



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



RESULTADOS DEL IV ENCUENTRO DE LA RED DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Noviembre de 2016

Relatoría: María del Río Lozano

Noviembre de 2016

Escuela Andaluza de Salud Pública

Granada

Equipo de la Red SSyR:

María del Mar García Calvente (Escuela Andaluza de Salud Pública)

María del Río Lozano (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Gracia Maroto Navarro (Escuela Andaluza de Salud Pública)

Amalia Suárez Ramos (Secretaría General de Salud Pública y Consumo)

Elisa Vizuete Rebollo (Servicio Andaluz de Salud)

Consuelo García Martín (Escuela Andaluza de Salud Pública) (Secretaría)

ÍNDICE

Objetivos del Encuentro	4
Programa de actividades	5
Presentación del Encuentro.....	6
Mesa redonda: algunas líneas emergentes en la Red	7
Trabajo colectivo.....	12
Presentación del Informe “Deficiencias e Inequidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en España”.....	18
Anexo 1: Presentación 1 de la mesa redonda	20
Anexo 2: Presentación 2 de la mesa redonda	31
Anexo 3: Presentación 3 de la mesa redonda	37

OBJETIVOS DEL ENCUENTRO

El encuentro estuvo dirigido a profesionales integrantes de la Red SSyR y a otras personas profesionales con interés en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Los objetivos del encuentro fueron los siguientes:

- Permitir el encuentro de profesionales que trabajan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Andalucía y establecer sinergias entre diversos sectores, ámbitos de actuación, redes de profesionales, etc.
- Debatir sobre nuevas líneas y temas emergentes en salud sexual y reproductiva, que no han sido abordados hasta el momento o se han tratado de manera insuficiente.
- Reflexionar sobre las necesidades que se desprenden de las nuevas temáticas planteadas y sobre la relevancia y pertinencia de abordarlas desde la red, así como avanzar en una estrategia para su abordaje.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

24 de
noviembre
2016

Escuela
Andaluza de
Salud Pública

Granada

- 9:30 **Presentación del Encuentro**
Ricardo Manuel Moreno Ramos
Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud
María del Mar García Calvente
Escuela Andaluza de Salud Pública
- 10:00 **Mesa redonda. Algunas líneas emergentes en la Red SSyR**
Modera: María del Mar García Calvente
Escuela Andaluza de Salud Pública
Impulso a los Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración
Lorenzo Arribas Mir
Centro de Salud de La Chana, Granada
La Reproducción Humana Asistida en el Sistema Sanitario de Andalucía
Ana Clavero Gilabert
Complejo Hospitalario Universitario Granada
La Salud Sexual y Reproductiva en las personas inmigradas
Ana Belén Espejo Martínez
Hospital Carlos Haya, Málaga
- 11:30 **Descanso**
- 12:00 **Trabajo colectivo, puesta en común y debate.**
Modera: María del Río Lozano
Escuela Andaluza de Salud Pública
- 13:30 **Presentación del Informe “Deficiencias e Inequidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en España”**
Modera: Joan Carles March Cerdá. *Escuela Andaluza de Salud Pública*
Pablo Simón Lorda. *Médicos del Mundo Granada*
Juncal Gutiérrez Artacho. *Fórum de Política Feminista*
Borja Rodríguez Núñez. *Fundación para la Convivencia ASPACIA*
- 14:30 **Fin del Encuentro**

PRESENTACIÓN DEL ENCUENTRO

María del Mar García Calvente presenta el estado actual de la Red, aportando algunos datos sobre las actividades realizadas en el último año y la participación de profesionales.

En 2016, se ha realizado una nueva edición del Curso “Enfoque de género y Derechos en Salud Sexual y Reproductiva”, una actividad organizada por la Red SSyR en colaboración con la Red Forma Joven. El curso se celebró del 26 de septiembre al 30 de octubre de 2016. Ha constado de 20 horas no presenciales, distribuidas en 5 unidades didácticas. En esta edición, lo han realizado 40 personas. También se ha ofertado desde la Red el Curso Mooc “Formación para Formar: Innovación docente y Metodologías de aprendizaje en Red” (del 10 de noviembre al 22 de diciembre de 2016). El curso, al igual que en la primera edición que se celebró en 2015, se ha dirigido a profesionales pertenecientes a alguna de las Redes de Formación de Salud Pública. Es virtual y tiene 30 horas lectivas.

Otras actividades de la Red en 2016 han sido el mantenimiento de la plataforma virtual de la red, como medio de comunicación principal entre profesionales que pertenecen a ella. A su vez, se han creado cuentas de Twitter y Facebook.

Se puede obtener más información de la Red, acceso a los recursos, materiales formativos y foros, en este enlace a la plataforma: <http://www.easp.es/redssyr/>

Otra actividad realizada en 2016 ha sido el Cuarto Encuentro de la Red, al que han asistido 35 personas, y cuyos resultados se aportan en este documento.

Destaca la ampliación registrada en el número de profesionales que pertenecen a la Red, que ha pasado de 299 a finales de 2015 a 461 en diciembre de 2016. Esto se ha debido, principalmente, a la incorporación de personas que solicitaron el “Curso de Enfoque de Género y Derechos en Salud Sexual y Reproductiva”, profesionales pertenecientes a Forma Joven y personas que cursaron el “Diploma de Especialización en Género y Salud” en alguna de sus 8 ediciones finalizadas.

Ricardo Moreno Ramos habla de su reciente incorporación como Jefe del Servicio de Prevención de la Dirección General de Salud Pública, de las funciones de este servicio, de las Redes de profesionales en Salud Pública y, en concreto, de la Red de Salud Sexual y Reproductiva. Se pone a disposición para trabajar estrechamente con la Red y con el compromiso que ésta tiene con los derechos en Salud Sexual y Reproductiva.

MESA REDONDA. ALGUNAS LÍNEAS EMERGENTES EN LA RED SSYR

Esta mesa, moderada por María del Mar García Calvente, se orientó a poner sobre la mesa algunos ejemplos de nuevas líneas emergentes de la Red. Se expusieron tres temáticas diferentes que no han sido abordadas en la Red o bien no se ha hecho con la suficiente profundidad. Los temas elegidos para comenzar un debate y reflexión sobre estas nuevas temáticas a incorporar a la Red fueron los que se exponen a continuación.

Impulso a los Anticonceptivos Reversibles de Larga Duración (ARLD)

Este tema fue presentado por Lorenzo Arribas Mir, médico de familia del Centro de Salud de La Chana, Granada.

Se expone a continuación un resumen de su intervención y se aporta la presentación completa en el Anexo 1.

Lorenzo comenzó exponiendo algunos datos sobre los ARLD en nuestro medio, sobre sus tasas de fallos, la continuidad al año, el retorno a la fertilidad, la duración de su eficacia, etc. Explicó que muchos de los embarazos no deseados se dan en mujeres que usan anticonceptivos con una baja adherencia al método, con un uso poco consistente. Los métodos que han mostrado mayor eficacia en la prevención del embarazo son aquellos que siendo reversibles, tienen una larga duración, una alta tasa de seguimiento y no dependen del cumplimiento. Los DIUS, los implantes anticonceptivos subcutáneos y la inyección trimestral, reúnen ese perfil.

Presentó las novedades que se han producido en este tipo de anticonceptivos, como los nuevos modelos o los nuevos datos sobre su eficacia y duración, apoyándose en las últimas evidencias disponibles.

Habló de la baja utilización de los ARLD en España, en comparación con otros contextos. A pesar de las importantes ventajas de los ARLD, su mayor eficacia y seguridad para la salud de las mujeres, no acaban de tener buena prensa entre profesionales y usuarias. Sí son más usados por las mujeres que han tenido alguna IVE, tras la que buscan los métodos más eficaces. Un inconveniente es que dependen de profesionales sanitarios para su administración y muchas veces se relega en los especialistas en Obstetricia y Ginecología, pero esto es una barrera que podría ser fácilmente franqueable. Existe abundante

experiencia a nivel mundial de su manejo en atención primaria por profesionales de medicina de familia, con excelentes resultados.

Todas las políticas de anticoncepción a nivel mundial recomiendan los ARLD como una pieza clave para el éxito de los programas. Este es uno de los retos de la anticoncepción para la atención primaria de nuestro país. Explica que, sin manejar los ARLD, no habrá grandes cambios.

Habló de las estrategias más recomendables para aumentar el uso de las ARLD, siendo el principal punto clave la accesibilidad.

A continuación, centró su atención en los implantes y el uso realizado en el Centro de Salud de la Chana, donde explicó que han acumulado una amplia experiencia con este método. En las más de mil inserciones no se ha dado ni un solo embarazo. Presenta unas elevadas tasas de seguimiento. Habló de algunas contribuciones realizadas en su lugar de trabajo, como cambiar el punto de inserción en la ficha técnica de Implanón, advertir los fallos de un modelo de DIU, demostrar que los y las profesionales de medicina de familia manejan bien los ARLD, y poner en marcha un sistema de formación que parece muy coste-efectivo. Hizo énfasis en este sistema de formación, el “Anti-rotation system” y el “Learning Starting”. Estas estrategias se basan en aprender haciendo. Mejor que ir a otro centro a aprender, se aprende en el propio centro, pero poniendo en marcha.

La Reproducción Humana Asistida en el Sistema Sanitario de Andalucía

Este tema fue presentado por Ana Clavero Gilabert, Responsable del Laboratorio de Reproducción del Complejo Hospitalario Universitario Granada.

Se exponen a continuación los puntos claves de su intervención y se aporta la presentación completa en el Anexo 2.

Ana comenzó exponiendo cuál es el problema en este ámbito. Todos los países desarrollados han descendido la tasa de natalidad y el índice de fecundidad. Ante esta situación, que no garantiza el reemplazo poblacional, se ha tendido a pensar que la solución era la Reproducción Humana Asistida (RHA). ¿Pero es realmente ésta la solución al problema? La información constante en los medios sobre embarazos en mujeres de avanzada edad ha contribuido a afianzar la creencia de que la edad no es un problema para concebir porque la

RHA está ahí para solucionarlo. Pero esto está conllevando serios problemas de fertilidad y de adecuación de los servicios de fertilidad a la demanda.

Presentó datos de la RHA en España, que tiene lugar principalmente en la medicina privada (80%), frente al 20% que se lleva a cabo en el sistema público.

Citó algunas desigualdades en la asistencia pública española que se dan entre comunidades autónomas. Habló de los criterios para el acceso a los programas de RHA en distintos contextos. Hizo énfasis en que el requisito de acumular un año de relaciones sexuales sin protección, como criterio de inclusión en gran parte de comunidades, supone un importante factor de discriminación a parejas homosexuales y mujeres sin pareja. Este elemento de discriminación no se aplica en Andalucía, donde se atiende también a mujeres con pareja femenina y sin pareja. En cambio, como factor negativo en esta comunidad, señaló la restricción que se hace por edad y por hijos previos sanos o esterilización previa.

Citó la Guía de Reproducción Humana Asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, publicada en 2015. Ofreció información básica de los servicios que se ofrecen en nuestro sistema público y de los criterios con que se realizan estos servicios. Se puede obtener más información de la guía en este enlace: (http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=..../publicaciones/datos/622/pdf/GuiaReproduccionHumanaAsistida_SSRA_2015.pdf).

Habló de la técnica ROPA (Recepción de ovocitos de la pareja) como método sencillo y frecuentemente utilizado en algunos contextos, según el cual, en una pareja formada por mujeres, una de ellas aporta el material genético y la otra gesta el embrión. En España, distintos motivos legales y éticos hacen que esta técnica se encuentre en un limbo jurídico. También analizó la subrogación uterina o útero de alquiler, y algunas de las controversias que se dan en torno a este tipo de gestación.

Comentó la reciente publicación en los medios de que Andalucía se sitúa a la cabeza como la comunidad con mayor lista de espera para reproducción asistida. Destacó que en los últimos años, esta unidad ha visto reducido el personal, el presupuesto y los tratamientos. Esto, unido al aumento de la edad media de las mujeres, ha reducido las posibilidades de embarazo.

Hizo referencia a los riesgos de la autoinseminación, técnica sin control sanitario que se está extendiendo en los últimos tiempos gracias a su accesibilidad en Internet. Se acompaña de un elevado riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, de enfermedades

hereditarias a la descendencia, y de los riesgos aparejados a que se trate de una donación no anónima.

Concluyó con una síntesis de los principales aspectos positivos y negativos de la RHA pública en Andalucía, con la demanda de más personal y recursos para disminuir las listas de espera, y con algunas recomendaciones para solucionar el problema de base. Esas recomendaciones se centraron en: más políticas de conciliación, programas de promoción de la natalidad y educación de la población en el envejecimiento reproductivo.

La Salud Sexual y Reproductiva en las personas inmigradas

Este tema fue presentado por Ana Belén Espejo Martínez, ginecóloga del Hospital Carlos Haya de Málaga.

Se exponen a continuación los puntos principales de su intervención y se aporta la presentación completa en el Anexo 3.

Ana Belén comenzó con un marco conceptual del tema desde un enfoque de género y derechos. Explicó que la sexualidad humana es un ámbito fundamental en el desarrollo integral de las personas, directamente relacionada con la salud, el bienestar y la calidad de vida y que la sexualidad constituye un aspecto central del ser humano, advirtiendo que la población inmigrante, y en especial las mujeres, tienen más obstáculos para un pleno desarrollo. En esto influye que vivimos en una sociedad cargada de estereotipos, valores, mandatos de género y roles socialmente atribuidos a las mujeres y a los hombres, que los sitúan en posiciones desiguales para su salud.

Recordó que la crisis financiera mundial de 2007-2008 y las posteriores políticas de austeridad han intensificado las desigualdades y han puesto en peligro el cumplimiento de los derechos sociales y económicos de las mujeres. Entre los derechos que se han visto mermados están el derecho a una maternidad sin riesgos, el derecho a que los embarazos sean deseados y al acceso a una atención cualificada para la salud de la embarazada. Citó a ONU Mujeres, que es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Como defensora mundial de mujeres y niñas, ONU Mujeres fue establecida para acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y para responder a las necesidades que enfrentan en el mundo. Analizó cuales son los retos que se propone esta organización para el año 2030, en cuanto a la reducción de las muertes maternas, a la violencia contra las mujeres y a la mutilación genital femenina.

En España, el Real Decreto-Ley 16/2012 ha recortado los derechos de acceso de las personas inmigrantes, vulnerando el carácter universal del Derecho a la Salud como un Derecho Humano.

Realizó un análisis de situación de la SSyR en mujeres inmigradas en España, en comparación con las mujeres autóctonas. Apoyándose en publicaciones científicas, comentó que la tasa bruta de fecundidad y aborto es 1,4 y 3 veces superior, respectivamente, en las mujeres inmigrantes que en las autóctonas.

Destacó la diversidad de la población inmigrante residente en España, que es multicultural y multiétnica y que cada ser humano es personal e irrepetible. Hizo énfasis en que no hay un perfil de inmigrante ni se es inmigrante, sino que se “está” en una situación de migración. Advirtió que, a veces, las y los profesionales que trabajamos con población inmigrante podemos caer en el error de pensar que la sexualidad, la salud y la salud sexual y reproductiva son cuestiones poco importantes o no prioritarias.

Presentó algunas de las características de las mujeres inmigrantes en España y de su relación con el sistema sanitario en la atención a su salud sexual y reproductiva. Habló entre otros temas, de roles y mandatos de género, de la maternidad y paternidad, de anticoncepción, IVE, prevención de infecciones de transmisión sexual, prostitución y trata. Expuso algunos de los factores relacionados con un déficit en el sistema sanitario en la atención a las mujeres inmigradas. Propuso estrategias y metodologías para el abordaje de la sexualidad con esta población. Hizo énfasis en la transversalidad como estrategia, que debe aunar un enfoque intercultural, un enfoque de género y un enfoque basado en derechos humanos. Y también destacó la importancia del empoderamiento como una estrategia básica. Este empoderamiento se refiere al proceso por el cual se aumenta la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven, y también hace referencia al desarrollo en la persona de la confianza en sus propias capacidades.

TRABAJO COLECTIVO

Metodología:

- A. Previamente al encuentro: Se envió por e-mail una plantilla individual a todas las personas inscritas. Se pidió a cada participante llenar esta plantilla, aportando una propuesta propia de una nueva línea de trabajo en el ámbito de la SSyR, un tema que fuera interesante comenzar a abordar desde la Red SSyR o intensificar su abordaje. En concreto, se pidió reflexionar y contestar, en la plantilla individual, a estas preguntas sobre el tema elegido:
- Pregunta 1. En torno a este tema, ¿qué debilidades presenta actualmente el Sistema Sanitario Público Andaluz en general y/o en tu centro o ámbito de trabajo en particular?
 - Pregunta 2. ¿Qué necesidades existen en la actualidad que no se están cubriendo adecuadamente, desde un enfoque de género, derechos y diversidad?
 - Pregunta 3. ¿Qué objetivos podríamos plantear conseguir a corto o medio plazo en el sistema sanitario en torno a este tema?
 - Pregunta 4. ¿Qué podría aportar la Red SSyR para conseguir esos objetivos? ¿Qué herramientas, prácticas, recursos, estrategias, se podrían trabajar en este ámbito, aprovechando las fortalezas del trabajo en red?
- B. En el encuentro: Se realizó el trabajo colectivo, a partir de las reflexiones individuales previas. Se formaron grupos de trabajo de distintos tamaños, atendiendo a los temas que a priori se habían propuesto en las plantillas individuales: anticoncepción, reproducción humana asistida, SSyR en distintas edades, SSyR y discapacidad, SSyR e inmigración. Se pidió a los y las integrantes de cada grupo que siguieran los siguientes pasos:
- Seleccionad entre las personas del grupo uno de los temas que habéis propuesto (o sobre el que habéis reflexionado) de manera individual, para trabajar lo colectivamente.
 - Seleccionad a una persona que pueda actuar como moderadora del debate dentro del grupo y como portavoz en el plenario posterior.

- Debatid conjuntamente sobre las preguntas planteadas en la plantilla individual, partiendo de los puntos abordados por la/s persona/s del grupo que seleccionaron este tema.
- Trasladas a la plantilla de consenso los tres puntos consensuados en el grupo o los principales puntos abordados en el debate para cada uno de los siguientes bloques:
 - Bloque 1. Análisis de situación (Preguntas 1 y 2 de la plantilla individual)
 - Bloque 2. Objetivos (Pregunta 3 de la plantilla individual)
 - Bloque 3. Aportaciones desde la Red SSyR: herramientas, prácticas, recursos, estrategias... (Pregunta 4 de la plantilla individual).

Resultados:

Posteriormente al trabajo colectivo, se presentaron los resultados de cada grupo en el plenario. A continuación se detallan las conclusiones expuestas por cada grupo.

Grupo 1. Abordaje de los anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD)

Bloque 1. Análisis de situación

- Las principales debilidades del SAS en este tema son la falta de información y de formación de profesionales.
- Las necesidades no cubiertas son: accesibilidad, intimidad, entendimiento de la diversidad y una financiación más amplia.

Bloque 2. Objetivos

Algunos objetivos que podría plantearse el SAS para abordar este tema son los siguientes:

- Información unificada: Salud Responde, profesionales de medicina de familia, ginecología, enfermería, trabajo social, gestorías de personas usuarias, etc.
- Capacitación acreditada en el manejo de ARLD.
- Proceso asistencial en anticoncepción.

Bloque 3. Aportaciones desde la Red SSyR

- Elaboración y difusión de materiales para profesionales

-
- Impulso de casos clínicos
 - Actualización y novedades sobre el tema

Grupo 2. Educación en adolescentes sobre el envejecimiento reproductivo

Bloque 1. Análisis de situación

- En la actualidad se ha producido una disminución del índice de fecundidad y un retraso en la edad de la maternidad. El retraso en la edad materna es el principal factor de esterilidad en nuestro medio y los logros de las técnicas de reproducción asistida (TRA) con ovocitos propios o donados tienen sus limitaciones.
- Este retraso en el desarrollo reproductivo se debe fundamentalmente a la situación socioeconómica, a la precarización laboral y a la ausencia de políticas de promoción de la maternidad. También influyen las presiones de la industria biomédica de técnicas de reproducción asistida, que siguen haciendo que la responsabilidad de la maternidad recaiga exclusivamente sobre las mujeres, aunque sea de manera postergada en su vida, debido a la ausencia de conciliación social de los cuidados.
- Además, a través de los medios de comunicación se transmite la falsa idea de una juventud psicosocial que no se corresponde con la juventud biológica y con las posibilidades reproductivas, con lo cual muchas mujeres retrasan su maternidad debido a estos factores y desconocen el impacto de la edad avanzada sobre la fertilidad.

Bloque 2. Objetivos

- Promover la igualdad entre sexos y la corresponsabilidad familiar.
- Informar acerca de la realidad del impacto negativo de la edad materna avanzada sobre las opciones y posibilidades reproductivas

Bloque 3. Aportaciones desde la Red SSyR

- Pensamos que la intervención sobre adolescentes es muy controvertida, por la posible interpretación de que la maternidad es un ideal supremo y un destino y que se generen ideas ambivalentes que interfieran con la eficacia y necesidad de anticoncepción en estas edades de desarrollo. Por ello, en este rango de edad y a nivel de sistema educativo, recomendamos centrar la educación en la igualdad y en la corresponsabilidad, además de en materia afectiva y consejo anticonceptivo.

-
- Difundir entre las y los profesionales sanitarios y la población los datos científicos acerca de la relación entre edad y fertilidad y el rendimiento de las TRA.
 - A nivel sanitario asistencial, incluido en las actividades de promoción de la salud, se debe ofrecer educación en forma de consejo oportuno y específico, que traslade información científica rigurosa y veraz, que posibilite a las mujeres y sus parejas la toma de decisiones en su planificación familiar.
 - La aportación fundamental de esta Red debe ser reclamar la puesta en marcha de políticas reales de alcance social de promoción de la maternidad sin que lastre las oportunidades de desarrollo de las mujeres y que posibiliten la conciliación y la corresponsabilidad.

Grupo 3. Promoción de salud sexual en adolescentes

Bloque 1. Análisis de situación

Se dan las siguientes deficiencias o necesidades no satisfechas:

- Enfoque mayoritario en prevención de enfermedades y embarazo
- Se da un abordaje solo de información. Se necesita también un abordaje de actitudes y habilidades
- Hay un déficit de abordaje de diversidad sexual

Bloque 2. Objetivos

- Coordinación entre sistema sanitario y los/as docentes
- Control de publicidad y medios de comunicación
- Implementación universal en colegios, no a demanda
- Anticoncepción no sexista

Bloque 3. Aportaciones desde la Red SSyR

- Integración en el currículum de docentes de formación específica en salud sexual
- Fomentar el trabajo de este tema en escuelas de padres y AMPA
- Reconocimiento institucional y valoración del personal dedicado a la promoción de salud sexual
- Formación conjunta de formadores/as y profesionales sanitarios en contacto con población infanto-juvenil
- Aprovechamiento de tecnologías, redes sociales (buscar líderes en redes sociales)

-
- Diseño de material educativo

Grupo 4. Accesibilidad a los servicios de salud reproductiva en la población inmigrante, especialmente la más vulnerable

Bloque 1. Análisis de situación

- Bajo control prenatal
- Alta tasa de ITS y VIH
- Alta tasa de IVE
- Alta tasa de natalidad
- Soledad
- Mayor morbilidad femenina

Bloque 2. Objetivos

- Mejorar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios de salud sexual y reproductiva
- Sensibilizar y formar a profesionales
- Incluir a ONGs y asociaciones de inmigrantes en los grupos de trabajo
- Orientar los servicios hacia la diversidad cultural

Bloque 3. Aportaciones desde la Red SSyR

- Trabajar junto a la Red ISIR
- Apoyar líneas de investigación en SSyR
- Llevar a cabo cursos de formación para profesionales
- Darle difusión a la Red SSyR para integrar a las ONGs y las asociaciones que trabajan con inmigrantes
- Difundir herramientas para la toma de decisiones

Grupo 5. SSyR y discapacidad

Bloque 1. Análisis de situación

- Prejuicios y estigma. Exclusión de las personas con discapacidad en la toma de decisiones. Invisibilidad. Sobreprotección.
- Falta de protocolos integrados, adecuados y conocidos, de intervención y coordinación entre niveles de atención sanitaria, social, educación, judicial...

-
- Falta de formación específica y especializada de profesionales
 - Ausencia de datos desagregados por sexo de las personas con discapacidad, así como de otros grupos vulnerables, como personas con enfermedades mentales.

Bloque 2. Objetivos

- Sensibilizar y formar a profesionales de los diferentes ámbitos a implicar de salud, de educación, de servicios sociales...
- Diseñar un protocolo de actuación unificado, para que ésta actuación sea homogénea, interdisciplinar, coordinada, que garantice una intervención integral y la continuidad entre ámbitos, y que incorpore la perspectiva de género y de derechos.
- Fomentar la participación ciudadana, especialmente de los grupos vulnerables.

Bloque 3. Aportaciones desde la Red SSyR

- Crear entornos para la participación de la ciudadanía, en especial de los grupos vulnerables
- Campaña de sensibilización y cursos de formación
- Crear grupos de trabajo interdisciplinares para las diferentes materias
- Fomento, recogida y divulgación de buenas prácticas

Otros temas propuestos de manera individual:

A continuación se recogen también otros temas que fueron propuestos de manera individual y que no se trabajaron en los grupos:

- Normalizar la atención a la SSyR en el contexto de la atención integral a las personas en la atención primaria de nuestro sistema sanitario
- El presente del embarazo subrogado en España
- Prevención de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes
- Actividad física en el embarazo
- Rol de los padres en la crianza

PRESENTACIÓN DEL INFORME “DEFICIENCIAS E INEQUIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESPAÑA”

Para finalizar el encuentro, tuvo lugar la presentación del Informe “Deficiencias e Inequidad en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en España”, un documento elaborado por 13 ONGs, que se ha publicado en noviembre y que ha tenido una amplia repercusión en los medios y redes sociales.



Las ONG que han elaborado el informe han sido las siguientes: Alianza por la Solidaridad, Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCIB), Creación Positiva, Federación de Planificación Familiar Estatal, Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (FELGTB), Forum de Política Feminista, Fundación para la Convivencia Aspacia, Haurralde Fundazioa, Médicos del Mundo, Plataforma CEDAW Sombra, Red de Mujeres de América Latina y del Caribe en España (Red Latinas), Women's Link Worldwide.

El documento analiza cómo han afectado los recortes a la salud de las mujeres, en un contexto de crisis económica y políticas de austeridad. Se abordan temas tan relevantes como la maternidad segura y elegida; el acceso a métodos y servicios de anticoncepción; la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual; la atención al aborto y salud sexual y reproductiva; la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las distintas orientaciones no heterosexuales y no cissexuales; la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes; las mujeres en Centros de Internamiento para Personas Extranjeras; la educación sexual; y la violencia sexual y de género.

Se puede descargar aquí el documento completo del Informe:

http://cdn27.hiberus.com/uploads/documentos/2016/11/03/documentos_mdminformeabajo_02406bb.pdf

En una mesa moderada por Joan Carles March Cerdá, director de la EASP, participaron las siguientes personas en la presentación del informe:

Pablo Simón Lorda, en representación de Médicos del Mundo Granada, hizo una presentación general del informe. Expuso el marco y los contenidos principales.

Juncal Gutiérrez Artacho, en representación del Fórum de Política Feminista, se centró en la atención al aborto y la salud sexual y reproductiva.

Borja Rodríguez Núñez, en representación de la Fundación para la Convivencia ASPACIA, centró su intervención en la violencia sexual y de género.

A continuación, se abrió un turno para preguntas, comentarios y debate.

La mesa se retransmitió en directo por Streaming, y puede verse al completo en la siguiente dirección: <https://livestream.com/easptv/InformeMedicosMundo>.

ANEXO 1. PRESENTACIÓN “IMPULSO A LOS ANTICONCEPTIVOS REVERSIBLES DE LARGA DURACIÓN”. Lorenzo Arribas Mir.

Enlace a la presentación completa en formato PowerPoint para profesionales registrados/as en la Red:

<http://www.easp.es/redssyr/mod/folder/view.php?id=297>

Impulso a los anticonceptivos reversibles de larga duración

Lorenzo Arribas Mir

Médico de Familia

Centro de Salud Universitario de La Chana. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano
Profesor Asociado de la facultad de Medicina de Granada. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

**IV ENCUENTRO DE LA
RED DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**

Granada, 24 de noviembre de 2016



Anticonceptivos reversibles de larga duración (ARLD) en nuestro medio.

	Uso típico Tasa fallos %	Uso perfecto Tasa fallos %	Continuidad al año %	Retorno de la fertilidad	Composición	Duración eficacia
Implante subcutáneo	0,05	0,05	84	1 mes	Etonogestrel	3 años
DIU LNG	0,2	0,2	80	Inmediato	Levonorgestrel	5 años
DIU Cu	0,8	0,6	78	Inmediato	Cobre	5-10 años
Inyección trimestral	3	0,3	56	6 meses	AMP*	3 meses

* AMP = Acetato de Medroxiprogesterona LNG = Levonorgestrel. Cu = Cobre DIU = Dispositivo intrauterino

Eficacia

Baja eficacia	Eficacia		
	Typical use ^b Column (2)	Perfect use ^a Column (3)	% of women continuing use at 1 year ^a Column (4)
No method ^d	85	85	
Spermicides ^d	28	18	42
Fertility awareness-based methods	24		47
Standard Days method ^d		5	
TwoDay method ^d		4	
Ovulation method ^d		3	
Symptothermal method ^d		0.4	
Withdrawal	22	4	46
Sponge			36
Parous women	24	20	
Nulliparous women	12	9	
Condom ^d			
Female (F)	21	5	41
Male	18	2	43
Depo-Provera	1	0	37
IUCDs			
ParaGard (copper T)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG)	0.2	0.2	80
Implanon	0.06	0.05	84
Female sterilization	0.5	0.5	100
Male sterilization	0.15	0.10	100
LAM is a highly effective, temporary method of contraception. ¹			

Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83:397-404.

Novedades ARLD 2016

- Nuevos modelos de DIUS.
- Nuevos implantes.
- Nuevo inyectable subcutáneo de AMP.

- **Nuevos datos de eficacia DIUS**
- **Nuevos datos duración eficacia Implanon**

Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices

Klaas Heinemann*, Suzanne Reed, Sabine Moehner, Thai Do Minh

ZEG-Berlin, Chausseestrasse 115, 10115 Berlin, Germany

Received 2 October 2014; revised 8 January 2015; accepted 12 January 2015

Abstract

61.448 mujeres

Objectives: The objective was to measure the rate of unintended pregnancies in women using levonorgestrel-releasing intrauterine systems (LNG IUSs, releasing 20 mcg LNG daily) and copper intrauterine devices (IUDs) in a typical population of IUD users and to describe associated complications.

Methods: A multinational, prospective, non-interventional cohort study of new users of LNG IUS and copper IUDs was performed. Following a baseline survey, study participants and their physicians completed one follow-up questionnaire after 12 months. A multifaceted four-level follow-up procedure minimized loss to follow-up. Patient-reported outcomes were validated by the treating physicians.

Results: A total of 61,448 women with a newly inserted IUD were enrolled in six European countries between 2006 and 2012. The copper IUD cohort contained more than 30 different types. Validated 1-year follow-up information for 58,324 users between 18 and 50 years of age (70% using LNG IUS, 30% using copper IUDs) was collected. A total of 118 contraceptive failures occurred (26 LNG, 92 copper). Both types of IUDs show high efficacy with overall yearly failure rates of 0.06–0.08% (95% confidence interval (CI): 0.04–0.09) and 0.42–

Fallos DIU cobre	0.52	95% (CI): 0.42–0.64
------------------	------	---------------------

Fallos DIU LNG	0.06	95% (CI): 0.04–0.09
----------------	------	---------------------

Implications: This study provides evidence for the comparative effectiveness of LNG IUS and copper IUDs during routine clinical practice. Clinicians and patients should be aware of differences in rates of unintended pregnancies and associated complications in relation to IUDs.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier Inc. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Contraception 91 (2015) 280–283

Hum. Reprod. Advance Access published September 26, 2016

Human Reproduction, pp. 1–8, 2016

doi:10.1093/humrep/dew222

human reproduction

ORIGINAL ARTICLE Fertility control

Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant

Moazzam Ali^{1,*}, Ayse Akin², Luis Bahamondes³, Vivian Brache⁴, Ndema Habib⁵, Sihem Landoulsi¹, and David Hubacher⁵; for the WHO study group on subdermal contraceptive implants for women†

¹UNDP, UNICEF, UNFPA, WHO, World Bank Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, Geneva, Switzerland; ²Faculty of Medicine, Baskent University, Ankara, Turkey; ³Family Planning Clinic, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, SP, Brazil; ⁴PROFASEIA, Santo Domingo, Dominican Republic; ⁵YHII 360, Durham, NC, USA

MAIN RESULTS AND THE ROLE OF CHANCE: Over 200 women used the ENG implant for at least 5 years. No pregnancies occurred during the additional 2 years of follow up in the ENG or LNG implant group. The overall 5-year K-M cumulative pregnancy rates for ENG- and LNG- implants were 0.6 per 100 women-years (W-Y) [95% confidence interval (CI): 0.2–1.8] and 0.8 per 100 W-Y [95% CI: 0.2–2.3], respectively. Complaints of bleeding changes were similar; however, ENG-users were more likely than LNG-users to experience heavy bleeding ($p < 0.05$). The median duration of the implant removal procedure was 64 seconds shorter for the one-rod ENG-implant

Gynecologic Outcomes After Hysteroscopic and Laparoscopic Sterilization Procedures

Perkins, Rebecca B. MD, MS; Morgan, Jake R. MS; Awosoga, Temitope P. MD; Ramanathan, Shailini MD; Paauwe-Driew, Michael K. MD

Abstract

OBJECTIVE: To compare rates of gynecologic morbidity after laparoscopic and hysteroscopic sterilization.

METHODS: This retrospective cohort study used a commercial claims administrative database, 2007–2013, to compare rates of pregnancy, menstrual dysfunction, pelvic pain, hysteroscopic surgery, and intra-abdominal gynecologic surgery after laparoscopic and hysteroscopic sterilization. Women with 12 or more continuous months of data before and after sterilization were included. Women who had undergone tubal ligation and hysteroscopic sterilization were compared for the entire population of women who underwent hysteroscopic sterilization and the subset who had completed postprocedure hysterosalpingograms. Cox proportional hazard models were calculated controlling for age, comorbidities, U.S. geographic region, metropolitan statistical area designation, and insurance type.

RESULTS: A total of 42,391 women underwent laparoscopic and 27,724 underwent hysteroscopic sterilization. The pregnancy rate was higher after hysteroscopic than laparoscopic sterilization (adjusted hazard ratio [HR] 1.20, 95% confidence interval [CI] 1.09–1.34, $P < .001$). Compared with women who underwent laparoscopic sterilization, 31.8% of women who underwent hysteroscopic sterilization received a hysterosalpingogram. This group had similar pregnancy rates as those who underwent laparoscopic sterilization (adjusted HR 0.90, 95% CI 0.80–1.02, 1.8% compared with 2.0% at 2 years). After undergoing hysterosalpingograms, more women were diagnosed with menstrual dysfunction (adjusted HR 1.25, 95% CI 1.09–1.40, 26.8% compared with 22.2% at 5 years), and more women underwent hysteroscopic surgeries (adjusted HR 2.25, 95% CI 1.98–2.14, 13.8% compared with 6.4% at 2 years), but fewer women were diagnosed with pelvic pain (adjusted HR 0.83, $P < .001$, 21.0% compared with 25.8% at 2 years) and fewer women underwent intra-abdominal gynecologic surgeries (adjusted HR 0.95, 95% CI 0.90–0.99, 7.7% compared with 8.1% at 2 years), including hysterectomy (adjusted HR 0.65, 95% CI 0.69–0.70, 10.9% compared with 14.3% at 5 years).

CONCLUSION: Hysteroscopic sterilization may be associated with a higher rate of pregnancy, menstrual dysfunction, more hysteroscopic surgeries, less pelvic pain, and fewer intra-abdominal gynecologic surgeries than laparoscopic sterilization. Pregnancy rates appear to be similar for women who completed their post-procedure hysterosalpingogram, but only 66% of women did so.

© 2016 by The American College of Obstetricians and Gynecologists. Published by Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved. *Obstet Gynecol.* 2016 Oct;128(4):843–52.

NEJM Journal Watch

Laparoscopic or Hysteroscopic Sterilization — Which Is Better?

Método

Método	Fallos %
Esterilización histeroscópica	2.4
Esterilización laparoscópica	2.0
DIU LNG	0.06
DIU cobre	0.52
Implantes subcutáneos	0.05

COMMENT

In this large series, both hysteroscopic pregnancies (2.4%) were higher than cumulative risks of pregnancy after laparoscopic sterilization (0.06%). *Contracept* 2015; 91:289. and subdermal implants (0.05%, *Dogo* 2011; 71:869). Moreover, both surgical sterilization techniques were associated with relatively high rates of menstrual dysfunction, pelvic pain, and subsequent hysterectomy. Given these findings along with the high cost of surgical sterilization, IUDs may represent a better approach to long-term contraception for many women.

¿ El método ideal existe ?

Seguro

Eficaz

Continuidad

Reversible

Discreto

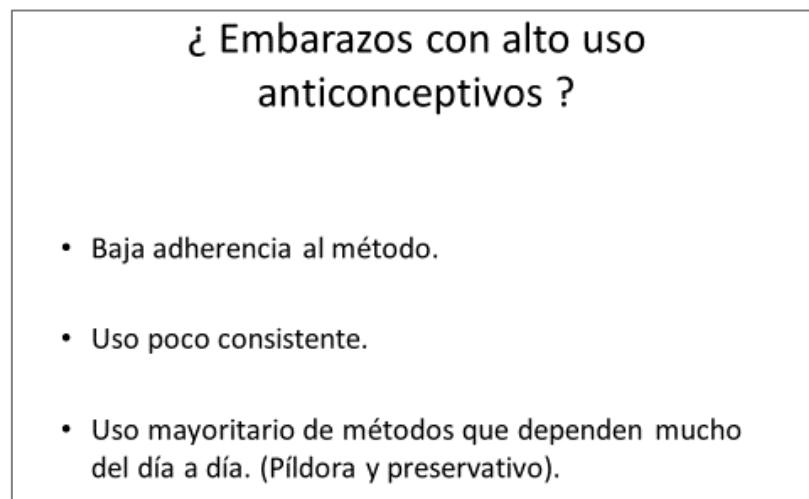
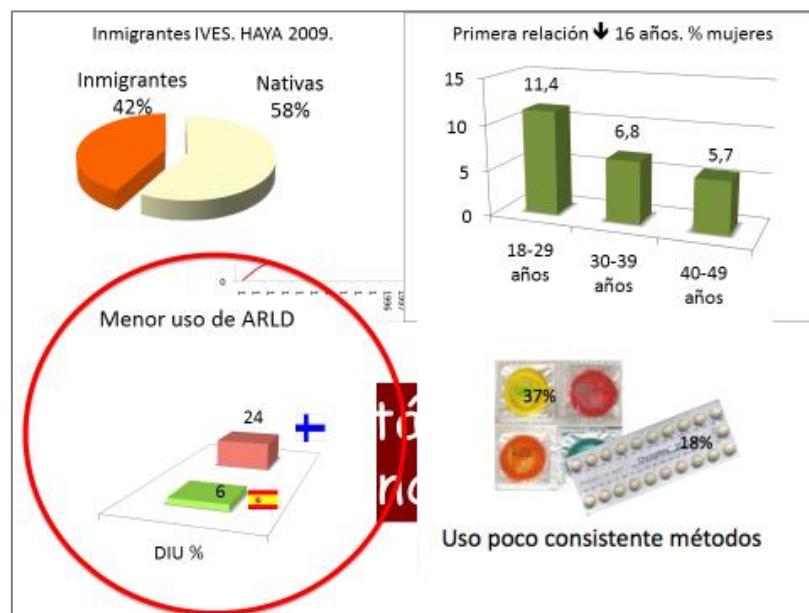
Beneficios adicionales

Casi existe

Coste-Efectivo

ARLD 6.7%							
DIU Cu 3.6% + DIU LNG 2.5% + Implante 0.5% + Inyectable 0.1%							
Anticonceptivo que utilizan actualmente							
	TOTAL	EDAD					
		de 15 a 19 años	de 20 a 24	de 25 a 29	de 30 a 34	de 35 a 39	de 40 a 44
Preservativo	31,3%	37,6%	47,1%	33,4%	33,3%	27,0%	28,8%
Píldora	16,2%	8,8%	26,5%	28,4%	20,9%	17,2%	8,4%
Mini Píldora o píldora solo gestagenos	0,3%			0,6%	0,5%	0,7%	
DIU (Dispositivo Intra Uterino) de cobre	3,6%		2,4%	1,6%	2,7%	5,3%	6,6%
DIU (Dispositivo Intra Uterino) Mirena Hormonal	2,5%			0,5%	2,0%	5,3%	4,0%
Anillo vaginal	3,2%	1,2%	6,4%	8,4%	4,8%	1,2%	1,0%
Parche (pegado en la piel)	1,3%	0,4%	0,0%	4,2%	1,6%	0,6%	0,7%
Inyectable (inyecciones trimestrales)	9,1%	0,5%	0,6%				0,1%
Implante subcutáneo	0,6%			0,5%	1,9%	0,4%	0,2%
Diaphragma	0,9%	0,4%					
Coitus interruptus (marcha atrás)	0,8%			1,4%	1,3%	0,6%	1,3%
Métodos naturales de control y abstinencia periódica (Ogino, etc...)	0,1%					0,4%	0,1%
Específicas (cremas u óvulos vaginales)	0,0%				0,2%		
Otro	6,1%			0,4%			0,2%
Ligadura de trompas/método Essure (Obstrucción tubaria)	5,6%			0,4%	2,2%	0,2%	11,1%
No utiliza ninguno pero su pareja tiene la vasectomía	7,2%			0,5%	2,1%	0,3%	17,4%
Ninguno	27,3%	51,1%	16,0%	19,6%	26,4%	25,5%	20,5%
NB/NC	0,0%						0,2%

Encuesta Anticoncepción SEC 2014*



Baja utilización de los ARLD en España

- Ventajas
- Mayor eficacia
- Mayor seguridad
- Mas coste-efectivo
- Inconvenientes
- Mala prensa
- Baja utilización
- Dependen mas de los sanitarios
- Menos accesibles



¿ Y como se aumenta el uso de los ARLD ?

Accesibilidad

Contraception

Contraception 93 (2016) 432–437

Original research article

US family physicians' intrauterine and implantable contraception provision: results from a national survey

Mollie B. Nisrin^a, Lars E. Peterson^b, Anneli Cochrane^b, Susan E. Rubin^{c,*}

^aAlbert Einstein College of Medicine, 1305 Morris Park Ave, Bronx, NY 10460

^bAmerican Board of Family Medicine, 1600 McGrawhouse, Postbox, Suite 150, Lexington, KY 40511

^cAlbert Einstein College of Medicine/Montefiore Medical Center, 1305 Morris Park Ave, Bronx, NY 10461

Received 3 September 2015; revised 6 January 2016; accepted 8 January 2016

Abstract

Objective: Establish a current cross-sectional national picture of intrauterine device (IUD) and implant provision by US family physicians and ascertain individual, clinical and scope of practice level associations with provision.

Study design: Secondary analysis of data from 223 family physicians responding with the American Board of Family Medicine in 2014.

Results: Overall, 19.7% of respondents regularly inserted IUDs, and 11.3% regularly inserted and/or removed implants. Family physicians provided these services in a wide range of clinical settings. In bivariate analysis, almost all of the individual, clinical and scope of practice characteristics were associated with provision of both methods. In multivariate analysis, the scope of practice characteristics showed significant association with both methods. For IUD provision, the scope of practice care with [adjusted odds ratio (aOR) = 3.25, 95% confidence interval (CI) = 1.93–5.49] or without [aOR = 0.35, 95% CI = 1.15–1.34] provision of endometrial biopsies (aOR = 1.61, 95% CI = 11.97–22.79) and implant insertion and removal (aOR = 5.78, 95% CI = 5.70–13.33). For implants, it was providing prenatal care and delivery (aOR = 1.77, 95% CI = 1.15–2.74), office skin procedures (aOR = 3.07, 95% CI = 1.47–6.42), endometrial biopsies (aOR = 6.7, 95% CI = 2.41–5.59) and IUD insertion (aOR = 5.8, 95% CI = 5.70–12.91).

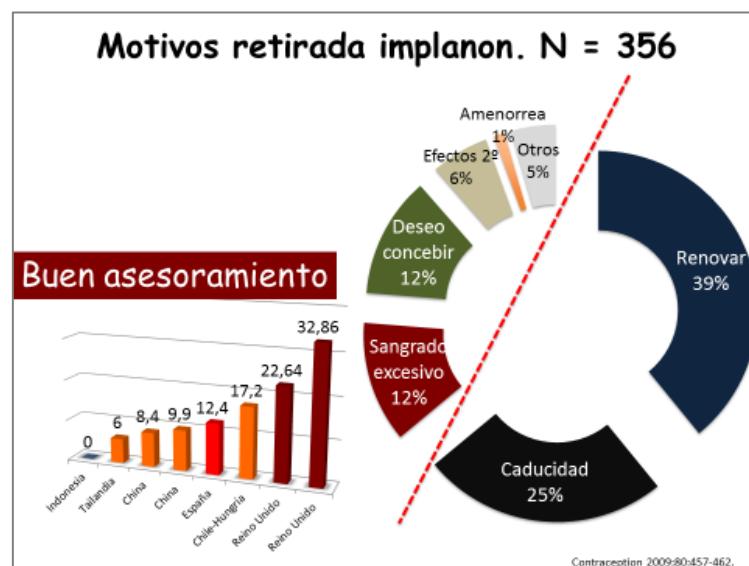
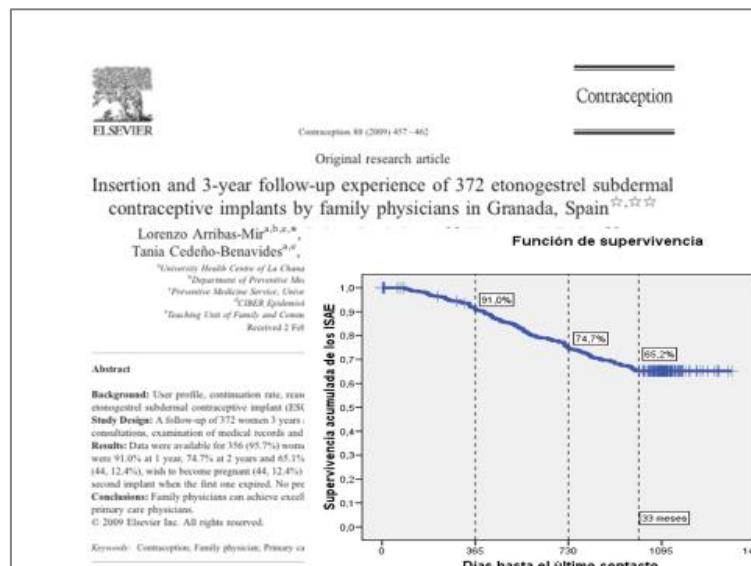
Conclusions: While a majority of family physicians regularly provided IUDs and/or implants, those who provided did so in a broad range of outpatient settings. Individual and clinical site characteristics were not largely predictive of provision. This commutes potential for family physicians to increase IUD and implant access in a variety of settings. Provision of both methods was strongly associated with scope of practice variables including performance of certain office procedures as well as prenatal and obstetrical care.

Implications: These data provide a baseline from which to analyze change in IUD and implant provision in family medicine, identify gaps in care and ascertain potential leverage points for interventions to increase long-acting reversible contraceptive provision by family physicians. Interventions may be more successful if they first focus on sites and/or family physicians who already provide prenatal care, obstetrical care, skin procedures and/or endometrial biopsies.

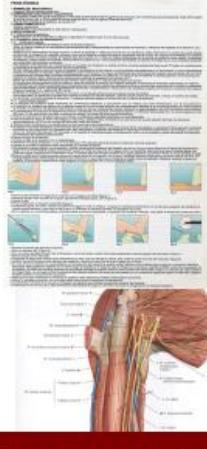
© 2016 Elsevier Inc. All rights reserved.

1.182 mujeres
1.424 DIUS
2000-2009





Parestesias distales



Cambios en la ficha técnica 2008

Metodología

"LEARNING STARTING"

Aprender poniendo en marcha

- Transmisión de experiencias de centro a centro.
- Absorver conocimientos y formación de los compañeros.
- Aprovechar la experiencia de una UC mas veterana.
- Docencia sobre el terreno.
- Se aprende poniendo en marcha.
- Dispensarizar inserciones en 2 MF.

"Anti-rotation system"

Mejor que ir a otro centro a aprender
Se aprende en el propio centro
Pero poniendo en marcha (Learning Starting)

"Una que quiere aprender"
¿ Puedo ir a tu centro
a poner DIUS ?.

Técnica "gallega"
¿Tienes DIUS en tu centro
y material de inserción?

Primero el material

iEs barato!

“Anti-rotation system”

Chana
Cartuja
Almanjáyar
Huétor Vega
Albayzín
Caleta
Salvador Caballero
Gran Capitán
La Zubia

Realejo
Zaidín Sur

Mejor que ir a otro centro a aprender
Se aprende en el propio centro
Pero poniendo en marcha (Learning Starting)

SHORT COMMUNICATION

Training to fit intrauterine devices/intrauterine systems for general practitioners: is there an alternative method of service delivery?

Deborah J Lee



Abstract

Background and methodology This paper questions the traditional method of obtaining intrauterine device (IUD) and intrauterine system (IUS) training, by highlighting the pitfalls of this training, and introduces community IUD/IUS training, a new model offering significant advantages.

Discussion and conclusions Traditional IUD/IUS training is not optimal for a variety of reasons including scarcity of designated IUD/IUS clinics, long distances for travel to be trained, wasted clinic appointments, a tendency towards difficult IUD/IUS fitting in these

specialist clinics, and a lack of suitable doctors as IUD/IUS trainers. Community IUD/IUS training enables the trainee to be involved in patient selection, setting up an IUD/IUS clinic (probably for their own future use) and following up their own patients. Community IUD/IUS fitting has definite advantages and much to commend it.

Keywords general practitioner, intrauterine device, intrauterine system, long-acting reversible contraception, training

J Fam Plann Reprod Health Care 2007; 33(3): 206–207
(Accepted 23 August 2006)

Introduction

Specialist methods of contraception such as the intrauterine device (IUD), the Mirena® intrauterine system (IUS) and the subdermal implant, Implanon®, are highly effective, long-acting, reversible methods of contraception (LARC). Experience with these methods is highly favourable, and they have the lowest failure rates of all methods of contraception (apart from vasectomy). The 2005 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) LARC guideline¹ endorsed the use of these methods in the UK.

Key message points

- Many difficulties exist for general practitioners (GPs) trying to obtain intrauterine device (IUD) training in the traditional way.
- An alternative community IUD training mechanism has evolved in Wessex, which has numerous advantages.
- This model of training may provide a realistic and cost-effective alternative for GPs wishing to undergo IUD training.

¡ Ojo con los banderilleros!
Algunos son matadores

¿ Hemos hecho aportaciones ?

- Contribución a cambiar el punto de inserción en la ficha técnica de Implanón.
- ¿Patentar el Sistema de Extracción de Implantes de la Chana (SEIC)?.
- Hemos advertido los fallos de un modelo de DIU.
- Poner en marcha un sistema de formación que parece muy coste-efectivo (Anti-Rotation System), (Learning Starting).
- **Demostrar que los MF manejan bien los ARLD.**

Agradecimiento a los directores DSGM 2000-2016

Los jefes deben estar implicados

Vamos a seguir

Jornada ARLD del DSGM 20 y 27 enero 2017

"Con supervisión"
En sus propios centros

¡ A trabajar
aprendiendo !

ANEXO 2. PRESENTACIÓN “LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN EL SISTEMA SANITARIO”. Ana Clavero Gilabert.

Enlace a la presentación completa en formato PowerPoint para profesionales registrados/as en la Red:

<http://www.easp.es/redssyr/mod/folder/view.php?id=297>

LA REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN EL SISTEMA SANITARIO

Dra. Ana Clavero Gilabert
Responsable del Laboratorio de Reproducción del CHU Granada.

¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

Tasa Natalidad

Año	Tasa Natalidad (%)
1964	22%
2014	9,2%

Índice fecundidad

Año	Índice fecundidad
1964	3,01
2014	1,32

INE Instituto Nacional de Estadística

- Todos los países desarrollados
- Retraso de la maternidad
- ¿Solución?: Reproducción Asistida

¿Y LA SOLUCIÓN? ¿REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA?

Nuestra realidad

Tasa de gestación por ciclo de RHA en España

Edad (años)	Propios (%)	Donados (%)
<35 años	32,4	43,8
35-39 años	26,7	47,2
>40 años	15,9	42,7

el salvador.com

DESIGUALDADES EN LA ASISTENCIA

Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España

Resumen de 2014

Autores: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Andalucía, Asociación de Profesionales de la Salud Sexual y Reproductiva (APSyR), Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Consejo General de Enfermería (CGE), Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Oficial de Médicos de Andalucía, Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Andalucía, Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Oficial de Enfermería de Andalucía, Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Oficial de Médicos de Andalucía, Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Andalucía, Comisión de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Oficial de Enfermería de Andalucía.

Reproducción Asistida en España

Categoría	Porcentaje
Medicina Privada	80%
Medicina Pública	20%

DESIGUALDADES EN LA ASISTENCIA PÚBLICA

Cartera de servicios: RD 1030/2016 y Orden SSI/2065/2014

Criterios exclusión:

- Mujeres >39 años al inicio del estudio
- Varones >54 años
- Hijo previo sano
- Esterilización voluntaria
- Mala reserva ovárica

Criterios inclusión:

- 1 año de relaciones sexuales sin protección

Discriminación a parejas homosexuales y mujeres sin pareja

GUÍA DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA EN EL SSPA

Guía de reproducción humana asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía

Autores: Comité Andaluz de Infertilidad y Reproducción Asistida (CAIRA)

- Asistencia en todas las provincias
- Donación de ovocitos en todas las provincias
- DGP en centro público (Sevilla)
- Enfermedades infecciosas transmisibles en centro público (Granada)
- Mujer sin pareja / con pareja femenina

TÉCNICAS NO INCLUIDAS POR MOTIVOS LEGALES/ÉTICOS

ROPA
(Reception of Oocytes from Partner)

Ley 14/2006
→ donación de gametos entre la pareja
→ donación de óvulos no anónima

CNRHA
→ Toda nueva técnica necesita autorización del comité

Limbo jurídico

Artículo 14. Atención sanitaria en el ámbito de la salud reproductiva y sexual.
1. El sistema sanitario público de Andalucía promoverá la realización de programas y protocolos específicos que den respuesta a las necesidades propias de las personas beneficiarias de esta ley, en particular a la salud sexual y reproductiva.

2. Están garantizados el derecho a los servicios de salud a personas y a las técnicas de reproducción asistida incluyendo tanto beneficiarios a todas las personas que lo deseen y no discriminando por motivo económico ni por orientación sexual ni por edad.

3. Actos realizados en los establecimientos y servicios públicos de salud se considerarán legales.

4. Actos realizados en los establecimientos y servicios privados de salud se considerarán legales.

5. Actos de preparación de los tratamientos asistidos y las gestaciones subrogadas, así como la posibilidad de comprensión de su propia personalidad y voluntad reproductiva para su futura reproducción.

TÉCNICAS NO INCLUIDAS POR MOTIVOS LEGALES/ÉTICOS

Subrogación uterina (Útero de alquiler)

Prohibida por la Ley 14/2006

Caso en Valencia: pareja de varones homosexuales con hijos gemelos por subrogación uterina. Discriminación por motivo económico. Juzgado: Instrucción 5 octubre 2010. Tribunal judicial del país donde se ha establecido la maternidad subrogada que reconozca la filiación. No inscripción en Registro Civil. Recurren y tras larga batalla los inscriben. Juzgado: Varón aporta gameto: padre biológico. Pareja: adopta.

LISTAS DE ESPERA

La lista de espera para reproducción asistida llega a los 17 meses, la máxima en Andalucía

El Defensor del Pueblo pide mejorar la atención, señala que se dan menores edades que hace cinco años y recomienda que se deriven los pacientes a la privada para agilizarlos.

Andrés Perea, presidente del Defensor del Pueblo Andaluz ha estudiado las listas de espera de las clínicas de reproducción asistida del Hospital Universitario de Granada y Andalucía

- Menos personal
- Menos tratamientos
- Más lista de espera
- Más edad media de las mujeres
- Menos posibilidades de embarazo

LISTAS DE ESPERA



RESUMEN

- Menos personal
- Menos presupuesto
- Más carga asistencial
- Mantenemos lista de espera

Buen hacer
de los
profesionales



RIESGOS Autoinseminación



No control sanitario, no trazabilidad.



- Riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual
- Riesgo de transmisión de enfermedades hereditarias a la descendencia
- Donación no anónima



CONCLUSIONES

- RHA pública en Andalucía:
 - **Positivo:** asiste a mujeres sin pareja o con pareja femenina
 - **Negativo:** restricción por edad, hijos previos sanos o esterilización previa
- Necesitamos más personal y recursos para disminuir listas de espera

CONCLUSIONES

- Dudas jurídicas en algunas técnicas de RA
- Solucionar el problema de base:
 - Políticas de conciliación
 - Programas de promoción de la natalidad
 - Educación de la población



ANEXO 3. PRESENTACIÓN “LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS MUJERES INMIGRADAS”. Ana Belén Espejo Martínez.

Enlace a la presentación completa en formato PowerPoint para profesionales registrados/as en la Red:

<http://www.easp.es/redssyr/mod/folder/view.php?id=297>

IV ENCUENTRO DE LA RED DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Actividad organizada por la Red Salud Sexual y Reproductiva

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN MUJERES INMIGRADAS

Ana Belén Espejo Martínez.

Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

SALUD SEXUAL

- OMS : "... Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".
- OPS : "... La experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad".
- Un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia".

**LA SALUD SEXUAL Y LA SEXUALIDAD.
MARCO CONCEPTUAL**

- La sexualidad humana es un ámbito fundamental en el desarrollo integral de las personas, directamente relacionada con la salud, el bienestar y la calidad de vida.
- La sexualidad constituye un aspecto central del ser humano.
- La población inmigrante y en especial las mujeres tienen más obstáculos para un pleno desarrollo.
- Cargada de esteriotipos y valores.

ROLES DE GÉNERO

SOCIEDADES PATRIARCALES:	
Androcéntrico, rico, sano y heterosexual, común a todas las culturas.	
ESFERA PRIVADA	ESFERA PÚBLICA
TRABAJO REPRODUCTIVO	TRABAJO PRODUCTIVO
SUMISIÓN	DOMINANTE
DEPENDENCIA	AUTONOMÍA
CUIDADORA	CABEZA DE FAMILIA
NO TOMA LAS DECISIONES	TOMA LAS DECISIONES

LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

EMIGRACIÓN E INMIGRACIÓN
Emigration and Immigration

- Entre 1960 y 2005, el número de migrantes internacionales se duplicó.
- En 2005: 190 millones de personas, es decir, el 3% de la población mundial, vivían fuera de su país natal.
- De los migrantes internacionales, "las mujeres constituyen casi la mitad de todos los migrantes internacionales a escala mundial 95 millones", es decir el 49,6%
- Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), hay 2,45 millones de víctimas de la trata que trabajan en condiciones de explotación. Entre 600.000 y 800.000 mujeres, hombres y niños son objeto de trata a través de fronteras internacionales; un 80% son mujeres y niñas". Estas se ven forzadas al trabajo sexual, a las tareas domésticas no legisladas, o a trabajar en fábricas en donde se les explota.
- "La trata de personas constituye hoy el comercio ilícito que ocupa el tercer lugar entre los más lucrativos, después del contrabando de drogas y el de armas".

LA CRISIS MUNDIAL

- La crisis financiera mundial de 2007-2008 y las posteriores políticas de austeridad han puesto en peligro el cumplimiento de los derechos sociales y económicos de las mujeres.

See more at: <http://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2014/9/crisis-paper#new>

DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS. DERECHOS HUMANOS Y UNIVERSALES



1. DERECHO A LA VIDA.

2. DERECHO A LA IGUALDAD Y A LA NO DISCRIMINACIÓN

3. DERECHO A LA PRIVACIDAD Y A LA CONFIDENCIALIDAD

4. DERECHO A LA LIBERTAD Y A LA SEGURIDAD: Derecho a decidir sobre la propia vida sexual.

5. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA EDUCACIÓN: La educación de la infancia, de los/as adolescentes y de los/as jóvenes.

6. DERECHO A CONTRAER MATRIMONIO O NO Y A FORMAR Y PLANIFICAR UNA FAMILIA: Los matrimonios forzados.

7. DERECHO A DECIDIR TENER HIJOS O NO Y CUANDO: Acceso a la Planificación Familiar.

8. DERECHO A LA ATENCIÓN Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD: El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

9. DERECHO A DISFRUTAR DEL PROGRESO CIENTÍFICO: El VIH-SIDA y el acceso a los medicamentos.

10. DERECHO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Fortalecimiento de la participación de la sociedad civil.

11. DERECHO A NO SER SOMETIDO A TORTURAS NI MALTRATO: La violencia por motivos de género.

ONU Mujeres

- En julio de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas creó ONU Mujeres, la Entidad de la ONU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer.
- La eliminación de la discriminación en contra de las mujeres y las niñas;
- El empoderamiento de la mujer; y
- El logro de la igualdad entre las mujeres y los hombres, como socios y beneficiarios del desarrollo, los derechos humanos, las acciones humanitarias y la paz y la seguridad.

See more at: <http://www.unwomen.org/es/about-us/about-un-women#sthash.qhizRX4.dpuf>



143 de 195 países tienen leyes que protegen a las mujeres de la discriminación laboral.

CONFICTOS
En 2000, la primera resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas recomendó que la guerra repercuta de forma distinta en las mujeres.

SALARIOS
Alrededor del 50% de las mujeres de todo el mundo tiene un empleo remunerado, lo que supone un incremento respecto a la cifra del 40% de la década de los 90.

TIERRA Y OTROS RECURSOS
En 26 de 143 países, las leyes de herencia recompensan más a los hombres que a las mujeres.

MUERTES MATERNA

45% menos de muertes maternas que en 1990.

Sin embargo, todavía mueren 800 mujeres cada día por causas relacionadas con el embarazo que podrían evitarse. El 99% de esas muertes se producen en países en desarrollo.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

En 1993, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres de la Asamblea General de las Naciones Unidas estableció un marco de acción para luchar contra esta pandemia.

Sin embargo, más de 20 años después, 1 de cada 3 mujeres sigue sufriendo violencia física o sexual, principalmente a manos de un compañero sentimental.

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

133 millones de niñas y mujeres han sufrido mutilación genital femenina en los 29 países de África y Asia donde esta práctica noiva es más habitual.

Efecto: Trauma emocional y físico grave, riesgos potenciales para la salud, incluyendo complicaciones en la salud sexual y reproductiva, y posible muerte por exsangre o septicemia.

- Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

See more at: <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being#thash.FemEIK34d.pdf>

La mayor tasa de aborto entre las mujeres inmigrantes se ha puesto de manifiesto en estudios internacionales

Hay importantes diferencias en las tasas y en las características sociodemográficas entre las mujeres autóctonas y las inmigrantes.

El 20,8% de los 79.504 nacimientos y el 37,8% de las 16.794 IVE fueron de mujeres inmigrantes. El 14,2% de los embarazos de mujeres autóctonas y el 27,7% de los de mujeres inmigrantes terminan en aborto. La tasa bruta de fecundidad y aborto es 1,4 y 3 veces superior, respectivamente, en las mujeres inmigrantes.

Último Dato	1 de enero de 2016 *	1 de enero de 2015	Variación anual (en %)
Población Total	46.524.943	46.624.382	-0,2
Población Extranjera	4.601.272	4.729.644	-2,7

Figura 1 Evolución de la inmigración en España. Fuente de datos: INE. Padrón municipal a 1 de enero de 2010. Elaboración propia.

NORMATIVA ESPAÑOLA DE REFERENCIA

- En materia de Igualdad, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva (de oportunidades y de Trato) de Mujeres y Hombres. Plan de Igualdad.
- Combatir la violencia contra las mujeres, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo
- Respecto al acceso a la Salud, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

POBLACIÓN INMIGRANTE Y SALUD. LA DIVERSIDAD

- La inmigración residente en España, multicultural y multietnica.
- Los seres humanos nos desarrollamos en grupos sociales cuyas costumbres, creencias, tradiciones y valores difieren entre sí.
- Cada ser humano es personal e irrepetible
- No hay un perfil de inmigrante ni se es inmigrante, sino que se "esta" en una situación de migración
- Personas distintas entre sí diversas.
- Las y los profesionales que trabajamos con población inmigrante podemos llegar a pensar que la sexualidad, la salud y la salud sexual y reproductiva son cuestiones poco importantes o, al menos, no prioritarias



SALUD, SEXUALIDAD E INMIGRACIÓN

- Cada persona es portadora de la idea de la sexualidad, la reproducción, los roles de género, el cuerpo humano, la belleza...
- Toda persona tiene derecho a mantener sus ideas y sus creencias sobre estos temas, y a manejararse en su vida con ellas, mientras no atenten contra los derechos de otras.
- El acceso a la salud, en los grupos culturales que conforman la población inmigrante, es más difícil y complicado para las mujeres
- Hay personas inmigrantes procedentes de países con un precario sistema de salud, donde las atenciones sanitarias son económicamente costosas o difícilmente accesibles, o difiere del sistema de salud español.
- En algunos grupos sociales la religión juega un papel específico
- La normativa española en materia de acceso a la salud está cambiando de forma que ya no es universal

CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES INMIGRANTES EN ESPAÑA

- Los roles de género sitúan a las mujeres en la esfera doméstica
- Responsables de las tareas domésticas y de los cuidados a personas dependientes
- El aislamiento y el sobreesfuerzo provocan un exceso de cansancio físico y psicológico
- La sexualidad es considerada "territorio de los hombres", sintiéndose en la obligación de satisfacerlos aunque no lo deseen
- Consideran que la reproducción sexual (embarazo, gestación y crianza) a efectos de planificación y cuidados es su responsabilidad
- Se consideran exentas de contraer ITS si no tienen prácticas sexuales fuera de su pareja estable
- Algunas culturas se considera que, tener descendencia inmediatamente después de constituir la pareja contribuye a consolidar los vínculos amorosos
- Mujeres solas, con recursos limitados y con cargas familiares se relaciona con pobreza y exclusión social.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN MAGREBÍ

POBLACIÓN MAGREBI

- La población magrebí, más numerosa en España, es la proveniente de Marruecos
- Un profundo sentimiento religioso y dificultad de integrarse en el país de acogida
- La religión influye en su concepción de la sexualidad, sobre todo en aquellos grupos sociales que provienen de zonas rurales

MATERNIDAD/ PATERNIDAD Y ANTICONCEPCIÓN:

- La virginidad antes del matrimonio es un valor imprescindible en la mujer, mientras que en el hombre, aunque es deseable, no se exige.
- La maternidad es un valor que define a las mujeres y un don para los varones.
- La interrupción del embarazo es rechazada en cualquier caso.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN MAGREBÍ

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN GENITAL:

- La idea de prevenir no tiene cabida : la enfermedad se entiende como fruto de la voluntad divina, por lo que no se puede prevenir. El VIH, sin embargo, se considera una enfermedad marginal, de la que es culpable quien la padece". Por lo tanto, hay cierta sensación de invulnerabilidad para quienes consideran que hacen las cosas "como dios manda".
- La principal estrategia de prevención que utilizan los hombres es mantener relaciones con mujeres vírgenes, que no hayan podido ser infectadas.

EDUCACIÓN SEXUAL:

- En la familia se lleva a cabo un fuerte adocenamiento y educación en los valores del Islam con respecto a la sexualidad, muy estrictos y limitadores para ambos sexos.
- Se educan en unos roles sexuales muy encorsetados, que dificultan la comunicación entre hombres, entre mujeres y de unos con las otras.

RELACIONES EROTICAS Y DE PAREJA:

- Relaciones eróticas muy coitocéntricas.
- Relaciones de pareja rígidas, heterosexuales y para toda la vida. Con unos roles muy definidos
- La homosexualidad es muy rechazada. La homosexualidad femenina está invisibilizada y el discurso social es que no existe.
- La prostitución es un recurso que se utiliza, pero que no se reconoce

POBLACIÓN INMIGRANTE EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

- La prostitución es un fenómeno presente en todo el mundo y, que se extiende con las redes de explotación transnacionales, intereses económicos y flujos migratorios
- La prostitución constituye una brutal violación de los derechos fundamentales - principalmente de mujeres y niñas -, es una realidad que crece entre las desigualdades sociales y económicas, los valores de supremacía patriarcal y el discurso del sexo como producto de consumo.
- Prostitución y trata están interrelacionados
- Naciones Unidas define la trata como una forma de esclavitud moderna que consiste en el comercio ilegal de seres humanos
- El camino que lleva a la prostitución y a ese estilo de vida está íntimamente relacionado con el sexo, la raza, la etnia y la pobreza.
- España se ha convertido en uno de los principales países europeos de tránsito y destino de personas procedentes de la trata

Mandato de género.

- ✓ Aislamiento/Soledad.
- ✓ Sobreesfuerzo/Cansancio.
- ✓ Sobrecregación en cuidados y responsabilidades.
- ✓ Auto-desconocimiento de su erótica/Inapetencia sexual.
- ✓ Problemas de salud/Riesgo de contraer infecciones genitales a través de sus parejas.
- ✓ Coacción de la expresión de su erotismo debido a las costumbres y creencias.
- ✓ Embarazos no deseados / Desconocimiento o mal uso de anticonceptivos.
- ✓ Violencia sexual y de género.

Factores relacionados con el déficit de atención

- Procedencia. La mayoría de los países de origen no tienen sistematizada la atención médica antenatal
- Lugar de residencia.
- Tipo de trabajo
- Irregularidades administrativas
- Reagrupamiento familiar en fases avanzadas de la gestación
- Cuestiones de género.
- Cuestiones de pudor.
- Religión.
- Idioma.



ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD

- La sexualidad humana es un aspecto fundamental en la vida del ser humano y esta reconocida como un DERECHO universal
- La población inmigrante en España es multicultural
- La población inmigrante en España tiene restringido el acceso a los servicios de salud en función de su situación administrativa.
- El impacto de los roles de género determina
- El abordaje de la sexualidad, debido al *mandato de género*, afecta específicamente a las mujeres.

LA TRANSVERSALIDAD COMO ESTRATEGIA

ENFOQUE INTERCULTURAL

*Perspectiva basada en el respeto a la diversidad cultural significa reconocer valores, creencias y estilos de vida culturales.

INTERCULTURALIDAD: interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Esto implica que ninguno de los conjuntos sociales que establecen un contacto intercultural, se encuentra por encima de otro, en condiciones de supremacía en relación con el otro, como condición que favorece la integración y la convivencia armónica.

ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS

Este enfoque parte de una propuesta de Naciones Unidas para incorporarlo en la Cooperación Internacional al Desarrollo.

Analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas, para corregir las prácticas discriminatorias

ENFOQUE DE GÉNERO

*La (re)organización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos y sociales para incorporar una perspectiva de igualdad de género en todos los niveles y fases de todas las políticas

*El objetivo final es lograr la igualdad de géneros

Respecto a las personas o colectivos usuarios de nuestros servicios

Respecto a las propuestas realizadas desde el desempeño de nuestra competencia

METODOLOGÍAS ACTIVAS PARTICIPATIVAS Y COLABORATIVAS

EMPODERAMIENTO

- Se refiere al proceso por el cual se aumenta la fortaleza espiritual, política, social o económica de los individuos y las comunidades para impulsar cambios positivos en las situaciones que viven.
- Hace referencia al desarrollo en la persona de la confianza en sus propias capacidades.

Más información sobre las actividades y recursos de la Red SSyR:

<http://www.easp.es/redssyr/>