

**ESTRATÈGIA DE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA
DE LA COMUNITAT VALENCIANA
2017-2021**



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA

Í N D E X

0.	Presentació	7
1.	Introducció	9
2.	Justificació	12
3.	Marc normatiu. Referents internacionals, context nacional i autonòmic	15
4.	Metodologia d'elaboració de l'estratègia	20
5.	Anàlisi de situació	24
5.1.	Aproximació a l'estat de la salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana	24
1.	La salut sexual en adolescents i joves	24
2.	La salut sexual en població adulta	29
3.	Perfil reproductiu de les dones	33
4.	Resultats en salut materna i perinatal	37
5.2.	Atenció a la salut sexual i reproductiva de la Comunitat Valenciana	40
1.	Atenció a la salut sexual	40
2.	Atenció a l'embaràs, part i puerperi	43
6.	Missió i principis rectors	49
6.1.	Missió	49
6.2.	Principis rectors	49
7.	Línies estratègiques, objectius i accions	51
7.1.	Línies estratègiques	51
7.2.	Objectius i accions	51
Línia 1.	Promoció de la salut sexual i el benestar de les persones al llarg de tot el cicle vital, garantint els seus drets sexuals.	51
Línia 2.	Promoció de la salut reproductiva i el benestar de les persones, garantint els seus drets reproductius.	54
Línia 3.	Equitat en l'accés i qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, garantint els drets sexuals i reproductius.	56
Línia 4.	Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva.	61

8.	Implementació, seguiment i avaluació	64
8.1.	Relació bàsica d'indicadors	69
	Línia 1. Promoció de la salut sexual i el benestar de les persones al llarg de tot el cicle vital, garantint els seus drets sexuals	69
	Línia 2. Promoció de la salut reproductiva i el benestar de les persones, garantint els seus drets reproductius.	70
	Línia 3. Equitat en l'accés i qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, garantint els drets sexuals i reproductius	71
	Línia 4. Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva	73
9.	Bibliografia	74
	Annexos	77
	Annex 1: Relació de participants	79
	Annex 2: Drets sexuals i reproductius	84
	Annex 3: Glossari de terminis	88
	Annex 4: Model d'Avaluació.	100
	Annex 5: Cronograma de reunions del Comitè Tècnic	102
	Annex 6: Abocament de la informació arrellegada en el DAFO	103
	Annex 7: Opinions a partir de la consulta a professionals d'altres competències distintes al CTE.	107
	Annex 8: Entitats i societats científiques que componen el comitè de participació	111
	Annex 9: Llistat d'abreviatures, sigles y acrònims	112

PRESENTACIÓ

L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021 (ESSR), reconeix que la salut sexual i reproductiva suposa, sense cap dubte, un dels canvis i avanços més profunds en els drets de les persones en la societat actual. És en aquest vessant de la salut on, amb major rellevància, es plasmen els resultats de l'esforç a reduir les desigualtats entre dones i homes.

La missió i els principis rectors que la vertebren pretenen millorar la salut sexual i reproductiva de la població de la Comunitat Valenciana, promovent el desenvolupament efectiu dels drets sexuals i reproductius de totes les persones respectant la diversitat sexual, de gènere, funcional, cultural i de creences de manera que s'integren els dits valors a les prestacions actuals de la cartera de serveis i l'accés a aquestes.

La meta de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública és la defensa, promoció i protecció de la salut de les dones i els homes que viuen en la nostra comunitat.

L'autopercepció de benestar, vivència subjectiva de salut i benestar, està complementada per la vivència de la sexualitat en cada etapa de la vida de les persones i la decisió de tindre descendència.

La percepció de la identitat sexual i de gènere són elements constitutius de les persones, aquesta vivència subjectiva és diversa i no dicotòmica. La seua acceptació i integració per part de la societat on es viu constitueixen un element distintiu de les societats democràtiques i progressistes.

A la Comunitat Valenciana l'atenció a la salut sexual i reproductiva va ser possibilitada de forma pionera a mitjan anys huitanta gràcies al Decret 149/1986, pel qual es regulava la prestació de serveis en matèria de planificació familiar i sexualitat.

La publicació de la Llei orgànica 2/2010 de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs per part del Ministeri de Sanitat va donar un suport i glopada d'aire fresc a l'esforç que s'estava realitzant per part de les professions sanitàries, per a mantindre un nivell d'atenció de qualitat enmig de polítiques sanitàries no sempre favorables a l'abordatge de la salut sexual i reproductiva com un dret de la ciutadania.

La implementació de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva suposa l'ordenació de tots els recursos humans, tècnics i materials involucrats en l'atenció i promoció de la salut sexual i reproductiva. Per a fer efectiu l'esperit d'aquesta estratègia s'ha establert una coordinació intersectorial i la implicació de la societat civil.

La Conselleria desenvolupa amb aquesta Estratègia la indicació que el IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana (2016-2020) fa, en la seua línia estratègica número 4, de promoure la salut sexual i reproductiva i la seua atenció. Per a això es basa en la qualitat, equitat i enfocament de gènere, i tenint en compte els diferents contextos de vulnerabilitat, diversitat i capacitat, dins del marc dels drets sexuals i reproductius.

Per a la seua elaboració s'ha comptat amb la convergència i la implicació de professionals de diferents disciplines, societats científiques i ciutadania.

Fruit de la reflexió i experiència aportada és aquesta estratègia, que sens dubte suposa un impuls a la salut sexual i reproductiva davall els principis d'equitat, qualitat i eficàcia, i incorpora valors de diversitat, igualtat i respecte a la presa de decisions sobre la seua salut de la ciutadania.

Carmen Montón Giménez
Consellera de Sanitat Universal i Salut Pública

1. INTRODUCCIÓ

El segle XX és un període clau en els canvis que s'han produït en la manera en què les societats humanes s'han ocupat de la sexualitat fins a arribar a l'actual forma d'abordar-la que tenen les societats avançades. Aquesta nova mirada de la sexualitat és el resultat de la confluència dels canvis socials i científics que es produeixen de forma exponencial durant la segona mitat de segle XX. Dins dels canvis socials ha sigut clau i fonamental la transformació del paper de les dones en la societat, resultat de la lluita feminista dels últims dos segles, situant-se les dones en igualtat amb els hòmens en l'àmbit legislatiu i en la conquesta dels seus drets.

El resultat de tot aquest procés de canvi és un nou paradigma de la sexualitat en què aquesta ocupa, d'una banda, un lloc central en la construcció biogràfica personal i, d'una altra, un important primer pla de la vida relacional de totes les persones i en totes les etapes de la vida.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix per primera vegada la salut sexual en 1975 ("Informe tècnic 572, Instruccions i assistència en qüestions de sexualitat humana: formació de professionals de la salut. OMS, Ginebra. 1975"). Aquesta definició es va realitzar prenent com a base la nova definició de salut (1948), que considera la salut com un fenomen biològic, psíquic i social, conjuntament amb el nou paradigma de sexualitat que tant la sexologia com els moviments socials preocupats pel desenvolupament humà estaven prenent com a forma d'entendre-la. Conceptualment substituïa l'antiga "higiene sexual", i introduïa clarament la dimensió psíquica i social de la sexualitat.

La pandèmia del VIH/sida i el fet d'haver sigut entesa la salut sexual implícitament com a part de les agendes de salut reproductiva van fer que l'any 2000 l'Organització Mundial de la Salut en cooperació amb l'Organització Panamericana de Salut i l'Associació Mundial de Sexologia (OPS/OMS/WAS, Antigua Guatemala 2000) revisara la definició de salut sexual. Es va incorporar de forma explícita que perquè la salut sexual siga una realitat abastable per a la població es requereix un entorn social lliure de coerció, discriminació i violència, incorporant i actualitzant els drets de salut sexual que s'havien articulats en la primera Declaració dels Drets Sexuals que es van formular en el XIII Congrés Mundial de Sexologia (celebrat el 29 de juny de 1997, a València, Espanya), i aprovats en 1999, en el 14é Con-

grés Mundial de Sexologia a Hong Kong, per l'Assemblea General de l'Associació Mundial de Sexologia (WAS).

La Conferència d'Alma Ata (1978) sobre Atenció Primària de Salut va enllaçar el concepte de salut maternoinfantil amb el de la planificació familiar. Però serà en la dècada dels noranta quan es configura el concepte de salut reproductiva, com a resultat directe de la lluita per la igualtat del moviment feminista internacional que va prenent cos en l'últim terç del segle XX i substitueix el que fins aqueixos anys es denominava com a “salut maternoinfantil”, gràcies a la qual cosa hi ha un reconeixement dels Drets Humans de les Dones, que es tradueix en un procés que continua vigent en les agendes polítiques. L'afirmació explícita sobre el fet que els drets humans de les dones són efectivament drets humans es dona de manera definitiva en la Conferència de Nacions Unides de Drets Humans celebrada a Viena en 1993, es reconeix la invisibilització històrica de les dones i reafirma de manera formal que com a sers humans, per tant, són mereixedores de tots els drets ja atorgats “a l'home”.

La Conferència reafirma, sobre la base de la igualtat entre homes i dones, el dret de les dones a tindre accés a una atenció de salut adequada i a la més àmplia gamma de serveis de planificació familiar, així com a la igualtat d'accés a l'educació a tots els nivells a todos los niveles¹

D'aquesta manera es va posar en les agendes polítiques la maternitat i els drets de les dones i de la infància, i va apareixer la salut maternoinfantil com un valor a defensar per part dels estats. Serà en la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament celebrada al Caire en 1994 on per primera vegada es conceptualitza d'aquesta manera la salut reproductiva, es plantegen canvis importants en com s'enfoquen els temes de població i desenvolupament humà. Els drets de les dones són defensats com a drets humans i es planteja l'eradicació de totes maneres de discriminació basada en el sexe.

Un any més tard, en la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona (Beijing, del 4 al 15 de setembre de 1995) es defineixen la salut reproductiva i els drets de salut reproductiva. La salut reproductiva es constitueix com una qüestió estratègica a potenciar i promoure pels organismes internacionals relacionats amb la

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

salut i el desenvolupament humà per a l'avanç del procés d'apoderament de les dones en la seua sexualitat i en el procés reproductiu.

Actualment ambdós qüestions discorren conjuntament com a salut sexual i reproductiva, encara que tenen àmbits de treball clarament diferenciats. Tant la salut sexual com la salut reproductiva no han de ser enteses com un fi en si mateix sinó com un mitjà per a aconseguir que totes les persones puguen portar una vida individual i social amb un desenvolupament de la seua sexualitat i la seua capacitat reproductiva de forma lliure, plena i satisfactòria.

2. JUSTIFICACIÓ

El reconeixement de la salut sexual i reproductiva suposa, sense cap dubte, un dels canvis i avanços més profunds que les societats humanes han realitzat respecte de la dificultosa i lenta lluita per eliminar les desigualtats entre dones i homes en el si del sistema patriarcal que construeix l'ordre social de les cultures dominants en l'actualitat. La incorporació dels drets en matèria de salut sexual i reproductiva, com a drets humans inalienables, per part tant dels organismes internacionals com nacionals que s'ocupen del benestar de la població, resulta ser un avanç irreversible en aquest procés d'eliminació de les desigualtats de gènere.

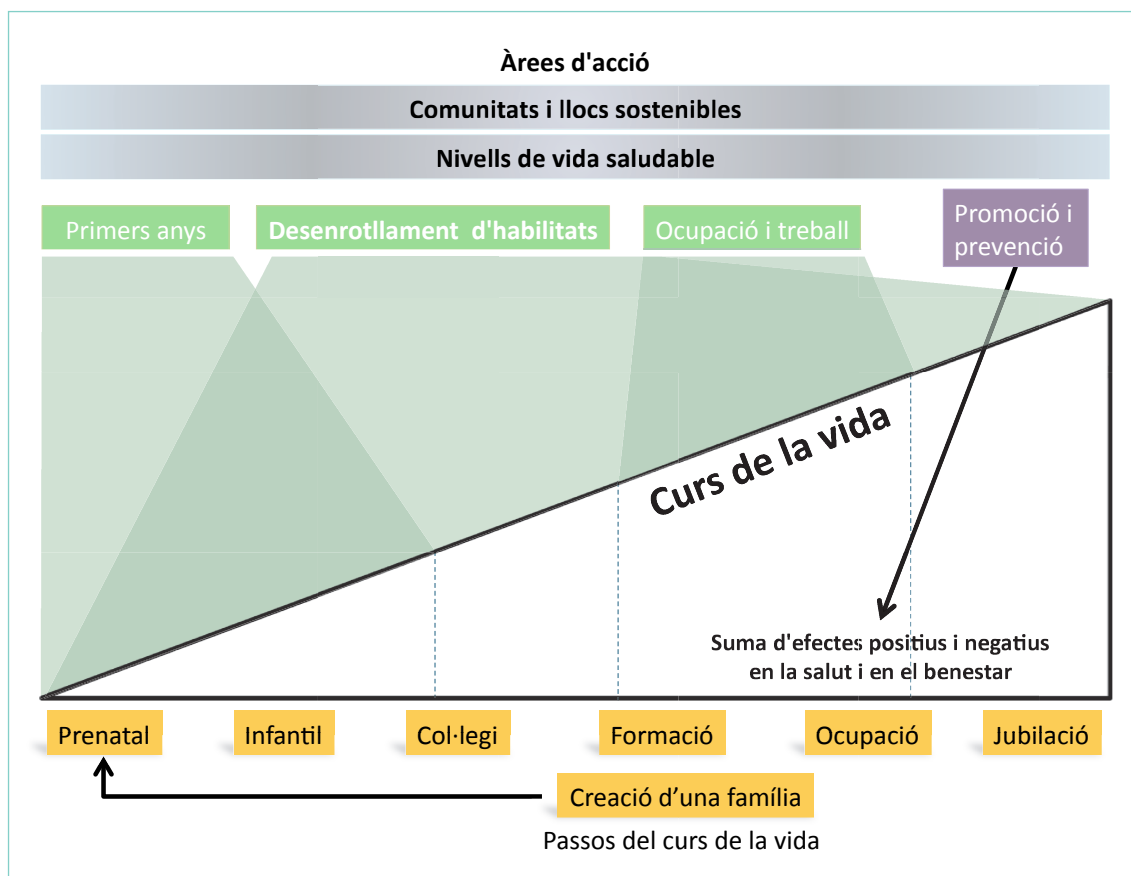
No obstant això, perquè els drets de salut sexual i reproductiva siguin una realitat en la vida de les persones es necessita d'una articulació real en tots els sectors que estiguen implicats en la seua implementació i defensa. En general, hi ha més dificultats i resistències en el desenvolupament i implementació d'acions dirigides a millorar la salut sexual que en aquelles dirigits a millorar la salut reproductiva.

La salut reproductiva té un pes en l'imaginari social molt important, en englobar el procés d'embaràs, part, puerperi i el període neonatal del xiquet i de la xiqueta recent nascuda. Des de cap sector social, ni polític ni religiós, en el nostre context socioeconòmic, es qüestiona la necessitat de disposar d'una bona salut durant tot el procés reproductiu. Aparentment podria desenvolupar-se la salut reproductiva sense atendre la salut sexual, però no seria més que tornar al període previ a la conceptualització moderna de l'antiga salut maternoinfantil. El desenvolupament de la salut reproductiva i la defensa dels seus drets han d'estar emmarcats en el concepte global de salut sexual i dels drets sexuals. Entenent que el procés reproductiu de les persones només pot desenvolupar-se de forma lliure i autònoma dins d'una vivència de la sexualitat plena i lliure de coaccions per part de totes les persones, dones i homes.

En aquest sentit, és clau considerar el concepte de cicle vital en l'enfocament dels drets sexuals i reproductius perquè permet reconèixer l'especificitat i la interconnexió que hi ha entre les distintes etapes de la vida de les persones (infàn-

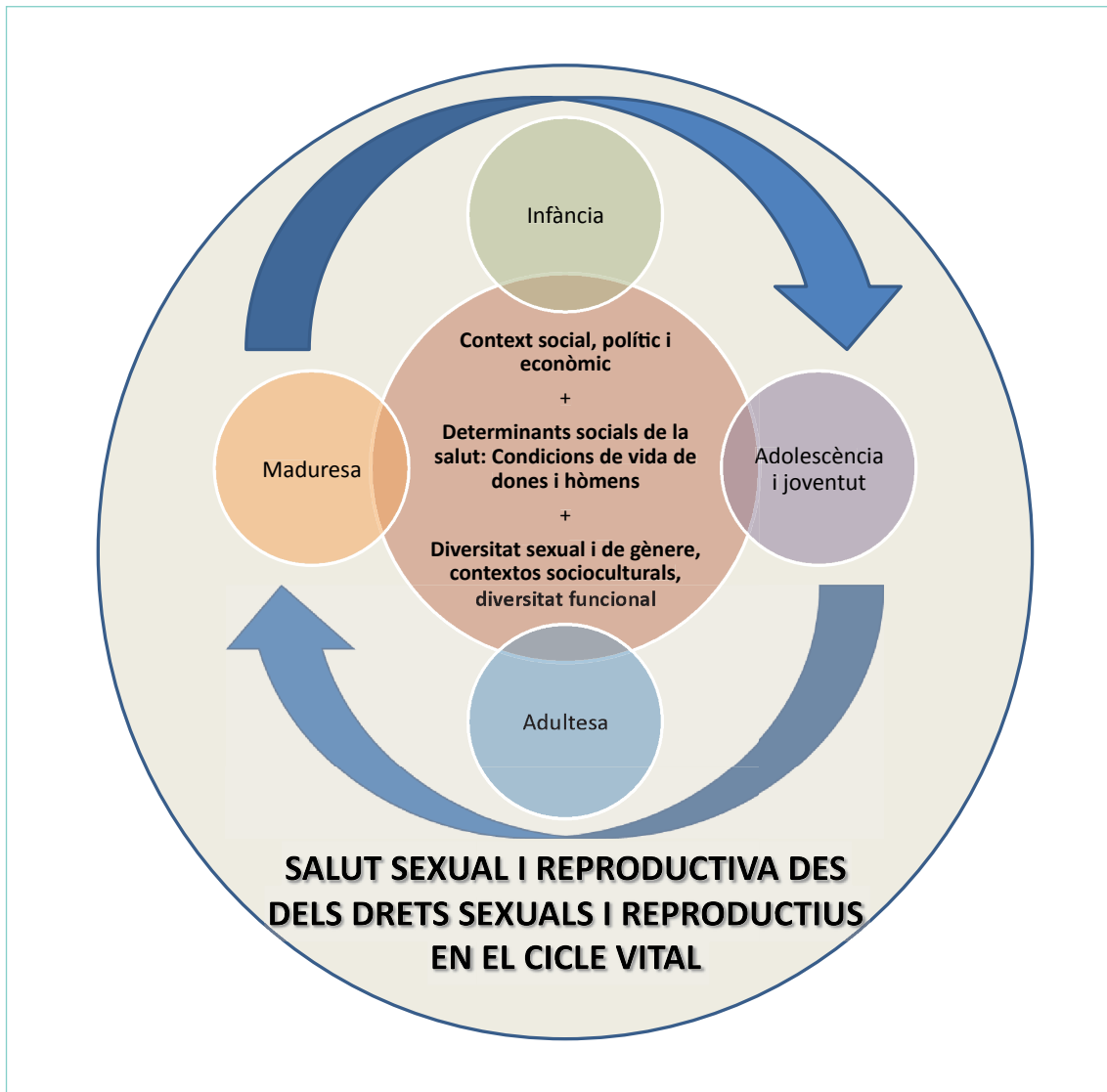
cia, adolescència, joventut, adultesa i maduresa), reconeixent al seu torn la importància de reduir les desigualtats perquè dones i homes aconseguisquen el seu benestar i tot el seu potencial en salut sexual i reproductiva.

Figura. L'enfocament de cicle vital de la salut



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

Actuar considerant el cicle de vida permet visualitzar de quina manera les intervencions en salut realitzades en una generació poden beneficiar generacions successives i, al mateix temps, determinar les característiques específiques viscudes per les persones en cada període. Per la qual cosa s'incardina amb els determinants socials de salut, entesos com "les condicions socials en què les persones viuen i treballen, que tenen influències sobre el procés salut/malaltia o les característiques socials dins de les quals la vida transcorre". Per això, es fa necessari la coordinació i el treball conjunt des dels diferents àmbits (sanitat, benestar social, educació, treball, medi ambient, etc.) amb l'objectiu d'aconseguir millor nivell de salut i benestar de la població.



Perquè es pugui avançar en el desenvolupament i millora de la salut sexual i reproductiva és imprescindible la implicació de la societat en el seu conjunt. La participació de la ciutadania a través de les seues organitzacions representatives és un punt clau per a la seua implementació. La seua articulació, la participació de la ciutadania amb la resta de sectors implicats ha sigut una prioritat en tot el procés de construcció d'aquesta Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana.

3. MARC NORMATIU

REFERENTS INTERNACIONALS, CONTEXT NACIONAL I AUTONÒMIC

REFERENTS INTERNACIONALS

La salut sexual i la salut reproductiva, com no podia ser d'una altra manera per la importància que posseeixen per al benestar de totes les persones, estan àmpliament reflectides en les declaracions i documents resultat de les conferències internacionals que s'ocupen dels drets de les dones i de la infància, així com en els informes tècnics i estratègies específiques que s'ocupen de la salut sexual i de la salut reproductiva, tant de Nacions Unides i dels seus organismes autònoms com de les organitzacions i associacions que treballen amb aquestes. El Parlament Europeu va presentar un informe sobre salut sexual i reproductiva en 2013, conegut com a informe Estela, prèviament a la publicació d'una estratègia de salut sexual i reproductiva que siga referendada per tots els estats membres.

L'elaboració de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana es fa ressò de les línies fonamentals que es proposen en aquests, fonamentalment de:

- Instruccions i assistència en qüestions de sexualitat humana: formació de professionals de la salut. Informe tècnic núm. 572. Organització Mundial de la Salut. Ginebra, 1975.
- Informe de la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona. Beijing, 1995. Nacions Unides.
- Promoció de la salut sexual. Recomanacions per a l'Acció. Organització Panamericana de la Salut. Organització Mundial de la Salut. Associació Mundial de Sexologia. Antigua Guatemala, Guatemala, 2000.
- Associació Mundial de Sexologia. Salut Sexual per al Mil·lenni: Declaració i document tècnic. Minneapolis, 2008.
- Informe sobre salut sexual i reproductiva i drets afins. Comissió de drets de la dona i igualtat de gènere. Parlament Europeu, 2013.

- L'Estratègia mundial per a la salut de la dona, el xiquet i l'adolescent (2016-2030). Totes les dones, tots els xiquets 2015. Nacions Unides.
- Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS) de Nacions Unides, 2016:
 - Objectiu 3: Garantir una vida sana i promoure el benestar per a totes les persones en totes les edats.
 - Objectiu 5: Aconseguir la igualtat entre els gèneres i apoderar totes les dones i les xiquetes.

CONTEXTOS NACIONAL I AUTONÒMIC

El procés de canvi de la societat espanyola cap a la modernitat, en general i en particular amb relació a la sexualitat, es comença a consolidar a partir de l'aprovació de la Constitució de 1978.

Els canvis en l'àrea de la sexualitat i la reproducció seran protegits legislativament des de l'inici d'aquella.

La legalització dels anticonceptius com a tals es produeix en 1978 amb la modificació de l'article 416 del codi penal, fins a aqueix moment i des de la seua comercialització en 1964 eren utilitzats per la dones espanyoles, però sota la indicació mèdica de "regulació del cicle hormonal". Gràcies a aquesta modificació es van poder constituir els primers centres de "planificació familiar" a l'empara dels primers ajuntaments democràtics (1979).

La Llei General de Sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril) va aprovar la creació d'un Sistema Nacional de Salut, integrat pels serveis de salut de les diferents comunitats autònomes. S'hi regula, article 18 punt 7, que una de les actuacions sanitàries del sistema de salut inclou "els programes d'orientació en el camp de la planificació familiar i la prestació dels serveis corresponents".

El marc legislatiu de l'atenció a la salut sexual i reproductiva es produeix de forma explícita l'any 2010 amb la publicació de la Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs. Aquesta normativa va permetre, en 2011, la publicació per part del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, de l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Repro-

ductiva, que va ser pionera al nostre país com a guia cap a on dirigir les polítiques de salut sexual i reproductiva. Continua vigent en l'actualitat excepte en el canvi introduït en 2015 en què se suprimeix l'apartat quart de l'article 13.

A la Comunitat Valenciana el desenvolupament de la Salut Sexual i Reproductiva segueix els passos del que ha ocorregut a l'Estat. La Llei General de Sanitat va permetre la regulació de la prestació dels serveis en matèria de planificació familiar i sexualitat i la seua constitució a escala autonòmica amb la publicació del Decret 149/1986. De la mateixa manera, sota l'empara d'aquesta es va produir la integració gradual de tots els centres, serveis i establiments, que fins a aqueix moment tenien diputacions i ajuntaments, en el Servei de Salut Autòmic sota la responsabilitat exclusiva de la comunitat autònoma.

L'any 2003 tots els centres de planificació familiar, pertanyents als ajuntaments i diputacions, van ser integrats en la Conselleria de Sanitat. En aquest procés es canvia la denominació dels centres de planificació familiar que passen a ser centres de salut sexual i reproductiva. Amb això s'aconsegueix un canvi de

perspectiva quant als seus objectius, funcions i població a la qual està dirigida la seua activitat, a partir d'aqueix moment seran les dones i els homes en totes les etapes de les seues vides. La consolidació i l'homogenització de les funcions i de les activitats que des d'aquests nous centres s'han de realitzar es publica en el document Protocols d'actuació en els centres de salut sexual i reproductiva. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2004, on estan reflectides.

De forma paral·lela, en 1986 el Consell de la Generalitat Valenciana va regular el Programa per a la promoció de la salut de la mare i el xiquet, amb un abordatge integral de l'atenció de la dona en el procés de la maternitat al llarg de l'embaràs, part i puerperi, en què s'insistia a corregir les desigualtats existents en l'atenció de la seua salut (Decret 147/1986, de 24 de novembre).

El programa adopta un enfocament de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, aplicant els principis de la Conferència d'Alma Ata de 1978. Amb actuacions de caràcter assistencial de vigilància de la salut de la dona gestant i partera i altres activitats d'educació sanitària per a la maternitat/paternitat, i la pròpia atenció al part. La seua execució es realitza en l'àmbit de l'assistència primària,

excepte en les situacions especials que així ho requerisquen, a l'empara del marc general del Decret 42/1986, de 21 de març, que defineix i estructura l'atenció primària.

Des de llavors s'han realitzat importants actualitzacions en el contingut amb un doble objectiu; d'una banda, adaptar-se als canvis socials més recents, integrant la perspectiva de gènere, i d'una altra, oferir una atenció de qualitat, incorporant els avanços avalats des de l'evidència científica i evitant l'excés de medicalització. Com a resultat s'han elaborat diferents protocols i manuals per als professionals de salut com ara el Control bàsic de l'embaràs a la Comunitat Valenciana; la Guia per a l'educació sanitària grupal; la Prevenció de la infecció congènita i perinatal; l'ode i salut perinatal; Malaltia de Chagas importada; el Manual de diagnòstic prenatal. Així com, l'elaboració de material divulgatiu per a la ciutadania en distints formats i idiomes.

A l'octubre de 2007 el consell interterritorial aprova l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut, com a objectiu general, humanitzar l'atenció al part. S'hi proposa l'abordatge de pràctiques clíniques basades en el millor coneixement disponible, la participació de les dones en la presa de decisions, la formació de professionals, la investigació i innovació i la difusió de bones pràctiques d'atenció al part. La Generalitat Valenciana subscriu un conveni de col·laboració amb el Ministeri de Sanitat amb l'objecte d'impulsar la dita estratègia, per a la qual cosa s'elabora des de la Conselleria de Sanitat l'Estratègia per a l'atenció del part normal a la Comunitat Valenciana, que es publica en 2009.

Posteriorment en la Llei 10/2014, de 29 de desembre, de Salut de la Comunitat Valenciana, en l'article 55, Drets relacionats amb el naixement i la lactància, es reflecteix el dret de les dones embarassades a decidir sobre el tipus i la modalitat del part que desitja, el dret a l'acompanyament al llarg de tot el període del part, el dret del nou-nat a la seua identificació en el moment del naixement i a romandre amb sa mare, així com l'adopció de mesures per a promocionar la lactància materna durant l'embaràs, el puerperi i el període de lactància.

Finalment, cal indicar que el IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana (2016-2020), aprovat per Acord de 29 d'abril de 2016, del Consell, en la Línia estratègica 4, *Cuidar la salut en totes les etapes de la vida*, dedica un objectiu íntegrament a la salut sexual i reproductiva. Entre les seues accions destaca

promoure una atenció a la salut sexual, basada en la qualitat, equitat i enfocament de gènere, dins del marc dels drets sexuals i reproductius, tenint en compte els diferents contextos de vulnerabilitat, diversitat i capacitats. A més, es fa una menció especial a la millora de l'accés a l'anticoncepció en població en situació de major vulnerabilitat. En l'esfera reproductiva, les accions es dirigeixen a potenciar les estratègies d'atenció al part i a la salut reproductiva, i concedir el màxim protagonisme a les dones i les seues parelles en la vivència fisiològica de l'embaràs, part i criança, insistint en els aspectes de qualitat i calidesa. També es reforça la protecció de la salut i promoció del benestar de les dones durant l'embaràs i la lactància en els diferents entorns de la vida i es remarca la importància de la consulta preconcepcional.

En aquesta mateixa línia, en l'objectiu vinculat a la salut infantil, es fa referència a una atenció neonatal continuada entre la maternitat i l'atenció primària, així com al reforç en l'inici i el manteniment de la lactància materna, donant suport a iniciatives que faciliten la seua pràctica en llocs públics i centres de treball. Finalment, en l'objectiu dedicat a promoure la salut en l'adolescència i joventut, es plantegen accions dirigides a enfortir el Programa d'intervenció en educació sexual (PIES), de forma coordinada entre l'àmbit sanitari i l'educatiu, i millorar l'accessibilitat dels xics i xiques menors de 20 anys als centres de salut sexual i reproductiva per a atendre a les seues necessitats sobre sexualitat, anticoncepció, prevenció d'infeccions de transmissió sexual (ITS) i d'embarassos no desitjats.

Juntament amb les propostes ja mencionades i al llarg d'altres línies estratègiques i objectius, s'arreglen més accions relacionades amb la salut sexual i reproductiva com el diagnòstic prenatal i neonatal de defectes congènits, programes de prevenció d'ITS, diagnòstic precoç de la infecció per VIH, equitat en l'accés i ús de serveis i prestacions independentment del sexe, classe social, territori, ètnia o situació de diversitat funcional, detecció precoç de la violència de gènere, amb especial atenció a situacions de major vulnerabilitat com l'embaràs, programes dirigits al foment de models parentals positius i promoció del bon tracte o actuacions educatives que fomenten la igualtat de gènere i les relacions no violentes, entre d'altres.

4. METODOLOGIA D'ELABORACIÓ DE L'ESTRATÈGIA

Per a l'elaboració de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva (ESSR) s'ha seguit un procés participatiu i de consulta amb distints agents clau, per a la qual cosa s'han configurat quatre tipus d'estructures de treball:

1. COMISSIÓ COORDINADORA (CC) / GRUP COORDINADOR (GC).

La Comissió Coordinadora està composta per cinc professionals. Liderat i dinamitzat pel cap de Secció de Promoció i Prevenció de la Salut Sexual del Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en les Etapes de la Vida, s'hi han integrat 3 persones a escala tècnica que representaven l'àrea de salut reproductiva del mateix servei, el Servei del Pla de Salut i el Servei de Planificació de Programes i Serveis Sanitaris, que al seu torn formaven el Grup Coordinador, integrat en la següent estructura de treball que era el Comitè Tècnic de l'Estratègia (CTE), i que ha servit per a operativitzar les tasques de coordinació. En la CC, aquestes quatre persones han comptat amb l'acompanyament d'una persona experta en el tema, en qualitat de relatora, que ha proporcionat suport extern i suport científicotècnic al procés tant al grup coordinador com al conjunt del CTE en el treball grupal, a través de metodologies participatives i en l'elaboració, redacció i revisió del document final. A partir de juny de 2016 s'hi incorpora una persona nova, que ja formava part del comitè tècnic, com a suport metodològic en anàlisi quantitativa. El GC s'amplia a sis professionals (annex 1).

2. COMITÈ TÈCNIC DE L'ESTRATÈGIA (CTE).

Es tracta d'un grup operatiu de treball, format per 19 professionals procedents de l'àmbit assistencial i de l'àmbit de la salut pública (annex 1). Aquest comitè s'ha reunit al llarg d'any 2016 mensualment (annex 4).

Aquest comitè ha estat dinamitzat pel Grup Coordinador, i les seues funcions són:

- descriure i analitzar la situació de partida amb relació a la salut sexual i reproductiva de la Comunitat Valenciana, cada integrant des del seu punt de vista i competència professional;
- revisar, debatre, proposar i validar les successives versions de creació de les línies estratègiques, objectius i accions;
- contribuir que l'ESSR siga una realitat a través de la implementació de les seues accions en el període de vigència una vegada aprovada i presentada.

Per a poder dur a terme les seues funcions s'han treballant sessions participatives en les reunions convocades des del GC a través de dinàmiques grupals, lectures i exposicions col·lectives.

Les primeres reunions van tindre per objectiu crear un llenguatge comú a partir de la contextualització internacional i nacional de les polítiques públiques en salut sexual i reproductiva, així com del marc dels drets sexuals i reproductius.

En les següents reunions i com a primera ferramenta de diagnòstic estratègic es va aplicar una anàlisi DAFO a fi de tindre una aproximació qualitativa a la realitat de la salut sexual i reproductiva de la Comunitat Valenciana, centrada en 5 aspectes: recursos humans, coordinació tècnica i relacions interdepartamentals; promoció i atenció a la salut sexual i reproductiva; formació, i investigació i sistemes d'informació (annex 5)

Després de l'anàlisi dels resultats del DAFO aplicat al Comitè Tècnic (annex 6), la Comissió Coordinadora va considerar oportú ampliar el diagnòstic qualitatiu i participatiu a personal tècnic d'altres departaments, fonamentalment de les àrees d'educació, joventut, igualtat i sociosanitària. En aquest sentit es va articular una consulta a professionals (annex 7) d'altres competències (que treballen en temes sociosanitaris, educatius, juvenils, majors i d'atenció a dones, entre d'altres) mitjançant l'emplenament d'un qüestionari obert, facilitat via telemàtica en què pogueren expressar els 3 problemes més rellevants i les 3 situacions de millora en salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana, amb l'objectiu d'in-

corporar visions tècniques i professionals des d'àmbits diferents al que s'aportava des del Comité Tècnic. L'objectiu va ser contrastar i ampliar la informació amb l'arreglada en el DAFO realitzat, ampliant d'aquesta manera la mirada des d'altres àmbits professionals, perquè el diagnòstic de situació integrara a la visió de salut assistencial la visió socioeducativa.

En funció de l'anàlisi de la informació arreglada de la consulta a professionals i del DAFO, considerant, a més, els resultats de les propostes derivades de la consulta pública del IV Pla de Salut de la Comunitat Valenciana relacionades amb la salut sexual i reproductiva, amb el document (esborrany) de la WHO Europea, la Comissió Coordinadora proposa com a línies estratègiques:

- Promoció de la salut sexual, benestar i drets sexuals.
- Promoció de la salut reproductiva, benestar i drets reproductius.
- Defensa de l'accés universal a l'atenció i als drets de salut sexual i reproductiva, i reducció de les desigualtats.
- Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva.

En el mateix sentit d'ampliar el diagnòstic qualitatiu i participatiu es va convocar un grup de professionals, Grup Intersectorial (annex 1), pertanyents a diferents sectors de les administracions públiques més imbricats en l'ESSR a una sessió presencial de treball per a una valoració de les línies estratègiques i objectius de l'ESSR.

3. COMITÉ DE PARTICIPACIÓ DE L'ESTRATÈGIA (CPE)

Es tracta d'un òrgan de participació i consulta constituït per representants de distintes organitzacions socials i societats científiques de la Comunitat Valenciana. El procés de configuració del dit comité es va realitzar a través de l'anàlisi de la proposta inicial d'entitats i societats científiques que la Comissió Coordinadora va presentar al Comité Tècnic. La composició definitiva resultant (annex 8) va ser convocada per a la seua constitució formal el 28 de juny de 2016. En la dita convocatòria s'especificava que el màxim de participants per entitat o societat

científica hauria de ser de dues persones i, preferiblement, en el cas d'organitzacions que tinguen representants institucionals i associatius, que foren les persones representants de la societat civil.

Les funcions d'aquest Comité de Participació en l'etapa de disseny de l'ESSR han sigut de consulta, debat i validació de les accions proposades en cada una de les línies estratègiques. En el procés d'implementació, el Comité de Participació té un paper fonamental perquè representen diversos col·lectius de població als quals estaran dirigides les accions de l'Estratègia, per la qual cosa rebrà informació, consultes i rendiment de resultats del seu desenvolupament.

La constitució formal del CPE va ser en la reunió presencial del 28 de juny, on van ser convocades les persones representants que les distintes entitats socials i societats científiques van proposar. El desenvolupament de la sessió va seguir una metodologia participativa, a partir d'aquesta primera reunió el Grup Coordinador va realitzar un abocament de tota la informació arreglada per a posteriorment ser contrastada en el Comité Tècnic, es van ajustar les accions i es van incorporar les propostes a cada una de les línies estratègiques.

5. ANÀLISI DE SITUACIÓ

5.1. APROXIMACIÓ A L'ESTAT DE LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA A LA COMUNITAT VALENCIANA

En aquest apartat es descriu l'estat de la salut sexual i reproductiva de la població juvenil i adulta en consonància amb el cicle vital de les persones, ja que és d'aquests dos grups etaris de què es disposa informació. No obstant això, és important considerar la sexualitat al llarg de la vida, per a la qual cosa caldrà fer els esforços necessaris per a visibilitzar l'estat de la salut sexual en la infància i en la maduresa.

1. La salut sexual en adolescents i joves

La percepció sobre la pròpia sexualitat està reflectida a través de les enquestes sobre salut sexual que s'han realitzat en els últims anys, tant en l'àmbit estatal com autonòmic. Encara que en algunes enquestes s'inclouen preguntes sobre l'orientació del desig sexual, la majoria d'aquestes estan dirigides cap a un model de sexualitat heterosexual i, a manera d'exemple, les preguntes d'utilització de mètodes preventius durant les relacions sexuals no es pregunten en funció de l'orientació. Així i tot, la informació de les enquestes permet fer-se una idea de la vivència de la sexualitat en joves i adolescents.

La informació sobre la valoració de la salut sexual i reproductiva en dones joves, menors de 21 anys, registrada en les consultes de l'àrea mèdica dels centres de salut sexual i reproductiva (CSSR) que estaven adherits a la Xarxa Senti-nella de la Comunitat Valenciana en 2014, reflecteix que un 68 % declara tindre relacions sexuals plaents. Sobre l'apetència de mantindre o no relacions sexuals, un 7,1 % de les dones de nacionalitat espanyola diuen que ho fan sense abellirlos, i aquest percentatge és major en dones de nacionalitat diferent de l'espanyola amb un 12,4 %.

L'orientació del desig sexual és una variable clau en l'organització relacional de la vida de les persones a partir de l'inici de l'adolescència i encara que sol ser persistent l'opció adoptada en aquesta època pot variar al llarg de la vida de les persones.

En l'Enquesta sobre Sexualitat en Joves de la Comunitat Valenciana, realitzada l'any 2000, es disposa d'informació sobre l'orientació sexual que declaraven les persones entrevistades. Un 94 % aproximadament deien sentir atracció cap a persones de l'altre sexe, opció heteroeròtica, l'atracció cap a persones del mateix sexe, opció homoeròtica, era major en xics d'edat entre 22 i 24 anys, amb un 4,1 % que declaren la seua homosexualitat davant d'un 2,8 % que ho fan les xiques de la mateixa edat.

Segons els resultats de l'Enquesta Nacional de Salut Sexual 2009, la mateixa proporció, el 94 %, declara sentir-se atreta per persones de l'altre sexe. No hi ha dades disponibles més recents sobre aquest tema ni a la comunitat ni a escala nacional.

Quant a la diversitat sexual i de gènere, l'informe de l'estudi qualitatiu realitzat per l'Institut de la Joventut l'any 2011 (INJUVE), destaca un avanç en els discursos i les mentalitats dels joves al voltant de l'homosexualitat, la diversitat sexual i de gènere, encara que aquesta evolució ideològica no es reflecteix de la mateixa manera en les actituds quotidianes, que se situen en lògiques més pròximes al model hegemònic heterosexual.

En aquest mateix informe es reflecteix que les xiques mostren major respecte i tolerància cap a les persones LGTBI (lesbianes, gais, transsexuals, bisexuals, intersexuals), encara que es destaca una certa deriva moralitzadora, amb una actitud estereotipada positiva dels barons homosexuals, una relativa invisibilització del lesbianisme i un índex de rebuig de les persones bisexuals i transsexuals que s'aproxima a la dels barons. D'altra banda, es constata que la televisió és la principal i quasi única font d'informació sobre la diversitat sexual per als joves.

El model de sexualitat relacional genitalitzada i coitalitzada, assimilació del que fa referència a l'aspecte sexual a l'aspecte genital i de les relacions sexuals a les relacions coitals, és el més generalitzat i assumit per ambdós sexes. Dependent de l'edat els xics valoren més aquest model que les xiques segons els resultats de l'Enquesta sobre Sexualitat en Joves de la Comunitat Valenciana 2000.

En l'Enquesta Nacional de Salut Sexual 2009 també es reflecteixen aquests estereotips sexistes. La creença d'un major desig i capacitat sexual en els barons, en més de la meitat de la població espanyola, i que el sexe "verdader" és el que comporta penetració i orgasme en una part important de la població jove, dona compte d'aquests estereotips.

Un 35,6 % d'adolescents i joves en edat escolar amb edats compreses entre 15 i 18 anys han mantingut relacions sexuals coitals, segons les dades per a població espanyola de l'Estudi sobre conductes dels escolars relacionades amb la salut (HBSC per les seues sigles en anglés) que es realitza cada quatre anys. No hi ha diferències en la proporció per titularitat de centre; respecte al sexe, els xics declaren haver tingut relacions coitals en major proporció només en el grup d'edat de 15 a 16 anys.

El preservatiu, sol o en combinació amb algun altre mètode, és el mètode més utilitzat entre les i els adolescents en la seua última relació sexual coital segons l'enquesta HBSC-2014, tant per a la prevenció d'infeccions de transmissió sexual com per a evitar embarassos no planificats.

En la dita enquesta, un 78,4 % declara utilitzar el preservatiu davant del 15,4 % que utilitza la píndola com a mètode i un 8 % que utilitza la marxa arrere. L'ús del preservatiu en el grup d'edat de 15 a 16 anys és més freqüent en les xiques que en els xics (85,8 % i 79,4 % respectivament), mentre que en el grup de més edat, de 17 a 18 anys, el seu ús és major en els xics (82,3 %) que en les xiques (74,4 %). La utilització és semblant tant entre l'alumnat escolaritzat en centres públics i privats com entre els entorns rurals i urbans. En l'estatus socioeconòmic més alt el percentatge d'ús és major (86,6 %).

L'edat mitjana d'inici de les relacions sexuals coitals va ser de 17,1 anys per a les xiques i de 16,5 anys per als xics en l'enquesta realitzada a la Comunitat Valenciana l'any 2000. En la dita enquesta el temps transcorregut des de l'inici de l'activitat sexual (la masturbació i la trobada erotitzada però sense coit) fins a la relació sexual coital era de dos anys i mig en les xiques davant dels quatre anys i mig dels xics des de l'inici de la masturbació. Amb dades més recents de la xarxa sentinella de la Comunitat de 2014, l'edat mitjana d'inici de les relacions coitals en les joves menors de 21 anys és de 15,6 anys i la mitjana de 16 anys.

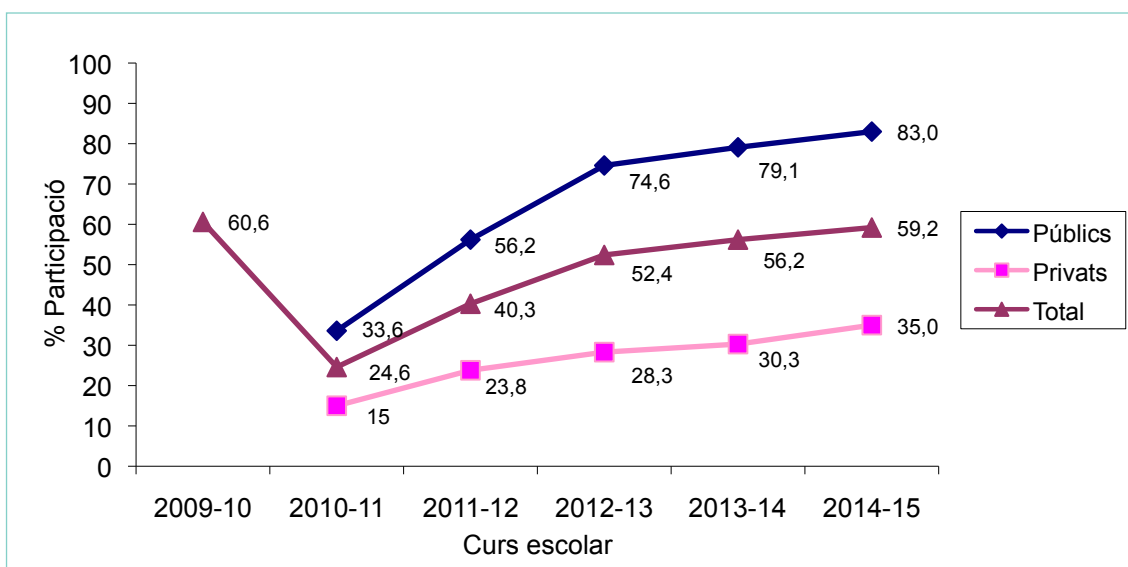
Durant la primera relació coital, el fet de no utilitzar un mètode anticonceptiu correcte o segur s'ha descrit com un factor predictor d'embaràs no planificat en joves adolescents. En l'anàlisi realitzada amb les dades de les dones joves menors de 21 anys ateses en els CSSR de Xarxa Sentinella de la Comunitat, el 19,4 % no ha utilitzat cap mètode anticonceptiu eficaç en la primera relació coital. Les dones menors de 18 anys, d'origen estranger, sense estudis o només amb estudis primaris i en situació laboral de desocupació, tenen una major probabilitat d'utilització incorrecta del mètode triat, així com les que inicien una relació coital abans dels 16 anys o han tingut més de dues parelles des de l'inici durant el període analitzat.

Resum de dades disponibles de salut sexual en joves i adolescents	Any	
Relacions sexuals plaents	2014 ¹	68,0% ♀, < 21 anys
Opció heteroeròtica en les relacions sexuals	2000 ²	94,0% ♀ ♂
Inici de relacions sexuals coitals en escolars de 15 a 18 anys	2014 ³	35,6% ♀ ♂
Utilització del preservatiu només o en combinació en l'última relació coital en escolars de 15 a 18 anys	2014 ³	78,4% ♀ ♂
15 a 16 anys		85,8% ♀ , 79,4% ♂
17 a 18 anys		74,4% ♀ , 82,3% ♂
Major nivell educatiu		86,6% ♀ ♂
Edat mitjana d'inici de les relacions sexuals coitals	2014 ¹	15,6 años, ♀ , < 21 anys
Utilització d'un mètode anticonceptiu eficaç en la 1a relació coital	2014 ¹	81,0%, ♀ , < 21 anys

¹Xarxa Sentinella CV. ²Enquesta sobre sexualitat en joves de la CV. ³HBSC, Enquesta nacional

L'educació sexual en adolescents i joves realitzada des d'una intervenció institucional, a la Comunitat Valenciana es realitza a través del Programa d'Intervenció en Educació Sexual (PIES) des de l'any 2009. El programa consta de tres tallers de dues hores de duració impartit a escolars de 14-15 anys (3r ESO i cicles equiparables en rang d'edat) en centres tant de titularitat pública com a privada concertada o no. Durant el curs escolar 2014-2015 van participar el 59 % dels centres educatius de la Comunitat Valenciana. La participació va ser molt diferent segons la titularitat del centre, amb un 83 % en els centres de titularitat pública davant del 35 % en els de privada (Informe de cobertura anual).

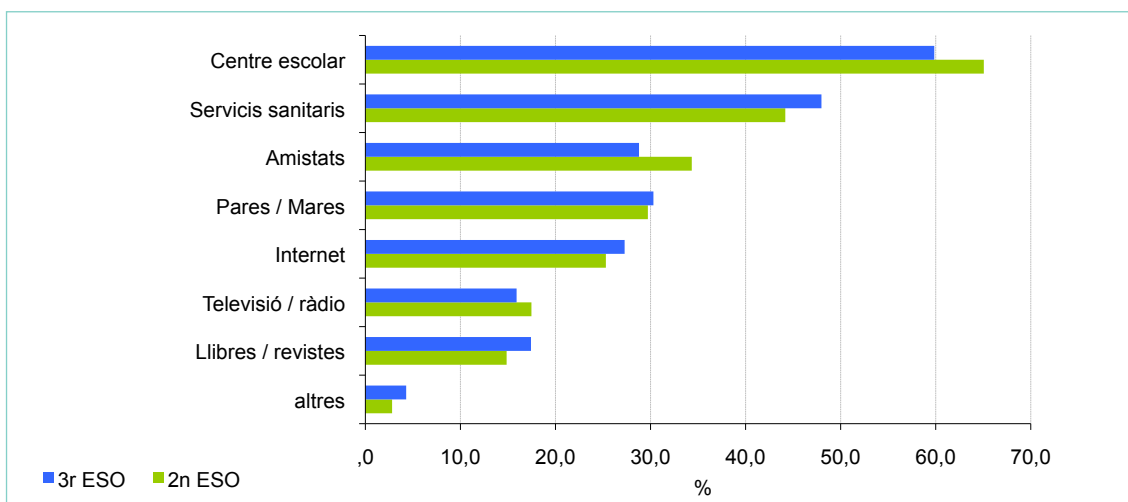
Evolució de la participació de centres docents de 3r de l'ESO en el programa PIES per tipus de centre. Comunitat Valenciana



Durant el curs escolar 2015-2016 s'ha avaluat la pertinència de desenvolupar els continguts del PIES en 2n de l'ESO, a través d'un estudi pilot. Els resultats preliminars mostren una valoració positiva per part de l'alumnat de 2n, de professionals que l'imparteixen, del personal tècnic que el coordina i dels que són responsables del centre educatiu.

En aquest estudi pilot, a la pregunta *a través de quines fonts t'agradaria obtenir més informació sobre temes de sexualitat?* Tant l'alumnat de 2n com de 3r de l'ESO esmenten el centre escolar en primer lloc seguit dels centres sanitaris, la qual cosa ratifica la pertinència d'incorporar i coordinar l'educació sexual en aquestes estructures.

Fonts per a obtenir informació sobre sexualitat



2. La salut sexual en població adulta

• *Satisfacció amb la vida sexual*

En termes generals la població espanyola es mostra satisfeta amb la seua vida sexual, així ho declaren un 88,2 % els homes i un 83,6 % les dones segons les dades de l'Enquesta Nacional de Salut Sexual de 2009. Un terç de la població entrevistada es mostra molt satisfeta, tant en homes com en dones, i una xicoteta proporció declara tindre una vida sexual bastant o molt insatisfeta, i la proporció manifestada d'insatisfacció és major en dones que en homes (4,6 % i 2,3 %, respectivament).

Igual que s'observa en la gent més jove, el 94 % de la població de més de 15 anys declara una atracció sexual heterosexual segons la mateixa enquesta, patró que es repeteix quant a les pràctiques declarades.

El 78 % de les dones de més de 35 anys declaren tindre relacions sexuals plaents segons les dades de la Xarxa Sentinella CV de 2014. El major percentatge de dones que tenen relacions sexuals sense abellir-los es troba entre les majors de 35 anys d'origen estranger amb un 22,6 %. Les dones que més declaren tindre relacions sexuals contra la seua voluntat, aproximadament un 12 %, són d'origen estranger i majors de 35 anys.

• *Utilització de mètodes anticonceptius*

Segons l'última Enquesta de la Societat Espanyola de Contracepció, el 89,9% de les dones espanyoles de 15 a 49 anys ha tingut relacions sexuals. L'edat mitjana en l'inici d'anticoncepció planificada se situa entorn dels 20 anys.

El 71,7% de les dones espanyoles en edat fèrtil utilitza mètodes anticonceptius eficaços com a mètode principal. Un 31,3 % utilitza el preservatiu, un 21,6 % l'anticoncepció hormonal combinada, un 6,1 % el DIU (hormonal o de coure) i un 12,7% els mètodes definitius. En països de l'entorn europeu, l'anticoncepció hormonal combinada és més freqüent i supera el 40 % a Alemanya, Portugal i França.

Un 15,9 % d'aquestes dones manté relacions sexuals sense usar cap mètode anticonceptiu. Les dones en risc d'embaràs no planificat -aquelles que, podent tindre fills, no en volen tindre en aquest moment- i mantenen relacions sexuals sense cap mètode anticonceptiu, se situen, fonamentalment, en dones de més de 30 anys i entre aquelles amb menys ingressos familiars. A aquest percentatge cal afegir les que usen mètodes anticonceptius considerats de baixa eficàcia (mètodes naturals, coit interromput, preservatiu usat de manera inconsistent) que constitueixen el 9 % de les dones en edat fèrtil.

De forma global, la comoditat és el motiu principal a l'hora de triar el mètode anticonceptiu principal que les dones utilitzen. En les més joves preval la decisió personal de la dona en l'elecció del mètode anticonceptiu i la indicació del personal sanitari gana pes amb l'edat.

L'any 2009 es va eliminar l'exigència de prescripció per part del personal facultatiu per a poder adquirir en les farmàcies la denominada anticoncepció d'urgència (AU), píndola de l'endemà (PDD) o píndola postcoital, per la qual cosa es desconeix exactament quin és el seu consum real i el grau d'utilització com a anticoncepció no exclusivament davant d'una situació no usual. Durant l'any 2015 els magatzems de farmàcia que subministren les oficines de farmàcia van distribuir aproximadament 75.000 envasos d'AU.

• *Interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE)*

La taxa d'IVE en dones entre 15 i 44 anys residents a la Comunitat Valenciana en 2015, va ser de 8,3 IVE per mil dones, taxa semblant a l'any anterior i amb una tendència descendent des de 2008. L'edat mitjana de les dones que van recórrer a una IVE va ser de 28,8 anys, i el grup d'edat amb la taxa més alta va ser el de 20 a 24 anys (13,3 IVE per mil dones). La taxa en les joves de 15 a 19 anys va ser de 8 IVE per mil dones, amb un clar descens en els últims anys.

Les dones de nacionalitat estrangera van tindre taxes d'IVE més elevades, 14,9 IVE per mil, davant de la taxa que van presentar les dones autòctones, 7,0 IVE per mil dones espanyoles. Aquesta diferència s'ha mantingut durant els últims anys i en descens des de 2008 en ambdós casos.

El 98 % de les IVE van ser realitzades en centres privats i el 2 % en centres públics. La majoria de les IVE (94,5 %) es van efectuar a petició de la dona abans de les 14 setmanes de gestació. Quan el motiu va ser el risc de greus anomalies fetals i anomalies fetals greus i incurables (4,2 %), les cromosomopaties van ser les causes més freqüents.

• *Infeccions de transmissió sexual i VIH-SIDA*

Amb relació al VIH

El sistema de vigilància del VIH/SIDA de la Comunitat Valenciana arreplega informació sobre els nous diagnòstics d'infecció, que inclouen no sols les infeccions recents, sinó també aquelles que es produeixen amb anterioritat, però que no han sigut diagnosticades fins a l'any en curs.

Al llarg de l'any 2015 es van notificar 317 nous diagnòstics d'infecció per VIH, la qual cosa representa una taxa d'incidència de 6,3 casos per 105 habitants (hab.). Els nous diagnòstics d'infecció per VIH van predominar en homes aproximadament en una proporció de 4 a 1 (el 80,7 % dels nous diagnòstics van ser en homes). El 50 % dels casos en homes es concentra entre els 25 i 39 anys. En les dones la distribució per edat està molt més equilibrada per a tots els grups d'edat, entre els 25 i els 39 anys es concentren el 13,5 % dels casos.

La infecció per VIH es transmet majoritàriament per via sexual; el mecanisme de transmissió més freqüent, en els casos en què es coneix, van ser les relacions homo/bisexuals, seguit de la transmissió heterosexual, entre ambdós representen més del 90 % del total de nous casos. La proporció de casos en què es desconeix el mecanisme de transmissió és elevada.

El 72,9 % dels nous casos de VIH són de nacionalitat espanyola i el 31,4 % pertanyen a altres nacionalitats, sense que siga possible saber amb precisió quantes d'aquestes persones es van infectar a Espanya i quantes en el seu país d'origen. El 67,4 % de les persones d'origen estranger que viuen amb el VIH eren homes.

Diagnòstic de sida

El 10,4 % dels nous diagnòstics de VIH corresponen a casos de sida, la qual cosa suposa una taxa de 0,7 casos per 105 hab., i aquestes taxes són més grans per als homes que per a les dones. El 66,7 % dels casos són homes i la mitjana d'edat de tots els casos va ser de 45,5 anys. Per a les dones és de 48 anys davant dels 44 anys en els homes.

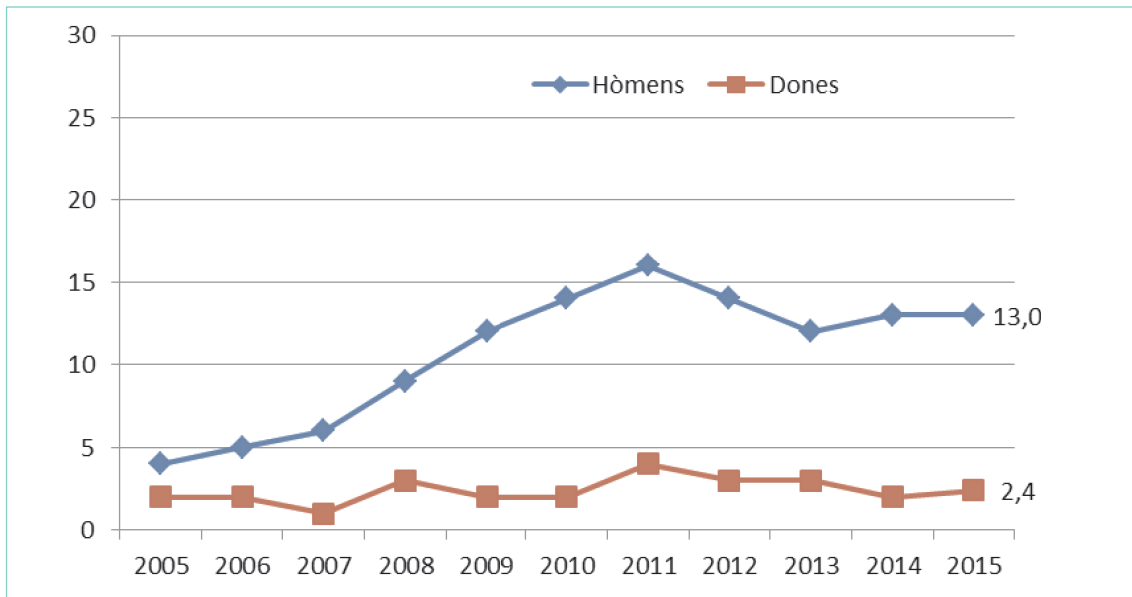
Entre els casos en què s'identifica l'exposició, el 85 % té el seu origen en la transmissió sexual. La transmissió entre home que té sexe amb home (HSH) suposa el 31,8 % de tots els casos amb exposició coneguda i el 67 % de les persones diagnosticades són homes. El 42,6 % dels casos de sida corresponen a persones nascudes a l'estranger.

Infeccions de transmissió sexual

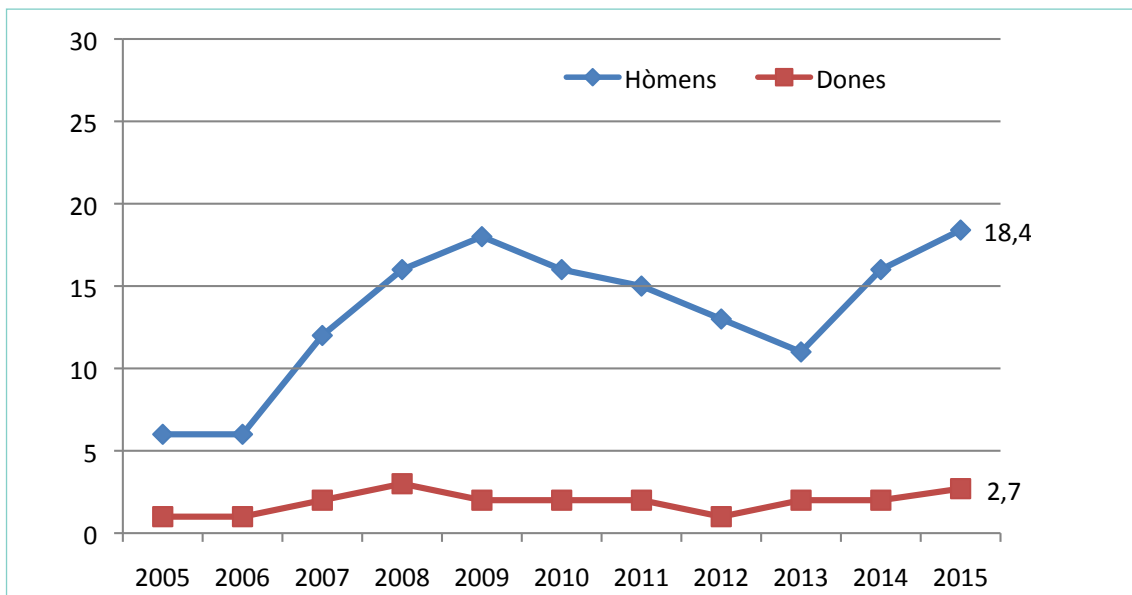
Quant a altres infeccions de transmissió sexual incloses en el Sistema de Declaració Obligatòria, durant l'any 2015 es va registrar una taxa d'infecció gonocòccica de 10,4 casos per 10⁵ hab., i és de 18,4 en homes i de 2,7 en dones. Respecte a la sífilis es va registrar una taxa de 7,6 casos per 10⁵ hab., com en la gonocòccia va ser significativament major en homes, 13,0 davant de 2,4 en dones. La taxa d'infecció per *Chlamydia Trachomatis* va ser de 12,8 casos per 10⁵ hab., significativament major en dones, 17,7 davant de 7,7 en homes. Aquesta infecció cursa en molts casos de forma asimptomàtica. En dones prop del 90 % cursen de forma asimptomàtica i són importants les seqüeles o complicacions que pot produir.

El registre de la *Chlamydia Trachomatis* en el Sistema de Declaració Obligatòria s'inicia l'any 2015. Per a la sífilis i la infecció gonocòccica es mostra l'evolució en les figures següents:

Evolució de la sífilis per sexe. CV 2005-2015



Evolució de la infecció gonocòccica per sexe. CV 2005-2015

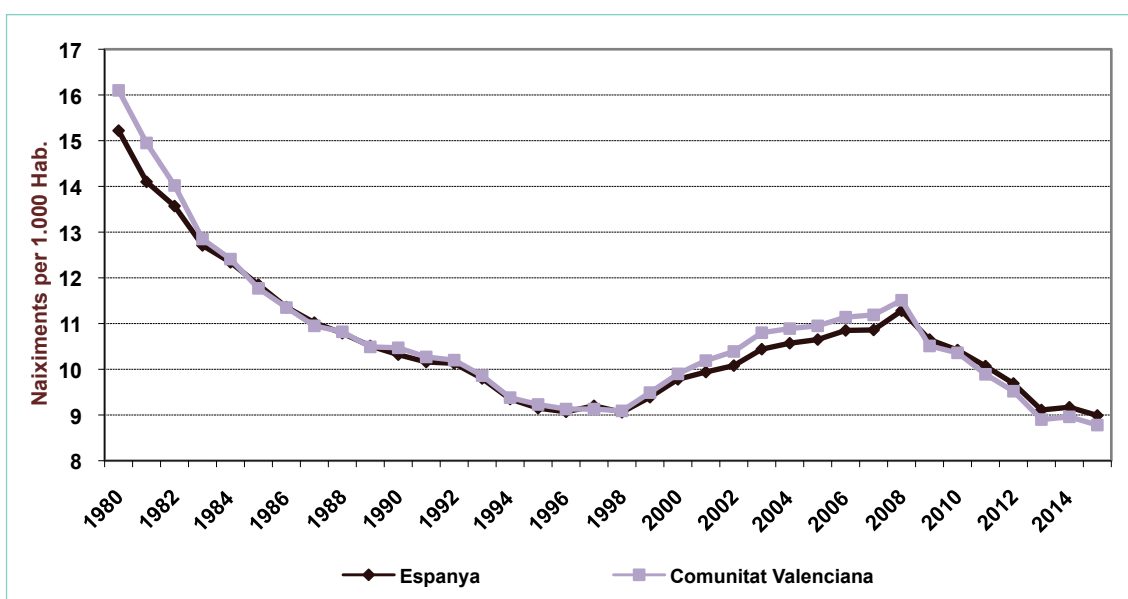


3. Perfil reproductiu de les dones

El començament del nou segle ha suposat un increment progressiu de la taxa de natalitat, tant a la Comunitat Valenciana com a escala nacional, vinculat al creixent i intens moviment migratori viscut pel nostre país en aqueixos anys. A la Comunitat Valenciana, els naixements de dones estrangeres van passar d'un

4% del total de naixements l'any 2000, a un 23,8 % en 2008. A partir d'aqueix any, s'inicia un nou descens de la natalitat, coincidint amb l'avanç de la crisi econòmica i la inversió dels fluxos migratoris cap a altres països, fins a arribar a xifres semblants a les del final de la dècada dels noranta. L'any 2015, la taxa de natalitat a la Comunitat Valenciana va ser de 8,8 naixements vius per mil habitants, xifra lleugerament inferior a la d'Espanya i a la de la Unió Europea. Per departaments de salut, la taxa de natalitat va oscil·lar entre un mínim de 5,9 i un màxim de 10,8 de naixements vius per mil habitants.

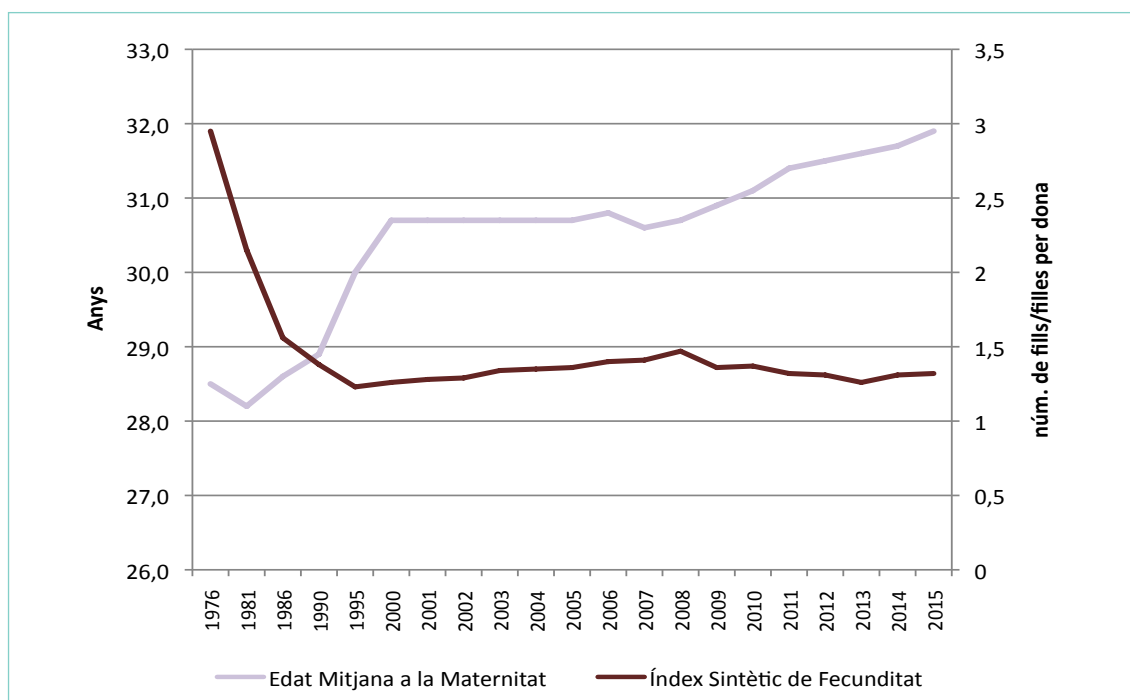
Evolució de la taxa bruta de natalitat. Espanya i Comunitat Valenciana, 1980-2015



Font: Institut Nacional d'Estadística

El patró reproductiu de les dones de la Comunitat Valenciana presenta una evolució semblant a l'observada en la resta del territori espanyol i es caracteritza pel retard en l'edat a l'arribada de l'exercici de la maternitat i el descens en el nombre de fills i filles. L'edat a què les dones tenen la seua primera filla o el seu primer fill s'ha incrementat 5 anys des de 1990, passant de 26,8 anys de mitjana a 31,9 anys en l'actualitat. La taxa de fecunditat en funció de l'edat arriba al valor més alt per a les dones de 30 a 34 anys, i se situa en 88,6 naixements vius per 1.000 dones en aqueix grup d'edat, respecte de l'índex sintètic de fecunditat, aquest roman per sota del 2,1, valor necessari per a assegurar el reemplaçament generacional, des de 1982.

Evolució de l'índex sintètic de fecunditat i de l'edat mitjana a la maternitat. Comunitat Valenciana, 1976-2015



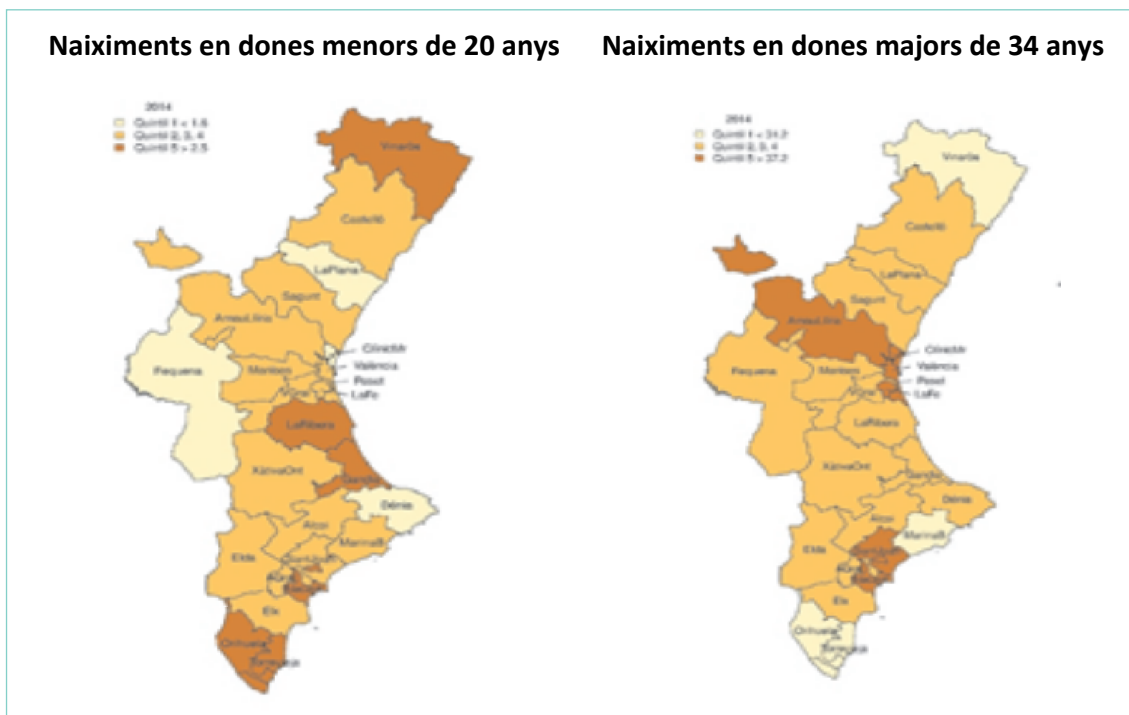
Font: Institut Nacional d'Estadística

Una anàlisi més detallada de la situació actual posa de manifest la coexistència de dos perfils reproductius diferenciats segons la procedència geogràfica de les dones residents a la Comunitat Valenciana. D'una banda, la baixa fecunditat i el retard en l'exercici de la maternitat en les dones autòctones i, d'una altra, una major fecunditat i a edats més primerenques en les dones estrangeres. En 2015, l'edat mitjana a la maternitat a la Comunitat Valenciana va ser de 31,7 anys (32,2 en dones espanyoles i 29,2 en dones estrangeres) i el nombre mitjà de fills / filles per dona es va situar en 1,32 (1,28 en dones espanyoles i 1,52 en dones estrangeres).

L'edat de les dones és un dels factors que s'ha relacionat amb un increment en el risc de mortalitat i morbiditat materna i perinatal. Les gestacions en adolescents i en dones majors de 34 anys són indicadors bàsics en la vigilància de la salut reproductiva. A la Comunitat Valenciana, la proporció de naixements en menors de 20 anys es manté estable en els últims anys, amb xicotetes oscil·lacions al voltant del valor del 2,2 %. Respecte de l'indicador de naixements en dones majors de 34 anys, Espanya és un dels països europeus que presenta una de les xifres més elevada. La situació a la Comunitat és semblant, amb una tendència creixent en la proporció de naixements de dones en aquest extrem d'edat. Entre 2006 i

2014, el percentatge de naixements en dones majors de 34 anys es va incrementar en quasi deu punts i va arribar a la xifra del 35,5 %, és a dir, un poc més d'un terç dels naixements. Cal assenyalar, a més, que ambdós indicadors de naixements de dones menors de 20 anys i el de dones majors de 34 anys presenten una distribució desigual per departaments de salut, com s'observa en la figura següent:

Distribució de la proporció de naixements en dones menors de 20 anys i majors de 34 anys segons Departament de Salut de la Comunitat Valenciana, 2014



Font: Sistema d'Informació en Salut Pública. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

La raça, ètnia o el país de naixement de la gestant són variables àmpliament investigades en els estudis sobre desigualtats en resultats obstètrics i perinatals, amb troballes diverses en funció tant de l'origen de les dones com del país receptor. En 2015, el 21,8 % dels naixements a la Comunitat Valenciana van ser de dones estrangeres, amb una distribució desigual per departaments de salut. El departament de Torrevieja va presentar el valor més elevat, pròxim al 50 % dels naixements, seguit dels departaments de Vinaròs, Marina Baixa i Dénia, amb una proporció de dones estrangeres entre un 30-40 % dels naixements.

Es tracta d'un col·lectiu de dones heterogeni quant a les seues característiques sociodemogràfiques, culturals i condicions de vida, així com en l'accés i utilització dels serveis sanitaris. El grup més nombrós està constituït per dones llatinoamericanes (29 % dels naixements), seguit de les dones procedents d'Eu-

ropa de l'Est (26,9 %) i les originàries d'Àfrica del Nord (24,4%). Una anàlisi més detallada per departaments de salut evidencia, a més de les diferències en la proporció de gestants estrangeres, una distribució desigual segons l'àrea geogràfica d'origen d'aquestes dones.

4. Resultats en salut materna i perinatal

• *Mortalitat materna*

Igual que en la resta de països desenvolupats, la mortalitat materna a Espanya va patir un pronunciat descens en la segona mitat del segle XX, fruit del progrés econòmic i social, millora de les condicions de vida de la població i avanços en l'atenció a la salut maternoinfantil. Entre 1980 i 2014, la raó de mortalitat materna va disminuir des d'11,0 fins a 2,1 morts maternes per 100.000 nascuts vius. L'evolució de la mortalitat materna a la Comunitat Valenciana ha seguit la mateixa tendència decreixent i es manté actualment en un nombre molt baix de defuncions maternes (d'1 a 3 defuncions anuals). Alguns treballs recents apunten cap a l'existència d'un subregistre de la mortalitat materna en les estadístiques oficials que afectaria fonamentalment les morts de causa indirecta i a les defuncions tardanes (entre 43 i 365 dies després de finalitzar la gestació).

• *Morbiditat materna greu*

A pesar de les millores aconseguides en l'atenció sanitària a l'embaràs, part i puerperi encara hi ha un nombre considerable de dones que pateixen complicacions greus associades a la gestació, que poden arribar a posar en perill la seua vida o ser l'origen de seqüeles a llarg termini i motiu de discapacitat. La vigilància de la morbiditat materna greu constitueix un element clau en l'estudi de la salut materna i perinatal en els països desenvolupats. Entre aquests problemes destaquen algunes complicacions obstètriques com ara les crisis hipertensives de l'embaràs (eclàmpsia i preeclàmpsia greu), els processos hemorràgics i la ruptura uterina. També s'ha observat una contribució cada vegada major de la patologia cardiovascular al conjunt de la morbiditat materna, lligat a l'increment en l'edat de les dones i la presència de comorbiditats. Un estudi realitzat a la Comunitat Valenciana, referit al període 2006-2010, va trobar que aproximadament 3 de cada 1.000 gestacions van presentar alguna complicació greu durant l'embaràs,

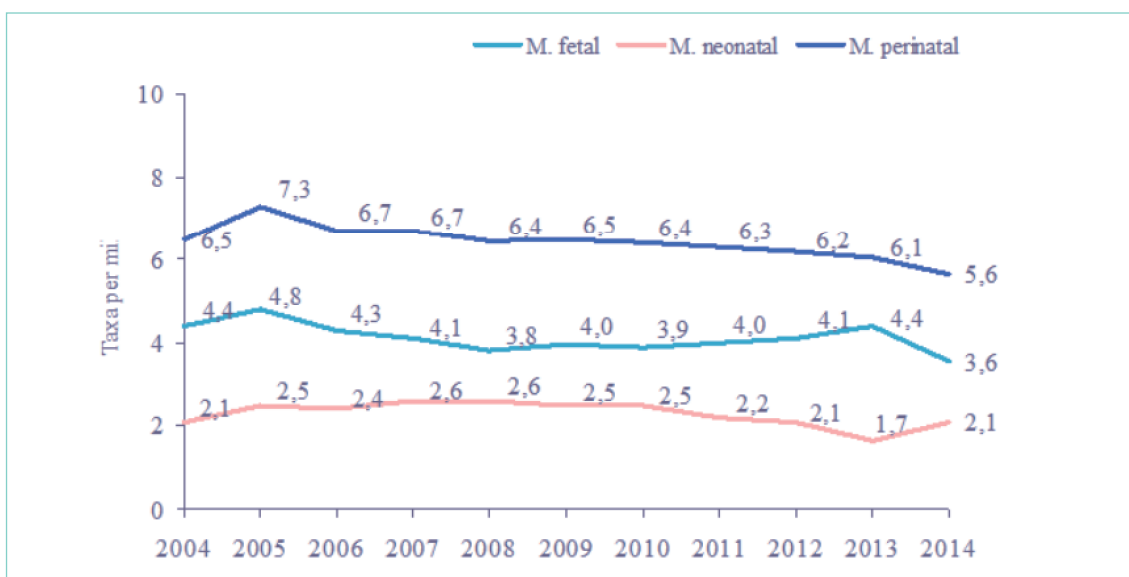
part o al llarg de l'any després de finalitzar la gestació. A més, va evidenciar l'existència de desigualtats en la salut materna segons el país d'origen de la mare, amb un risc major de morbiditat materna greu en les dones subsaharianes.

Els esquinçaments perineals de tercer i quart grau s'associen a una morbiditat significativa i la seua presència es considera un reflex de la qualitat de l'atenció proporcionada en el part i es relaciona amb l'ús indiscriminat de l'episiotomia. Segons les dades registrades en SIA, en 2015 un 1,1 % de les dones embarassades van patir un esquinçament perineal greu durant el part.

• **Mortalitat perinatal**

El nombre total de casos notificats al Registre de Mortalitat Perinatal de la Comunitat Valenciana durant 2014 va ser de 251 morts perinatals, la qual cosa va representar una taxa de mortalitat perinatal de 5,6 casos per 1.000 nascuts. La taxa de mortalitat fetal (des de 22 setmanes de gestació fins al part) va ser de 3,6 per 1.000 nascuts i la taxa de mortalitat neonatal (de 0 a 27 dies de vida) de 2,1 per 1.000 nascuts vius.

Taxes de mortalitat fetal, neonatal i perinatal.
Comunitat Valenciana. Evolució 2004-2014



Font: Registre de mortalitat perinatal de la CV i registre de metabolopaties de la CV.

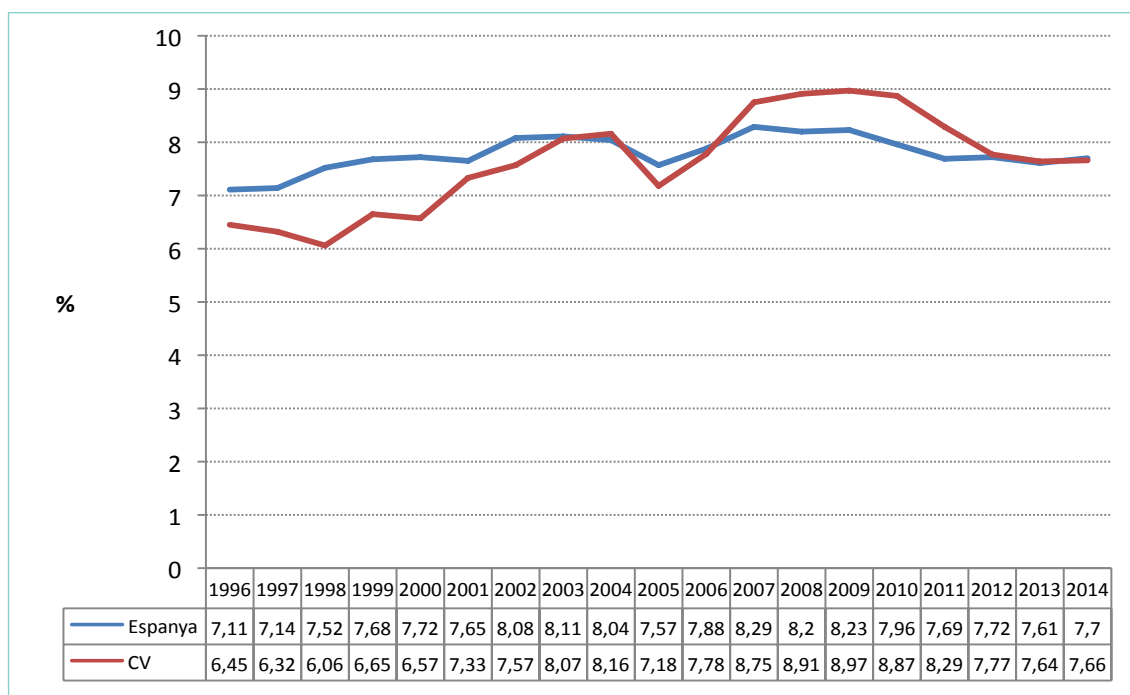
En les gestacions múltiples, la mortalitat fetal és cinc vegades més elevada i la mortalitat neonatal es dispara fins a tretze vegades més. S'observen també diferències en funció del país d'origen de la gestant. En les morts fetals les dones del Nord d'Àfrica, Àfrica Subsahariana i Europa de l'Est arriben a taxes significativament més elevades que en el cas de les dones autòctones. En les morts neonatals les taxes que corresponen a dones del Nord d'Àfrica i Europa de l'Est són significativament més elevades que en el cas de les dones espanyoles.

En 2014, com succeeix en els últims anys, la majoria de les defuncions fetals són de causa desconeguda. La resta s'arregla en el grup de la CIE-10 corresponent a fetus afectat per factors materns i per complicacions de l'embaràs, del treball del part i del part. En les defuncions neonatals les causes bàsiques de mort més habituals són les relacionades amb la prematuritat (com la malaltia de la membrana hialina) i les malformacions congènites i són les més habituals les que afecten el sistema circulatori.

• *Prematuritat i baix pes*

La prematuritat i el baix pes en els nounats constitueix una de les causes més freqüents de morbiditat i mortalitat perinatal i infantil. Entre els factors de risc relacionats amb aquests resultats adversos es troba l'edat extrema de la dona, gestació múltiple, consum de tabac, abús de drogues i estrès durant la gestació. En l'actualitat, Espanya és un dels països europeus que presenta una de les proporcions de naixements prematurs i de baix pes més elevada. A la Comunitat Valenciana, després d'un període d'ascens constant, el percentatge de naixements preterme ha experimentat una certa estabilització, i se situa en un valor pròxim al 8 % del total de naixements en els últims anys.

Evolució dels naixements preterme (<37 setmanes). Espanya i Comunitat Valenciana, 1996-2014



Font: Indicadors Clau del Sistema Nacional de Salut (INCLASNS)

La prevalença de nounats amb pes inferior als 2.500 g es manté també estable, amb un valor semblant al de la prematuritat. L'any 2014, la proporció de nounats amb un pes inferior a 2.500 g sobre el total de naixements va ser el 8,8 % i del 4,2 % en el cas de naixements a terme.

5.2. ATENCIÓ A LA SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

1. Atenció a la salut sexual

L'atenció a la salut sexual dins del Servei Valencià de Salut comença de forma reglada a través de la regulació establida en 1986 amb el Decret 149/1986, pel qual es regulava la prestació de serveis en matèria de planificació familiar i sexualitat a la Comunitat Valenciana. L'any següent es regulen els centres de planificació familiar de la Comunitat mitjançant l'Ordre de 31 de març de 1987.

Els centres de planificació familiar són adscrits com a unitats de suport a l'Atenció Primària. Aquestes unitats de suport s'estructuren i desenvolupen a partir del Decret 74/2007, de 18 de maig, pel qual s'aprova el Reglament sobre estructura, organització i funcionament de l'atenció sanitària de la Comunitat Valenciana.

L'any 2004 amb la publicació del Protocol d'actuació en els centres de salut sexual i reproductiva (CSSR) es produeix la modernització dels dits centres i queda definida la cartera de servei tal com està establida actualment. Les funcions dels CSSR queden circumscrites a tres àmbits:

- Educatiu i informatiu: Educació per a la salut sexual i reproductiva. Individual i comunitària. PIES.
- Preventiu: ITS; càncer de cèrvix, interrupció voluntària de l'embaràs (IVE).
- Assistencial: Prescripció anticoncepció. Consulta preconcepcional. Tractament ITS. Assessorament esterilitat/infertilitat. Teràpia sexològica. Referència en identitat de gènere i intersexualitat.

Originàriament la distribució territorial dels CSSR l'establia l'article quart del Decret 154/1986, en què es determinava que "en cada Àrea de Salut funcionarien un nombre suficient de centres de planificació familiar capaç de donar cobertura assistencial cada un d'aquests a una població estimada entre huit i dotze mil dones en edat fèrtil".

En l'actualitat la xarxa de centres de salut sexual i reproductiva està constituïda per 81 centres, distribuïts en tots els departaments de Salut. Molts dels centres superen el criteri poblacional que es va estimar en el seu moment i arrosseguen l'origen de la seua creació, provinents d'ajuntaments o diputacions, en la distribució geogràfica.

L'equip bàsic d'un CSSR està integrat per un o una professional de: medicina, sexologia, infermeria i per personal administratiu. Moltes vegades els equips d'un CSSR distribueixen el seu horari setmanal entre diversos CSSR.

Els recursos humans que integren la xarxa de CSSR són:

Categoria Professional	Sexe		Total
	Dona	Home	
Treballador / treballadora social	3	0	3
Auxiliar Administratiu / administrativa	30	3	33
Auxiliar d'Infermeria	13	0	13
Zelador / zeladora	1	0	1
Infermer / infermera II.SS	38	4	42
Infermer / infermera especialista Obstètric –Ginecològica	1	0	1
Sexòleg / sexòloga	29	11	40
Ginecòleg / ginecòloga	1	1	2
Metge / metgessa	38	21	59
Total	154	40	194

Font: CIR

En els CSSR durant l'any 2015 es van atendre un total de 450.272 visites, de les quals el 93.38 % van ser realitzades per dones i el 6.42 % per homes.

La distribució per edat de les consultes va ser:

Grup d'edat	Percentatge
< de 16 anys	1.2
16 a 19 anys	6.9
20 a 24 anys	13.2
25 a 34 anys	31.3
35 a 44 anys	32.1
45 a 54 anys	11.6
55 a 64 anys	2.6
65 a 74 anys	0.7
> 74 anys	0.1

Font: ABUCASIS

La demanda fonamental dels CSSR se centra en la demanda anticonceptiva en les dones i per als homes la demanda fonamentalment està referida a l'àrea de sexologia del centre.

Dins de l'estructura pròpia de Salut Pública hi ha els centres d'informació i prevenció de la sida (CIPS), creats l'any 1987 per afrontar la incipient epidèmia

del VIH, i que han sigut transformats en unitats d'atenció al VIH i a la resta d'ITS, i s'han convertit en unitats referents, d'àmbit provincial, en l'atenció a aquests problemes de salut sexual en poblacions amb elevada vulnerabilitat. L'any 2014 es va regular l'activitat assistencial dels CIPS, Resolució de 20 d'octubre, i mantenen el seu caràcter preventiu fonamental.

Hi ha tres unitats de prevenció del VIH i ITS, una per província, amb uns recursos professionals que globalment inclouen 10 professionals de la medicina (8 dones i 2 homes), 4 infermeres i tres administratives.

Durant l'any 2015 els CIPS van atendre 3.787 noves consultes i 4.667 consultes successives, i van atendre un total de 21.000 visites. Els CIPS van realitzar 115 nous diagnòstics de VIH, que representen el 36 % de tots els nous diagnòstics de la Comunitat Valenciana.

Els CIPS són els encarregats del lideratge i coordinació amb les entitats de base comunitària que realitzen la seua activitat al voltant del VIH / sida.

2. Atenció a l'embaràs, part i puerperi

L'atenció a tot el procés reproductiu tindrà diferents portes d'entrada al sistema sanitari, com ara els centres d'atenció primària, els centres de salut sexual i reproductiva i l'atenció especialitzada, amb diferents professionals en cada nivell i depenent dels diferents moments del procés.

En un primer moment, i dins de la cartera de serveis, es preveu la prestació sanitària en salut reproductiva en Atenció Primària.

Es duran a terme activitats en l'atenció a les dones embarassades, en els diferents moments del procés, des de la captació i valoració a través de la consulta preconcepcional, seguiment de l'embaràs, preparació al part, educació maternal, així com la visita puerperal i al primer mes postpart.

Els recursos humans en salut reproductiva en Atenció Primària per a 2015 de la Comunitat Valenciana s'ubiquen en els centres de salut i els consultoris auxiliars, en els quals s'ofereixen els serveis bàsics de medicina familiar i comuni-

tària, pediatria, infermeria, infermeria obstetricoginecològica, treball social i administratiu a la població de referència.

Hi ha 285 centres de salut i 560 consultoris auxiliars, distribuïts en 241 zones bàsiques de salut i dins dels 24 departaments de salut de la Comunitat Valenciana.

En la taula següent es descriuen els recursos humans en atenció primària per sexe.

Recursos humans en Atenció Primària 2015					
Categoria Professional	Dona	%	Home	%	Total
Medicina Familiar i comunitària	1367	49,49	1395	50,51	2762
Pediatria	570	71,79	224	28,21	794
Infermeria	2238	74,40	770	25,60	3008
Infermeria obstetricoginecològica	311	96,88	10	3,12	321
Treballadors socials	138	93,24	10	6,76	148
Auxiliar administratiu / administrativa	1467	85,34	252	14,66	1719

Font: CIR. Servei d'Avaluació de la Qualitat Assistencial

Els recursos humans en salut reproductiva en atenció especialitzada per a 2015 s'ubiquen els hospitals públics de la Comunitat Valenciana i centres d'especialitats. La xarxa pública té 33 hospitals, dels quals 24 amb Maternitat. Els recursos humans en salut reproductiva en aquest nivell per a 2015 els constitueixen les i els especialistes següents: 328 en obstetriciaginecologia i 314 en infermeria obstetricoginecològica.

A continuació, es presenten algunes dades de resultats de l'activitat assistencial prestada entorn del procés reproductiu a la Comunitat Valenciana.

La consulta preconcepcional, activitat integrada en l'atenció prenatal i dirigida tant a la dona com a la seua parella, té per objectiu identificar possibles factors de risc, instaurar les mesures preventives que siguen necessàries i potenciar accions promotores de la salut. Segons les dades registrades en la història obstètrica d'atenció primària només un terç de les dones havia acudit a una consulta

prèvia a la concepció. Juntament amb aquesta baixa cobertura, s'ha constatat també un ús inadequat d'algunes mesures preventives per a les quals hi ha recomanacions explícites basades en l'evidència, com és el cas de l'àcid fòlic per a la prevenció dels defectes del tub neural. Estudis realitzats a la Comunitat Valenciana han evidenciat un patró de consum d'inici tardà i en dosis superiors a les recomanades.

L'inici precoç de l'assistència prenatal és un dels indicadors d'avaluació del programa d'atenció a l'embaràs, part i puerperi. El percentatge d'embarassos controlats des del primer trimestre de gestació a la Comunitat Valenciana es troba pròxim al 90 %, amb lleugeres diferències entre departaments de salut. No obstant això, aquest valor disminueix en el cas de les dones no nascudes a Espanya, i se situa en un rang que oscil·la entre un 70-75 % segons la regió geogràfica d'origen.

El consum de tabac durant la gestació s'ha relacionat amb l'aparició d'avortaments espontanis, parts prematurs i retard del creixement intrauterí. A la Comunitat, al voltant del 22 % de les dones mantenen l'hàbit tabàquic durant l'embaràs i s'aprecien diferències en funció del país de naixement. La prevalença de gestants fumadores és major en les dones d'Europa Occidental /Amèrica del Nord, en les gestants espanyoles i en les d'Europa de l'Est. En la resta de dones, aquest valor és inferior al 5%.

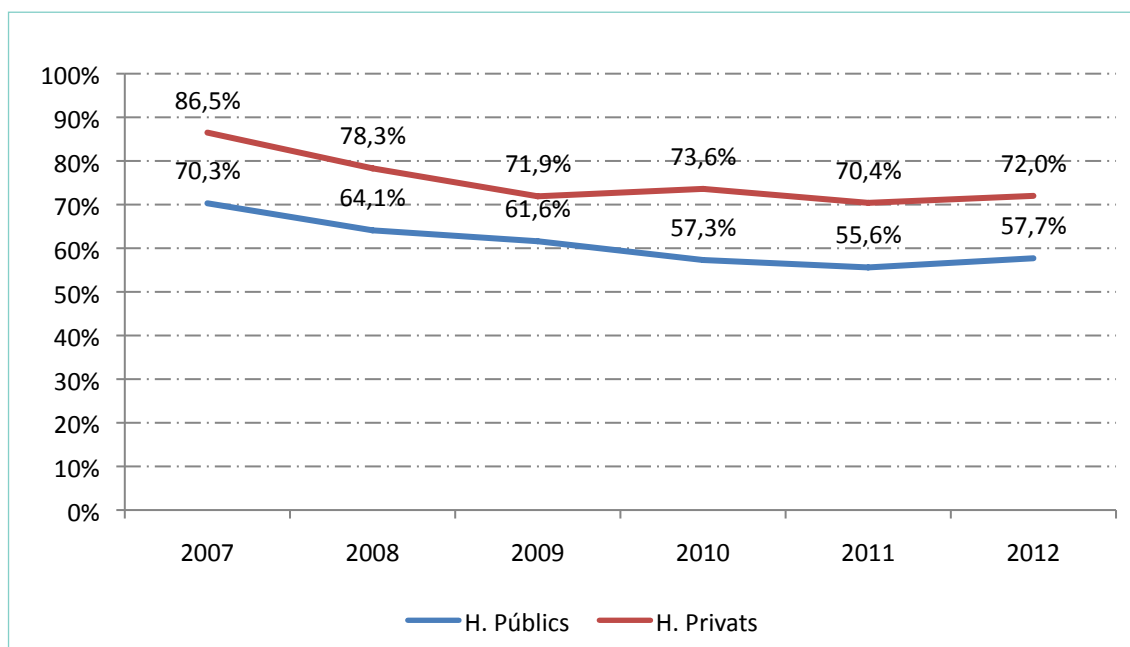
Respecte de la suplementació amb iode durant l'embaràs i la lactància, pràctica no recomanada amb caràcter universal en regions iode suficients com la nostra, la tendència observada és cap a un excés en la dispensació i consum del suplement, present en distints preparats farmacològics.

L'atenció del part en l'àmbit hospitalari ha permés aconseguir grans èxits en la millora de la salut materna i perinatal, però com a contrapartida, l'augment en l'ús de la tecnologia s'ha associat a un excessiu intervencionisme, amb el manteniment d'algunes pràctiques innecessàries i, fins i tot, desaconsellables, que poden interferir en l'evolució fisiològica del part. En els últims anys, s'aprecia una evolució positiva en algunes d'aquestes pràctiques mentre que en altres no hi ha hagut canvis efectius, i s'ha evidenciat, a més, una situació desigual en els diferents hospitals de la Comunitat Valenciana. En 2015, un 58,1% de les gestacions amb seguiment des d'atenció primària, van finalitzar en un part vaginal eutòcic.

A més, un 50,8 % de les dones havien manifestat les seues preferències respecte al desenvolupament del part i naixement del seu fill o filla, en el pla de part.

Entre les intervencions innecessàries i qüestionades per l'evidència científica cal destacar la realització sistemàtica d'episiotomies en parts vaginals eutòcics. En els últims anys, s'observa una tendència descendent en el valor d'aquest indicador, tant en hospitals de titularitat pública com privada, tot i que encara hi ha molt marge de millora.

Episiotomies en parts vaginals segons àmbit d'atenció

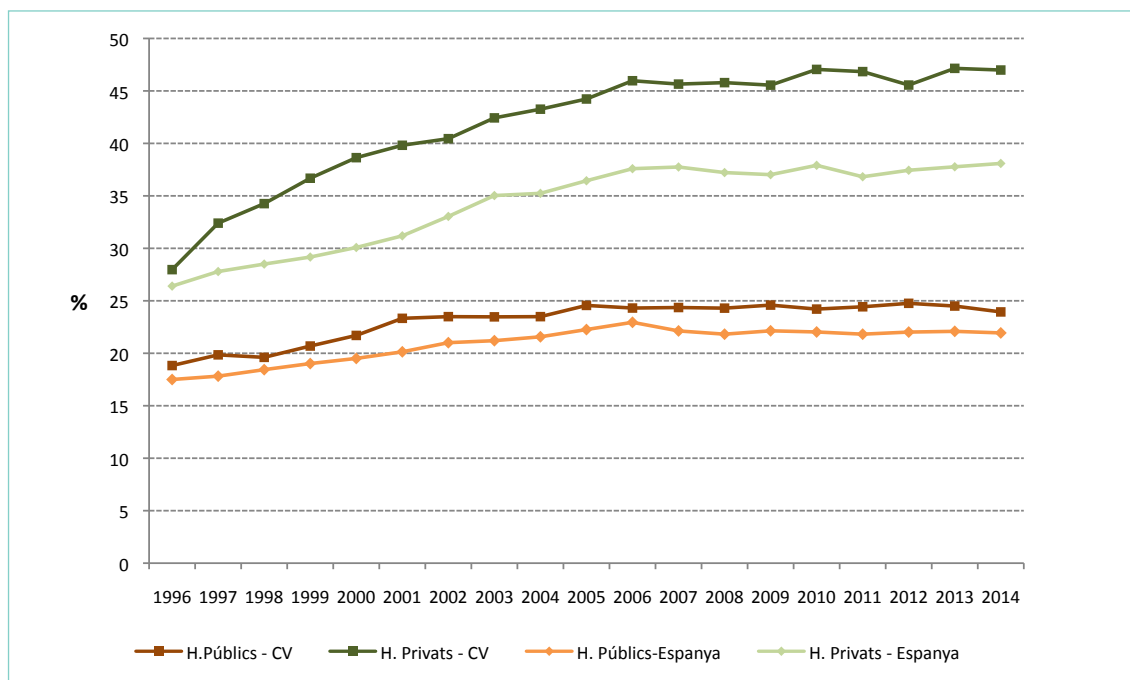


Font: Observatori de Salut Infantil i Perinatal. DGSP. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Respecte d'altres intervencions com la cesària, la situació no és tan favorable amb un increment progressiu en la seua pràctica al llarg de les últimes dècades. Recentment, l'OMS ha realitzat una revisió sistemàtica dels estudis disponibles i ha conclòs que, a escala poblacional, a mesura que la proporció de cesàries augmenta fins a un 10-15 % es redueix la mortalitat materna i neonatal, però que per damunt d'aquests valors no s'observa cap efecte sobre la mortalitat. En 2015, en el conjunt de la Comunitat Valenciana, la proporció de naixements amb cesària va ser del 28,7%, i es manté com la comunitat autònoma amb el valor més elevat. Segons la titularitat del centre, la proporció de cesàries va arribar a un valor mitjà del 23 %

en els hospitals públics i del 47,7 % en els privats, al voltant de 2 i 9 punts per damunt de la mitjana nacional, respectivament.

Evolució de la proporció de cesàries. Espanya i Comunitat Valenciana, 1996-2014



Font: Indicadors Clau del Sistema Nacional de Salut (INCLASNS)

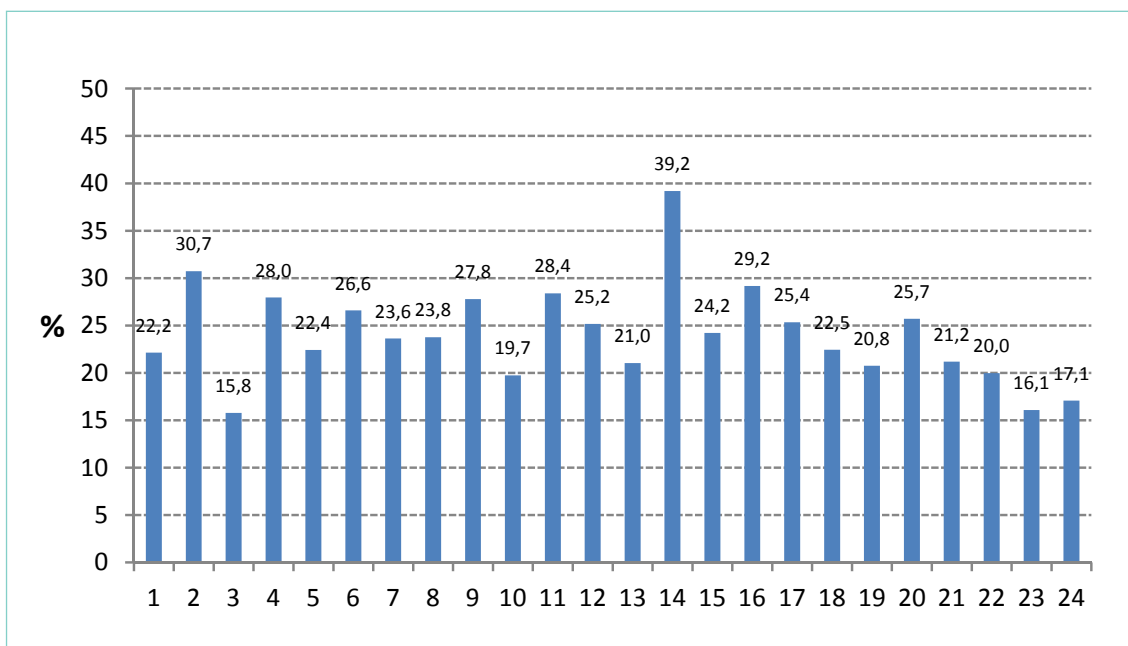
Per a valorar l'adequació en l'indicador de cesàries en l'àmbit hospitalari i permetre la comparació entre centres, és necessari tindre en compte les característiques de la població atesa. L'edat cada vegada més avançada de les mares, l'augment dels embarassos de risc, la difusió de les tècniques de reproducció assistida i l'increment dels embarassos múltiples, són algunes de les variables que s'han relacionat amb l'increment en el nombre de cesàries.

En 2015, la proporció de cesàries en centres públics de la Comunitat Valenciana va oscil·lar entre un mínim del 15,8% en l'hospital de la Plana i un màxim del 39,2 % en l'Hospital General d'Ontinyent. La diferència marcada en la proporció de cesàries segons l'hospital que atén el part no pot ser explicada únicament per una distribució desigual en les característiques de les dones, i indica una variabilitat important en la pràctica mèdica entre centres, amb un percentatge de cesàries innecessàries que podria evitar-se.

El contacte precoç mare-nouat i l'inici de la lactància materna en les dues primeres hores després del naixement són pràctiques que han demostrat ser beneficioses tant per a la mare com per al nouat i la seua aplicació ha anat este-

nent-se a poc a poc a totes les maternitats de la Comunitat Valenciana. L'any 2015, segons consta en la història obstètrica de les gestants amb seguiment des d'Atenció Primària, es va mantindre el contacte precoç mare-nounat en el 85,6 % dels parts i en un 82,5 % es va iniciar la lactància materna precoçment.

Proporció de cesàries en centres públics. Comunitat Valenciana, 2015



1. H. Comarcal de Vinaròs 2. H. General Universitari de Castelló 3. H. Universitari de la Plana 4. H. de Sagunt 5. H. Clínic Universitari de València 6. H. Universitari i Politècnic La Fe 7. H. General de Requena 8. Consorci H. General València 9. H. Universitari Doctor Peset 10. H. Universitari de la Ribera 11. H. Francesc de Borja de Gandia 12. H. de Dénia 13. H. Lluís Alcanyís de Xàtiva 14. H. General d'Ontinyent 15. H. Mare de Déu dels Lliris d'Alcoi 16. H. Marina Baixa de la Vila Joiosa 17. H. Universitari de Sant Joan d'Alacant 18. H. General d'Elda 19. H. Universitari d'Alacant 20. H. General d'Elx 21. H. Vega Baja d'Orihuela 22. H. Universitari de Torrevieja 23. H. de Manises 24. H. Universitari del Vinalopó.

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

Finalment, respecte a les activitats preventives i d'educació sanitària, element fonamental dins del programa d'atenció a la salut de la mare, cal indicar que juntament amb l'educació maternal grupal que s'ofereix a la dona i a la seua parella al llarg de l'embaràs, des de fa uns anys es duen a terme distints tallers de suport a les dones després del naixement del seu fill o filla. L'objectiu és facilitar la recuperació física i emocional de la dona després del part i l'adquisició d'habilitats per a la criança (lactància, estimulació del bebé i massatge infantil). Més del 80 % de les dones gestants i parteres participen en aquestes activitats i estan acompanyades per les seues parelles un poc més de la meitat de les que assisteixen a l'educació prenatal.

6. MISSIÓ I PRINCIPIS RECTORS

6.1 MISSIÓ

Millorar la salut sexual i reproductiva de la població de la Comunitat Valenciana i promoure el desenvolupament efectiu dels drets sexuals i reproductius de totes les persones que la componen.

6.2. PRINCIPIS RECTORS

Els principis que regeixen aquesta Estratègia estan basats en el reconeixement de la dignitat humana i en la necessitat del ple desenvolupament que, respectant la diversitat sexual, de gènere, funcional, cultural i de creences, es troben com a principis superiors i inherents de totes les persones.

Basant-se en aquests principis ètics universals els drets sexuals i reproductius són entesos com a drets humans i i s'ha de garantir la seua efectivitat i harmonitzar la seua promoció i defensa dins d'uns principis tècnics moderns d'organització i funcionament del sistema públic: eficàcia i eficiència, programació i control, servei a la ciutadania, objectivitat i transparència, cooperació i coordinació.

Les societats avançades, com la nostra, aposten per models d'atenció a la salut de les persones que garantisquen l'equitat, la qualitat i una atenció centrada en la persona, i minimitzen aquelles circumstàncies socials i individuals que pogueren produir situacions de discriminació i estigmatització de persones o grups poblacionals.

Basant-se en tot l'anterior els principis rectors que guien l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat seran:

1. Garanteix els **drets sexuals i reproductius** de les persones
2. Potència la **vivència positiva** de la salut sexual i reproductiva

3. Considera la **salut com un *continuum*** al llarg del cicle vital
4. **Centrada en les persones**, prenent en consideració la diversitat sexual i de gènere, els diversos contextos socioculturals i la diversitat funcional
5. **Incorpora la perspectiva de gènere i dels determinants socials** de la salut de forma transversal
6. **Alineada** amb els objectius i accions del **IV Pla de Salut** de la Comunitat Valenciana
7. Impulsa l'**acció intersectorial** i en els distints entorns, Sanitat/Educació/Igualtat/Societat Civil
8. Orientada a l'**equitat** en l'accés i ús dels serveis sanitaris
9. Basada en l'**evidència científica**, a fi de proporcionar la màxima qualitat en totes les accions que desenvolupa
10. Afavoreix el **consens** entre el conjunt de **professionals** per a la seua implementació

7. LÍNIES ESTRATÈGIQUES, OBJECTIUS I ACCIONS

7.1. LÍNIES ESTRATÈGIQUES

- Línia 1.** Promoció de la salut sexual i el benestar de les persones al llarg de tot el cicle vital, garantint els seus drets sexuals.
- Línia 2.** Promoció de la salut reproductiva i el benestar de les persones, garantint els seus drets reproductius.
- Línia 3.** Equitat en l'accés i qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, garantint els drets sexuals i reproductius.
- Línia 4.** Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva.

7.2. OBJECTIUS I ACCIONS

- Línia 1.** Promoció de la salut sexual i el benestar de les persones al llarg de tot el cicle vital, garantint els seus drets sexuals.

Objectius generals

1. Promoure una sexualitat saludable, plaent, igualitària, diversa i respectuosa al llarg de les etapes de la vida considerant les diferents funcionalitats de les persones.
2. Facilitar a la població informació fiable i una educació en salut sexual amb visió holística dels coneixements, habilitats i actituds necessàries per a prendre decisions informades des de la perspectiva de gènere, que considera la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i distints contextos socioculturals.

Objectius específics

1. Potenciar en l'àmbit educatiu l'educació sexual integral i continuada, considerant-la com a part del desenvolupament humà i el benestar de les persones.
2. Proporcionar informació fiable i accessible sobre la salut sexual i drets sexuals, adaptada a totes les etapes de la vida, a través de la xarxa sanitària i les tecnologies de la informació i comunicació, tenint en compte als col·lectius vulnerables i als que estan en risc d'exclusió social.
3. Impulsar la formació en promoció de la salut sexual en els diferents àmbits professionals i competencials.
4. Impulsar la coordinació transversal entre els distints sectors implicats en la promoció de la salut sexual.

Accions proposades

1. Treball conjunt i coordinat entre les diferents administracions responsables per al desenvolupament de l'educació sexual en l'àmbit escolar.
2. Incorporació de l'educació sexual integral des de les etapes primerenques de l'escolarització amb continuïtat al llarg de tot el període educatiu com a part del currículum escolar.
3. Universalització, consolidació i adaptació del Programa d'Intervenció en Educació Sexual (PIES) en tots els centres educatius de la Comunitat.
4. Consens entre els agents implicats dels continguts en educació sexual, que atenga els aspectes psicosocials i relacionals de la vivència de la sexualitat, ajustats a l'evidència científica.
5. Suport a les accions de sensibilització i de formació que permeten prevenir les diferents manifestacions de la violència sexual contra qualsevol persona independentment de la seua orientació sexual i de gènere i grups d'especial protecció com ara menors (abús sexual, sexe forçat,

mutilació genital femenina, etc.) en els distints entorns (familiar, escolar, laboral, sanitari, comunitari).

6. Foment de l'educació sexual entre iguals, dirigida a la població adolescent i jove en contextos informals, i impuls dels seus canals de participació.
7. Promoció de l'ús del preservatiu com a prevenció primària del VIH i altres ITS i com a prevenció d'embarassos no planificats, amb missatges validats i atractius en espais públics, d'oci, de transport, etc., des de la perspectiva de gènere, que considera la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i distints contextos socioculturals.
8. Promoció del coneixement basat en l'evidència científica, exempt d'errors i mites, de tots els mètodes anticonceptius regulars i d'urgència.
9. Treball coordinat en l'àmbit dels mitjans de comunicació i publicitari per a la promoció d'una cultura d'acceptació, respecte, no discriminació i en contra de la violència sexual.
10. Formació motivadora en l'àmbit de la promoció de la salut sexual dirigida als distints perfils professionals (sanitat, educació, igualtat, etc.) des de la perspectiva de gènere, que considera la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i distints contextos socioculturals.
11. Promoció de la salut sexual en persones amb pèrdua de les seues capacitats per alguna patologia invalidant, de forma coordinada entre els diferents recursos socio-sanitaris.
12. Foment del desenvolupament de programes d'intervenció comunitària en matèria de promoció de la salut sexual, dirigits a persones en risc d'exclusió social o en contextos de vulnerabilitat, de forma coordinada entre els diferents recursos socio-sanitaris.

Línia 2. Promoció de la salut reproductiva i el benestar de les persones, i garantir els seus drets reproductius

Objectiu general

1. Promoure la salut, el benestar i l'autonomia de les persones, des de la infància i a l'edat fèrtil, i afavorir una maternitat, paternitat i criança saludable.
2. Facilitar a la població una informació fiable i una educació en salut reproductiva amb visió holística dels coneixements, habilitats i actituds necessàries per a prendre decisions informades, des de la perspectiva de gènere, que considera la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i distints contextos socioculturals.

Objectius específics

1. Promoure l'elecció lliure i responsable de la maternitat i la paternitat per a un naixement desitjat, segur i satisfactori, i impulsar un canvi cap a valors socials no discriminatoris.
2. Potenciar el consell preconcepcional en Atenció Primària (centres de salut i centres de salut sexual i reproductiva), amb intervencions preventives i de promoció de la salut que contribueixen a millorar els resultats en salut reproductiva.
3. Donar suport a les dones i les seues parelles en la vivència fisiològica de l'embaràs, part i puerperi, i facilitar la informació i el desenvolupament d'habilitats, que afavorisca un rol actiu i participatiu en la presa de decisions.
4. Impulsar la formació en la promoció de la salut reproductiva en els diferents àmbits professionals i competencials.

Accions proposades

1. Impuls de mesures de suport a la maternitat i a la paternitat que faciliten la conciliació de la vida laboral, familiar i personal, i afavorir l'elecció lliure del moment de fer-ho i una criança compartida.
2. Promoció de l'alimentació saludable, la pràctica de l'activitat física i la disminució d'exposició a tòxics (tabac, alcohol, drogues, contaminants químics, etc.) per a millorar l'estat de salut de les dones i els homes, durant la preconcepció, l'embaràs i el puerperi.
3. Actualització i impuls d'un protocol de consulta preconcepcional, consensuat pels distints agents assistencials i que tinga en compte intervencions preventives basades en l'evidència científica.
4. Oferta sistemàtica de l'educació prenatal i postnatal, des d'Atenció Primària i de forma coordinada amb Atenció Especialitzada, amb continguts unificats, i que incorpore bones pràctiques. Educació que implique la parella, amb horaris compatibles amb la vida laboral, i que tinga en compte la difusió d'experiències positives o la visita hospitalària abans del part.
5. Oferta d'informació fiable, completa i basada en l'evidència científica de l'atenció al part, que incloga beneficis i riscos de les distintes opcions, per a la participació i presa de decisions compartides entre les dones i professionals de la salut, per a elaborar un pla de part on queden plasades les seues preferències.
6. Foment de la coresponsabilitat en l'atenció i la criança dels fills i el desenvolupament de models parentals positius en els distints àmbits de la vida (familiar, laboral, escolar).
7. Promoció de l'inici i el manteniment de la lactància materna des dels serveis sanitaris, d'acord amb la iniciativa per a la humanització de l'assistència al naixement i la lactància (IHAN) i suport d'accions que en faciliten la pràctica en els llocs públics i centres de treball.

8. Suport a les entitats comunitàries vinculades a la lactància i criança en l'exercici d'activitats de promoció de la salut, de forma coordinada amb el personal sanitari en l'àmbit de l'Atenció Primària i Especialitzada.
9. Sensibilització i formació al conjunt de professionals de la salut en el foment i el respecte a la presa de decisions compartida entre les dones i el personal sanitari, en l'atenció al procés reproductiu.
10. Desenvolupament de programes d'intervenció comunitària en matèria de promoció de la salut reproductiva, dirigits a persones en risc d'exclusió social o en contextos de vulnerabilitat, de forma coordinada entre els diferents recursos socio-sanitaris implicats.

Línia 3. Equitat en l'accés i qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, i garantir els drets sexuals i reproductius

Objectius generals

1. Garantir l'accés de les persones als serveis sanitaris de qualitat per a millorar la salut sexual i reproductiva, amb especial consideració a les diferents situacions de vulnerabilitat des de la perspectiva de gènere, que considera la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i distints contextos socioculturals.
2. Oferir una atenció integral, continuada i de qualitat a la salut sexual i reproductiva, basada en l'evidència científica, adaptada a les necessitats i circumstàncies particulars de cada persona, així com als diferents contextos de vulnerabilitat.

Objectius específics

1. Incrementar l'accés de la joventut a la xarxa assistencial, en especial als centres d'Atenció Primària (centres de salut i centres de salut sexual i reproductiva), i crear un entorn atractiu, adaptat, receptiu i respectuós, en matèria d'assessorament de sexualitat.
2. Potenciar la utilització de la xarxa assistencial i en especial els centres d'Atenció Primària (centres de salut i centres de salut sexual i reproductiva), per part de la població adulta, en matèria d'assessorament de sexualitat i considerant els diferents contextos de diversitat i vulnerabilitat.
3. Reduir les taxes d'embarassos no planificats i de les IVE.
4. Millorar la cobertura de la prestació de la IVE dins de la xarxa assistencial pública.
5. Reduir les taxes de les infeccions de transmissió sexual (ITS).
6. Prestar una atenció prenatal integral i de qualitat, d'inici precoç i al llarg de tot l'embaràs, tenint en compte els diferents contextos de vulnerabilitat, funcionalitat i diversitat, i facilitar la seua implicació i cures al llarg de tot el procés.
7. Potenciar l'atenció al part en un entorn de confiança i intimitat; concedir el màxim protagonisme als desitjos i preferències de les dones i les seues parelles, i cuidar els aspectes de calidesa, qualitat i seguretat en l'atenció.
8. Impulsar una atenció postnatal de continuïtat a les dones, els seus bebés i les famílies, que preveja els canvis físics, psicològics, emocionals i d'adaptació de l'entorn familiar i social.

Accions proposades en salut sexual

1. Atenció en matèria de salut sexual en els centres d'Atenció Primària (centres de salut i centres de salut sexual i reproductiva) i CIPS, a l'ado-

lescència i a la joventut, adaptada a les seues necessitats, prestar especial atenció a la confidencialitat i proporcionar una assistència de qualitat amb horaris accessibles.

2. Coordinació funcional entre els centres d'Atenció Primària (centres de salut i centres de salut sexual i reproductiva), CIPS i Atenció Especialitzada, per a l'atenció de la salut sexual, amb especial consideració a la transició entre les etapes vitals.
3. Actualització i avaluació del protocol d'actuació en els CSSR d'acord amb l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva.
4. Identificació de recursos que treballen en salut sexual en l'àmbit local per a la intervenció coordinada en els centres educatius, espais d'oci, recursos d'atenció a la joventut, centres d'atenció a majors i altres col·lectius ciutadans.
5. Millora de l'accés als preservatius, especialment en la joventut i en contextos de vulnerabilitat socioeconòmica.
6. Atenció a l'anticoncepció de primer nivell des dels centres de salut d'Atenció Primària, en coordinació amb els centres de salut sexual i reproductiva.
7. Millora de l'accés a l'anticoncepció d'urgència (PDD) en la xarxa sanitària pública, acompanyada de consell associat a la dispensació.
8. Finançament dels mètodes reversibles de llarga duració (LARC) en tots els departaments de salut de la Comunitat.
9. Millora de l'accés a la IVE farmacològica i quirúrgica en els centres sanitaris de la xarxa pública, i garantir l'equitat de la prestació en tot el territori de la Comunitat Valenciana.
10. Millora de la prevenció, del diagnòstic precoç i tractament primerenc de les infeccions de transmissió sexual (ITS), amb especial atenció al VIH i al VPH, i facilitar l'accés en els diferents nivells assistencials.

11. Incorporació en l'Atenció Primària (centres de salut, centres de salut sexual i reproductiva) i en l'Atenció Especialitzada la valoració de les pràctiques amb risc per a la salut sexual, per al diagnòstic precoç del VIH i altres ITS, amb especial atenció a poblacions d'elevada vulnerabilitat en coordinació funcional amb els CIPS.
12. Implementació de l'atenció a la transsexualitat en l'àmbit del territori de la Comunitat Valenciana. En coordinació funcional amb la Unitat de Referència per a la Identitat de Gènere i Intersexualitat.
13. Implementació del protocol d'actuació sanitària davant de la mutilació genital femenina en els centres Atenció Primària (centres de salut i centres de salut sexual i reproductiva) i Atenció Especialitzada. En coordinació funcional amb la Unitat de Referència de Cirurgia Reconstructiva de la Mutilació Genital.
14. Millora de les competències professionals en salut sexual, per mitjà de la formació pregrau i postgrau i l'intercanvi d'experiències entre professionals i centres.

Accions proposades en salut reproductiva

1. Revisió i actualització del programa d'atenció a l'embaràs, part i puerperi i incorporar aquelles actuacions que estiguen basades en l'evidència científica.
2. Inici primerenc i de continuïtat en l'atenció a l'embaràs, part i puerperi en dones en situació de vulnerabilitat, amb intervencions coordinades entre serveis socials i entitats comunitàries, i incorporar la mediació intercultural i l'educació entre iguals.
3. Impuls del treball en xarxes assistencials departamentals per a una atenció integral i de qualitat a tot el procés reproductiu.
4. Oferta en tots els departaments de salut de les distintes opcions, basades en l'evidència científica i integrades en l'atenció al part, que per-

meten a la dona decidir en el seu pla de part, i mantenir els nivells actuals de seguretat i qualitat.

5. Foment de l'atenció de baixa intervenció en tots els serveis de maternitat hospitalària en el procés del naixement en dones de baix risc.
6. Adequació d'espais arquitectònics i de dotació d'infraestructures que afavorisquen el maneig del part, en un entorn càlid i integrat durant l'assistència a aquest.
7. Foment del contacte primerenc entre la mare i el nounat i l'inici de la lactància materna.
8. Adequació de la intervenció de cesària a indicacions estandarditzades en tots els hospitals del Sistema Valencià de Salut, que incloga l'anàlisi de les causes i les recomanacions per a la millora de la pràctica clínica.
9. Impuls de la visita postpart domiciliària adaptada a la situació i necessitats particulars de cada cas, per a conèixer l'entorn familiar i afavorir una intervenció, si escau.
10. Actuació coordinada entre comares i personal facultatiu d'Atenció Primària juntament amb els centres de salut sexual i reproductiva, per a l'orientació en l'anticoncepció durant el puerperi, per mitjà del desenvolupament i implementació d'un protocol d'actuació conjunta.
11. Atenció i assessorament en lactància materna a les dones que opten per alletar el fill.
12. Adaptació de les unitats neonatals cap a un enfocament de cures que garantisca un entorn càlid, íntim, respectuós, segur i centrats en la unitat familiar.
13. Optimització del recurs de banc de llet materna, i establir el circuit i els recursos necessaris per a la donació, conservació i recepció d'aquesta en condicions òptimes.
14. Impuls a la donació de sang de cordó umbilical des de totes les maternitats.

15. Elaboració i implementació d'un protocol d'atenció al dol perinatal per a una atenció integral a la dona, la seua parella i família en condicions d'intimitat i privacitat.
16. Millora de l'accés a les tècniques de reproducció humana assistida a les dones sense discriminació per estat civil, orientació sexual i identitat de gènere i diferents capacitats.
17. Incorporació en el diagnòstic genètic preimplantacional de noves patologies, amb criteris basats en l'evidència i eficàcia, per a la prevenció de la transmissió de malalties o trastorns d'origen genètic.
18. Atenció a la salut reproductiva en les persones amb diversitat funcional. Adaptada a les seues necessitats.
19. Millora de les competències professionals en salut reproductiva, per mitjà de la formació pregrau i postgrau i l'intercanvi d'experiències entre professionals i centres.

Línia 4. Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva

Objectiu general

1. Fomentar la generació de coneixement que contribuïska a la millora de la qualitat de la promoció i l'atenció a la salut sexual i reproductiva des de la perspectiva de gènere, que considera la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i distints contextos socioculturals.

Objectius específics

1. Disposar d'informació integrada en salut sexual i reproductiva que permeti l'elaboració d'indicadors per a la presa de decisions clíniques i de gestió i també l'acció en salut.
2. Promoure la investigació en salut sexual i reproductiva amb especial atenció en l'avaluació de les intervencions.
3. Potenciar la identificació de bones pràctiques en salut sexual i reproductiva i la seua difusió en el conjunt de la Comunitat Valenciana i el SNS.

Accions proposades

1. Revisió i actualització àgil de les històries de salut sexual, ginecològica, obstètrica i anticonceptiva disponibles en el Sistema d'Informació Ambulatori (SIA), i incorporar les propostes dels diferents perfils d'usuaris.
2. Revisió i homogeneïtzació del registre d'activitats comunitàries en el SIA, i integrar les activitats d'educació per a la salut en l'escola en matèria de salut sexual.
3. Desenvolupament d'una història neonatal, que garantisca el registre únic de la persona nomenada amb entitat pròpia i que permeti la migració de dades bàsiques a la història pediàtrica del SIA.
4. Comunicació i accessibilitat entre els sistemes d'informació d'Atenció Primària (SIA) i Especialitzada (Orion, Mizar, etc.) per a compartir les dades de les persones usuàries.
5. Integració de la informació generada en els CIPS en SIA i en el Sistema d'Anàlisi de Vigilància Epidemiològica (AVE).
6. Elaboració d'un pla de seguiment i avaluació sistemàtic del compliment i qualitat de les dades recollides sobre salut sexual i reproductiva en SIA i altres sistemes, que incloga la sensibilització i formació contínua del personal sanitari.

7. Incorporació d'indicadors de salut sexual i reproductiva en el sistema d'informació en salut pública (SISP).
8. Foment de l'avaluació qualitativa del programa PIES, centrada en l'anàlisi dels canvis d'actitud sobre salut sexual.
9. Identificació i avaluació d'intervencions innovadores en matèria de salut sexual adreçades a la joventut.
10. Foment de la investigació específica sobre la població masculina en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva.
11. Promoció d'estudis qualitius dirigits a les dones, les seues parelles i família per a conèixer la seua opinió, necessitats i grau de satisfacció amb l'atenció rebuda en relació amb el procés reproductiu.
12. Promoció d'estudis de desigualtats en l'accés i atenció a la salut sexual i reproductiva, incloent-hi variables de sexe, edat, classe social, territori, ètnia, diversitat funcional i diversitat sexual i de gènere.
13. Promoció de la investigació, implementació i avaluació de pràctiques innovadores per a la millora de la qualitat en l'atenció al naixement i criança, prenent com a referència experiències internacionals.
14. Desenvolupament d'un sistema d'identificació, avaluació i difusió de bones pràctiques en salut sexual i reproductiva.
15. Elaboració i difusió de resultats en salut sexual i reproductiva, accessible i adequada als diferents sectors implicats (professionals i ciutadania).
16. Adequació de les vies de comunicació entre els distints àmbits comunitaris i intersectorials, per a l'intercanvi i la incorporació de coneixements en matèria de salut sexual i reproductiva.
17. Millora de l'accessibilitat, del flux i de la localització de la informació en l'ecosistema digital (web, portals, etc.) de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, homogeneïtzació dels continguts i intensificació de la presència en les xarxes socials.

8. IMPLEMENTACIÓ, SEGUIMENT I AVALUACIÓ

Una vegada presentada i aprovada l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva (ESSR), a fi d'assegurar la seua aplicació/execució, caldrà ajustar-se a tres aspectes fonamentals: recursos humans i agents responsables; plans de treball anuals durant el període de vigència de l'ESSR i recursos financers, i pressupost assignat a cada una de les línies estratègiques per a la seua execució.

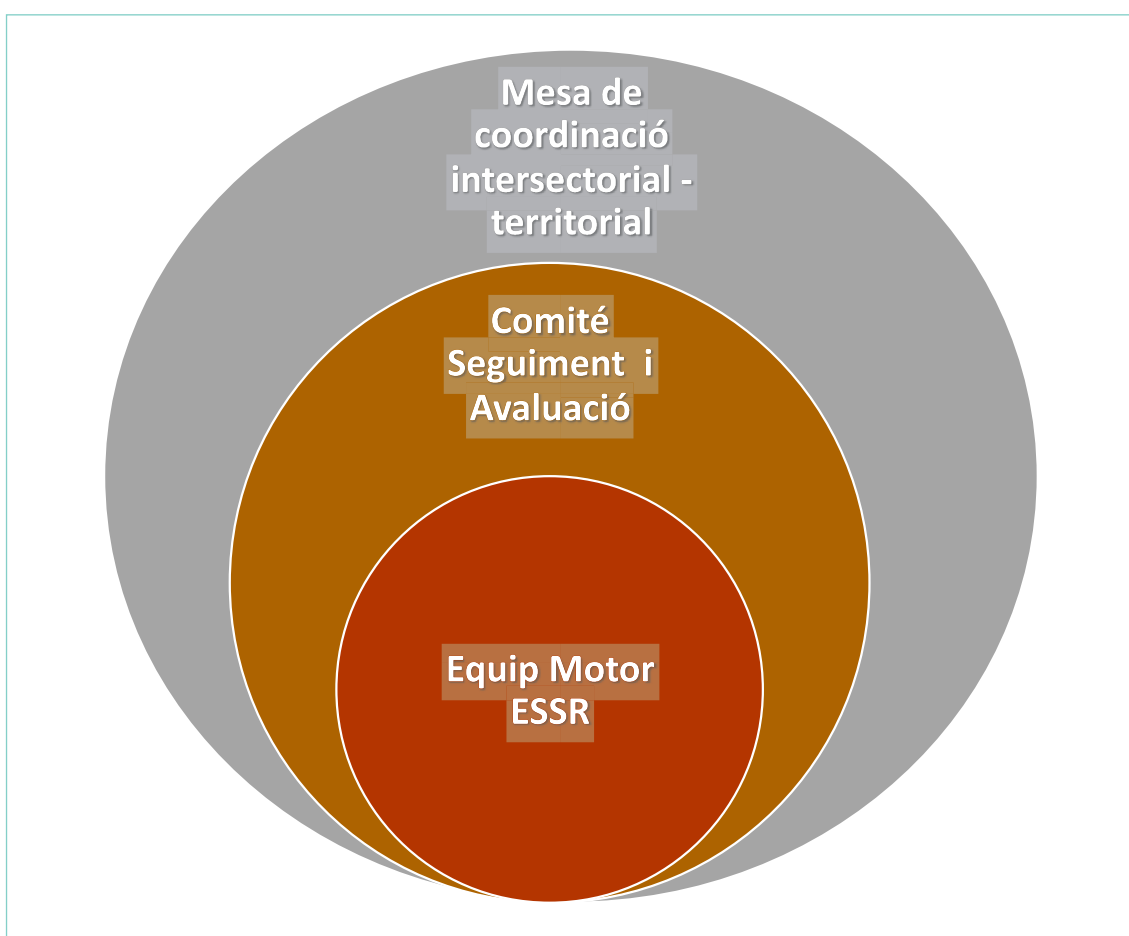
La implementació i execució de l'ESSR serà realitzada i coordinada des de la Direcció General d'Assistència Sanitària i la Direcció General de Salut Pública, que constituïran l'organisme de direcció de l'ESSR.

SOBRE ELS RECURSOS HUMANS I AGENTS RESPONSABLES DE L'APLICACIÓ DE L'ESSR

Es crearan i es designaran tres tipus d'estructures de treball:

- a) **Equip motor (comissió executiva)**. Constituït per professionals de cada una de les àrees que s'indiquen amb les línies estratègiques de l'ESSR. Aquest equip impulsarà l'ESSR en els diferents departaments amb els distints nivells de responsabilitat. Entre les seues funcions estarà aprovar els plans de treball anuals, realitzar el seguiment i articular un espai de participació interdepartamental amb personal tècnic d'altres àrees i amb representants de la societat civil organitzada.
- b) **Comité d'Avaluació i Seguiment de l'Estratègia (CASE)**. Es constitueix com un òrgan que vetla per l'aplicació, seguiment i avaluació de les accions que estan recollides en cada una de les línies estratègiques. Aquest comité estarà format per persones expertes en avaluació de polítiques i programes de salut, per personal tècnic que ha participat en el Comité Tècnic de l'ESSR i per l'equip coordinador.

c) **Mesa d'implementació (mesa de coordinació intersectorial).** És una estructura que inclou un major nombre d'agents clau, tant tècnic com de les societats científiques i organitzacions socials. Aquest espai de participació plural i interdepartamental servirà per a identificar necessitats, generar metodologies específiques, assessories externes i una millora contínua i retroalimentació sobre l'execució de l'ESSR en el període de vigència. El CASE utilitzaria aquest espai per a la interlocució amb la resta d'agents a través de la presentació dels plans anuals.



SOBRE ELS PLANS ANUALS DE TREBALL PER A IMPLEMENTAR L'ESSR

A través de les estructures de treball creades per a l'execució de l'ESSR, s'aprovaran i es posaran en marxa plans anuals de treball que donen cabuda a les prioritats tecnicopolítiques i pressupostàries, definides per a cada any de vigència de l'estratègia.

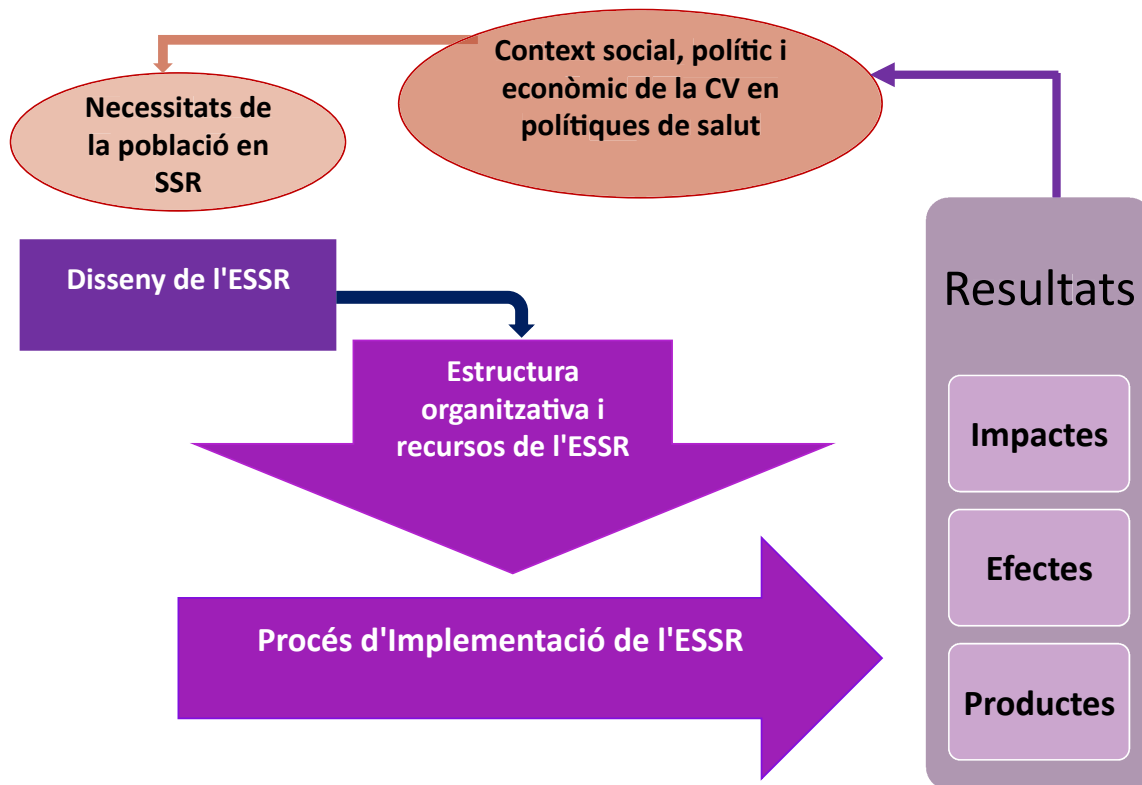


SOBRE LA EVALUACIÓN DE LA ESSR

Cada un dels plans anuals de treball, i l'ESSR en la seua globalitat, serà avaluat seguint el model participatiu des d'on s'ha construït i dissenyat, per a la qual cosa s'utilitzarà una metodologia basada en un model sistèmic d'avaluació, amb la utilització de criteris de valor, la combinació de mètodes i tècniques de recopilació d'informació i la generació participativa de recomanacions i conclusions (annex 3).

Aquest **model sistèmic d'avaluació** per a l'anàlisi integral dels distints aspectes que conformen l'ESSR inclou el context i les necessitats socials que han justificat la seua existència, els mecanismes pels quals es considera que ha de funcionar la política pública (teoria de programa), l'estructura que suporta l'ESSR, els processos que la desenvolupen i apliquen i, finalment, els resultats que es produeixen.

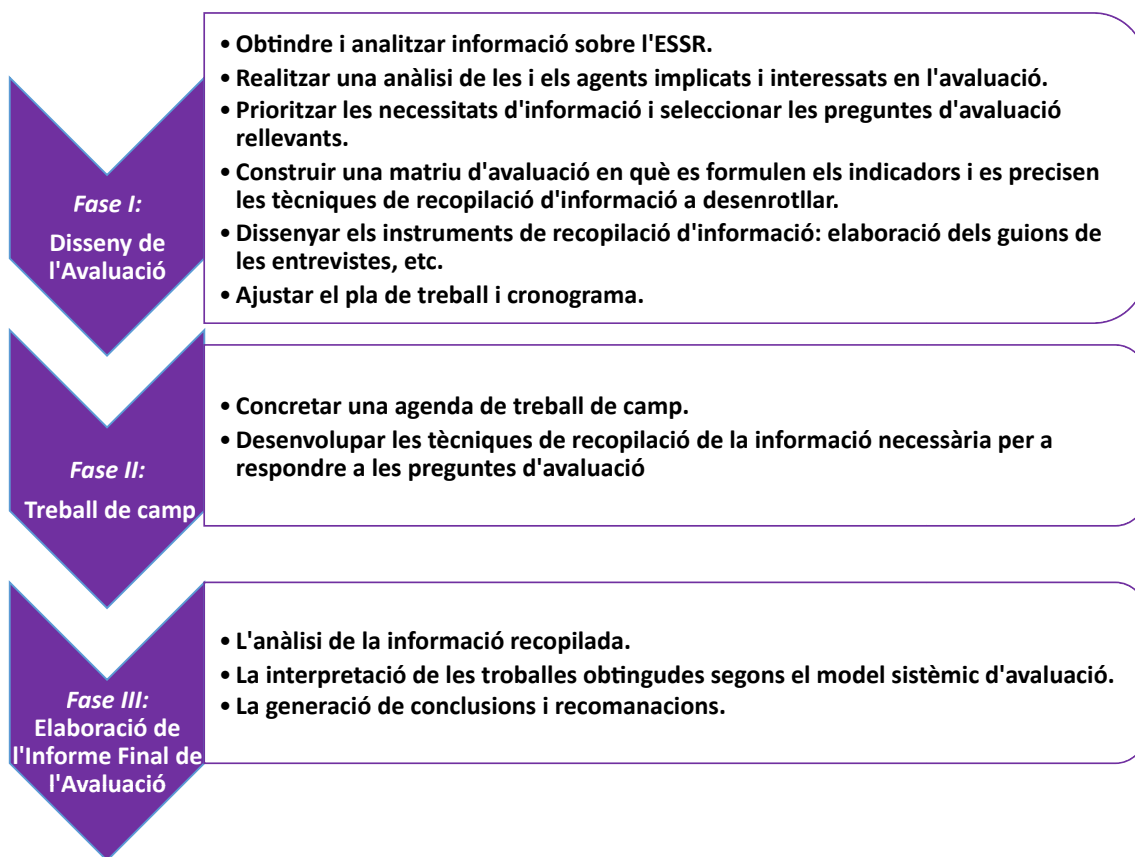
Per tant, el model sistèmic d'avaluació analitza si la lògica de la intervenció que sustenta l'estratègia es manté vigent, si els recursos sobre els quals es de-



sevolupa la intervenció i la seua estructura organitzativa s'ajusten als plans dissenyats i com es desenvolupen els processos establits en els plans anuals esmentats. Finalment analitza els resultats obtinguts en cada una de les línies estratègiques i distingeix entre els productes obtinguts, els efectes que s'han aconseguit i els impactes.

L'avaluació utilitzarà com a criteris de valor: rellevància, pertinència, participació, cobertura, efectivitat, eficiència, eficàcia i impacte (annex 4). Aquests criteris seran utilitzats per a elaborar les preguntes d'avaluació. Durant el desenvolupament de l'avaluació es durà a terme un procés sistemàtic de recopilació d'informació basat en la combinació de fonts, tècniques d'obtenció de dades i tècniques d'anàlisi, que es nodrirà de fonts primàries i secundàries.

Finalment, i en consonància amb el model d'avaluació de l'ESSR, es desenvoluparà un procés participatiu de generació de conclusions i recomanacions que incorporà el criteri de representativitat dels distints col·lectius d'agents de l'ESSR.



8.1. RELACIÓ BÀSICA D'INDICADORS

Línia 1. Promoció de la salut sexual i el benestar de les persones al llarg de tot el cicle vital, i garantir els seus drets sexuals

INDICADORS CLAU		
INDICADOR	MESURA	FONT
Educació sexual integral en centres docents	Sí/No	Política educativa legal
Universalització del Programa d'Intervenció en Salut Sexual (PIES) Numerador: nombre de centres docents públics i privats/concertats que participen en el PIES Denominador: total de centres docents del nivell educatiu en el qual s'ofereix el PIES	Tant per cent de desagregació per titularitat del centre i departament	Sistema d'Informació de Salut Pública ²
Joves de 15 a 24 anys d'edat que identifiquen correctament els mitjans de transmissió sexual del VIH i altres ITS i rebutgen els principals mites associats a la transmissió de VIH i ITS	Tant per cent de desagregació per sexe i orientació sexual ³	Xarxa sentinella Enquesta poblacional ³
Mètode utilitzat l'última vegada que han tingut relacions sexuals completes (indicador d'HBSC)	Tant per cent de desagregació per sexe, edat i mètode anticonceptiu	HBSC ⁴
Desenvolupament d'un pla formatiu en matèria de salut sexual per a professionals d'atenció primària en els àmbits de medicina, pediatria, infermeria i treball social	Sí/No	Assistència sanitària /salut pública
INDICADORS COMPLEMENTARIS		
INDICADOR	MESURA	FONT
Coneixement del recurs dels centres de salut sexual i reproductiva (CSSR) en la seua àrea de residència en escolars de l'últim any d'ensenyament secundari obligatori en centres docents en els quals s'ha realitzat el PIES	Tant per cent de desagregació per sexe i departament	Portal col·laboratiu de la conselleria amb competències en sanitat
Coneixement del recurs dels CSSR en la seua àrea de residència en joves de 15 a 24 anys d'edat	Tant per cent de desagregació per sexe i orientació sexual	Enquesta poblacional
Actualització de formació de monitors del PIES Numerador: nombre de professionals que desenvolupen el PIES en l'aula i que participen com a mínim en una sessió d'actualització en un període temporal (curs escolar) Denominador: total de professionals que desenvolupen el PIES en l'aula en un període temporal (curs escolar)	Tant per cent de desagregació per sexe i departament	Sistema d'Informació de Salut Pública
Proporció de la utilització de contraceptius en la primera relació sexual coital (REPROSTAT-2, UE). Numerador: nombre de persones que declaren utilitzar un mètode anticonceptiu (llista de mètodes) en la primera relació coital en menors de 20 anys Denominador: joves menors de 20 anys que han tingut relacions sexuals amb penetració	Tant per cent de desagregació per sexe i mètode anticonceptiu	Enquesta poblacional Xarxa sentinella Enquesta de la societat espanyola de contracepció ⁵

² Fins a 2015 SIREPS (Sistema d'Informació i Registre d'Educació per a la Salut)..

³ L'última enquesta disponible a la Comunitat Valenciana: Enquesta sobre sexualitat en joves de la CV, 2000.

⁴ HBSC per les sigles en anglés: Estudi sobre conductes dels escolars relacionades amb la salut (Health Behaviour in School-Aged Children) en escolars d'11 a 18 anys, 2014.

⁵ Enquesta d'anticoncepció a Espanya i dades de la Comunitat Valenciana. Observatori de Salut Sexual i Reproductiva de la Societat Espanyola de Contracepció (SEC), 2014.

Línia 2. Promoció de la salut reproductiva i el benestar de les persones i garantir els seus drets reproductius.

INDICADORS CLAU		
INDICADOR	MESURA	FONT
Consulta preconcepcional Numerador: nombre de dones amb consulta preconcepcional Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per grup país d'origen i departament	Història obstètrica (SIA)
Educació prenatal grupal/tallers postnats Numerador: nombre de dones que assisteixen a educació prenatal/tallers Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per grup país d'origen i departament	Història obstètrica (SIA)
Pla de part Numerador: nombre de dones que han presentat el seu pla de part Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per hospital	Història obstètrica (SIA)
Inici precoç de lactància materna Numerador: nombre de dones que inicien la lactància materna en les dues primeres hores després del naixement Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per hospital i finalització (vaginal o cesària)	Història obstètrica (SIA)
Contacte precoç mare-nouat Numerador: nombre de parts en els quals la mare i nouat han romàs junts Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per hospital i finalització (vaginal o cesària)	Història obstètrica (SIA)
Hàbit de tabac durant la gestació Numerador: nombre de dones que fumen durant l'embaràs Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per edat, grup país d'origen i departament	Història obstètrica (SIA)
INDICADORS COMPLEMENTARIS		
INDICADOR	MESURA	FONT
Dones gestants en situació de vulnerabilitat Numerador: nombre de dones en situació de vulnerabilitat (processos socials, addicció a drogues, violència de gènere, pobresa extrema, etc.) Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per edat, grup país d'origen i departament	Història obstètrica (SIA) Proposta d'alerta en Abucasis
Participació de la parella en l'educació prenatal/tallers postnats Numerador: nombre de dones que assisteixen a educació prenatal/tallers acompanyades Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per grup país d'origen i departament	Història obstètrica (SIA)
Coresponsabilitat en la criança de fills		Enquesta de salut de la CV

Els indicadors s'obtidran en un període anual i segons la data de finalització de la gestació.

Línia 3. Equitat en l'accés i qualitat en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, i garantir els drets sexuals i reproductius.

INDICADORS CLAU		
INDICADOR	MESURA	FONT
Revisió del protocol dels CSSR	Sí/No	Assistència sanitària /salut pública
Consulta jove amb accessibilitat horària. Numerador: nombre de CSSR amb una vesprada per a joves. Denominador: total de CSSR	Tant per cent de desagregació per departament	Assistència sanitària/ salut pública
Accessibilitat d'homes i joves d'ambdós sexes als CSSR segons consulta mèdica, sexològica, infermeria. Numerador: nombre de persones de primeres consultes ateses en un CSSR segons consulta mèdica, sexològica i infermeria, en un període temporal Denominador: població major de 12 anys assignada al CSSR	Tant per cent de desagregació per sexe, grups d'edat (<20, 20-25, >25), tipus de consulta (medicina, sexologia infermeria) i departament	Pla de Salut CSSR
Taxa d'embarassos en dones de 15-19 anys Numerador: nombre de nascuts vius + IVE + morts fetals Denominador: dones de 15 a 19 anys	Tant per cent de desagregació per departament	Pla de Salut
Accés a les tècniques de reproducció humana assistida de dones soles o amb parella dona Numerador: nombre de dones que l'han sol·licitada Denominador: nombre de dones que hi han accedit	Tant per cent de desagregació per departament	Assistència sanitària
Taxa d'interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) Numerador: nombre IVE x any Denominador: població de dones en aqueix any	Tant per mil de desagregació per grups d'edat (< 20 anys, 20-49 anys) i departament	SISP
Nombre d'IVES de 9 setmanes o menys realitzades pel mètode farmacològic (IVE MF) Nombre IVE <= de 9 setmanes per IVE MF x centre i finançament Numerador: nombre IVE <= de 9 setmanes per IVE MF semestral, centre i finançament en el departament Denominador: nombre IVE <= de 9 setmanes per IVE MF semestral totals en el departament	Nombre i tant per cent desagregat per tipus de dependència de centre, finançament i departament de salut	Assistència sanitària /salut pública
Taxes d'infeccions de transmissió sexual (clamídia, sífilis, gonocòccia) i VIH Numerador: total de diagnòstics per cada causa en un període determinat Denominador: nombre d'habitants o població resident a meitat del període	Taxa per 100.000 habitants desagregat per Departament de Salut	SISP
Diagnòstics realitzats d'ITS (clamídia, sífilis, gonocòccia) i VIH segons el nivell assistencial. Numerador: diagnòstics per cada causa en un any segons el lloc i els nivells d'atenció (Primària: centres de salut i CSSR. Especialitzada) i en els CIPS Denominador: total de diagnòstics per cada causa en un any segons el lloc i els nivells d'atenció (Primària: centres de salut i CSSR. Especialitzada) i en els CIPS	Tant per cent de desagregació per Departament de Salut	Abucasis / SI CIPS

INDICADORS COMPLEMENTARIS		
INDICADOR	MESURA	FONT
Dones amb risc d'embaràs no desitjat (SEC ⁴). Percentatge de dones que poden tindre fills però no volen tindre'ls en aqueix moment i mantenen relacions sexuals coitals i no utilitzen cap mètode anticonceptiu	Tant per cent de desagregació per factors socioeconòmics, edat i nacionalitat	Xarxa sentinella Enquesta de la Societat Espanyola de Contracepció
Dispensació d'anticoncepció d'urgència en els CSSR	Tant per cent de desagregació per edat i departament	HBSC Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris CSSR
Nombre de caixes subministrades a les oficines de farmàcia d'anticoncepció d'emergència	Desagregació per departament	Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris
Control de la gestant en el primer trimestre d'embaràs Numerador: nombre de dones que acudeixen a control gestacional en el primer trimestre Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per grup de país d'origen i departament	Història obstètrica (SIA)
Part natural: sense intervenció obstètrica Numerador: nombre de dones amb embaràs a terme i part d'inici i finalització espontània Denominador: nombre de dones amb història obstètrica en AP	Tant per cent de desagregació per departament	Història obstètrica (SIA)
Finalització de part amb cesària Numerador: nombre de dones amb finalització de gestació amb cesària i data de part Denominador: nombre de dones amb part en la maternitat	Tant per cent de desagregació per centre de maternitat i tipus de cesària (urgent/intrapart i programada)	Història obstètrica (SIA) o metabolopaties o conjunt mínim bàsic de dades (CMBD)
Taxa de cesàries en grup de baix risc Numerador: nombre de cesàries en parts amb baix risc de cesària Denominador: nombre de parts amb baix risc de cesària	Tant per cent de desagregació per departament i centre de maternitat	ALUMBRA
Episiotomies en parts eutòcics Numerador: nombre de dones amb episiotomies en parts eutòcics Denominador: nombre de dones amb part en la maternitat	Tant per cent de desagregació per departament i centre de maternitat	Història obstètrica (SIA) o conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) o partograma full de part
Esquinçaments perineals de III i IV grau Numerador: nombre de dones amb part per via vaginal amb esquinçaments de grau III i IV Denominador: nombre de dones amb part en la maternitat	Tant per cent de desagregació per departament i centre de maternitat	Història obstètrica (SIA) o conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) o partograma full de part

INDICADORS COMPLEMENTARIS		
INDICADOR	MESURA	FONT
Part vaginal després de cesària prèvia Numerador: nombre de dones amb part per via vaginal després de cesària prèvia Denominador: nombre total de parts després de cesària prèvia	Tant per cent de desagregació per departament i centre de maternitat	Història obstètrica (SIA) conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) o partograma
Cesàries segons la indicació (grups de Robson)	Tant per cent de desagregació per centre de maternitat	
Dones en situació de vulnerabilitat amb control gestacional adequat		

Els indicadors s'obtidran en un període anual i segons la data de finalització de la gestació.

Línia 4. Generació de coneixement, investigació, innovació i comunicació en salut sexual i reproductiva

INDICADOR	MESURA	FONT
Creació d'una comissió d'avaluació dels sistemes d'informació (SI) de la conselleria competent en sanitat	Sí/No	Assistència sanitària /salut pública
Registre de bones pràctiques en el web de la conselleria competent en sanitat	Sí/No	Assistència sanitària /salut pública
Pla de difusió de la informació a professionals i ciutadania generada a partir dels SI	Sí/No	Assistència sanitària /salut pública
Pla de comunicació en l'ecosistema digital de la conselleria competent en sanitat	Sí/No	Assistència sanitària /salut pública

9. BIBLIOGRAFIA

Aldaz-Herce, P, Álvarez-Pasquín, M J, Batalla-Martínez, C, i altres. *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.

Comissió de Drets de la Dona i Igualtat de Gènere. Informe sobre salut sexual i reproductiva i drets afins. Parlament Europeu; 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. Estratègia per a l'atenció del part normal a la Comunitat Valenciana. València: 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, i altres. 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, i altres. Effectiveness of a school HIV/AIDS prevention program for Spanish adolescents. *AIDS Educ Prev*. 2012; 24(6): 500-513.

Federació Internacional de Planificació de la Família (IPPF). La salut i els drets sexuals i reproductius: una agenda crucial per al marc post-2015". UK: Federació Internacional de Planificació de la Família; 2014. Disponible en: http://www.ippf.org/sites/default/files/srhr_post_2015_report_es_web.pdf.

Figueroa-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 Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. 2016. Disponible en: http://www.san.gva.es/documentos/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 Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Agència d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries d'Andalusia, 2014. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf.

Hollowell, J, Rowe, R, Townend, J, i altres. 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*. Institut Basc de la Dona, 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, Martin, 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, i altres. *Actividades preventivas en la mujer*. Atención Primaria. 2016; 48: 105-126.

López Gómez, A, Benia, W, Contera, M, i altres. *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>.

Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat. Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva. Madrid: Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat; 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Informe sobre l'atenció al part i naixement en el Sistema Nacional de Salut. 2012. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/A_InformeFinalEAP.htm.

Ministeri de Sanitat i Política Social. Maternitat Hospitalària. Estandards i Recomanacions. Madrid: Ministeri de Sanitat i Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>.

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

Nacions Unides. Informe de la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona. Beijing: Nacions Unides; 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.

Nacions Unides. Estratègia Mundial per a la Salut de la Dona, el Xiquet i l'Adolescent (2016-2030): Sobreviure, prosperar, transformar. Nova York: Nacions Unides; 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. Recomanacions per a l'acció. 2000. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf.

Organització Mundial de la Salut. Instrucció i assistència en qüestions de sexualitat humana: formació de professionals de la salut. Sèrie d'informes tècnics núm. 572. Ginebra: 1975. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_572_spa.pdf.

Organització Mundial de la Salut. Declaració de la OMS sobre taxes de cesària. Ginebra: Organització Mundial de la Salut; 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1.

Organització Mundial de la Salut. Promoció de la Salut Sexual. Recomanacions per a l'acció. Actes d'una reunió de consulta convocada per: Organització Panamericana de la Salut (OPS) i Organització Mundial de la Salut (OMS), en col·laboració amb l'Associació Mundial de Sexologia (WAS). Celebrada a: Antigua Guatemala, Guatemala, del 19 al 22 de maig de 2000. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/hcp/hca/salud_sexual.pdf.

Picot, J, Shepherd, J, Kavanagh, J, i altres. 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, i altres. 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. Joventut i Salut. *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. Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic. 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. Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic. Minneapolis: 2008. Disponible en: <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/salud-sexual-para-el-milenio.pdf>

A N N E X O S

ANNEX 1:

LLISTA DE PARTICIPANTS

Comissió coordinadora

Luis Mitjans Lafont. Cap de la Secció de Promoció i Prevenció de la Salut Sexual. Direcció General de Salut Pública.

Gracia Barrue Broch. Cap de la Secció de Promoció i Prevenció de la Salut Reproductiva. Direcció General de Salut Pública.

Sonia Alcover Giménez. Cap de Programes d'Infermeria d'Atenció Primària. Servei de Planificació de Programes i Serveis Sanitaris. Direcció General d'Assistència Sanitària.

Rosa Mas Pons. Servei del Pla de Salut. Direcció General de Salut Pública

Esther Castellanos Torres. Relatora externa de l'Estratègia. ECT Sociologia Aplicada

Grupo Coordinador

Les persones que integren la comissió coordinadora més:

Rosa Ramón Bonache. Secció de Promoció i Prevenció de la Salut Sexual. Direcció General de Salut Pública.

Comité tècnic

Alcover Giménez, Sonia. Infermera. Servei de Planificació de Programes i Serveis Sanitaris, DGAS

Barrue Broch, Gracia. Metgessa. *Cap de la Secció de Salut Reproductiva de la DGSP*

Carregui Vilar, Soledad. Comare. Hospital de la Plana de Castelló

Castellanos Torres, Esther. Sociòloga. ECT Sociologia Aplicada

García Valls, Antonia. Cap de la Unitat d'Igualtat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Goicoechea Saez, Mercedes. Metgessa. Secció de Salut Reproductiva de la DGSP

González Canelas, Rosa. Metgessa. Centre de Salut de Salvador Pau. València

González Sala, Josefa. Sexòloga. Centres de Salut Sexual i Reproductiva de Cullera-Sueca-Alzira

Juan Amorós, Concepción. Infermera. Centre de Salut Sexual i Reproductiva de Moncada

Juan Corrons, Amparo. Metgessa. Directora del CIPS i ITS de València

López Maside, Aurora. Metgessa. Subdirecció General d'Epidemiologia de la DGSP

Margaix Fontestad, Lourdes. Comare. Centre de Salut de Puçol. València

Mas Pons, Rosa. Metgessa. Pla de Salut de la DGSP

Mitjans Lafont, Luis. Metge. Cap de la Secció de Salut Sexual de la DGSP

Montero Martín, Eugenio. Metge. Resident del Centre de Salut d'Algemesí. València

Muñoz Muñoz, Palmira. Infermera i sociòloga. Unitat d'Igualtat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

Palacios Marqués, Ana. Metgessa. Servei de Ginecologia Hospital General Universitari d'Alacant

Pérez Campos, Ezequiel. Metge. Cap del Servei de Ginecologia de l'Hospital de Requena

Ramón Bonache, Rosa. Metgessa. Secció de Salut Sexual de la DGSP

Tirado Ramos, Ruth. Comare. Centre de Salut de Vila-real. Castelló

Villagrasa Rocher, Federico. Metge. Centre de Salut Sexual i Reproductiva d'Alcoi

Zafra Espinosa, Trinidad. Metgessa. CIPS i ITS d'Alacant

Comité de Participació

Adriá Pardo, Esperanza. Comité d'Entitats Representants de Persones amb Discapacitat de la Comunitat Valenciana (CERMICV)

Alabau Siurane, Merche. Confederació AMPA Gonzalo Anaya

Beseler Soto, Beatriz. Metges del Món (MDM-CV)

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

Castro Rojas, Lilian. Agents de Salut de Base Comunitària (ASBC)

Cuenca Gómez, Concepción. Associació de Comares Comunitat Valenciana

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

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

Escudero López, Ana. Unió General de Treballadors (UGT)

Fernández Rocha, Susana. Associació el Part és Nostre

García Galdón, Susi. Associació ALANNA

García Gómez, Teresa. Associació Espanyola de Treball Social i Salut

Gómez García, Carlos Manuel. Coordinadora d'Associacions VIH Sida Comunitat Valenciana (CALCSICOVA)

Guillot Roselló, Beatriz. Associació Valenciana de Pediatria d'Atenció Primària (AVALPAP)

Hurtado Murillo, Felipe. Associació d'Especialistes en Sexologia (AES)

Jort Povea, Sara. Associació el Part és Nostre

Maraberla Pérez, Teresa. Psicòlegs sense Fronteres

Martínez Albert, Carolina. Associació d'Infermeria Comunitària (AEC)

Martínez Santamaría, Elena. Associació MAMARE Castelló

Mocholí Soler, Amparo. Associació d'Ames de Casa i Consumidors Tyrius

Navarro Beltrá, Miriam. Societat Espanyola de Medicina Tropical i Salut Internacional (SEM-TSI)

Ortega Romero, Mar. Col·lectiu Lambda Comunitat Valenciana

Palau Fuster, Lupe. Associació MAMARE

Parra Rives, Inma. Societat Valenciana de Contracepció i Salut Reproductiva

Perpiñá Cano, Jorge. Societat Valenciana de Contracepció i Salut Reproductiva (SVCSR)

Ricart Miguel, Charo. Comité d'Entitats Representants de Persones amb Discapacitat de la Comunitat Valenciana (CERMICV)

Sánchez Sánchez, Froilan. Societat Espanyola de Metges d'Atenció Primària (SEMERGEN)

Santamaña Castañer, Josefa Inés. Associació de Comares Comunitat Valenciana

Seguí Francés, Xavier. Associació Espanyola de Professionals de la Sexologia (AEPS)

Suárez Vicent, Eva. Associació Valenciana de Pediatria d'Atenció Primària (AVAL-PAP)

Valero Oltra, Raquel. Societat Espanyola d'Intervenció en Sexologia (SEIS)

Valasco, Benjamín. Associació Valenciana d'Estudiants (ASVAES)

Grup 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. Centre 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.

ANNEX 2

DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS

Els drets sexuals i reproductius són considerats com a drets humans irrenunciables perquè inclouen, entre altres, drets humans bàsics reconeguts i acceptats per la majoria d'estats que formen part de les Nacions Unides.

Diferents tractats i pactes internacionals -el Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics i el Pacte de Drets Econòmics, Socials i Culturals, en vigor ambdós des de 1976; la Convenció sobre l'eliminació de totes les formes de discriminació contra la dona, en vigor des del 1981 després de trenta anys de treball de la Comissió Jurídica i Social de la Dona de Nacions Unides; la Convenció dels Drets del Xiquet, promulgada en 1990, entre altres- van permetre que en 1994, en l'informe de Nacions Unides de la Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament, es definira la salut reproductiva, cohesionant-se amb la salut sexual definida en 1975.

Drets sexuals

Drets que s'han agafat del document: "Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic. 2009. OMS, OPS, WAS"

1. **El dret a la llibertat sexual.** La llibertat sexual comprén la possibilitat de la plena expressió del potencial sexual dels individus. No obstant això, això exclou tota manera de coerció, explotació i abusos sexuals en qualsevol temps i situació de vida.
2. **El dret a l'autonomia, integritat i seguretat del cos.** Aquest dret inclou la capacitat de prendre decisions autònomes sobre la pròpia vida sexual dins del context de l'ètica personal i social. També estan incloses la capacitat de control i el gaudi dels nostres cossos, lliures de tortura, mutilació i violència de qualsevol tipus.

3. **El dret a la privacitat sexual.** Aquest involucra el dret a les decisions i conductes individuals realitzades en l'àmbit de la intimitat sempre que no interferisquen en els drets sexuals d'altres.
4. **El dret a l'equitat sexual.** Aquest dret fa referència a l'oposició a totes les maneres de discriminació, independentment del sexe, gènere, orientació sexual, edat, raça, classe social, religió o limitació física o emocional.
5. **El dret al plaer sexual.** El plaer sexual, incloent-hi l'autoerotisme, és font de benestar físic, psicològic, intel·lectual i espiritual.
6. **El dret a l'expressió sexual emocional.** L'expressió sexual va més enllà del plaer eròtic o els actes sexuals. Tot individu té dret a expressar la seua sexualitat a través de la comunicació, el contacte, l'expressió emocional i l'amor.
7. **El dret a la lliure associació sexual.** Significa la possibilitat de contraure o no matrimoni, de divorciar-se i d'establir altres tipus d'associacions sexuals responsables.
8. **El dret a la presa de decisions reproductives, lliures i responsables.** Això comprén el dret a decidir tindre o no fills, el nombre i l'espaiament entre cadascun, i el dret a l'accés ple als mètodes de regulació de la fecunditat.
9. **El dret a la informació basada en el coneixement científic.** Aquest dret implica que la informació sexual ha de ser generada a través de la investigació científica lliure i ètica, així com el dret a la difusió apropiada en tots els àmbits socials.
10. **El dret a l'educació sexual integral.** Aquest és un procés que s'inicia amb el naixement i dura tota la vida i que hauria d'involucrar totes les institucions socials.
11. **El dret a l'atenció de la salut sexual.** L'atenció de la salut sexual ha d'estar disponible per a la prevenció i el tractament de tots els problemes, preocupacions i trastorns sexuals.

Drets reproductius

Drets que s'han agafat d'ONUSIDA i de la Carta de Drets Reproductius de la IPPF.

1. **Dret a la vida.** Significa que no s'ha d'arriscar la vida de cap dona a causa d'un embaràs i l'accés a l'atenció durant l'embaràs, el part i la lactància. Aquest dret inclou també l'eliminació de tota forma de violència.
2. **Dret a la llibertat i seguretat de les persones.** Reconeix que cap dona o xiqueta ha de ser sotmesa ni a la mutilació genital femenina, ni a l'embaràs, esterilització o avortament forçat. De la mateixa manera, reconeix la llibertat de decidir de manera responsable sobre la sexualitat i reproducció i el dret a mantindre relacions sexuals lliures d'infeccions de transmissió sexual i de VIH-Sida.
3. **Dret a la igualtat / dret a la no-discriminació.** Fa referència a la protecció dels drets de les persones d'estar lliure de totes les formes de discriminació, incloent-hi la vida sexual i reproductiva.
4. **Dret a la intimitat i la confidencialitat.** Implica el dret a la privacitat. Els serveis han de garantir la confidencialitat i el dret que tenen totes les dones a prendre decisions reproductives autònomes, sense imposició dels companys o família d'origen en el cas de les dones joves.
5. **Dret a la llibertat de pensament i a rebre i impartir informació.** Inclou la llibertat d'interpretació de textos religiosos, creences, filosofies i costums restrictius que limiten la llibertat de pensament sobre l'atenció a la SSR, així com el dret de les persones adolescents a rebre informació i assessorament sobre anticoncepció.
6. **Dret a informació i educació sobre SSR.** Inclou l'accés a una informació completa, oportuna i científica sobre els beneficis, riscos i eficàcia de tots els mètodes de regulació de la fertilitat, a fi que totes les decisions preses es basen en consentiment informat, lliure i ple. De la mateixa manera, aquest dret inclou l'educació sexual com un procés de construcció individual i social per a l'eliminació dels estereotips que

condicionen les desigualtats en les relacions entre dones i homes respecte al procés reproductiu.

7. **Dret a la planificació de la família.** Dret a l'elecció de l'estat civil; a decidir casar-se o no; a planificar i tindre una família o no; a decidir tindre fills o no, i quan i amb quin espaiament; a l'adopció sense discriminació per raó de sexe, gènere i orientació sexual.
8. **Dret als nivells més alts de salut reproductiva, a l'atenció mèdica i a la protecció de la salut reproductiva.** Inclou una atenció amb la més alta qualitat, a una anticoncepció -de bona qualitat segura i acceptable- accessible econòmicament per a totes les dones i a la prevenció d'embarassos no planejats.
9. **Dret a gaudir dels beneficis del progrés científic.** Inclou les noves tecnologies en reproducció que siguin segures per a la salut, eficaces i acceptables per a dones i homes.
10. **Dret a la llibertat d'assemblea i participació política.** Inclou que totes les persones puguin influir en les comunitats i governs perquè donen prioritat a la salut i els drets sexuals i reproductius.
11. **Dret a una vida lliure de tortura i tracte inhumà.** Inclou que totes les persones, dones i homes adolescents, xiquetes i xiquets, tinguin protecció davant de la violència, explotació sexual i abús.

ANNEX 3

GLOSSARI DE TERMES

Acció intersectorial

Relació reconeguda entre parts de distints sectors de la societat que s'ha establert per a emprendre accions en un tema a fi d'aconseguir resultats de salut o resultats intermedis de salut, de manera més eficaç, eficient o sostenible que aquella que el sector sanitari puga aconseguir si actua en solitari. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Apoderament de les dones

L'èxit de la igualtat de gènere exigeix l'apoderament de les dones per a garantir que la presa de decisions a nivell privat i públic i l'accés als recursos ja no s'inclinen a favor dels homes, de manera que tant dones com homes hi puguen participar plenament com a persones iguals en la vida productiva i reproductiva (FNUAP 2005). (Pres de l'OMS. Nota descriptiva núm. 403. Agost de 2015).

Apoderament per a la salut

En promoció de la salut, l'apoderament per a la salut és un procés per mitjà del qual les persones adquireixen un major control sobre les decisions i accions que afecten la seua salut. S'estableix una distinció entre l'apoderament per a la salut de l'individu i el de la comunitat. L'apoderament per a la salut individual es refereix principalment a la capacitat de l'individu per a prendre decisions i exercir control sobre la seua vida personal. L'apoderament per a la salut de la comunitat suposa que els individus actuen col·lectivament a fi d'aconseguir una major influència i control sobre els determinants de la salut i la qualitat de vida de la seua

comunitat. Aquest és un important objectiu de l'acció comunitària per a la salut. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Avaluació de l'impacte en salut

És una combinació de procediments, mètodes i eines amb què pot ser jutjada una política, un programa o un projecte, en relació amb els seus efectes potencials en la salut de la població, i sobre la distribució d'aqueixos efectes dins de la població. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Contacte pell amb pell

També denominat contacte precoç mare-criatura nounada consisteix a: immediatament després del part vaginal o per cesària, el nounat es col·locarà pell amb pell en el pit o abdomen de la mare almenys durant 70 minuts, romandran junts i es posposaran els procediments excepte la identificació i el test d'Apgar, sempre que l'estat de salut d'ambdós ho permeta.

Les dues primeres hores després del naixement és el denominat període sensitiu (alerta tranquil·la) provocat per la descàrrega de noradrenalina durant el part. El contacte immediat pell amb pell del nounat amb sa mare té múltiples efectes beneficiosos per als dos. Facilita reconèixer l'olor materna, establir el vincle, la lactància i l'adaptació a la vida extrauterina. Es recuperen més ràpid de l'estrés, normalitzen abans la glucèmia, l'equilibri acidobàsic i la temperatura. Posa en marxa els reflexos de recerca i succió, la qual cosa fa augmentar la freqüència de preses amb èxit. Per a la mare, facilita la disminució de la grandària uterina per secreció d'oxitocina i evita experiències emocionals negatives. (Pres del document Informe sobre l'atenció al part i naixement en el Sistema Nacional de Salut. Desembre 2012. Observatori de Salut de la Dona. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat).

Desigualtats en salut

Són aquelles diferències en matèria de salut que són innecessàries, evitables i injustes, i que estan condicionades per les diferències d'oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seua classe social, sexe, territori o ètnia. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Determinants socials de la salut

Són les condicions en què la gent naix, viu, treballa i envellaix, inclòs el sistema de salut. Aquestes circumstàncies estan modelades per la distribució dels diners, el poder i els recursos en els àmbits local, nacional i mundial, sobre els quals influeixen les decisions polítiques. Els determinants socials de la salut són, majoritàriament, responsables de les iniquitats en salut. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Diversitat sexual

Fa referència a la gamma completa de la sexualitat, la qual inclou tots els aspectes de l'atracció, el comportament, la identitat, l'expressió, l'orientació, les relacions i les reaccions sexuals. Fa referència a tots els aspectes dels éssers humans com a éssers sexuats. (Pres del document: Diversitat i inclusió. Glossari de conceptes sobre diversitat sexual. COGAM).

Drets reproductius

Els drets reproductius comprenen determinats drets humans que ja estan reconeguts en les lleis nacionals, en els documents internacionals sobre drets humans i en altres documents pertinents de les Nacions Unides aprovats per consens. Aquests drets es basen en el reconeixement del dret bàsic de totes les pa-

relles i individus a decidir lliurement i responsablement el nombre de fills, l'espaiament dels naixements i l'interval entre aquests i a disposar de la informació i dels mitjans per a això i el dret a tindre el nivell més elevat de salut sexual i reproductiva. (Pres de l'informe de la IV Conferència Mundial sobre la Dona. Beijing, 1995. Nacions Unides. Nova York, 1996. Objectiu Estratègic 95).

Drets sexuals

Els drets sexuals comprenen els drets humans que ja es reconeixen en les lleis nacionals, en els documents internacionals de drets humans i en altres declaracions de consens. Comprenen el dret de totes les persones perquè lliures de coacció, discriminació i violència puguen aconseguir el nivell més alt possible de salut sexual. (Pres del document Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic.2009. OMS, OPS, WAS).

Equitat de gènere

L'equitat de gènere és el procés de tractar amb justícia les dones i els homes. Per a aconseguir la justícia, sovint cal tindre en compte les estratègies i les mesures que compensen els desavantatges històrics i socials de les dones que impedeixen a les dones i als homes desenvolupar-se en igualtat de condicions. L'equitat condueix a la igualtat. La igualtat de gènere exigeix que les dones i els homes gaudisquen per igual dels béns, les oportunitats, els recursos i les recompenses que es valoren socialment. On hi ha desigualtat en matèria de gènere, generalment, les dones són excloses o estan en situació desfavorable amb relació a la presa de decisions i a l'accés als recursos econòmics i socials. Per consegüent, un aspecte fonamental de la promoció de la igualtat de gènere és l'autonomia de les dones, i s'ha d'insistir a identificar i corregir els desequilibris de poder i donar a les dones més autonomia per a manejar les seues vides. (Pres del document Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic.2009. OMS, OPS, WAS).

Equitat en salut

L'equitat en salut significa que les necessitats de les persones guien la distribució de les oportunitats per al benestar. L'estratègia global de l'OMS per aconseguir la salut per a tots està dirigida fonamentalment a la consecució d'una major equitat en salut entre i dins de les poblacions i entre els països. Això comporta que totes les persones tinguen d'igualtat d'oportunitats per a desenvolupar i mantindre la seua salut, a través d'un accés just als recursos. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Erotisme

L'erotisme és la capacitat humana d'experimentar les respostes subjectives que evoquen els fenòmens físics percebuts com a desig sexual, excitació sexual i orgasme, i que, generalment, s'identifiquen amb plaer sexual. L'erotisme es construeix tant en l'aspecte individual com social amb significats simbòlics i concrets que el vinculen a altres aspectes de l'ésser humà. (Pres del document: Promoció de la salut sexual. Recomanacions per a l'acció. 2000. OMS, OPS, WAS).

Gènere

El gènere es refereix a les característiques de les dones i els homes definides per la societat, com ara les normes, els rols i les relacions que existixen entre ells. El que s'espera de l'un i l'altre gènere varia d'una cultura a una altra i pot canviar amb el temps. És important reconèixer les identitats que no encaixen en les categories binàries de sexe masculí i sexe femení. Les normes, les relacions i els rols vinculats amb el gènere també influeixen en els resultats de salut de les persones transsexuals o intersexuals. (Pres de l'OMS. Nota descriptiva núm. 403. Agost de 2015).

Identitat de gènere

La identitat de gènere defineix el grau en què cada persona s'identifica com a masculina o femenina o alguna combinació d'ambdues. És el marc de referència intern, construït a través del temps, que permet als individus organitzar un auto-concepte i a comportar-se socialment en relació amb la percepció del seu propi sexe i gènere. La identitat de gènere determina la forma en què les persones experimenten el seu gènere i contribueix al sentit d'identitat, singularitat i pertinença. (Pres del document: Promoció de la salut sexual. Recomanacions per a l'acció. 2000. OMS, OPS, WAS).

Identitat sexual

La identitat sexual inclou la manera com la persona s'identifica com a home o dona, o com una combinació d'ambdues, i l'orientació sexual de la persona. És el marc de referència intern que es forma amb el pas dels anys, que permet a un individu formular un concepte de si mateix sobre la base del seu sexe, gènere i orientació sexual i comportar-se socialment d'acord amb la percepció que té de les seues capacitats sexuals. (Pres del document: Promoció de la salut sexual. Recomanacions per a l'acció. 2000. OMS, OPS, WAS).

Igualtat de gènere en matèria de salut

La igualtat de gènere en matèria de salut implica que les dones i els homes, al llarg de la seua vida i amb totes les seues diferències, gaudixen de les mateixes condicions i oportunitats d'aconseguir la plena efectivitat dels seus drets i el seu potencial de ser saludables, contribuir al desenrotllament sanitari i beneficiar-se dels resultats. (Pres d'OMS. Nota descriptiva N°403. Agost de 2015)

Impacte en la salut de les desigualtats de gènere

Les diferències entre les dones i els homes definides socialment constitueixen un problema quan limiten les oportunitats o els recursos necessaris per als

èxits sanitaris (i socials) i, per consegüent, provoquen discriminació i desigualtats que poden ocasionar conseqüències negatives per a la salut.

Quan les persones no s'adapten a les normes, les relacions o els rols establits en matèria de gènere solen ser objecte d'estigmatització, pràctiques discriminatòries o exclusió social, totes experiències perjudicials per a la salut. Les normes de gènere influeixen en l'accés i el control dels recursos necessaris per a aconseguir una salut òptima, com ara: econòmics (ingressos, crèdit); socials (xarxes socials); polítics (lideratge, participació); informatius i educatius (coneixements bàsics de salut, acadèmics); vinculats al temps (accés als serveis sanitaris) i de caràcter intern (confiança en si mateix, autoestima). Les normes, els rols i les relacions en l'esfera del gènere ocasionen diferències entre els homes i les dones en els àmbits següents: exposició a factors de risc o vulnerabilitat; inversions en l'àmbit de les llars en nutrició, cures i educació; accés a serveis de salut i ús d'aquests; experiències en entorns d'atenció de salut, i impactes socials de la mala salut. (Pres de l'OMS. Nota descriptiva núm. 403. Agost de 2015).

Impactes en salut

Els impactes en al salut són els efectes globals, directes o indirectes, d'una política, estratègia, programa o projecte en la salut de la població. Inclou tant els efectes directes en la salut dels individus com els efectes indirectes a través de factors intermedis que influeixen en els determinants de la salut de la població. Al seu torn, aquests poden ser immediats o a mitjà o llarg termini. (Pres del document IV Pla de Salut 2016-2020, Comunitat Valenciana. València: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Incorporació de les qüestions de gènere en les polítiques de salut

La incorporació de les qüestions de gènere és un procés tant tècnic com polític que exigeix introduir canvis en les cultures d'organització i les mentalitats, així com en els objectius, les estructures i l'assignació de recursos. La incorporació de les qüestions de gènere exigeix canvis en distints nivells dins de les institucions,

en l'establiment de programes, l'elaboració de polítiques, la planificació, l'execució i l'avaluació. Entre els instruments per a les activitats d'incorporació figuren noves pràctiques de dotació de personal i preparació de pressupostos, programes de capacitat, procediments de política i directrius. *Development and Gender, Issue 5: Approaches to institutionalizing gender, Gender in Brief, Institute of Development Studies, Universitat de Sussex, Anglaterra, maig de 1997.* (Pres del document: Integració de les perspectives de gènere en la labor de l'OMS. 2002).

Orientació sexual

L'orientació sexual és l'organització específica de l'erotisme i/o el vincle emocional d'un individu en relació amb el gènere de la parella involucrada en l'activitat sexual. L'orientació sexual pot manifestar-se en forma de comportaments, pensaments, fantasies o desitjos sexuals, o en una combinació d'aquests elements. (Pres del document: Promoció de la salut sexual. Recomanacions per a l'acció. 2000. OMS, OPS, WAS).

Habitualment està referida a tres tipus d'orientació: heterosexual, quan les persones se senten atretes per persones del sexe i/o gènere diferent del propi; homosexual, quan l'atracció és cap a persones del mateix sexe i/o gènere que el de la persona, i bisexual, quan les persones se senten atretes per persones de qualsevol dels dos sexes i/o gèneres.

Part normal

A l'efecte d'aquesta guia, definim part normal com el part de començament espontani, que presenta un baix risc al començament i que es manté com a tal fins al part. El xiquet o la xiqueta naix espontàniament en posició cefàlica entre les setmanes 37 a 42 completes. Després de donar a llum, tant la mare com el bebé estan en bones condicions. (Pres del document Guia de pràctica clínica sobre l'atenció al part normal. 2010. Ministeri de Sanitat i Política Social).

Perspectiva de gènere

L'anàlisi de gènere defineix, analitza i informa sobre les mesures encaminades a afrontar les desigualtats que es deriven dels distints papers de les dones i els hòmens, o de les desiguals relacions de poder entre ells, i les conseqüències d'aqueixes desigualtats en la seua vida, la seua salut i el seu benestar.

La forma en què es distribueix el poder en la majoria de les societats fa que les dones tinguen menys accés i control sobre els recursos necessaris per a protegir la seua salut i menys probabilitats d'intervindre en l'adopció de decisions.

L'anàlisi de gènere en l'esfera sanitària sol posar de manifest la forma en què les desigualtats redunden en perjudi de la salut de les dones, les limitacions a què aquesta s'enfronta per a aconseguir la salut i els modes d'afrontar i superar aqueixes limitacions. L'anàlisi de gènere també posa en relleu els riscos i els problemes de salut a què s'enfronten els homes com a conseqüència de la interpretació social del seu paper. (Pres del document: Integració de les perspectives de gènere en la labor de l'OMS. 2002).

Pla de part

El pla de part és un document escrit on la dona manifesta les seues preferències, necessitats, desitjos i expectatives respecte al desenvolupament del procés del part i naixement. Es recomana que la dona l'elabore en l'últim trimestre de la gestació una vegada informada de les distintes opcions disponibles en el centre sanitari que l'atendrà i assessorada per la comare responsable del seguiment de l'embaràs. Es tracta d'un element molt útil de comunicació entre la gestant i l'equip professional que l'atendrà en el moment del part, facilita la comprensió del procés i la participació activa tant de la dona com de la seua parella o acompanyant.

(Pres del document Pla de part i naixement. Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat).

Salut reproductiva

La salut reproductiva és un estat general de benestar físic, mental i social, i no de mera absència de malalties o malalties, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i les seues funcions i processos. En conseqüència, la salut reproductiva implica la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos i de procrear, i la llibertat per a decidir fer-ho o no fer-ho, quan i amb quina freqüència. Aquesta última condició porta implícit el dret de l'home i la dona a obtindre informació i a planificar la família de la seua elecció, així com a altres mètodes per a la regulació de la fecunditat que no estiguen legalment prohibits, i l'accés a mètodes segurs, eficaços, assequibles i acceptables; el dret a rebre serveis adequats d'atenció de la salut que permeten els embarassos i els parts sense riscos i donen a les parelles les màximes possibilitats de tindre fills sans. (Pres de l'informe de la IV Conferència Mundial sobre la Dona. Beijing, 1995. Nacions Unides. Nova York, 1996. Objectiu Estratègic 94).

Salut sexual

La salut sexual és un estat general de benestar físic, emocional, mental i social relacionat amb la sexualitat, i no la mera absència de malaltia, disfunció o incapacitat. La salut sexual requereix un enfocament positiu i respectuós a la sexualitat i a les relacions sexuals, així com la possibilitat de tindre experiències sexuals plaents i segures, lliures de coacció, discriminació i violència. Per a aconseguir i mantindre la salut sexual han de respectar-se, protegir-se i satisfer-se els drets sexuals de totes les persones. (Pres del document Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic. 2009. OMS, OPS, WAS).

Sexe versus gènere

Si bé la majoria de les persones naixen de sexe mascle o femella (sexu biològic), se'ls ensenyen els comportaments apropiats per a homes i dones (normes de gènere), en especial com han d'interactuar amb altres membres del mateix sexe o del sexe oposat en les llars, les comunitats i els llocs de treball (relacions entre els gèneres), i quines funcions o responsabilitats han d'assumir en la societat (rols de

gènere). Els ingressos, l'educació, l'edat, l'origen ètnic, l'orientació sexual i el lloc de residència són importants determinants de la salut. Quan s'interrelacionen amb la desigualtat de gènere, aquests factors poden agreujar la discriminació, els riscos sanitaris i la falta d'accés als recursos necessaris per a tindre resultats en matèria de salut. (Pres de l'OMS. Nota descriptiva núm. 403. Agost de 2015).

Sexe

El sexe es refereix a les característiques biològiques que defineixen els éssers humans com a femelles o com a mascles. Aquests conjunts de característiques biològiques no són mútuament excloents ja que hi ha persones que posseeixen ambdues característiques, però aquestes tendeixen a diferenciar els éssers humans com a mascles i femelles. En molts idiomes, en el llenguatge comú, sol utilitzar-se el terme sexe per a significar "activitat sexual"; no obstant això, per a fins tècnics en el context de les discussions sobre sexualitat i salut sexual, es prefereix la definició anterior. (Pres del document Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic. 2009. OMS, OPS, WAS).

Sexualitat

La sexualitat és un aspecte fonamental de la condició humana, present al llarg de la vida, i comprén el sexe, les identitats i els papers de gènere, l'orientació sexual, l'erotisme, el plaer, la intimitat i la reproducció. La sexualitat es vivència i s'expressa per mitjà de pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, comportaments, pràctiques, funcions i relacions. Si bé la sexualitat pot incloure totes aquestes dimensions, no totes s'evidencien o s'expressen sempre. La sexualitat rep la influència de la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, culturals, ètics, legals, històrics, així com religiosos i espirituals. (Pres del document Salut sexual per al mil·lenni: declaració i document tècnic. 2009. OMS, OPS, WAS).

La sexualitat s'experiència i s'expressa en tot el que som, sentim, pensem i fem. (Pres del document: Promoció de la salut sexual. Recomanacions per a l'acció. 2000. OMS, OPS, WAS).

Violència sexual

Tot acte sexual, la temptativa de consumir un acte sexual, els comentaris o insinuacions sexuals no desitjats, o les accions per a comercialitzar o utilitzar de qualsevol altre mode la sexualitat d'una persona per mitjà de coacció per una altra persona, independentment de la relació d'aquesta amb la víctima, en qualsevol àmbit, incloent-hi la llar i el lloc de treball.

La coacció pot comprendre:

- Ús de graus variables de força
- intimidació psicològica
- extorsió
- amenaces (per exemple de dany físic o de no obtindre un treball o una qualificació, etc.).

Si bé quan es parla de violència sexual es pensa en violència contra xiquetes i dones, és important destacar que els xiquets i els homes també poden ser víctimes de violència sexual, en determinats contextos sociofamiliars. (OMS: WHO/RHR/12.37).

Nacions Unides defineix la violència contra les dones com "tot acte de violència de gènere del qual resulte, o pugui tindre com resultat, un dany físic, sexual o psicològic per a la dona, inclusivament les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant si es produeixen en la vida pública com en la privada".

La violència sexual i basada en el gènere, incloent-hi els maltractaments físics i psicològics, la tracta de dones i xiquetes, així com altres formes de maltractaments i l'exploració sexual, exposen les xiquetes i les dones a un alt risc de patir traumes físics i mentals, així com malalties i embarassos no desitjats. Aquestes situacions solen dissuadir les dones d'utilitzar els serveis de salut i altres serveis. (Pres de l'informe de la IV Conferència Mundial sobre la Dona. Beijing, 1995. Nacions Unides. Nova York, 1996. Objectiu Estratègic 99).

ANNEX 4:

MODEL D'AVALUACIÓ

La metodologia d'avaluació plantejada està basada en el model establert per María Bustelo Ruesta i Juan Andrés Ligeró Lasa, això suposa un model sistèmic d'avaluació, la utilització de criteris de valor, el desenvolupament d'un procés sistemàtic basat en la combinació de mètodes i tècniques de recopilació d'informació i la generació participativa de recomanacions i conclusions.

“L'enfocament sistèmic entén el programa o servei com un conjunt d'elements articulats i interdependents entre si que conformen un sistema. Les relacions mitjans fins recorren el sistema des de l'inici fins als resultats finals i impliquen tots els elements de la intervenció. La variació en un dels elements afecta la resta dels components. Per exemple, la reducció dels recursos assignats a un programa tindrà repercussions en l'execució dels processos i, per tant, en els resultats finals obtinguts. Per al bon funcionament del programa es requereix del funcionament correcte de tots els seus elements.” (Pres del document de treball sèrie CECOD número 15/2011. Dos mètodes d'avaluació: criteris i teoria del programa. Juan Andrés Ligeró Lasa.) Disponible: <http://www.cecod.org/LinkClick.aspx?fileticket=VSYEL2XAhNY%3D&tabid=862&language=es-ES>

Si es considera aquest model sistèmic d'avaluació es planteja una anàlisi integral dels diferents aspectes que conformen l'ESSR, des del context i les necessitats socials que han justificat la seua existència, al disseny o els mecanismes, per la qual cosa es considera que ha de funcionar la política pública (teoria de programa), l'estructura que suporta l'ESSR, els processos que la desenvolupen i apliquen, i finalment els resultats que es produeixen.

Els criteris de valor que s'utilitzaran són:

- Rellevància: relació entre els propòsits institucionals i els requeriments socials.

- **Pertinència:** mesura l'adequació l'ESSR en totes les seues dimensions al context, incloent-hi les necessitats socials, les polítiques, els ordenaments jurídics, el mètode d'intervenció, la satisfacció dels agents implicats, etc.
- **Participació:** s'entén com el grau de participació i la diversitat d'agents interessats que han participat en el disseny i la implementació de l'ESSR
- **Cobertura:** avalua fins a quin punt l'ESSR arriba a la població que es va definir com a població objectiu d'aquesta
- **Efectivitat:** estableix una relació entre processos i resultats: el grau en què els processos contribueixen a l'èxit dels resultats.
- **Eficiència:** si els recursos i processos són utilitzats apropiadament i aquests compleixen la seua funció. Aquesta dimensió compleix un propòsit doble: d'una banda, relacionar l'ús apropiat dels recursos en el desenvolupament dels processos; d'una altra, establir una vinculació entre els processos seguits i els resultats obtinguts.
- **Eficàcia:** s'entén com l'èxit dels propòsits i els objectius proposats en cada una de les quatre línies estratègiques i les distintes accions de l'ESSR.
- **Impacte:** són tots els efectes que l'ESSR provoca, que poden ser intencionats o no, positius o negatius, en l'àmbit macro o micro.

ANNEX 5:

CRONOGRAMA DE REUNIONS DEL COMITÉ TÈCNIC

Cronograma de reunions

1. 27/01/2016. Constitució del Comitè Tècnic de l'ESSR. Distribució de la investigació de recursos disponibles per a desenvolupar l'atenció a l'SSR.
2. 08/02/2016. Posada en comú conceptual. Reflexió teòrica (aprenentatge participatiu).
3. 07/03/2016. Posada en comú de les aportacions al diagnòstic de situació. Esborrany del primer document.
4. 25/04/2016. Avanços del funcionament del grup i consens dels continguts de les línies estratègiques i resultats del DAFO.
5. 23/05/2016. Primer esborrany del document de l'ESSR d'LE.
6. 27/06/2016. Seguiment de l'esborrany. Aportacions.
7. 28/09/2016. Presentació del document d'LE, revisió i tancament. Esbós del model de seguiment i avaluació.
8. 14/11/2016. Document definitiu de l'ESSR.

ANNEX 6:

ABOCAMENT DE LA INFORMACIÓ RECOLLIDA EN EL DAFO

A partir de la reflexió individual dels aspectes del DAFO, després en xicotets grups (se'n van configurar 3), i després la posada en comú en el plenari per a arribar a acords i consens dels aspectes recollits, es presenta una síntesi dels resultats del DAFO, fruit del consens del conjunt de participants del CTE.

1. Sobre els recursos humans, la coordinació tècnica i les relacions interdepartamentals

FORTALESES	DEBILITATS
<ul style="list-style-type: none">• Unanimitat quant a la "maduresa" del sistema i l'estructura sanitària assistencial.• Personal especialitzat i implicat, bona part està motivat en aquesta nova etapa.• Disposició de regulació i protocols d'actuació.	<ul style="list-style-type: none">• Excessiva burocratització, maneres de treballar basades en l'acomodació i la inèrcia.• Variabilitat de la pràctica clínica relacionada amb l'actitud personal professional en la seua labor assistencial i interdepartamental i en la falta d'avaluació i seguiment dels protocols d'actuació.• Falta de mecanismes de coordinació interna en els centres, entre els centres amb la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, però també entre altres àmbits competencials (ajuntaments i altres conselleries), per la qual cosa es produeix un desconeixement del que es fa en altres centres.• Absència de relleu generacional i inadequació del personal: es tracta de personal que està en la última fase de la seua etapa professional i con el qual s'ha produït una falta d'incentius i desmotivació professional, que en molts casos ha generat la sensació de pèrdua del concepte d'equip.• En SR: l'estructura jeràrquica de l'equip, tant en Atenció Primària com Atenció Especialitzada, el sistema es desmotivador, ja que no es premia la bona praxis ni se sanciona la mala, hi ha una falta de lideratge i de personal especialitzat en els serveis d'atenció a les dones i en la salut sexual i reproductiva.
OPORTUNITATS	AMENACES
<ul style="list-style-type: none">• Sensibilització social.• Sistema centrat en la persona (suport institucional) per noves polítiques.• Prioritat del tema afectiu sexual en la conselleria actualment.• Polítiques públiques d'educació.• Valor del sistema públic de salut.• Recuperació de l'abordatge integral i la unificació de criteris (lleis 41/2002 i 16/2003), així com la visió fisiològica del procés d'embaràs i part.	<ul style="list-style-type: none">• Context de la crisi econòmica i les ideologies polítiques prèvies ancorades.• Modificació de la llei de l'avortament respecte a les menors de 16 i 17 anys.• Increment de la medicina privada i la seua prevalença en relació amb la pública.• Pèrdua d'autonomia en la prescripció, així com el pes d'indicadors associats amb la medicalització.• Pressió assistencial i la falta de recursos.• Resistència al canvi de paradigma, on les dones i les famílies siguen les protagonistes.

2. Sobre l'atenció a la salut sexual i reproductiva

FORTALESES	DEBILITATS
<ul style="list-style-type: none"> • Disposició de regulació i protocols d'actuació. • L'anonimat i la confidencialitat que es brinda en l'atenció, l'accés directe sense passar per remissió del centre de salut. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pressió assistencial. • En algunes unitats no es compleixen els requisits mínims que es preveuen en el Decret 31/03/87. Falta de dotació professional en els equips, com ara professional de la sexologia, infermeria, treball social, administració, etc. que ha minvat la qualitat assistencial i les activitats comunitàries de les unitats. • Hi ha una reglamentació obsoleta en salut sexual i anticoncepció. En salut reproductiva falta una actualització de l'evidència en educació prenatal. • Visió reproductivista, on prima l'aspecte assistencial i medicalitzada. • Funcionament variable amb distints criteris dependent del departament de salut on estiga ubicat el centre. • No hi ha un coordinador per cada departament en salut sexual i anticoncepció, ni hi ha la figura de coordinador de CSSR. • Llacunes respecte a l'atenció de l'SSR en menopausa, IVE, tot això en detriment d'un enfocament de promoció i de prevenció de la salut de manera integral, dels drets sexuals i reproductius. • Falten espais i recursos per a afavorir l'atenció en l'assistència al naixement humanitzat. • La cesària com una intervenció quirúrgica i no com un naixement. • Hi ha un escàs suport institucional a la lactància materna com a conducta generadora de salut. • Dificultat per a arribar a la joventut, ja que desaparegué la consulta jove. • No es tracten ni es diagnostiquen precoçment situacions de violència de gènere. • Absència dels homes en les consultes.
OPORTUNITATS	AMENACES
<ul style="list-style-type: none"> • Més consideració política actual a la diversitat. • Existència d'un grup de treball per a tractar la mutilació genital femenina. • Creació de la unitat de referència transgènere. • IVE farmacològic desenvolupat. • Existència d'estratègies i protocols per al part normal, embaràs i lactància. 	<ul style="list-style-type: none"> • Canvis legislatius (ex. llei del menor, modificació de la llei de l'avortament, PIE, IVE, reproducció assistida, finançament d'anticonceptius...) que poden afectar negativament l'atenció, ja que poden haver aspectes jurídics i ètics que desconeguen els professionals. • Invisibilitat social de les ITS i VIH i el que no es considere la diversitat com a un eix transversal de l'atenció, pot dificultar la implementació d'accions d'SSR.

3. Sobre la formació de professionals

FORTALECES	DEBILITATS
<ul style="list-style-type: none"> • La capacitat de motivació per a l'adquisició de noves habilitats i participació pel procés d'elaboració de l'ESSR. • Llarga carrera professional (edat mitjana alta, anys de treball) implica una gran experiència i formació. Poden actuar com a formació per a formar. • Programa PIES implica la formació professional en educació sexual. • Indiquen, també, que las tutories, sempre voluntàries (d'alguns CSSR), en la formació dels metges de família i comares pot implicar l'actualització dels coneixements. • Els cursos i els documents (manuais) realitzats per l'Administració estan actualitzats en obstetrícia. • Regulació del decret del perfil professional. La existència dels "protocols d'actuació en els CSSR" marca una determinada homogeneïtzació en la formació (capacitació de diferents professionals). 	<ul style="list-style-type: none"> • La desigualtat entre els departaments, ja que es produeix una iniquitat en l'accés als cursos en funció dels departaments. • Els criteris per a la selecció de curs de l'oferta formativa són poc adequats a les necessitats, ja que, de vegades, els cursos són en horari de vesprada, se solapen en el temps, de vegades fora d'horari, la qual cosa suposa una formació extralaboral, etc. • No hi ha programes atractius, actualitzats i hi ha grans llacunes en formació sobre alguns temes (violència de gènere, col·lectius amb necessitats específiques, salut de l'home, noves tecnologies, etc.). • S'ha abandonat gran part de la formació professional de facultatius i infermeria en la indústria farmacèutica. • No hi ha una avaluació de la formació i de professionals.
OPORTUNITATS	AMENACES
<ul style="list-style-type: none"> • La mateixa ESSR per a millorar la formació. • Receptivitat dels serveis centrals i l'existència de l'estructura de l'EVES. • Hi ha un lideratge davant d'altres CA, es disposa de programes d'especialització del Ministeri, el programa de salut i gènere. • Hi ha associacions, societats científiques que promouen la formació i certificació de manera voluntària. • Professionalització d'infermeria, que també ha de tindre una preparació professional específica per a aquest treball (IVES; anticoncepció...). Té un treball assistencial, per també educativopreventiu, sobretot en l'Atenció Primària. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escassetat de les polítiques de formació. • Retalls pressupostaris ha generat que els interessos en la distribució del pressupost s'hagen dirigit a partides, i s'haja relegat la formació en salut sexual. • Poca difusió de l'oferta formativa i escassa o nul·la formació en salut sexual en els diferents àmbits de sanitat, així com la poca oferta de formació contínua i continuada. • Escassa oferta de formació pregrau i postgrau. • No hi ha un perfil formatiu mínim i comú, amb la seua avaluació (més enllà dels perfils professionals que figuren en els protocols d'actuació clínica dels CSSR). • En el pregrau no hi ha suficient formació en SSiR. • No hi ha criteris de recertificació d'habilitats (només els que proposen algunes associacions científiques i de forma voluntària). • Les entitats públiques rellevants, com ara el col·legi de metges o les acadèmies de medicina, o els col·legis d'Infermeria, no ofereixen, sistemàticament des de fa anys, per raons que desconeixem, formació en aquest important aspecte de la salut humana.

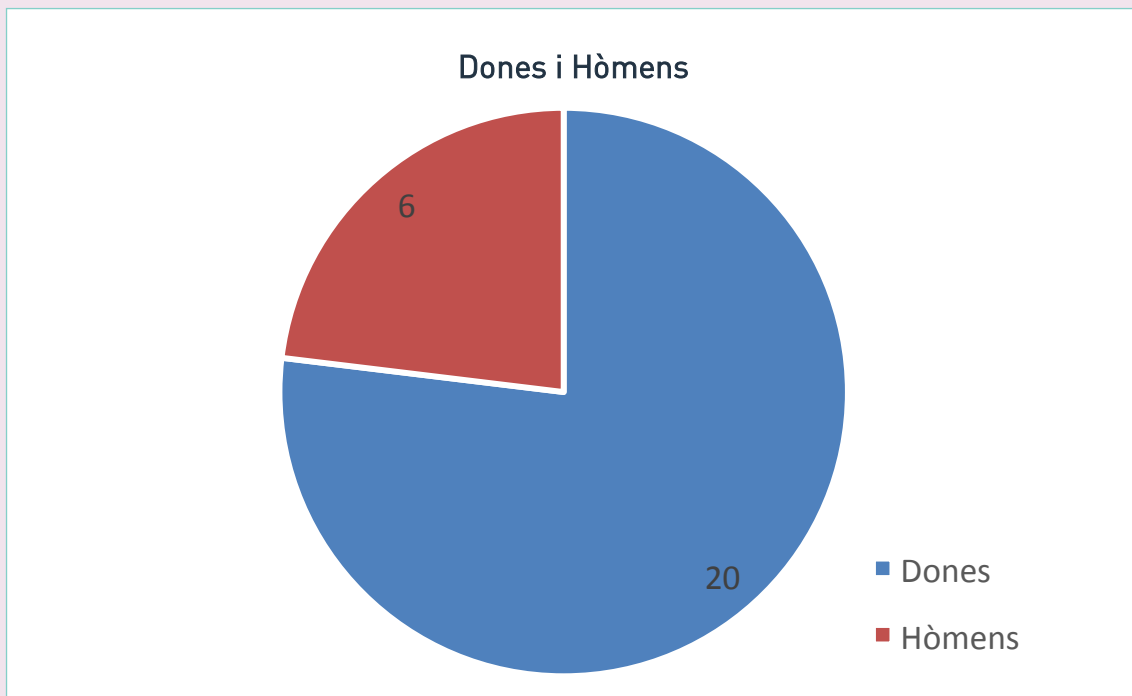
4. Sobre la investigació i els sistemes d'informació

FORTALECES	DEBILITATS
<ul style="list-style-type: none"> • L'existència de la història clínica electrònica a través del Sistema d'Informació Ambulatoria (SIA) i els sistemes d'informació de salut pública. • La consolidació de la xarxa sentinella sanitària de la Comunitat Valenciana com a sistema d'informació en Atenció Primària. Es destaca l'ús de pàgines web i de les xarxes socials. • Disponibilitat en ABUCASIS d'història ginecològica; història obstètrica; història d'anticoncepció; història de fertilitat; història sexual. • Protocol d'actuació en els CSSR que unifica criteris a l'hora de proporcionar atenció en SSR unificada. • Actualment es treballa en un sistema que permet visualitzar dades i que puguin ser visualitzades alhora i es puguin utilitzar de manera integrada ABUCASIS/ ORION. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta d'una estratègia que permeta una gestió eficient de la comunicació a través dels mitjans 2.0 amb professionals, pacients i ciutadania. • Organització deficient de la informació en els diferents llocs web (Conselleria, Direcció General de Salut Pública, canal Cuidatecv), que en dificulta l'accés i fa les recerques poc efectives. • Presència desigual en les distintes xarxes socials i absència de vinculació entre els missatges hi emesos o la falta d'homogeneïtat en l'ús de logotips i ecosistemes digitals a nivell departamental.
OPORTUNITATS	AMENACES
<ul style="list-style-type: none"> • La quantitat d'informació recollida pels sistemes que permeten la possibilitat de crear línies de treballs comuns entre professionals de diferents àmbits i la col·laboració amb altres institucions com ara la Universitat. • El desenvolupament tecnològic que permet l'accés a diverses fonts d'informació i a la connexió entre els centres sanitaris. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta d'una política clara d'investigació que establisca unes línies estratègiques. Hi ha grups d'investigació i iniciatives de diferent tipus de professionals desconegudes per la resta de professionals. • Desmotivació de professionals per la investigació que veuen com una amenaça la limitació o el desconeixement d'accessibilitat al SIA. • Falta de recurs que donen suport i incentiven la investigació. • Falta de detecció real de necessitats formatives i d'investigació que responga a una estratègia real d'investigació i formació ajustada al moment social. • Falta d'accessibilitat a alguns sistemes d'informació interdepartamentals i en l'existència de sistemes diferents en els hospitals de gestió privada (ex. Alzira) i entre els hospitals públics (Orion, Mizar, etc.). • Poca implicació de professionals, i la dificultat per a gestionar les propostes de modificacions o innovacions d'aquests sistemes. • Falta de formació en l'ús dels sistemes establerts i la falta d'avaluació de l'emplenament i qualitat de les dades.

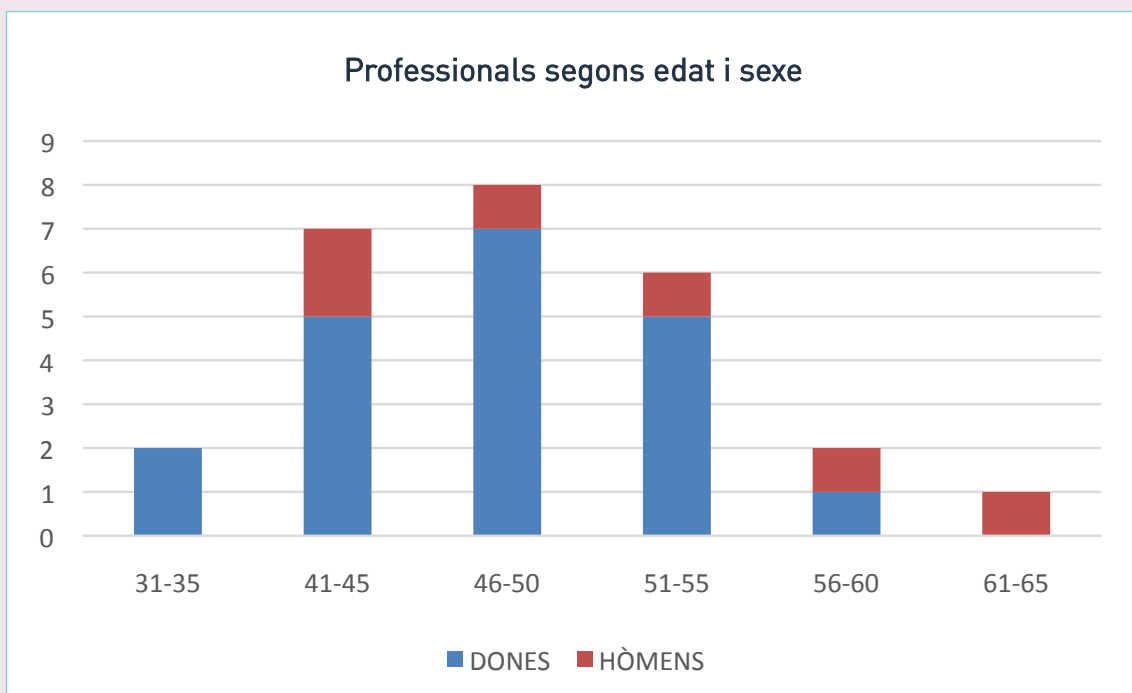
ANNEX 7:

OPINIONS A PARTIR DE LA CONSULTA A PROFESSIONALS D'ALTRES COMPETÈNCIES DISTINTES AL CTE

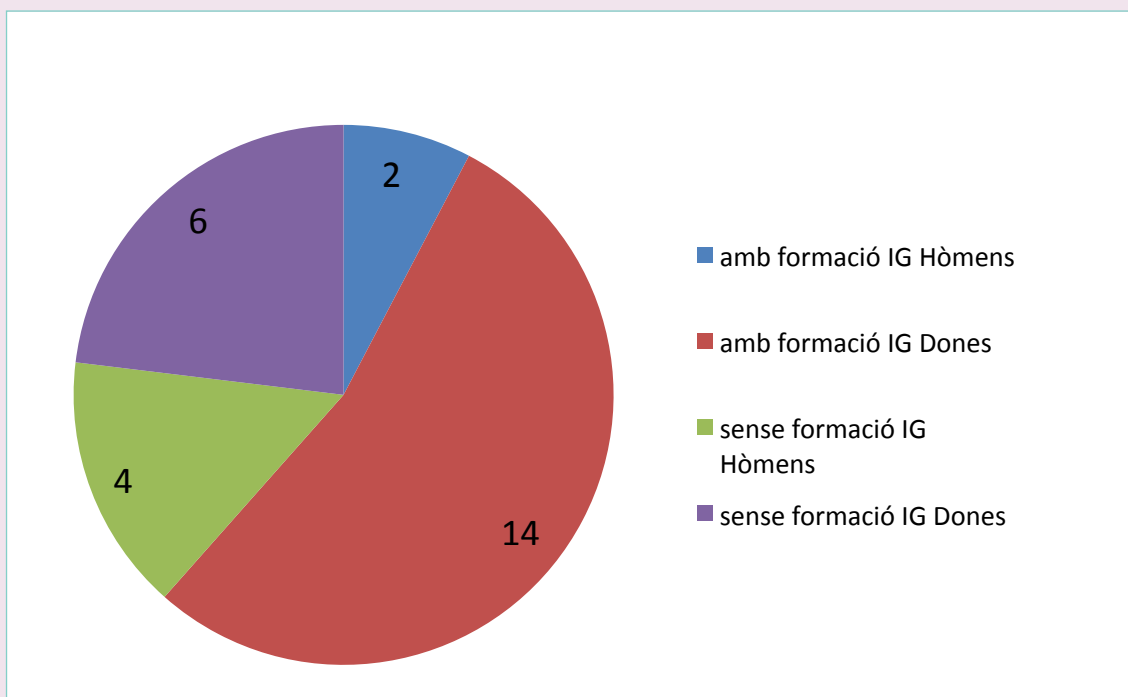
Hi participen 26 professionals (20 dones i 6 homes).



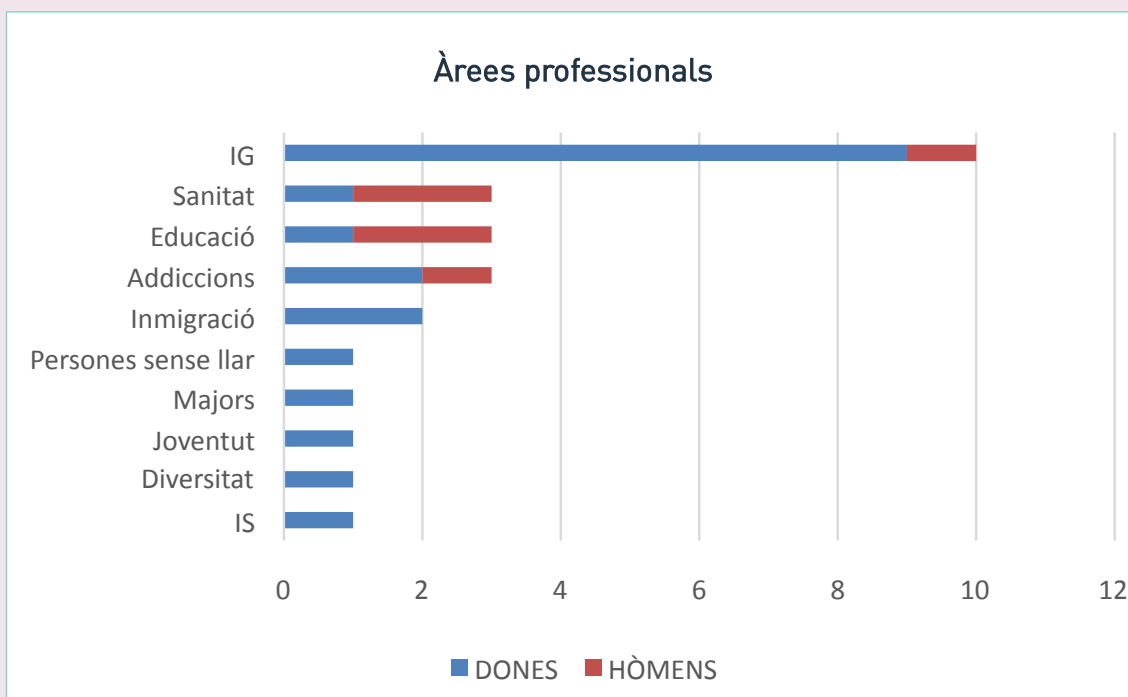
Per edats:



Per formació en igualtat de gènere



Per àrees professionals



El conjunt de professionals que van participar en la consulta en línia han identificat com a principals problemes en SSR

1. Educació sexual.
2. Campanyes sobre SS
3. Noves tecnologies i SSR
4. Atenció a l'SSR des de la perspectiva de gènere i la diversitat sexual i la diversitat de les diferents capacitats
5. Anticoncepció, embarassos no planificats, IVE
6. ITS
7. Com abordar el reconeixement de la violència sexual i les identitats de gènere i sexual, com a pob

Quant als problemes que més preocupen aquests professionals d'altres competències no sanitàries:

Dotze persones comenten:

- Insuficient o absència de programes d'educació afectivosexual des de la perspectiva de gènere, que tinguen en compte les distintes situacions de la població (tots els grups etaris, diversitat sexual, diversitat funcional, ètnia, etc.).

Set persones comenten:

- ITS i els embarassos no desitjats i planificats

I cinc persones comenten

- Desconeixement dels recursos existents per a l'atenció a la salut sexual i reproductiva, en particular en la població juvenil i migrant, sobre mètodes anticonceptius segurs i moderns, així com per a la interrupció voluntària de l'embaràs

Identificació de propostes en SSR en funció de les categories següents

1. Actuacions de promoció de la salut sexual i reproductiva des de la perspectiva de gènere que tinga en compte les necessitats dels distints grups de població, considerant els seus contextos (edat, ètnia, diversitat sexual, funcional, classe social, etc.), a través, per exemple, de programes d'educació afectivosexual o de campanyes informatives de prevenció i sensibilització.
2. Accions d'intervenció en els centres educatius per a la promoció de la salut sexual i reproductiva des de la perspectiva de gènere en què estiga implicada tota la comunitat educativa.
3. Actuacions d'atenció a la SSR des de la perspectiva de gènere: millora de la cobertura i accés universal als mètodes anticonceptius tenint en compte les necessitats dels distints grups de població, considerant els seus contextos (edat, ètnia, diversitat sexual, funcional, classe social, etc.).
4. Actuacions que milloren l'accés d'informació a través de la TIC, dels recursos existents en salut sexual i reproductiva.
5. Actuacions de coordinació entre l'àmbit sanitari, educatiu i la societat civil organitzada, tant per a la promoció com l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

ANNEX 8:

ENTITATS I SOCIETATS CIENTÍFIQUES QUE COMPONEN EL COMITÉ DE PARTICIPACIÓ

MOVIMENT SOCIAL ORGANITZAT		
GRUP DE POBLACIÓ	ENTITATS/FEDERACIONS CONVOCADAS	ENTITATS ASSISTENTS
Joventut	Consell de la joventut	ASVAES i AVEF
Dones	Federació de Dones Progressistes Associacions d'Ames de Casa. Plataforma Feminista d'Alacant	FMP CV TYRIUS
Majors	Federació Democràtica de Jubilats de València La Nau Gran	
Diversitat sexual	Col·lectiu Lambda Sexòlegs sense Fronteres	Col·lectiu LGTBI Lambda
Prevenió d'ITS, VIH Sida	Coordinadora d'Associacions de VIH CALCSICOVA	CALCSICOVA CCASCV MDM-CV
Diversitat funcional	Entitat territorial CERMI	CERMI
Diversitat cultural	Fundació Secretariat Gitano Federació Autònoma d'Associacions Gitanes de la CV (FAGA) Agent de Salut de MIHSALUD	Agents de Salut de Base Comunitària (ASBC) Associació ALANNA
Comunitat o veïnatge, Ampa (associació de mares i pares)	Consell Escolar de la Comunitat Valenciana	Confederació AMPA Gonzalo Anaya
Treball productiu	Sindicats	UGT
Atenció a l'embaràs i part Criança i lactància	El Part és Nostre AMAMANTA, Mamare i LactAlicante	MAMARE Associació el Part és Nostre
Associacions de pacients (Salut Mental)	Federació Salut Mental de la CV	
SOCIETATS CIENTÍFIQUES		
GRUP DE POBLACIÓ	ENTITATS/FEDERACIONS CONVOCADAS	ENTITATS ASSISTENTS
De la sexologia	AEPS / SEIS	AEPS / SEIS / AES
De planificació familiar / anticoncepció	Societat Valenciana de Contracepció i Salut Reproductiva	SVCSR
De comares	Associació de Comares de la Comunitat Valenciana	ACCV
De ginecologia	Societat d'Obstetrícia i Ginecologia de la CV	
D'infermeria comunitària	Associació d'Infermeria Comunitària (AEC)	AEC
Metges d'Atenció Primària	SEMERGEN, semFYC	SEMERGEN
Treballadors socials	Associació Espanyola de Treball Social i Salut, delegació de la CV	AETSYS
Pediatria	Associació Valenciana de Pediatria d'Atenció Primària	AVALPAP
Malalties tropicals	Societat Espanyola de Medicina Tropical i Salut Internacional (SEMTSI)	SEMTSI

ANNEX 9:

LLISTA D'ABREVIATURES, SIGLES I ACRÒNIMS

ABUCASIS. Sistema d'Informació per a la Gestió Clínica del Pacient Ambulatori

AEC. Associació d'Infermeria Comunitària

AEPS. Associació Espanyola de Professionals de la Sexologia

AES. Associació d'Especialistes en Sexologia

AETSYS. Associació Espanyola de Treball Social i Salut

ALUMBRA. Plataforma d'Anàlisi Corporativa de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

AMPA. Associació de Mares i Pares

ASBC. Agents de Salut de Base Comunitària

ASVAES. Associació Valenciana d'Estudiants

AV. Anticoncepció d'urgència

AVALPAP. Associació Valenciana de Pediatria d'Atenció Primària

AVE. Anàlisi de vigilància epidemiològica

AVEF. Associació Valenciana de Joves Estudiants de Farmàcia

CALCSICOVA. Coordinadora d'Associacions VIH Sida Comunitat Valenciana

CASE. Comitè d'Avaluació i Seguiment de l'Estratègia

CC. Comissió Coordinadora de l'ESSR

CA. Comunitats autònomes

CCASCV. Comitè Ciutadans AntiSida Comunitat Valenciana

CERMICV. Comitè d'Entitats Representants de Persones amb Discapacitat de la Comunitat Valenciana

CIPS. Centre d'Informació i Prevenció de la Sida

CIR. Registre de llocs i de gestió de personal

CIRO. Sistema Integral i Centralitzat per a la Gestió de Personal Sanitari

CMBD. Conjunt Mínim Bàsic de Dades

CMIO. Centre Municipal de la Dona

COGAM. Col·lectiu de Lesbianes, Gais, Transsexuals i Bisexuals de Madrid

CPE. Comité de Participació de l'ESSR

CSSR. Centre de Salut Sexual i Reproductiva

CTE. Comité Tècnic de l'ESSR

CV. Comunitat Valenciana

DAFO. Anàlisi de les Debilitats, Amenaces, Fortaleses i Oportunitats

DGAS. Direcció General d'Assistència Sanitària

DGSP. Direcció General de Salut Pública

DIU. Dispositiu intrauterí

ESO. Ensenyança Secundària Obligatòria

ESSR. Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva

FMP CV. Federació de Dones Progressistes

GC. Grup Coordinador de l'ESSR

GVA. Generalitat valenciana

HBSC. Health Behaviour in School Aged Children

HSH. Homes que tenen sexe amb altres homes

IHAN. Iniciativa per a la Humanització de l'Assistència al Naixement i la Lactància

INJUVE. Institut de la Joventut d'Espanya

IPPF. International Planned Parenthood Federation

ITS. Infeccions de transmissió sexual

IVAJ. Institut València de la Joventut

IVE. Interrupció voluntària de l'embaràs

LARC. Long-Acting Reversible Contraception

LE. Línies estratègiques

LGTBI. Lesbianes, Gais, Transsexuals, Bisexuals i Intersexuals

MDM-CV. Metges del Món Comunitat Valenciana

MIZAR. Eina de gestió d'informes

ODS. Objectius de desenvolupament sostenible

OMS. Organització Mundial de la Salut

ONUSIDA. Programa Conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/SIDA (UNAIDS)

OPS. Organització Panamericana de Salut

ORION. Sistema d'Informació per a la Gestió Integral Hospitalària

PDD. Píndola de l'endemà

PIES. Programa d'Intervenció en Educació 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. Societat Espanyola de Contracepció

SEIS. Societat Espanyola d'Intervenció en Sexologia

SEMERGEN. Societat Espanyola de Metges d'Atenció Primària

SEMTSI. Societat Espanyola de Medicina Tropical i Salut Internacional

SIA. Sistema d'Informació Ambulatori

Sida. Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida

SIREPS. Sistema d'Informació i Registre d'Educació per a la Salut

SISP. Sistema d'Informació en Salut Pública

SS. Salut sexual

SSR. Salut sexual i reproductiva

SVCSR. Societat Valenciana de Contracepció i Salut Reproductiva

TYRIUS. Associacions d'Ames de Casa

UGT. Unió General de Treballadors

VIH. Virus d'Immunodeficiència Humana

WAS. Associació Mundial de Sexologia

