (Tomado de OMS. Nota descriptiva N°403. Agosto de 2015)

Sexo.

El sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hembras o como machos. Estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes ya que hay personas que poseen ambas, pero estas características tienden a diferenciar a los seres humanos como machos y hembras. En muchos idiomas, en el lenguaje común, suele utilizarse el término sexo para significar “actividad sexual”; sin embargo, para fines técnicos en el contexto de las discusiones sobre sexualidad y salud sexual, se prefiere la definición anterior. (Tomado del documento Salud Sexual para el milenio: declaración y documento técnico. 2009. OMS, OPS, WAS)

Sexualidad.

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales. (Tomado del documento Salud Sexual para el milenio: declaración y documento técnico. 2009. OMS, OPS, WAS).

La sexualidad se experiencia y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. (Tomado del documento: Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. 2000. OMS, OPS, WAS)

Violencia sexual.

Todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

La coacción puede abarcar:

- uso de grados variables de fuerza
- intimidación psicológica
- extorsión
- amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.).

Si bien cuando se habla de violencia sexual se piensa en violencia contra niñas y mujeres, es importante destacar que los niños varones y los hombres también pueden ser víctimas de violencia sexual, en determinados contextos socio familiares. (OMS: WHO/RHR/12.37).

Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada".

La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Esas situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios. (Tomado del Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995. Naciones Unidas. Nueva York, 1996. Objetivo Estratégico 99)

ANEXO 4:

MODELO DE EVALUACIÓN

La metodología de evaluación planteada está basada en el modelo establecido por María Bustelo Ruesta y Juan Andrés Ligeró Lasa, ello supone un modelo sistémico de evaluación, la utilización de criterios de valor, el desarrollo de un proceso sistemático basado en la combinación de métodos y técnicas de recopilación de información; y la generación participativa de recomendaciones y conclusiones.

“El enfoque sistémico entiende el programa o servicio como un conjunto de elementos articulados e interdependientes entre sí que conforman un sistema. Las relaciones medios fines recorren el sistema desde su inicio hasta los resultados finales implicando a todos los elementos de la intervención. La variación en uno de los elementos afecta al resto de los componentes. Por ejemplo, la reducción de los recursos asignados a un programa tendrá repercusiones en la ejecución de los procesos y, por lo tanto, en los resultados finales obtenidos. Para el buen funcionamiento del programa se requiere del funcionamiento correcto de todos sus elementos.” (Tomado de: Documento de Trabajo Serie CECOD Número 15 / 2011. Dos métodos de evaluación: criterios y teoría del programa. Juan Andrés Ligeró Lasa.) Disponible: <http://www.cecod.org/LinkClick.aspx?fileticket=VSYE12XAhNY%3D&tabid=862&language=es-ES>

Considerando este modelo sistémico de evaluación se plantea un análisis integral de los distintos aspectos que conforman la ESSR, desde el contexto y las necesidades sociales que han justificado su existencia, así como el diseño o los mecanismos por lo cual se considera que ha de funcionar la política pública (Teoría de Programa), la estructura que soporta la ESSR, los procesos que la desarrollan y aplican, y por último los resultados que se producen.

Los Criterios de Valor que se van a utilizar son:

- Relevancia: relación entre los propósitos institucionales y los requerimientos sociales.
- Pertinencia: mide la adecuación la ESSR en todas sus dimensiones al contexto, incluido aquí las necesidades sociales, las políticas, los orde-

namientos jurídicos, el método de intervención, la satisfacción de las y los agentes implicados, etc.

- Participación: se entiende como el grado de participación y la diversidad de agentes interesados/as que han participado en el diseño e implementación de la ESSR
- Cobertura: evalúa hasta qué punto la ESSR llega a la población que se definió como población objetivo de la misma
- Efectividad: establece una relación entre procesos y resultados: el grado en que los procesos contribuyen al logro de los resultados.
- Eficiencia: si los recursos y procesos son utilizados apropiadamente y estos cumplen su función. Esta dimensión cumple un propósito doble: por un lado, relacionar el uso apropiado de los recursos en el desarrollo de los procesos; por otro, establecer una vinculación entre los procesos seguidos y los resultados alcanzados.
- Eficacia: se entiende como el logro de los propósitos y objetivos propuestos en cada una de las cuatro líneas estratégicas y sus distintas acciones de la ESSR.
- Impacto: son todos los efectos que la ESSR provoca, que pueden ser intencionados o no, positivos o negativos, a nivel macro o micro.

ANEXO 5:

CRONOGRAMA DE REUNIONES DEL COMITÉ TÉCNICO

Cronograma de reuniones

1. 27/01/2016. Constitución del Comité Técnico de la ESSR. Distribución de la investigación de recursos disponibles para desarrollar la atención a la SSR.
2. 08/02/2016. Puesta en común conceptual. Reflexión teórica, (aprendizaje participativo).
3. 07/03/2016. Puesta en común de las aportaciones al diagnóstico de situación. Borrador del primer documento
4. 25/04/2016. Avances del funcionamiento del grupo y consenso de los contenidos de las líneas estratégicas y resultados del DAFO
5. 23/05/2016. Primer borrador del documento de la ESSR de LE
6. 27/06/2016. Seguimiento del borrador. Aportaciones
7. 28/09/2016. Presentación del documento de LE, revisión y cierre. Esbozo del modelo de seguimiento y evaluación.
8. 14/11/2016. Documento definitivo de la ESSR

ANEXO 6:

VOLCADO DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA EN EL DAFO

A partir de la reflexión individual de los aspectos del DAFO, luego en pequeños grupos (se configuraron 3), y después la puesta en común en el plenario para llegar a acuerdos y consenso de los aspectos recogidos, se presenta una síntesis de los resultados del DAFO, fruto del consenso del conjunto de participantes del CTE.

1. Sobre los recursos humanos, la coordinación técnica y relaciones interdepartamentales

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Unanimidad en cuanto a la “madurez” del sistema y la propia estructura sanitaria asistencial.• Personal especializado e implicado, buena parte está motivado en esta nueva etapa.• Disposición de regulación y protocolos de actuación.	<ul style="list-style-type: none">• Excesiva burocratización, maneras de trabajar basadas en la acomodación y la inercia.• Variabilidad de la práctica clínica relacionada con la actitud personal profesional en su labor asistencial e inter-departamental y en la carencia de evaluación y seguimiento de los protocolos de actuación.• Falta de mecanismos de coordinación interna en los centros, entre los centros con la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, pero también entre otros ámbitos competenciales (ayuntamientos y otras Consellerías), por lo que se produce un desconocimiento de lo que se hace en otros centros.• Ausencia de relevo generacional e inadecuación del personal: se trata de personal que está en la última fase de su etapa profesional y con el que se ha ido produciendo una falta de incentivos y desmotivación profesional, que en muchos casos ha generado la sensación de pérdida del concepto de equipo.• En SR: la estructura jerárquica del equipo, tanto en Atención Primaria como Atención Especializada, sistema es desmotivador, ya que no se premia la buena praxis ni se sanciona la mala, hay una falta de liderazgo y de personal especializado en los Servicios de atención a las mujeres y en la salud sexual y reproductiva.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilización social.• Sistema centrado en la persona (apoyo institucional) por nuevas políticas.• Prioridad del tema afectivo sexual en la Consellería actualmente.• Políticas públicas de educación.• Valor del Sistema público de salud.• Recuperación del el abordaje integral e la unificación de criterios (leyes 41/2002 y 16/2003), así como la visión fisiológica del proceso de embarazo y parto.	<ul style="list-style-type: none">• Contexto de la crisis económica y las ideologías políticas previas ancladas.• Modificación de la ley del aborto respecto a las menores de 16 y 17 años.• Incremento de la medicina privada y su prevalencia en relación a la pública.• Pérdida de autonomía en la prescripción, así como el peso de indicadores asociados con la medicalización.• Presión asistencial y la falta de recursos.• Resistencia al cambio de paradigma, donde las mujeres y las familias sean las protagonistas.

2. Sobre la atención a la Salud Sexual y Reproductiva

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Disposición de regulación y protocolos de actuación. • El anonimato y la confidencialidad que se brinda en la atención, el acceso directo si pasar por remisión del centro de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión asistencial. • En algunas Unidades no se cumplen los requisitos mínimos que se contemplan en el Decreto 31/03/87. Falta de dotación profesional en los equipos, como profesional de la sexología, enfermería, trabajo social, administración, etc. que ha mermado la calidad asistencial y las actividades comunitarias de las unidades. • Existe una reglamentación obsoleta en salud sexual y anticoncepción. En salud reproductiva falta una actualización de la evidencia en Educación Prenatal. • Visión reproductivista, primando la vertiente asistencial y medicalizada. • Funcionamiento variable con distintos criterios dependiendo del Departamento de Salud donde esté ubicado el Centro. • No existe un/a coordinador/a por cada departamento, en salud sexual y anticoncepción, ni existe la figura de coordinador/a de CSSR. • Lagunas respecto a la atención de la SSR en menopausia, IVE, todo ello en detrimento de un enfoque de promoción y de prevención de la salud de manera integral, de los derechos sexuales y reproductivos. • Faltan espacios y recursos para favorecer la atención en la asistencia al nacimiento humanizado. • La cesárea como una intervención quirúrgica y no como un nacimiento. • Existe un escaso apoyo institucional a la lactancia materna como conducta generadora de salud. • Dificultad para llegar a la juventud, ya que desapareció la consulta joven. • No se trata ni diagnostica precozmente situaciones de violencia de género. • Ausencia de los hombres en las consultas.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor consideración política actual a la diversidad. • Existencia de un grupo de trabajo para tratar la mutilación genital femenina. • Creación de la unidad de referencia transgenero. • IVE farmacológico desarrollado. • Existencia de estrategias y protocolos para el parto normal, embarazo y lactancia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios legislativos (Ej.: ley del menor, modificación de la ley del aborto, PIE, IVE, reproducción asistida, financiación de anticonceptivos...) que pueden afectar negativamente a la atención, ya que puede haber aspectos jurídicos y éticos que desconozcan los y las profesionales. • Invisibilidad social de las ITS y VIH y el que no se considere la diversidad como un eje transversal de la atención, puede dificultar la implementación de acciones de SSR.

3. Sobre la formación de profesionales

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • La capacidad de motivación para la adquisición de nuevas habilidades y participación por el proceso de elaboración de la ESSR. • Larga carrera profesional (edad media alta, años de trabajo) implica una gran experiencia y formación. Pueden actuar como formación para formar. • Programa PIES implica la formación profesionales en educación sexual. • Señalan, también, que las tutorías, siempre voluntarias, (de algunos CSSR) en la formación de los médicos/as de familia y matronas puede implicar la actualización de los conocimientos. • Los cursos y documentos (manuales) realizados por la Admón están actualizadas en Obstetricia. • Regulación del Decreto del perfil profesional Existencia de los “protocolos de actuación en los CSSR”, marca una cierta homogenización en la formación [capacitación de diferentes profesionales]. 	<ul style="list-style-type: none"> • La desigualdad entre los Departamentos, ya que se produce una inequidad en el acceso a los cursos en función de los departamentos. • Los criterios para la selección de curso de la oferta formativa son poco adecuados a las necesidades, ya que a veces, los cursos son en horario de tardes, se solapan en el tiempo, a veces fuera de horario, lo que supone una formación extra-laboral, etc. • No hay programas atractivos, actualizados y hay grandes lagunas en formación sobre algunos temas (violencia de género, colectivos con necesidades específicas, salud del hombre, nuevas tecnologías, etc). • Se ha abandonado gran parte de la formación profesional de facultativos y enfermería en la Industria farmacéutica. • No hay una evaluación de la formación y de profesionales.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • La propia ESSyR para mejorar la formación. • Receptividad de los Servicios Centrales y la existencia de la estructura de la EVES. • Existe un liderazgo frente a otras CCAA, se cuenta con Programas de especialización del Ministerio, el programa de Salud y género. • Existencia de asociaciones, sociedades científicas que promueven la formación y certificación de manera voluntaria. • Profesionalización de enfermería, que también tiene que tener una preparación profesional específica para este trabajo (IVES; anticoncepción...). Tiene un trabajo asistencial, pero también educativo-preventivo, sobretodo en la atención primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escasez de las políticas de formación. • Recortes presupuestarios ha generado que los intereses en la distribución del presupuesto se hayan dirigido a otras partidas, relegando la formación en salud sexual. • Poca difusión de la oferta formativa y escasa o nula formación en salud sexual en los distintos niveles de sanidad, así como la poca oferta de formación continua y continuada. • Escasa oferta de formación pre-grado y post-grado. • No existe un perfil formativo mínimo y común, con su evaluación (más allá de los perfiles profesionales que aparecen en los Protocolos de actuación clínica de los CSSR). • En el pregrado no hay suficiente formación en SSyR. • No existen criterios de recertificación de habilidades (solo los que proponen algunas asociaciones científicas y de forma voluntaria). • Las entidades públicas relevantes, como el Colegio de médicos o las Academias de Medicina, o los Colegios de Enfermería, no ofrecen, sistemáticamente desde hace años, por razones que desconocemos, formación en esta importante faceta de la salud humana.

4. Sobre la investigación y los sistemas de información

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • La existencia de la Historia clínica electrónica a través del Sistema de Información Ambulatoria (SIA) y los sistemas de información de salud pública. • La consolidación de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana como sistema de información en atención primaria. Y se destaca el uso de páginas web y de las redes sociales. • Disponibilidad en ABUCASIS de: Historia Ginecológica; Historia obstétrica; Historia anticoncepción; Historia fertilidad; Historia sexual. • Protocolo de actuación en los CSSR que unifica criterios a la hora de proporcionar atención en SSyR unificada. • Actualmente se está trabajando en un sistema que permita visualizar datos y que sean de común visionado e utilización de manera integrada ABUCASIS/ORION. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de una estrategia que permita una gestión eficiente de la comunicación a través de los medios 2.0 con profesionales, pacientes y ciudadanía. • Organización deficiente de la información en los distintos sitios web (Conselleria, Dirección General de Salud Pública, canal Cuidatecv), que dificulta su acceso y hace las búsquedas poco efectivas. • Presencia desigual en las distintas redes sociales y ausencia de vinculación entre los mensajes emitidos en ellas o la falta de homogeneidad en el uso de logotipos y ecosistemas digitales a nivel departamental.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • La cantidad de información recogida por los sistemas que permite la posibilidad de crear líneas de trabajos comunes entre profesionales de distintos ámbitos y la colaboración con otras instituciones como la Universidad. • El desarrollo tecnológico que permite el acceso a diversas fuentes de información y a la conexión entre los centros sanitarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de una política clara de investigación que establezca unas líneas estratégicas. Existen grupos de investigación e iniciativas de diferentes tipo de profesionales desconocidas por el resto de profesionales. • Desmotivación de profesionales por la investigación que ven como una amenaza la limitación o desconocimiento de accesibilidad al SIA. • Falta de recurso que apoyen e incentiven la investigación. • Falta de detección real de necesidades formativas y de investigación que responda a una estrategia real de investigación y formación ajustada al momento social. • Falta de accesibilidad a algunos sistemas de información interdepartamentales y en la existencia de sistemas diferentes en los hospitales de gestión privada (ej. Alzira) y entre los propios hospitales públicos (Orion, Mizar, etc.). • Poca implicación de profesionales, y la dificultad para gestionar las propuestas de modificaciones o innovaciones de dichos sistemas. • Falta de formación en el uso de los sistemas establecidos y la falta de evaluación de la cumplimentación y calidad de los datos.

ANEXO 7:

OPINIONES A PARTIR DE LA CONSULTA A PROFESIONALES DE OTRAS COMPETENCIAS DISTINTAS AL CTE

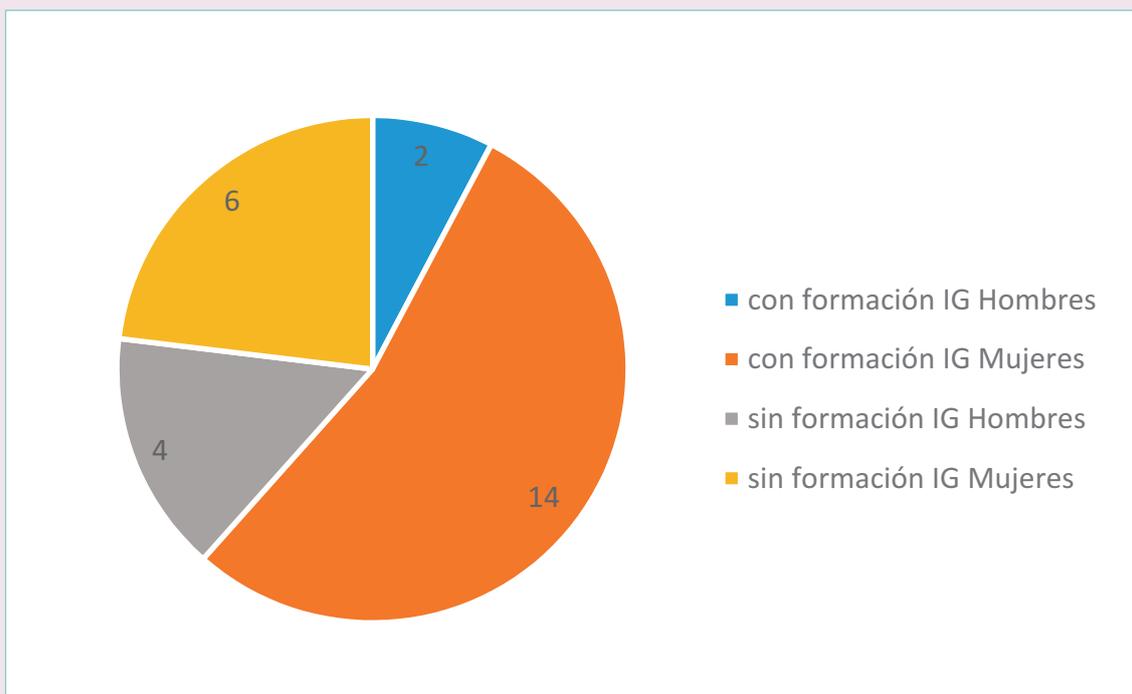
Participan 26 profesionales (20 mujeres y 6 hombres)



Por edades:



Por formación en igualdad de género



Por áreas profesionales



El conjunto de profesionales que participaron en la consulta online han identificado como principales problemas en SSR

1. Educación sexual.
2. Campañas sobre SS
3. Nuevas Tecnologías y SSR
4. Atención a la SSR desde la perspectiva de género y la diversidad sexual y la diversidad de las diferentes capacidades
5. Anticoncepción, embarazos no planificados, IVE
6. ITS
7. Cómo abordar el reconocimiento de la violencia sexual y las identidades de género y sexual, como población que necesita que se reconozcan sus derechos y servicios públicos sanitarios.

En cuanto a los problemas que más preocupan a estos profesionales de otras competencias no sanitarias, encontramos que:

Doce personas refieren:

- Insuficiente o ausencia de programas de educación afectivo-sexual desde la perspectiva de género, que tengan en cuenta las distintas situaciones de la población (todos los grupos etarios, diversidad sexual, diversidad funcional, etnia, etc)

Siete refieren:

- ITS y los embarazos no deseados y planificados

Y cinco refieren:

- Desconocimiento de los recursos existentes para la atención a la salud sexual y reproductiva, en particular en la población juvenil y migrante, sobre métodos anticonceptivos seguros y modernos, así como para la interrupción voluntaria del embarazo

Identificación de propuestas en SSR en función de las siguientes categorías

1. Actuaciones de promoción de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género que tenga en cuenta las necesidades de los distintos grupos de población, considerando sus contextos (edad, etnia, diversidad sexual, funcional, clase social, etc), a través, por ejemplo, de programas de educación afectivo sexual, o de campañas informativas de prevención y sensibilización.
2. Acciones de intervención en los centros educativos para la promoción de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género en la que esté implicada toda la comunidad educativa
3. Actuaciones de atención a la SSR desde la perspectiva de género: mejora de la cobertura y acceso universal a los métodos anticonceptivos teniendo en cuenta las necesidades de los distintos grupos de población, considerando sus contextos (edad, etnia, diversidad sexual, funcional, clase social, etc)
4. Actuaciones que mejoren el acceso de información a través de la TIC, de los recursos existentes en salud sexual y reproductiva
5. Actuaciones de coordinación entre el ámbito sanitario, educativo y la sociedad civil organizada, tanto para la promoción como la atención a la salud sexual y reproductiva

ANEXO 8:

ENTIDADES Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS QUE COMPONEN EL COMITÉ DE PARTICIPACIÓN

MOVIMIENTO SOCIAL ORGANIZADO		
GRUPO DE POBLACIÓN	ENTIDADES/FEDERACIONES CONVOCADAS	ENTIDADES ASISTENTES
Juventud	Consejo de la juventud	ASVAES y AVEF
Mujeres	Federació de Dones Progresistas Asociaciones de Amas de Casa. Plataforma Feminista de Alicante	FMP CV TYRIUS
Mayores	Federación Democrática de Jubilados de Valencia La Nau Gran	
Diversidad sexual	Colectivo Lambda Sexólogos sin Fronteras	Colectivo LGTBI Lambda
Prevención de ITS, VIH sida	Coordinadora de Asociaciones de VIH CALCSICOVA	CALCSICOVA CCASCV MDM-CV
Diversidad funcional	Entidad territorial CERMI	CERMI
Diversidad cultural	Fundación Secretariado Gitano Federación Autónoma de Asociaciones Gitanas de la CV (FAGA) Agente de Salud de MIHSALUD	Agentes de Salud de Base Comunitaria (ASBC) Asociación ALANNA
Comunidad o vecindad, Ampas (asociación de madres y padres)	Consell Escolar de la Comunitat Valenciana	Confederación AMPA Gonzalo Anaya
Trabajo productivo	Sindicatos	UGT
Atención al embarazo y parto Crianza y Lactancia	El Parto es Nuestro AMAMANTA, Mamare y Lactalicante	MAMARE Asociación el Parto es Nuestro
Asociaciones de pacientes (Salud Mental)	Federación Salud Mental de la CV	
SOCIEDADES CIENTÍFICAS		
GRUPO DE POBLACIÓN	ENTIDADES/FEDERACIONES CONVOCADAS	ENTIDADES ASISTENTES
De la sexología	AEPS / SEIS	AEPS / SEIS / AES
De planificación familiar / anticoncepción	Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva	SVCSR
De matronas	Associació de Comares de la Comunitat Valenciana	ACCV
De ginecología	Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la CV	
De enfermería comunitaria	Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)	AEC
Médicos/as de Atención Primaria	SEMERGEN, semFYC	SEMERGEN
Trabajadoras/es Sociales	Asociación Española de Trabajo Social y Salud, delegación de CV	AETSYS
Pediatría	Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria	AVALPAP
Enf. Tropicales	Soc. Esp med tropical y salud Internacional (SEMTSI)	SEMTSI

ANEXO 9:

LISTADO DE ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ABUCASIS. Sistema de Información para la Gestión Clínica del Paciente Ambulatorio

AEC. Asociación de Enfermería Comunitaria

AEPS. Asociación Española de Profesionales de la Sexología

AES. Asociación de Especialistas en Sexología

AETSYS. Asociación Española de Trabajo Social y Salud

ALUMBRA. Plataforma de Análisis Corporativa de la Conselleria de Sanitat

AMPA. Asociación de Madres y Padres

ASBC. Agentes de Salud de Base Comunitaria

ASVAES. Asociación Valenciana de Estudiantes

AV. Anticoncepción de Urgencia

AVALPAP. Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria

AVE. Análisis de Vigilancia Epidemiológica

AVEF. Associació Valenciana de Joves Estudiants de Farmàcia

CALCSICOVA. Coordinadora de Asociaciones VIH Sida Comunitat Valenciana

CASE. Comité de Evaluación y Seguimiento de la Estrategia

CC. Comisión Coordinadora de la ESSR

CCAA. Comunidades Autónomas

CCASCV. Comité Ciutadans AntiSida Comunitat Valenciana

CERMICV. Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana

CIPS. Centro de Información y Prevención del Sida

CIR. Registre de llocs i de gestió de personal

CIRO. Sistema Integral y Centralizado para la Gestión de Personal Sanitario

CMBD. Conjunto Minino Básico de Datos

CMIO. Centro Municipal de la Dona

COGAM. Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de Madrid

CPE. Comité de Participación de la ESSR

CSSR. Centro de Salud Sexual y Reproductiva

CTE. Comité Técnico de la ESSR

CV. Comunitat Valenciana

DAFO. Analisis de las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades

DGAS. Dirección General de Asistencia Sanitaria

DGSP. Dirección General de Salud Pública

DIU. Dispositivo Intrauterino

ESO. Enseñanza Secundaria Obligatoria

ESSR. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

FMP CV . Federació de Dones Progresistas

GC. Grupo Coordinador de la ESSR

GVA. Generalitat valenciana

HBSC. Health Behaviour in School Aged Children

HSH. Hombres que tienen sexo con otros hombres

IHAN. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia

INJUVE. Instituto de la Juventud de España

IPPF. International Planned Parenthood Federation

ITS. Infecciones de Transmisión Sexual

IVAJ. Institut Valencià de la Juventut

IVE. Interrupción Voluntaria del Embarazo

LARC. Long-Acting Reversible Contraception

LE. Líneas Estratégicas

LGTBI. Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales

MDM-CV. Médicos del Mundo Comunitat Valenciana

MIZAR. Herramienta Gestión de Informes

ODS. Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS)

OPS. Organización Panamericana de Salud

ORION. Sistema de Información para la Gestión Integral Hospitalaria

PDD. Píldora del Día Después

PIES. Programa de Intervención en Educación Sexual

REPROSTAT-2, UE. Reproductive Health Indicators in the European Union, funded by the European Commission, EU Community Health Monitoring Program.

RHR. The World Health Organization's Department of Reproductive Health and Research

SEC. Sociedad Española de Contracepción

SEIS. Sociedad Española de Intervención en Sexología

SEMERGEN. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

SEMTSI. Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional

SIA. Sistema de Información Ambulatorio

Sida. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SIREPS. Sistema de Información y Registro de Educación para la Salud

SISP. Sistema de Información en Salud Pública

SS. Salud Sexual

SSR. Salud Sexual y Reproductiva

SVCSR. Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva

TYRIUS. Asociaciones de Amas de Casa

UGT. Unión General de Trabajadores

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana

WAS. Asociación Mundial de Sexología

WHO. World Health Organization

