

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

SANIDAD 2011

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

NIPO CDRom: 860-11-129-9

NIPO en línea: 860-11-128-3

Imprime: DIN Impresores, S.L.

Cabo Tortosa, 13-15. Pol.Ind Borondo - 28500 - Arganda del Rey (Madrid)

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



Salud Sexual

Comité Institucional

Andalucía: D. Manuel Lucas Matheu

Aragón: D^a. Cristina Granizo Membrado y D. Javier Toledo Pallarés

Asturias: D. Rafael Cofiño Fernández y D^a. Mercedes García Ruíz

Baleares: D^a. Teresa Pou Navarro

Canarias: D. Carles Barres Giménez

Cantabria: D^a. Mar Sánchez Movellán y D^a. Charo Quintana Pantaleón

Castilla y León: D^a. Isabel Alonso Ceballos y D^a. Milagros Joral Gutiérrez

Castilla-La Mancha: D^a. M^a del Carmen de la Rosa Aguilar

Cataluña: D^a. Dolors Costa Sampere, D^a. Mireia Jané Checa y D. Ramón Escuriet Peiró

C. Valenciana: D. Eduardo Plá Ernest

Extremadura: D^a. Elisa Muñoz Godoy

Galicia

Madrid (Comunidad): D. Juan Carlos Diezma Criado

Murcia (Región de): D^a. M^a Luisa Usera Clavero y D^a Josefa Ballester Blasco

Navarra: D^a. M^a José Pérez Jarauta

País Vasco: D^a. Arantxa Arrillaga Arrizabalaga

La Rioja: D^a. Pilar Díez Ripollés

Ceuta: D^a. Cleopatra R'Kaina Liesfi

Melilla: D^a. Luisa Fernanda Hermoso Castro

INGESA (MSPS): D^a. Sara Pupato Ferrari y D^a. Asunción Ruiz de la Sierra Martín-Gil

D. G. Salud Pública y Sanidad Exterior, MSPS: D^a. Ana Koerting de Castro

S. G. Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías, MSPS: D^a. Pilar Díaz de Torres

Comité Técnico

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria: D. Froilán Sánchez Sánchez

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: D. José Zarco Montejo

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia: D. Pedro Juan Tárraga López

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: D^a. Elia Díez David

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria: D^a. Natividad Fidalgo Rodríguez

Federación de Asociaciones de Matronas de España: D^a. Concepción Martínez Romero

Asociación Española de Andrología: Vicent Bataller i Perelló

Asociación Española de Matronas: D^a. Vega Ortiz García

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia: D. Jesús Florido Navío

Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología: D. Guillermo González Antón

Federación Española de Sociedades de Sexología: D^a. Miren Larrazabal Murillo

Sociedad Española de Intervención en Sexología: D. Manuel Lucas Matheu

Asociación Española de Especialistas en Sexología: D. Antonio Casaubon Alcaráz

Centro de Estudios de Género y Masculinidades: D. Erick Pescador Albiach

Federación de Planificación Familiar Estatal: D^a. Isabel Serrano Fuster

Confederación Colegas de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales de España: D. Gonzalo Felipe Serrano Martínez

Comité Español de Representantes de Minusválidos: D^a. Pilar Ramiro Collar

Federación de Asociaciones de Mujeres Rurales: D^a. Raquel Jiménez Manzano

Federación de Mujeres Jóvenes: D^a. Carla Romero Bravo y D^a Virginia Olivera Aranda

Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales: Ruben Sancho Martínez

Sociedad Española de Contracepción: D^a. Esther de la Viuda

Personas expertas

D. Francisco Cabello Santamaría

D. Fernando Conde Gutiérrez del Amo

D^a. María Asunción González de Chávez

D^a. María Lameiras Fernández

D^a. Rafaela Martín Pérez

D^a. Cristina Martínez Bueno

D^a. Soledad Muruaga López de Guereñu

D^a. Carmen Ollé Rodríguez

D^a. Montserrat Pineda Lorenzo

Asistencia técnica

D^a. Xosefa Alonso Sierra

D. Juan Aunión Villa

D^a. Mónica Castellanos Torres

LiKADI Formación y Empleo

Lligam Recerca

Colaboraciones

Federación de Planificación
Familiar Estatal
Sociedad Española de
Contracepción

Salud reproductiva

Comité Institucional

Andalucía: D. Francisco José Pérez Ramos

Aragón: D. Javier Marzo Arena y D^a. Concepción Soro Abardía

Asturias: D. Julio Bruno Bárcena

Baleares: D^a. Teresa Pou Navarro

Canarias: D^a. Victoria Moreno Portela y D^a. M^a Regla Hernández Gallego

Cantabria: D^a. Mar Sánchez Movellán

Castilla y León: D^a. Montserrat Alcalde Martín

Castilla-La Mancha: D^a. M^a Jesús Abarca López

Cataluña: D^a. Dolors Costa Sampere y

D. Ramón Escuriet Peiró

C. Valenciana: D^a. Carmen Barona Villar y D^a. Ana Fullana Montoro

Extremadura: D^a. Manuela Rebollo Vela

Galicia: D^a. M^a Dolores Martínez Romero

Madrid: D^a. Concepción Nicolás Bueno

Murcia (Región de): D. José Fernández-Rufete Gómez, D^a. Josefa Marín López y D^a Nieves Muñoz Rodríguez

Navarra: D^a. Victoria Goñi Yanguas

País Vasco: D^a. Adelina Pérez Alonso

La Rioja: D^a. Edurne Álvarez Suberviola

INGESA: D^a. Sara Pupato Ferrari y D^a. Asunción Ruiz de la Sierra

Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, MSPS: D^a Beatriz Gómez González

Instituto de Información Sanitaria, MSPS: D^a. Celia Cairo Carou

D.G. de Salud Pública, MSPS: D^a. Sagrario Mateu Sanchís

S. G. Cartera de Servicios y Nuevas Tecnologías, MSPS: D^a. Cristina Alfaro Allona

Comité Técnico

Coordinadora científica del Documento: D^a. Pilar de la Cueva Barrao

Asociación de Enfermería Comunitaria: D. Santiago de la Huerga Moreno

Asociación Española de Matronas: D^a. Rosa María Plata Quintanilla y D^a M^a Ángeles Rodríguez Rozalén

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: D. Javier Soriano Faura

Asociación Española de Pediatría Social: D. José Antonio Díaz Huertas

Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna: D^a. M^a Teresa Hernández Aguilar

Federación de Asociaciones de Matronas de España: D^a. Natividad Astrain Elizabe, D^a. Silvia Corchs Cutura.

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia (IHAN): D. Jesús Martín-Calama Valero

Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación: D^a. Emilia Guasch Arévalo

Sociedad Española de Epidemiología (SEE): D^a. Carmen Barona Vilar

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): D. Ángel Aguarón de la Cruz

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC): D. Lorenzo Arribas Mir

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): D^a. M^a Victoria Burgos Díaz

Sociedad Española de Medicina Perinatal: D. Alfredo Perales Marín

Sociedad Española de Neonatología (SEN): D. Manuel Sánchez Luna

Asociación El Parto es Nuestro: D^a. Ángela Elisabeth Müller y D^a. Marta Parra Casado

Asociación La Liga de la Leche: D^a. Adelina García Roldán

Asociación Mujeres para la Salud: D^a. Pilar Pascual Pastor

Asociación Plataforma ProDerechos del Nacimiento: D^a. Ángeles Hinojosa Sánchez y Susana Olalla

Asociación PREMATURA: D^a. Mónica Virchez Figueroa

Asociación Vía Láctea: D^a. Carmen Tejero Lainez

Centro de Estudios de Género y Masculinidades: D. Erick Pescador Albiach

Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres: D^a. M^a del Carmen Bueno Bahón

Comité Español de Representantes de Minusválidos: D^a. Ana Peláez Narváez

Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE): D^a. Casilda Velasco Juez

Personas expertas:

D. Longinos Aceituno Velasco

D^a Josefa Aguayo Maldonado

D^a África Caño Aguilar

D. Manuel Fillol Crespo

D^a. Blanca Herrera Cabrerizo

D^a. Ibone Olza Fernández

D^a. Carmen Rosa Pallás Alonso

D^a. Charo Quintana Pantaleón

Colaboraciones

Grupo PrevInfad:

D. Javier Soriano Faura
D^a. Olga Cortés Rico
D^a. M^a Jesús Esparza Olcina
D. Manolo Merino Moina
D^a. Carmen Rosa Pallás Alonso
D. José Galvez Sánchez-Ventura
D^a. Julia Colomer Revuelta
D. Joan Pericas Boch
D. Javier Sánchez Ruiz-Cabello
D^a. Ana Martínez Rubio

Hospital 12 de Octubre:

D^a. Carmen Rosa Pallás Alonso
D^a. Juliana Acuña Muga
D^a. Ana Palacios Jover
D^a. Concha de Alba Romero
D^a. María López Maestro
D^a. Carmen Barrio Andrés

Otras colaboraciones

D^a. Ruth Aguiar Couto
D. José Arena Arostegui
D^a. Gabriella Bianco
D. José A. Campos García
D^a. África Caño
D^a. Victoria Castillo Arnedo
D^a. Paloma Delgado Beltrán
D^a. Vicenta Escribá Aguir
D. Ernesto Fabre González
D^a. Francisca Fernández Guillén
D^a. Laura García Carrascosa
D^a. Marta García Sánchez
D. Luis Fernández-Llebrez del Rey
D. Adolfo Gómez-Papi
D. Juan José Lasarte Velilla
D^a. Luz Marina Lo Cascio García
D^a. María Luisa Martínez Frías
D^a. Rosa Más Pons

D. Matthews Mathai
D. Juan Carlos Melchor Marcos
D. Iñigo M^a Montesino Semper
D. Eloy Moral Santamarina
D. Joaquín Fernando Morales Martos
D^a. Francisca Moya García
D. Daniel Orós Espinosa
D. José María Paricio Talayero
D^a. Clara Pons Mesman
D. Justino Rodríguez-Alarcón
D^a. Dolores Romano Mozo
D^a. Mar Sánchez Jovellanos
D^a. Diana Sánchez Sánchez
D. Emilio Santos Leal
D^a. Cristina Silvente Troncoso
D. Ramón Vizoso Villares
Red de Profesionales de la Asociación El Parto es Nuestro

Coordinación general de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Ministerio de Sanidad y Política Social

Secretaría General de Sanidad

José Martínez Olmos – Secretario General

D. G. de la Agencia de Calidad del SNS

Pablo Rivero Corte – Director General

Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad

Concha Colomer Revuelta – Subdirectora General y Directora del
Observatorio de Salud de las Mujeres

Observatorio de Salud de las Mujeres

Isabel Espiga López – Coordinadora de Salud Reproductiva

Rosa M^a López Rodríguez – Coordinadora de Área

Isabel Sáiz Martínez-Acitores – Coordinadora de Salud Sexual

Mercedes Lois Cabello

Apoyo externo

Noelia Álvarez Díaz

Esther Castellanos Torres

Beatriz Elola Ruiz de la Sierra

Ruth Martínez Otero

Isabel Soriano Villarroel

Índice

Prólogo	5
Nota técnica. Descripción del documento	13
1. Introducción	15
2. Salud Sexual	21
2.1. Metodología de trabajo	21
2.2. Situación de la salud sexual en el Sistema Nacional de Salud	24
2.3. Aproximación a la situación de la prevención de infecciones de transmisión sexual y la anticoncepción en España	27
2.4. Objetivos y líneas estratégicas en salud sexual	46
2.4.1. Promoción de la salud sexual	56
2.4.2. Atención sanitaria	62
2.4.3. Formación de profesionales	68
2.4.4. Investigación, innovación y buenas prácticas	70
3. Salud Reproductiva	73
3.1. Metodología de trabajo	73
3.2. La salud reproductiva en España	78
3.3. Objetivos y líneas estratégicas en salud reproductiva	88
3.3.1. Promoción de la salud en el embarazo	90
3.3.2. Atención sanitaria en el embarazo	92
3.3.3. Atención al parto: Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS	108
3.3.4. Cuidados desde el nacimiento a la primera semana de vida	109
3.3.5. Promoción de la lactancia materna	119
3.3.6. Cuidados del recién nacido/a hospitalizado/a	121
3.3.7. Cuidados propios del puerperio	127
3.3.8. Atención sanitaria en el puerperio	132
3.3.9. Formación de profesionales	138
3.3.10. Participación de las mujeres y las parejas	140
3.3.11. Coordinación institucional	148
3.3.12. Investigación, innovación y buenas prácticas	151
4. Seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	155
Bibliografía	157
Listado de acrónimos	207

Nota técnica.

Descripción del documento

El presente documento se estructura en cuatro partes:

Introducción

Explica brevemente el enfoque de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, con un planteamiento global e independiente entre la salud sexual y la salud reproductiva.

Salud Sexual

Se describe la metodología de trabajo para desarrollar las líneas estratégicas. Estas cuatro líneas específicas de salud sexual, incluyen cada una objetivos y recomendaciones para su desarrollo:

Línea estratégica 1: Promoción de la salud

Línea estratégica 2: Atención sanitaria

Línea estratégica 3: Formación de profesionales

Línea estratégica 4: Investigación, innovación y buenas prácticas

Salud Reproductiva

Se describe la situación de la salud reproductiva en España, aportando datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), del Movimiento Natural de la Población del Instituto Nacional de Estadística (INE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de estudios realizados sobre el tema. Continúa el documento con las líneas estratégicas específicas para embarazo, parto, neonatal y puerperio así como las transversales, correspondientes a los principales aspectos que deben observarse de modo integral en todo el proceso reproductivo:

Línea estratégica 1: Promoción de la salud en el embarazo

Línea estratégica 2: Atención sanitaria en el embarazo

Línea estratégica 3: Atención al parto. Se hace referencia a la Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS, que dispone de sus propias líneas estratégicas, con objetivos y recomendaciones específicos, que actualmente se encuentra en desarrollo.

Línea estratégica 4: Cuidados del nacimiento a la primera semana de vida

Línea estratégica 5: Promoción de la lactancia materna

Línea estratégica 6: Cuidados del recién nacido hospitalizado

Línea estratégica 7: Cuidados propios del puerperio

Línea estratégica 8: Atención sanitaria en el puerperio

Línea estratégica 9: Formación de profesionales

Línea estratégica 10: Participación de las mujeres y las parejas

Línea estratégica 11: Coordinación institucional

Línea estratégica 12: Investigación, innovación y buenas prácticas

Seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

Se recoge el marco teórico desde donde se ha establecido la evaluación y la metodología a seguir para su desarrollo.

En último lugar, el documento finaliza con la **bibliografía** consultada tanto en materia de salud sexual como de salud reproductiva y con un **listado de acrónimos** de la terminología utilizada.

1. Introducción

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente.

Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales han de ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. De este modo la salud sexual será el resultado de un contexto que reconoce, respeta y ejerce los derechos sexuales.

El concepto de derechos sexuales está en constante evolución y revisión. Su conceptualización es fruto de un proceso que ha ido gestándose a partir de las reivindicaciones de los movimientos sociales, como el movimiento internacional de mujeres o las organizaciones internacionales como Amnistía Internacional, Human Rights Watch o los grupos LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales). De la misma manera, diferentes organizaciones tales como la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre los derechos sexuales.

Por su parte, los derechos reproductivos abarcan no solamente el derecho a decidir sobre la reproducción, sino también el compromiso a garantizar la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada. Además, según se recoge en la Convención sobre los Derechos del Niño que se adoptó por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición durante el embarazo y la lactancia.

Uno de los derechos básicos de las mujeres en materia de salud reproductiva es el derecho a la información y a decidir libremente. Esto implica ofrecer a las mujeres las alternativas basadas en la evidencia científica para que puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de embarazo, parto, puerperio y sobre los cuidados que deben proporcionarse al recién nacido/a (en adelante RN).

Es aconsejable que las mujeres puérperas y lactantes conozcan sus derechos laborales y facilitarles tanto la posibilidad de conciliar la vida personal, familiar y laboral para la crianza y la corresponsabilidad de la pareja como la opción de mantener la lactancia mediante el permiso de maternidad y asegurarles una protección laboral y social durante este tiempo.

Es básico el derecho de protección del RN, proporcionándole una atención de calidad basada en el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el nacimiento, el acompañamiento por parte de la pareja o quien la mujer decida, y el fomento de la lactancia materna como mejor opción para proporcionarle bienestar físico y emocional.

Marco internacional

La “Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW, por sus siglas en inglés) es el primer tratado internacional que reconoce expresamente los derechos humanos de las mujeres. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y ratificada por España.

Los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación en condiciones de igualdad, de las mujeres en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional así como la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional. Por primera vez se incluyen los derechos sexuales de las mujeres como derechos humanos.

Por tanto, los derechos humanos de las mujeres deben formar parte integrante de las actividades de derechos humanos de las Naciones Unidas (Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993)

En esta conferencia se insta a los Estados, instituciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales a:

- Eliminar la violencia contra las mujeres en la vida pública y privada y todas las formas de acoso y explotación sexuales incluyendo la trata de mujeres, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados.
- La protección y promoción de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas.
- La necesidad de una atención adecuada a la maternidad para erradicar cualquier tipo de acción que vaya en contra de la dignidad y la valía de las personas.
- El derecho de las mujeres a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar con el fin de contribuir a la igualdad entre mujeres y hombres.

Además, desde la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres, a través de la Plataforma para la Acción, los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho de ejercer control y decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia.

A nivel europeo cabe destacar que el Parlamento Europeo aprobó la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos, realizando un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual. Constata además la desigualdad y dificultades que sufren las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Por lo tanto, el enfoque teórico considerado en la elaboración de esta Estrategia ha tenido en cuenta los aspectos más relevantes que se aportan a partir de los siguientes eventos:

- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995
- Cumbre del Milenio, 2000
- Líneas de acción en la Unión Europea
- El enfoque bio psíquico social de la salud recomendado por la OMS

Contexto nacional

En la legislación española vigente, existen algunas referencias a la salud sexual, la igualdad de oportunidades y la violencia contra las mujeres, incluyendo el acoso y la violencia sexual.

Se han tenido en cuenta los planteamientos incluidos en:

- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.**
- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.**
- **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**
- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud,** que determina las actividades de coordinación y

cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias. La pieza fundamental de interconexión del SNS es el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) junto con la Alta Inspección que velará por el cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de dicho Consejo.

- **Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, **de ordenación de las profesiones sanitarias**. Con ella, se regulan los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio, a la estructura general de la formación de profesionales, al su desarrollo profesional y a su participación en la ordenación y planificación de las propias profesiones sanitarias. Las Directivas del Consejo Europeo son de obligado cumplimiento en cuanto al objetivo a alcanzar, pero permite elegir a los Estados miembros la forma y los medios para conseguir tales objetivos. Así, la Directiva 80/155/CEE del 21 de enero de 1980 relativa a las competencias de las y los especialistas en Enfermería Obstétrica-Ginecológica se incorporó a la legislación española por RD de 28 de junio de 1991, estableciendo las actividades asistenciales de enfermería obstétrico-ginecológica en relación a la salud reproductiva y en concreto, a la vigilancia y evaluación del embarazo normal y la atención al parto.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la **cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud** y el procedimiento para su actualización, en el anexo II dedicado a atención primaria, punto 6.2 de servicios de atención a la adolescencia, se hace referencia a la *promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual*. Igualmente, en el punto 6.4, hay una sección específica de atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.
- **Ley Orgánica 3/2007**, de 22 de marzo, **para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, en la que a través del artículo 27 se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias.
- **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011)**, aquellas acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- **Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida. España. 2008-2012, del MSPS.**
- **I Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad** aprobado por el Consejo de Ministros de 1 de diciembre de 2006.

- **Ley Orgánica 1/2004**, de 28 de diciembre, de **Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, que reconoce que en la violencia de género, se incluyen aspectos que tienen que ver con las agresiones sexuales y con el acoso sexual, y por ende con la igualdad, el respeto y la autonomía en las relaciones afectivas y sexuales, así en su art. 1 incluye en la definición las agresiones que impiden la libertad sexual.
- **Ley Orgánica 10/1995**, de 23 de noviembre, del **Código Penal** que en su articulado recoge aquellos delitos que atacan contra la libertad e indemnidad sexual, en concreto, las agresiones sexuales (art. 178 – art. 180), los abusos sexuales y el acoso sexual.

Abordaje diferencial de la salud sexual y la salud reproductiva

Numerosos estudios en relación con los derechos sexuales y reproductivos, plantean éstos como un todo inseparable, dando por supuesto que si se fomentan y garantizan los derechos reproductivos, los derechos sexuales estarán también incluidos. De esta manera, ha resultado que la mayoría de las políticas, programas y acciones que se emprenden, abordan algunos aspectos de los derechos sexuales dentro de los derechos reproductivos, o bien dejan de lado los derechos sexuales.

Por tanto, es necesario establecer estrategias de actuación, programas y proyectos que estén enfocados directamente a la mejora de la salud sexual y que por tanto, sus objetivos tengan relación directa con la consecución de la misma.

Objetivo general de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

El objetivo general de esta Estrategia es ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.

2. Salud Sexual

2.1. Metodología de trabajo

Para la elaboración del parte de salud sexual de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), se han seguido los siguientes pasos:

1 Elaboración del marco teórico de la Salud Sexual con enfoque de género. Principalmente se ha pretendido hacer una reflexión acerca de la evolución del tratamiento de la salud sexual, desde una mirada de género y su planteamiento en el marco internacional y nacional. Para ello, se han tenido en cuenta las distintas implicaciones que tiene el género para la vivencia de la sexualidad de mujeres y hombres, así como las distintas etapas de la vida, desde la infancia hasta la madurez. El planteamiento metodológico seguido, ha sido el análisis de fuentes secundarias y la revisión bibliográfica existente en materia de salud sexual, o bien como salud sexual y reproductiva, ya que la gran mayoría de las investigaciones lo plantean conjuntamente. Se han revisado además publicaciones oficiales de organismos nacionales e internacionales, publicaciones especializadas y documentos digitalizados.

2 Creación de un grupo ad hoc de personas expertas para la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS). Según criterios de experticidad en sexualidad de Sociedades Científicas del ámbito de la intervención, entorno académico y del movimiento social y de mujeres y en enfoque de género, se configuró este grupo con el objetivo de orientar los contenidos, secciones y bloques de la ENSS. El grupo de personas expertas fue convocado en un primer taller el 12 de diciembre de 2007, para gestar los contenidos de la encuesta. El OSM desarrolló un documento vertebrando el enfoque de género en todos los bloques, y reformulando algunas cuestiones en la reunión del 30 de abril de 2008 y el CIS elaboró el cuestionario definitivo de la ENSS.

3 Constitución de los Comités Institucional y Técnico. El Comité Institucional (CI) está formado por personas designadas de las CCAA, y el Comité Técnico (CT) por sociedades científicas, organizaciones sociales y personas expertas en salud sexual.

Las funciones del **Comité Institucional** han sido:

- Colaborar, aportando la información disponible, en el análisis de situación.

- Identificar las necesidades de actuación prioritarias en salud sexual.
- Valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos y recomendaciones propuestos.
- Validar los contenidos de la propuesta de salud sexual para su presentación ante el Consejo Interterritorial de Salud.

Por su parte, el **Comité Técnico** ha tenido la función de colaborar y asesorar, a través de información científico técnica pertinente, en los objetivos y las recomendaciones.

Estos dos Comités han trabajado de forma conjunta e interactiva, tanto a través de reuniones presenciales, como a través de la plataforma virtual de trabajo en red e-Room, propia del MSPS, y mediante correos electrónicos.

Las reuniones de trabajo presencial celebradas han sido las siguientes:

- Creación del Comité Institucional el 17 de junio de 2008.
- Creación del Comité Técnico el 10 de julio de 2008.
- Jornadas “Atención integral a la salud sexual en el SNS desde el enfoque de género”, celebradas en Mahón los días 25 y 26 de septiembre 2008. En ellas participaron ambos Comités para revisar el informe del estado de situación y trabajar en los objetivos y las líneas de actuación.
- Reunión del 28 de octubre de 2009 con ambos Comités para revisar los objetivos y recomendaciones finales de la parte de salud sexual.
- Reunión del 26 de abril de 2010 con ambos Comités para consensuar el documento borrador del parte de salud sexual de la ENSSR.

4 Diagnóstico de la situación de la Salud Sexual en España. Con el objetivo de poder identificar y conocer aquellas cuestiones claves en cuanto a la organización, recursos, servicios, planes, protocolos y programas vinculados con la atención de la salud sexual y los métodos de prevención de infecciones de transición sexual (ITS) y embarazos no deseados en las CCAA y CEA, desde el MSPS, se han elaborado tres cuestionarios como herramientas de recogida de la información. A partir de los datos recogidos por el CI y el CT, se ha realizado un análisis descriptivo de la atención a la salud sexual en el SNS, obteniendo además las claves para las líneas estratégicas.

5 Búsqueda de información científica. Se ha basado en las fuentes de información existentes en Internet, indagando en bases de datos, páginas webs de organismos de sanidad públicos nacionales e internacionales, portales, etc. Las fuentes de información consultadas han sido:

- Bases de datos especializadas en ciencias de la salud: Pubmed, IME, Scielo, Excelencia Clínica, Cochrane, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) e ISI Web of Knowledge
- Bases de datos especializadas en género: Genderbias, Gender Inn y Siyanda
- Bases de datos especializadas en Ciencias Sociales: Compludoc, ISOC-C^a Políticas y Sociología
- Portales de Internet y buscadores: Google, Scirus, Fistera, ISIS Internacional
- Revistas de salud: Entre nous, Mujeres y salud, Gaceta Sanitaria
- Organismos oficiales: Ministerio de Sanidad y Política Social, Observatorio de Salud de las Mujeres, OMS/WHO, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Escuela Andaluza de Salud Pública, Unión Europea-Salud
- Sociedades Científicas y Profesionales: SESPAS
- Universidades: Universidad de Alicante, Universidad de Cantabria, Linkoping University
- Bibliotecas: Emakunde – Instituto Vasco de la Mujer

La metodología de búsqueda se ha orientado en función de las cuatro líneas estratégicas de la parte de Salud Sexual.

Los criterios de búsqueda se han establecido en función de las bases de datos o recursos utilizados, alternando descriptores y lenguaje libre en inglés y en castellano. Respecto a los términos empleados se han escogido y adaptado al recurso utilizado, siendo “salud sexual” y/o “sexualidad y género” relacionados con las líneas estratégicas y otros términos como corresponsabilidad, promoción, métodos anticonceptivos, sensibilización, violencia, comunicación, educación, empoderamiento, hombres, atención sanitaria, servicios sociales, evaluación, formación, innovación, etc. Una vez recuperados los documentos, se seleccionó aquellos que abordaban contenidos más amplios que los relativos a la salud reproductiva y las ITS.

Finalizada la búsqueda, se agruparon los documentos seleccionados en bloques temáticos para valorar su pertinencia. La mayoría de artículos recuperados pertenecían al ámbito de las ciencias sociales y antropológicas, apenas se encontró información pertinente en el área de las ciencias de la salud. También se encontró gran cantidad de documentos en revistas de divulgación, aunque no todos se han incluido; estas revistas muestran el interés creciente de la sociedad en temas que les preocupan, tratadas desde un punto de vista diferente al que se viene enfocando hasta el momento.

Se llegó a la conclusión que la bibliografía referida a salud sexual es escasa y está básicamente vinculada a la salud reproductiva: mujer embarazada, prevención de embarazos, educación a la juventud, ITS-VIH, dejando un vacío de información en salud sexual vista de una manera integral y holística según la plantea la estrategia.

2.2. Situación de la atención a la salud sexual en el Sistema Nacional de Salud

En la actualidad, la realidad social en España en cuanto a las concepciones sobre la sexualidad ha experimentado cambios considerables, especialmente en los últimos 25 años, sin embargo, este cambio social no ha ido acompañado de una política pública dirigida a la salud sexual desde una concepción integral. Por tanto, con el fin de subsanar este vacío, esta parte de salud sexual pretende impulsar líneas de actuación sobre la promoción, atención y formación de la salud sexual que pueda implementarse en el SNS.

Para realizar esta tarea y establecer líneas de actuación futuras, es necesario contar con un diagnóstico inicial en el que se analice la situación que presentan las CCAA y CEA. Así, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social, en julio de 2008, se constituye el Comité Técnico y el Comité Institucional en el que están representadas todas las CCAA y CEA, con el objetivo de trabajar en el diseño de las líneas del eje de salud sexual.

Como primera herramienta de recogida de la información, se elaboró un cuestionario exploratorio on line, cuyos resultados han servido para obtener una primera imagen de la atención a la salud sexual en las distintas CCAA y CEA. Posteriormente, en mayo de 2009, se les solicitó la colaboración para recabar información entorno a la anticoncepción, siendo la mayoría facilitadoras de la misma.

A la vista de los resultados se constata una variabilidad territorial en la atención a la salud sexual. Son varias las comunidades que no la contemplan como un área prioritaria de intervención en sus respectivos planes de salud, y algunas regulan esta atención en normativas específicas centradas en aspectos relacionados con la prevención de ITS-VIH y embarazos no deseados. La mayoría cuenta con programas y protocolos específicos para la anticoncepción en la Cartera de Servicios.

Según la información declarada por las CCAA y CEA, en mayor o menor medida desarrollan planes, programas, protocolos o guías en relación a la salud sexual, donde llevan a cabo acciones relacionadas, en la mayoría de los casos, con la formación y educación afectiva sexual para personas jóvenes,

anticoncepción de urgencia, información telefónica y actividades relacionadas con la prevención del VIH.

En algunas CCAA y CEA se organizan servicios específicos dirigidos a la **población joven**. Se trata de servicios de muy distintas denominaciones, características, prestaciones, horario y accesibilidad. Entre ellos se encuentran: Consulta Joven en el contexto de ciertos centros de salud y de Institutos de Enseñanza Secundaria, Tarde Joven en algunos servicios sanitarios, Asesorías sobre sexualidad juvenil, Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS), Teléfonos Jóvenes de información sexual y páginas web específicas entre otros. La manera en la que las CCAA y CEA implantan sus programas de actuación es diversa.

En la mayoría de las autonomías desarrollan programas de prevención de ITS-VIH, teniendo en cuenta los distintos grupos poblacionales, como por ejemplo los hombres que tienen sexo con hombres¹, las personas que ejercen la prostitución y la población inmigrante, mediante la información y promoción del preservativo masculino (en menor medida el femenino), a través por ejemplo, de máquinas dispensadoras. Pocas fijan su atención en campañas de información sobre nuevos métodos hormonales y/o anticoncepción de urgencia.

Algunas autonomías ofrecen una atención sexológica o formativa desde la perspectiva de la promoción de la salud, orientada hacia una visión preventiva y asistencial. Además, tal y como se ha venido argumentado en el marco teórico, la salud sexual sigue estando, en la práctica, vinculada a la salud reproductiva.

En otro orden de cosas, cabe destacar la relación que existe dentro de las CCAA y CEA con otros organismos distintos al ámbito sanitario para la actuación de la atención a la salud sexual. Las entidades con las que se mantiene una **coordinación interinstitucional** en el desarrollo de dichas actuaciones son principalmente los servicios o consejerías de educación, igualdad/mujer, bienestar y juventud, los ayuntamientos locales o las ONG's.

Asimismo, no hay que olvidar el papel destacado que juegan las **ONG** en prácticamente todas las autonomías, ya que son éstas las que en muchas ocasiones desarrollan las actividades. Por el contrario, tal y como se aprecia en la información vertida por las CCAA y las CEA, apenas existe coordinación con las consejerías de trabajo y sindicatos en relación a la atención a la salud sexual, cuestión interesante si tenemos en cuenta las vinculaciones entre condiciones de trabajo y calidad de vida.

¹ En general, al considerar que las prácticas sexuales entre mujeres no comportan riesgo de infección de ITS-VIH, apenas se incluyen como grupos destinatarios de campañas preventivas, aunque hay poca investigación al respecto.

Teniendo en cuenta las respuestas de las CCAA y CEA a las preguntas del cuestionario referidas a la **inclusión del enfoque de género** en sus programas, las autonomías dicen incorporarlo, aunque la mayoría no explica la manera de aplicarlo en las iniciativas a las que hacen referencia.

Por otra parte, en algunas preguntas del cuestionario donde se indaga acerca de la **desagregación por sexo** de determinadas actuaciones, se observan diferencias dependiendo de cuáles sean éstas. Por ejemplo, la prevención de ITS y VIH, junto con la prevención de embarazos no deseados, son las actuaciones más comunes para ambos sexos, seguidos de la capacidad de tomar decisiones y la autonomía personal. En cambio, las actuaciones que aparecen en el cuestionario sobre las que menos se trabaja, son el apoyo social, el afrontamiento del estrés y las relaciones de pareja en igualdad. Así mismo, existen más acciones dirigidas a las mujeres que a los hombres, cuando tiene que ver con temas como la sexualidad satisfactoria, la imagen corporal y la autonomía personal.

En relación a la disponibilidad de datos sobre los **problemas más prevalentes en salud sexual**, se cuenta con información sobre ITS, VIH/SIDA e IVE's en la mayoría de las CCAA, ya que son las iniciativas que vienen desarrollando, además algunas disponen de información sobre la demanda de consultas sexológicas. Sólo unas pocas incorporan datos recogidos de las encuestas de salud, de hábitos sexuales o de bases de datos de programas o actuaciones. En menor medida también se trata la anticoncepción de urgencia, así como la sensibilización y la educación sexual.

El **sistema de recogida de datos** en torno a la salud sexual a través de las historias clínicas electrónicas en atención primaria, es un aspecto pendiente de desarrollo en las CCAA, aunque destacan los esfuerzos realizados por incorporar preguntas relacionadas con situaciones de violencia y otros acontecimientos vitales.

En cuanto a la **formación en salud sexual**, prácticamente todas las autonomías consultadas dicen ofrecer programas formativos sobre la atención a la salud sexual dirigidos a profesionales de la salud. Los servicios de Atención Primaria son los que mayor oferta formativa concentran, seguidos de Atención Especializada, y tres comunidades afirman tener programas dirigidos a profesionales de Urgencias. Dos de ellas extienden la formación al personal administrativo, así como externo a los servicios sanitarios.

La financiación para la **investigación y la innovación** en salud sexual es escasa por parte de la mayoría de las CCAA y las CEA, aunque algunas han empezado a impulsar estudios, otras, según los datos aportados en los

cuestionarios, no han financiado ni iniciado investigaciones en relación a la salud sexual. Por otra parte, cinco comunidades refieren conocer buenas prácticas en atención a la salud sexual.

Finalmente, respecto a la **evaluación de los programas**, no se dispone de datos en los que se explique cómo se realizan, si bien, es un aspecto bastante contemplado en los cronogramas de los planes remitidos por las Comunidades aunque en pocas ocasiones se lleven a cabo. En lo referente a la evaluación de **resultados de satisfacción** tanto de las personas usuarias como de los y las profesionales que trabajan en los servicios de atención a la salud sexual, es un aspecto pendiente de desarrollo, a pesar de que en los planes de actuación sí se incorpora la evaluación.

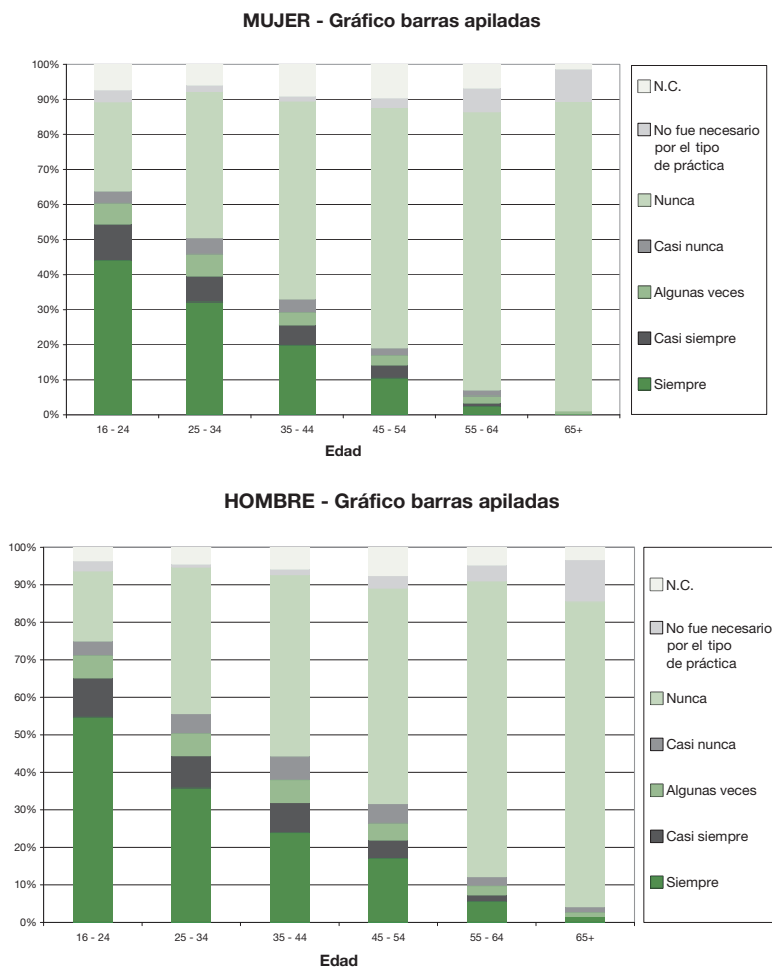
2.3. Aproximación a la situación de la prevención de ITS y la anticoncepción en España

Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, 2009 (MSPS-CIS nº 2780), las características de las prácticas sexuales y los tipos de métodos utilizados de prevención de ITS-VIH y de prevención de embarazos no deseados, varían en función del tipo de vínculo que se establece con la pareja sexual. Aunque la gran mayoría de las personas encuestadas manifiesta tener una pareja estable (77,2% de hombres y 74,1% de las mujeres), se pueden distinguir diferencias significativas entre éstas y las parejas ocasionales, que veremos a continuación.

a) Uso de métodos de prevención de ITS y embarazos en **parejas estables**

- El uso de **métodos de prevención de ITS con la pareja estable** parece que no es muy frecuente según los datos recogidos en la Encuesta. Las mujeres refieren menos uso en todos los rangos de edad y entre los 16 y 44 años únicamente los utilizan el 42,2% frente al 49,2% de los hombres, descendiendo en el rango de 45 a 54 con un 21,8% en los hombres y un 14,0% en las mujeres. El método más utilizado para ambos sexos es el preservativo masculino, manteniéndose la tasa de respuesta en todos los rangos de edad (91% en hombres y 89,3% en mujeres), aunque los grupos más jóvenes lo refieren algo más.

Gráfico 1. Frecuencia, en los últimos doce meses, de uso de métodos de prevención ITS- VIH/SIDA o hepatitis, (Pareja estable)

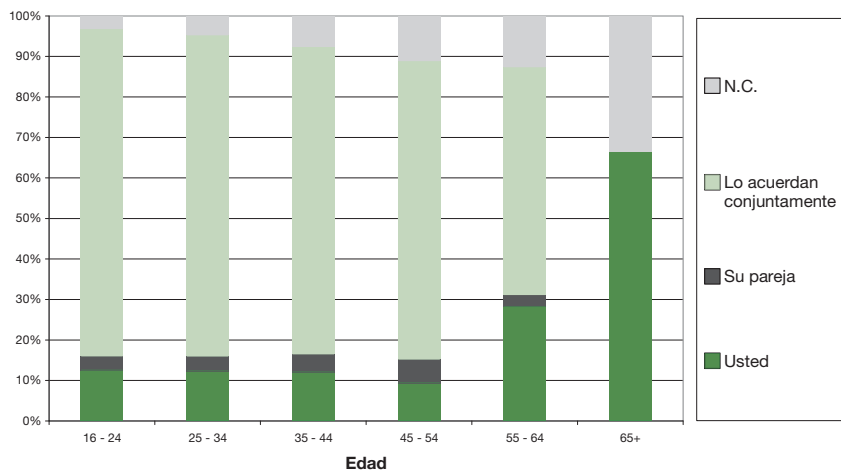


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009 (MSPS – CIS: estudio n° 2780)

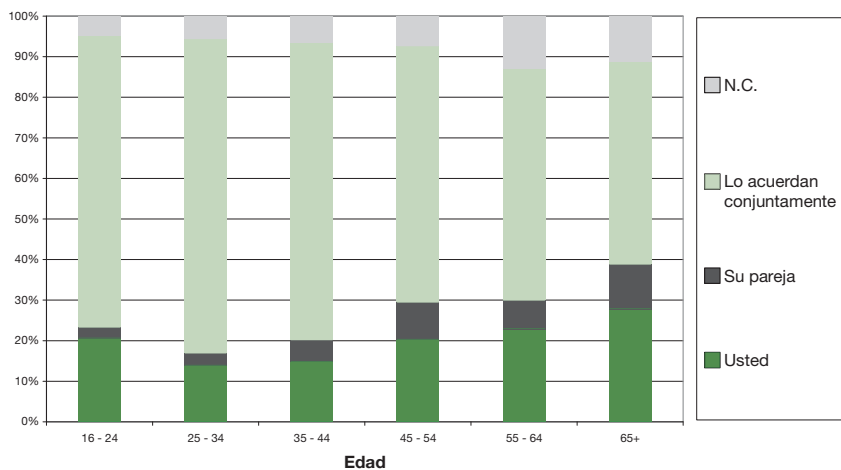
Su uso lo acuerdan conjuntamente hombres (72%) y mujeres (77,5%), aunque se invierten los patrones con relación a los métodos de prevención de embarazos, ya que los hombres afirman decidirlo por sí mismos en cierta mayor proporción que las mujeres (17% frente a 12,5%)

Gráfico 2. Persona que decide el uso de métodos para prevenir ITS

MUJER - Gráfico barras apiladas



HOMBRE - Gráfico barras apiladas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009 (MSPS – CIS: estudio n° 2780)

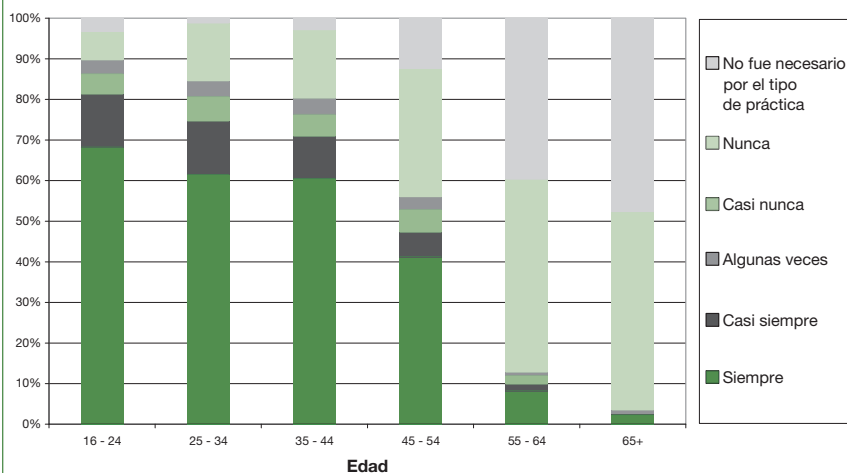
- Mucho más frecuente es el uso de métodos de prevención de embarazos no deseados con la pareja estable, aunque disminuye a lo largo de las etapas vitales sin encontrarse diferencias significativas por sexo.

Las mujeres refieren utilizarlo siempre y casi siempre algo más que los hombres en las edades de 16 a 44 años (74% mujeres y 69,8% hombres), invirtiéndose a partir del rango de edad de 45-54, donde el uso decrece considerablemente bajando a un 46,8% en mujeres y un 51,6% en hombres. Los métodos anticonceptivos más utilizados por las parejas estables son para los hombres el preservativo masculino (80,8% de 16 a 24 años y 51,7% de 25 a 54 años) seguidos de la píldora anticonceptiva (23,2%). Para las mujeres el orden es similar aunque los porcentajes decrecen, siendo que las jóvenes de 16 a 24 años utilizan el preservativo masculino en un 68,5% de los casos y el resto, de 25 a 54, en un 43,7%. Respecto al uso de la píldora anticonceptiva en las mujeres se mantiene en un 33,4% para aquellas de entre 16 y 34 años, descendiendo a un 18,1% en los rangos de 35 a 54 años.

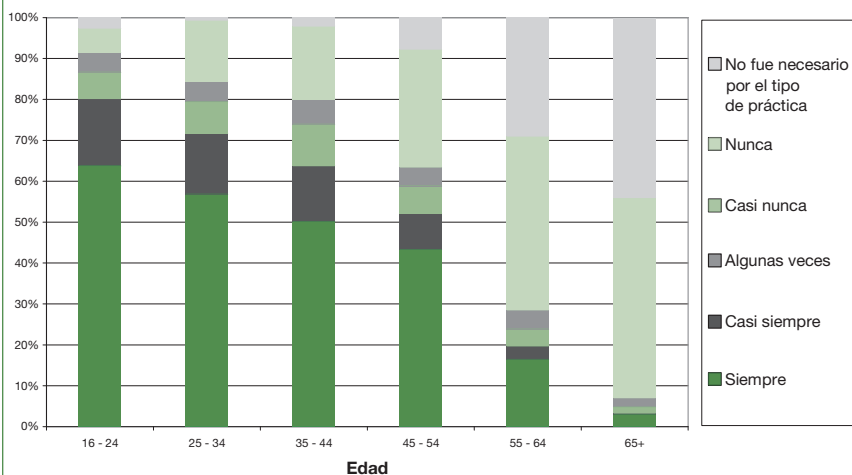
Su uso es mayoritariamente fruto de una decisión negociada en la pareja, especialmente entre las mujeres y hombres más jóvenes: así lo indican los hombres (67,9%) y mujeres (65,8%). Sin embargo, también son importantes las cifras que reflejan que la responsabilidad en la prevención sigue recayendo mayoritariamente en las mujeres, ya que el 24,4% de ellas afirma que lo deciden unitariamente frente al 13,4% de los hombres.

Gráfico 3. Frecuencia, en los últimos doce meses, de uso de métodos anticonceptivos, (Pareja estable)

MUJER - Gráfico barras apiladas

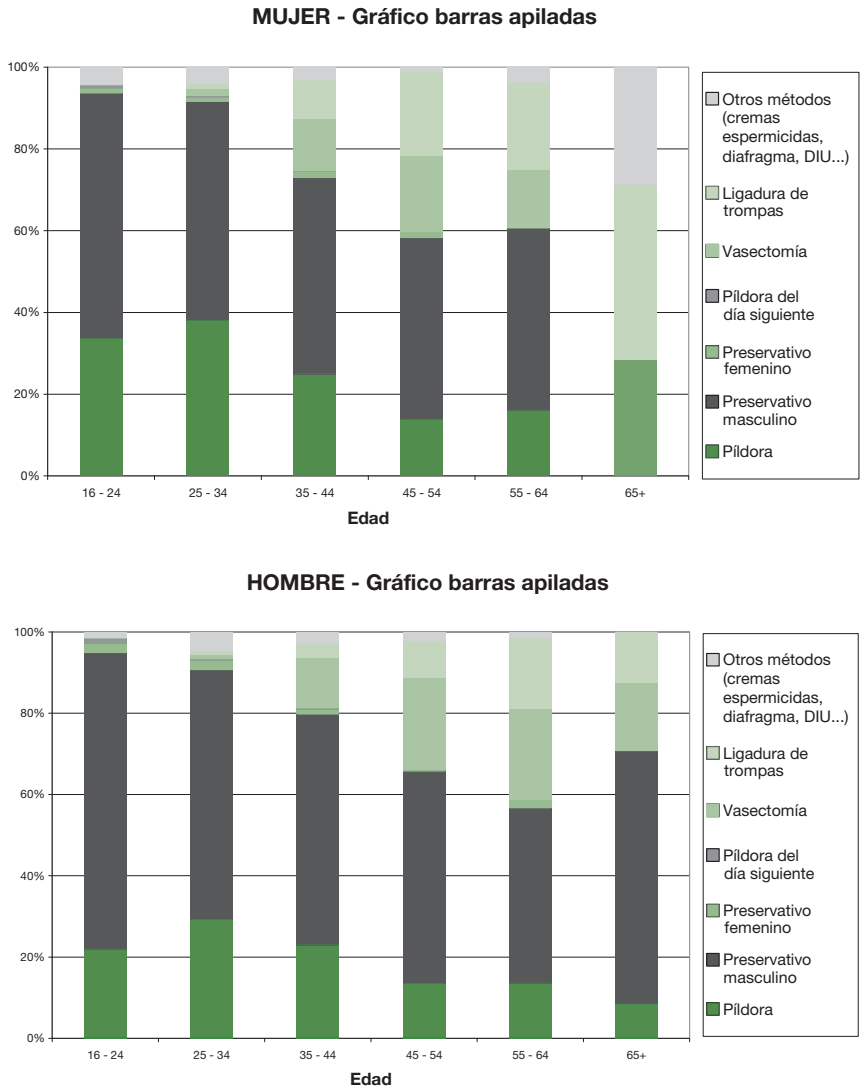


HOMBRE - Gráfico barras apiladas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009 (MSPS – CIS: estudio n° 2780)

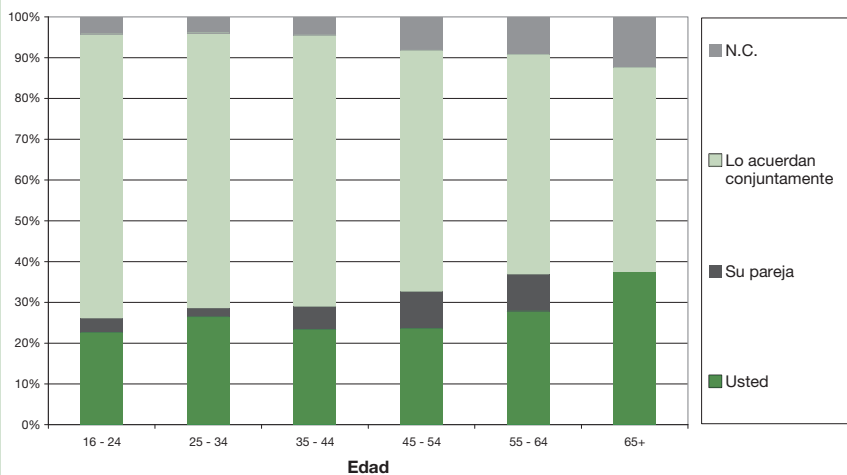
Gráfico 4. Métodos utilizados



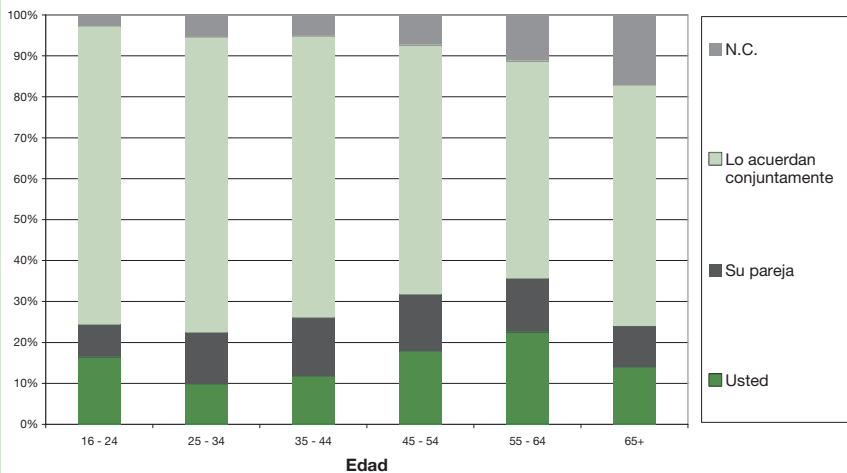
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009
(MSPS – CIS: estudio n° 2780)

Gráfico 5. Persona que decide el uso de este/os métodos

MUJER - Gráfico barras apiladas



HOMBRE - Gráfico barras apiladas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009
(MSPS – CIS: estudio n° 2780)

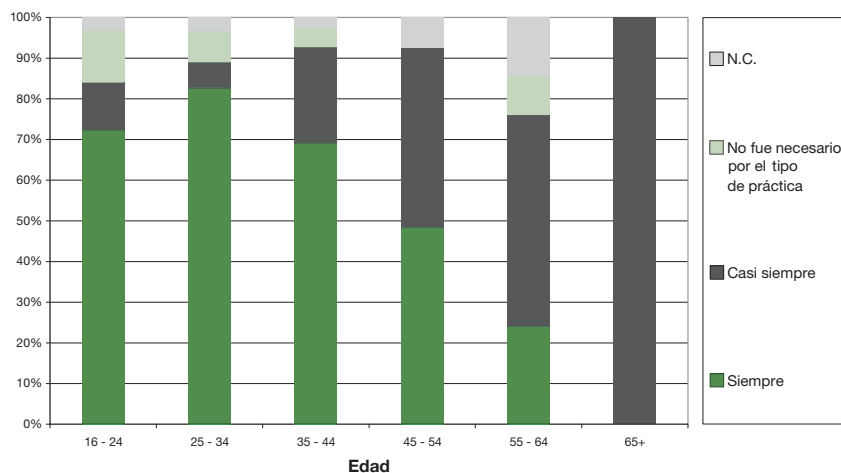
b) Uso de métodos de prevención de ITS y embarazos en **parejas ocasionales**

- Son bastante llamativos los datos relativos a **uso de métodos de prevención de ITS**: el 22,1% de los hombres y el 18,6% de las mujeres refieren no haber utilizado ningún método, si bien esta cifra es menor entre las personas más jóvenes en ambos sexos. De quienes usaron alguno, el más usado es el preservativo masculino (hombres 97% y mujeres 96%), mientras que el uso del preservativo femenino es muy poco frecuente: declaran haberlo utilizado el 1,3% de los hombres y el 2,8% de las mujeres.

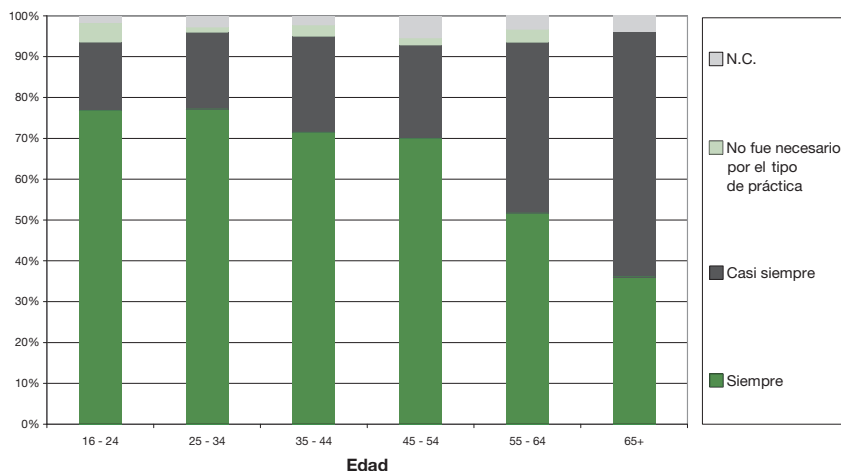
En relación con los **métodos de prevención de embarazos**, se incrementa su uso hasta el 75,3% y sin diferencias significativas por sexo, especialmente en los grupos de edad más jóvenes. No hay que dejar de reseñar, sin embargo, que el 17,0% de los hombres y el 12% de las mujeres indican no haber usado ninguno. El preservativo masculino es el método más usado por hombres (92,1%) y mujeres (85,2%) seguido de la píldora (7,2% de los hombres refieren este método, frente al 23,0% de mujeres).

Gráfico 6. Utilización de métodos de prevención de ITS, VIH/SIDA o hepatitis. Pareja esporádica u ocasional.

MUJER - Gráfico barras apiladas

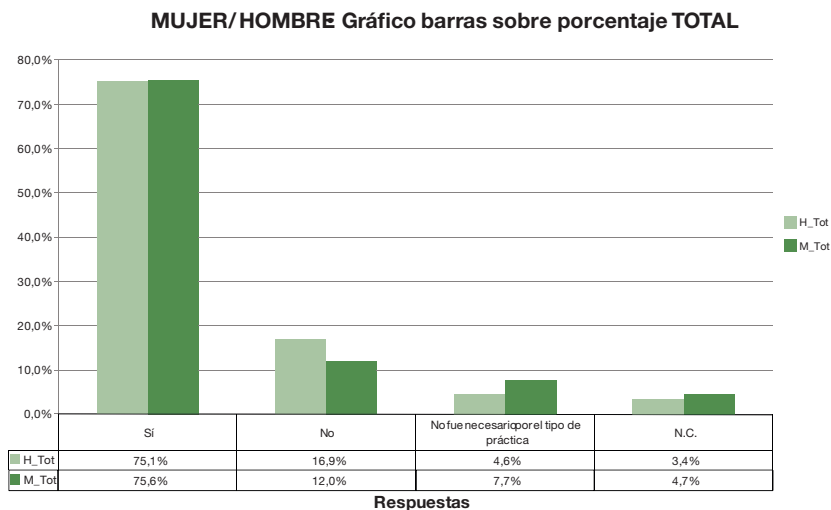


HOMBRE - Gráfico barras apiladas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009 (MSPS – CIS: estudio n° 2780)

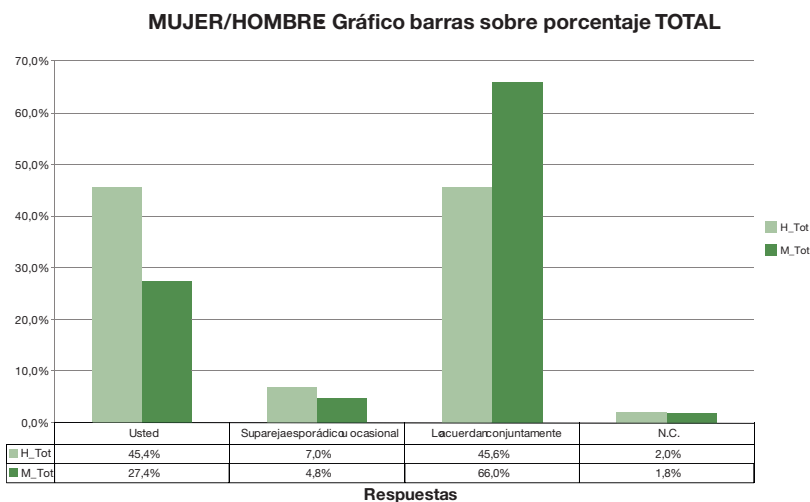
Gráfico 7. Utilización de métodos anticonceptivos, pareja esporádica ocasional.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009
(MSPS – CIS: estudio n° 2780)

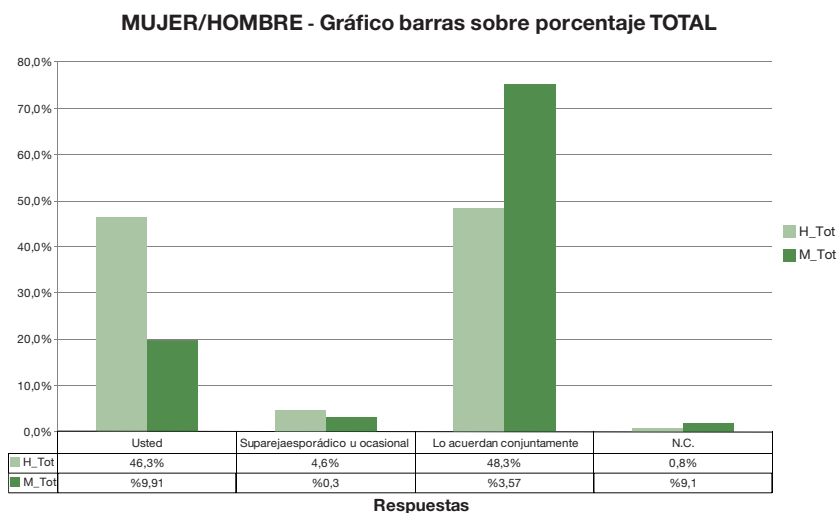
- Los patrones de toma de decisión son similares en uso de métodos de prevención de ITS y de prevención de embarazos. En ambos casos se observan diferencias, incrementándose considerablemente el porcentaje de quienes afirman decidirlo individualmente con diferencias bastante llamativas por sexo, ya que mientras los hombres se reparten más entre quienes “lo acuerdan conjuntamente” (45,6%) y lo deciden ellos mismos (45,4%), las mujeres dicen acordarlo conjuntamente en mucha mayor medida que ellos (66,0%) y solo el 27,4% afirma decidirlo ellas mismas.

Gráfico 8. Persona que decide el uso de métodos anticonceptivos, pareja esporádica u ocasional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009
(MSPS – CIS: estudio n° 2780)

Gráfico 9. Persona que decide el uso de métodos de prevención de ITS, VIH/SIDA, pareja esporádica u ocasional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009 (MSPS – CIS: estudio n° 2780)

Además de los datos arrojados por la ENSS y seleccionados para el análisis de situación en materia de anticoncepción, se ha contado con la participación de las CCAA y las CEA a través de los cuestionarios remitidos por el CI. Así mismo, han colaborado la Sociedad Española de Contracepción (SEC) y la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), permitiendo tener una visión global del panorama.

En España, la primera campaña de ámbito nacional estrictamente de promoción del preservativo masculino, realizado en 1991 con el lema **“Póntelo, pónselo”**, tuvo un gran impacto social y mediático. Estaba dirigida a la población general, haciendo especial hincapié en la juventud, y abarcaba la prevención del VIH y de otras ITS, así como la prevención de embarazos no deseados.

La prestación de métodos de prevención de embrasados no deseados, tiene como objetivo proporcionar información y ofrecer los medios que permitan decidir a las personas el momento y el número de hijas e hijos que desean tener, al tiempo que disfrutar de relaciones sexuales placenteras sin temor a embarazos no deseados. Para facilitar que las personas tomen una decisión sobre el método preventivo y anticonceptivo más adecuado a sus necesidades se requiere facilitar información accesible, completa y actualizada que les permita elegir entre las alternativas existentes y tener una postura proactiva, no limitándose a atender la demanda de anticoncepción verbalizada, aunque siempre respetando la decisión de las mujeres. Así, el acceso a las distintas opciones anticonceptivas, es un elemento clave para hacer efectivo el derecho de cada persona a tomar decisiones respecto a su vida reproductiva.

No hay que olvidar aquí, ni a lo largo del desarrollo de esta parte de Salud Sexual, que excepto el preservativo masculino y femenino, el resto de métodos para prevenir embarazos no deseados, no protegen de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, por lo que su uso pone en riesgo la salud sexual de quienes mantienen prácticas sexuales coitales. Tal y como se ha visto a través de los datos recogidos por la Encuesta Nacional de Salud Sexual, las parejas estables son quienes menos se protegen de las ITS, hecho que concuerda con lo recogido en el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (MSPS), referido al descenso ralentizado de casos en las mujeres, que además se infectan principalmente en vías de transmisión heterosexual. En este sentido, la baja percepción de riesgo es clave sobre todo en mujeres con parejas estables o en lo que se denomina monogamia seriada, que no perciben la exposición al riesgo.

Respecto a cómo se organizan y regulan los servicios sanitarios dirigidos a atender las necesidades de mujeres y hombres en cuanto a la maternidad y paternidad decidida, en general, la mayoría de las CCAA cuentan con protocolos y programas específicos en sus Carteras de Servicios. Según

el informe de la FPFE, algunas se rigen por los programas de “Atención a la mujer” y los programas “Materno-infantiles” de la Cartera de Servicios, que establecen cuestiones básicas relativas a la información y seguimiento de métodos de prevención de embarazos no deseados, por lo que cada Centro funciona dependiendo de la implicación y voluntad de profesionales y según los recursos disponibles.

Tal y como refieren las CCAA, la mayoría cuenta con protocolos específicos de atención. En este sentido, y teniendo en cuenta el informe de la FPFE, se siguen produciendo dificultades derivadas de la alta presión asistencial, el reducido tiempo para consultas, prejuicios personales de algunos y algunas profesionales, y el déficit de formación sanitaria que dificulta el correcto enfoque para atender la prestación y seguimiento de métodos de prevención de embarazos no deseados. En otras CCAA, no existen protocolos consensuados para todos los Centros.

En definitiva, las actuaciones que indican realizar las CCAA, se materializan a través de acciones dirigidas a las mujeres en edad fértil, gestionadas tanto desde los centros de atención primaria como desde los centros específicos existentes en determinadas CCAA, con distintas denominaciones dependiendo del territorio, como por ejemplo: Centro de Atención a la Mujer, Centro de Orientación Familiar, Oficina de Planificación Familiar, Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, etc. En general, lo que se realiza son tareas de información y seguimiento de los métodos de prevención de embarazos no deseados, consejos para cada uno de los métodos contraceptivos, efectos secundarios, procedimientos de actuación para la anticoncepción de urgencia (diagnóstico, prescripción, control, seguimiento y/o derivación) y acciones de sensibilización en materia afectivo sexual, abordaje de la prevención y diagnóstico, y tratamiento de las ITS.

Así, en cuanto a la **estructura asistencial en materia de anticoncepción** presentan un mapa diversificado y diferenciado según CA, lo que puede generar inequidades en el sistema sanitario. Se distingue la siguiente clasificación y funcionamiento:

- Comunidades que cuentan con un sistema mixto donde los Centros de Salud de atención primaria, coexisten con centros específicos donde se presta asistencia a la salud sexual y reproductiva. (Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla y León, C. Madrid, C. Valenciana Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco).
- Comunidades Autónomas que han integrado los antiguos Centros o Consultas de Planificación Familiar en los Centros de Salud de atención primaria, en los cuales se centraliza toda la asistencia para la prevención de embarazos no deseados, con la excepción de las derivaciones a atención ambulatoria y hospitalaria (Andalucía).

- Ayuntamientos que mantienen Centros que realizan algunas prestaciones en materia de anticoncepción. (Madrid-Ciudad)

A la vista de los datos que se han facilitado desde las CCAA, en la mayoría de las ocasiones, los equipos de atención primaria derivan casos a atención especializada y centros específicos. En este sentido, se ha identificado como buena práctica la de los Centros de atención primaria donde la atención recae sobre personal de matronería y/o enfermería, lo que permite reducir la demora del tiempo que transcurre entre el momento de recepción de la información y el de administración del método de prevención de embarazos no deseados.

Además, se presta este servicio también en la atención especializada a través de los servicios de Ginecología y de Urgencias Hospitalarias, siendo que algunas comunidades cuentan incluso con servicios especializados en atención a la sexualidad juvenil. En cuanto al tipo de enfoque predominante para facilitar la prestación de anticoncepción en los Centros de Salud de atención primaria, se caracteriza en la mayoría de los casos por ser reproductivista, primando la vertiente asistencial en detrimento de un enfoque de promoción de la salud. Sin embargo, existen algunos Centros específicos (ASSIR, COF, CPF, CAM, UGA, CSSyR)² donde sí se trabaja con un enfoque integral y desde los derechos sexuales y reproductivos, aunque depende en gran medida de la iniciativa, disposición y disponibilidad de las y los profesionales.

A la luz de los datos recabados tanto por el CI como por la FPFE, existe un sesgo de género en la promoción de la salud sexual y en la forma de promover el uso de los métodos de prevención de ITS y los métodos para ejercer la maternidad y paternidad decidida. Se sigue considerando, tanto por el conjunto de profesionales como por la sociedad en general, que la prevención de embarazos es algo que compete a las mujeres en exclusiva, quedando la responsabilidad de los hombres reducida al uso del preservativo y la vasectomía. La ausencia de la corresponsabilidad en el cuidado de los vínculos afectivos y de pareja por parte de algunos hombres, hace que las mujeres tengan una mayor preocupación por el riesgo de embarazo, mientras que ellos se muestran más preocupados por la prevención de ITS-VIH.

Otra cuestión que pone de manifiesto este sesgo de género, es la propia denominación de los Centros desde los que se atiende la demanda en anticoncepción, que marcadamente parece que se dirigieran solamente a mujeres al nombrarse como “Centros de Atención a la Mujer” o “Programas de atención a la mujer”.

² Diferentes formas de denominar los centros específicos: ASSIR (Atención a la salud sexual y reproductiva); COF (Centro de orientación familiar); CPF (Centro de planificación familiar); CAM (Centro de atención a la mujer), UGA (Unidad ginecológica de apoyo; CSSyR (Centros de salud sexual y reproductiva).

Otras diferencias entre las CCAA se reflejan en la composición, dotación y funcionamiento de los equipos profesionales, así como en las funciones que desempeña cada profesional. Según las entrevistas a profesionales realizadas por la FPFE, están actualmente trabajando profesionales de la ginecología, matronería y enfermería que realizan un trabajo coordinado de acuerdo a protocolos consensuados, aunque en casos de ausencia de estas políticas, actúan según su criterio confiando en la experiencia acumulada. A pesar de esto, para un gran número de profesionales, la atención en anticoncepción no entra en sus objetivos ni en su práctica intervencionista. En consecuencia, derivan la demanda o se limitan a realizar las actividades más sencillas como atender la anticoncepción oral. Esto trae consigo la falta de competencia por ausencia de práctica y actualización de conocimientos, repercutiendo en definitiva en la calidad de la atención y en el acceso al servicio.

Aún así, existen buenas prácticas en Centros de Salud con equipos profesionales con implicación que prestan una atención de calidad y atienden la información, consejo anticonceptivo, dispensación y seguimiento de todos los métodos para ejercer la maternidad y paternidad decidida, derivando sólo aquellas pruebas para las que no disponen de infraestructura ni métodos quirúrgicos. En función de las respuestas del CI al cuestionario, se pueden establecer y destacar las siguientes demandas:

- En los **centros específicos** se presta información para la elección, consejo, aplicación, control y seguimiento de los diferentes métodos, incluida la anticoncepción de urgencia. En algunos casos incluye la vasectomía y ligadura de trompas, aunque en la mayoría se deriva a atención hospitalaria.
- En los **centros de especialidades o ambulatorios** se atienden las derivaciones de atención primaria y a su vez derivan, donde existen, a los Centros específicos.
- En la **atención hospitalaria** se atiende, salvo excepciones, exclusivamente las demandas de anticonceptivos quirúrgicos.

Por su parte, la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud, recoge en sus anexos II y III referidos a atención primaria y especializada respectivamente, las siguientes indicaciones en relación a la “mujer” y la “planificación familiar”.

En el anexo II de atención primaria, en el apartado 6.3.2 de “atención a la mujer”, se cita textualmente la “Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo”.

Por su parte, en el anexo III de atención especializada, específicamente en el apartado 5.3.7 de “planificación familiar”, se incluye: 5.3.7.2 la información,

indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos y 5.3.7.3 la realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión de ambas.

Se constata variabilidad territorial en la atención a la salud sexual. Son varias las comunidades que no la contemplan como un área prioritaria de intervención en sus respectivos planes de salud, y algunas regulan esta atención en **normativas específicas** centradas en aspectos relacionados con la prevención de ITS-VIH y embarazos no deseados. En relación a esto último, son siete las CCAA que tienen normativa específica para dispensar métodos de prevención de ITS-VIH³ y métodos para ejercer la maternidad/paternidad decidida en la red sanitaria pública⁴. Estas normativas se relacionan especialmente con la disponibilidad de preservativos, DIU de cobre y píldoras anticonceptivas de urgencia para dispensación gratuita en los propios centros.

En todas las CCAA se ofertan los métodos anticonceptivos conforme a lo estipulado en la Cartera de Servicios Comunes del SNS, aunque la **financiación pública y accesibilidad** a los métodos anticonceptivos se ha observado una gran variabilidad territorial que puede generar desigualdades e inequidades en su acceso.

En el caso de anticonceptivos hormonales sólo se financian los recogidos en el nomenclador de facturación de recetas oficiales del SNS, siempre de acuerdo a los criterios de financiación del Sistema Nacional de Salud. Además también se siguen criterios específicos según lo establecido en las Carteras de Servicios complementarias de las CCAA. Hay que tener en cuenta, tal y como viene recogido en la Cartera de Servicios Comunes del SNS, que estos anticonceptivos no se recetan como métodos para prevenir embarazos no deseados, sino para la atención de patologías.

En el caso del preservativo masculino y femenino (en menor medida) para la prevención de ITS, y en concreto de VIH, en la mayoría de las autonomías se facilita de forma gratuita o parcialmente subvencionada a través de programas dirigidos a colectivos específicos como la juventud. Es más, en la mayoría de las comunidades se contempla la atención individualizada y/o en pareja desde las consultas de atención primaria, como por ejemplo a través de los programas de Consulta Joven.

³ Preservativos (principalmente masculinos)

⁴ Respecto a los métodos anticonceptivos que se dispensan señalar los siguientes: DIU; preservativo (principalmente masculino); anticoncepción hormonal; anticoncepción hormonal intramuscular; implante subdérmico; contracepción definitiva obstrucción tubárica y vasectomía.

En relación a la **anticoncepción de urgencia**, la información volcada por las CCAA pone de manifiesto que no existe un protocolo común para el SNS que establezca las condiciones de su prestación en los servicios de salud, lo que implica diferencias en cuanto a su acceso, el lugar donde se dispensa, las condiciones para su adquisición y la existencia de servicios de fin de semana.

Además, si bien es cierto que la financiación total de la anticoncepción de urgencia existe en ocho CCAA, en el resto del territorio son las personas usuarias quienes asumen su coste.

Tabla 1. Tipo de financiación en anticoncepción de Urgencia (Levonorgestrel) en las CCAA	
Financiación	CCAA
Parcial	Ceuta (a través del Centro de estancia temporal para inmigrantes), Extremadura y Navarra (en las urgencias hospitalarias y en los centros de orientación familiar)
Total	Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, País Vasco.
Ninguna	Canarias, Castilla la Mancha, C. Valenciana , Melilla, Madrid, Murcia, La Rioja
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por el Comité Institucional	

Como se ha señalado, al no estar la anticoncepción de urgencia incluida entre las prestaciones farmacéuticas del SNS, no se financia a través de recetas oficiales en ninguna Comunidad Autónoma, impidiéndose su adquisición mediante receta de la Seguridad Social. En cambio, diez Comunidades han establecido disposiciones específicas a fin de garantizar una mayor accesibilidad a esta anticoncepción dado su carácter de urgencia. En estos casos el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma adquiere partidas del fármaco y distribuye según las necesidades de cada área sanitaria, administrándolas el personal facultativo de los Centros Sanitarios públicos a las mujeres sin ningún coste económico para ellas.

En mayo de 2009, el Gobierno anunció la puesta en marcha de una medida que permitiera la adquisición de la anticoncepción de urgencia sin receta médica en las farmacias de todo el territorio, propuesta que entró en vigor en el mes de septiembre⁵. Con esta decisión, España se equipara a otros países

⁵ <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1507>
<http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1651>

de su entorno en los que ya se dispensa sin receta como Francia, Reino Unido, Portugal, Bélgica, Dinamarca, Eslovenia, Finlandia, Holanda, Islandia, Luxemburgo, Noruega, Suecia y Suiza.

El objetivo de esta medida, es facilitar el acceso a la píldora de urgencia sin necesidad de prescripción médica a todas las mujeres que la necesiten, independientemente de su lugar de residencia y en el plazo necesario para garantizar su eficacia (hasta 72 horas después de una práctica sexual coital, disminuyendo sensiblemente hasta el quinto día). Para un correcto uso de la píldora de urgencia, el MSPS ha elaborado distintos materiales informativos que las y los farmacéuticos entregarán a quienes las adquieran en cada dispensación. En concreto, estos materiales son⁶ **información de utilización para las usuarias** (con recomendaciones sobre el uso de la píldora, modo de actuación del medicamento, posibles, efectos secundarios, etc.); información sobre **métodos anticonceptivos de uso regular** (con información sobre métodos de barrera, hormonales, etc.) e **información sobre la prevención del VIH y otras ITS**.

Por otra parte, es interesante señalar las diferentes iniciativas y acuerdos, que desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se han ido llevado a cabo con fabricantes de preservativos, al igual que la información que se ha publicitado acerca de la píldora de urgencia, destacando:

1. Campaña “Yo pongo condón”

Para más información, visitar:

<http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/ desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1377>

2. Web Campaña “Yo pongo condón”

Para más información, visitar: <http://www.yopongocondon.com/>

3. Fabricantes y farmacéuticos se comprometen con el Ministerio de Sanidad y Política Social a promover el uso del preservativo entre los más jóvenes

Para más información, visitar:

<http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/ desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1385>

4. Los farmacéuticos informarán sobre métodos anticonceptivos a los jóvenes

Para más información, visitar:

<http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/ desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1510>

⁶ http://www.msps.es/novedades/docs/090911_diaDespues.pdf
http://www.msps.es/novedades/docs/090911_metodosAnticonc.pdf
http://www.msps.es/novedades/docs/090911_SIDA_VIH_ITSEX.pdf

En cuanto a los **mecanismos de coordinación intra e institucional**, en algunas Comunidades se notifica la existencia de una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales, mientras que en otras, dicha coordinación es inexistente.

Cuando los Centros específicos están en los propios Centros de Salud u hospitales, se produce una mejor coordinación intra e inter institucional, dado que se comparte, si no todo, sí la mayoría del equipo profesional facilitando la accesibilidad. En algunos, se logra la coordinación a través de sesiones clínicas y reuniones semanales entre quienes coordinan los Centros específicos, los Centros de Salud y las gerencias de los hospitales. En otros casos, sólo se realizan comunicaciones en las derivaciones por medio de interconsultas sobre la base de la historia clínica, o es el personal de matronería quien establece, con reuniones mensuales, la coordinación en un mismo Centro. En ocasiones, las propias gerencias establecen cierta coordinación para trabajar en subprogramas, donde existen.

El equipo básico de profesionales que atiende los métodos para ejercer la maternidad y paternidad decidida, va en consonancia con el nivel asistencial (medicina AP y/o AE, enfermería de AP, enfermería de COF, matronería y ginecología), y en muchas ocasiones se cuenta con profesionales de las ONG externos/as a los servicios de salud. En algunas Comunidades se cuenta además con otros perfiles tales como, mediación intercultural, trabajo social, psicología y sexología. Es interesante señalar que dos Comunidades contemplan en los equipos multidisciplinares, la figura de agentes de igualdad.

En cuanto a las funciones que desempeña cada profesional, el abanico de situaciones es también amplio existiendo diferencias considerables, en términos generales, entre los Centros de Atención Primaria y los Centros específicos, en donde suelen existir equipos multidisciplinares especializados. Así el papel de cada profesional en la prestación de la anticoncepción se establece en función del nivel asistencial en el que se encuentre, a saber:

- El personal médico ya sea de AP como de Especializada (ginecólogos/as) informa y realiza educación para la salud, además de prescripción si se precisa.
- El personal de enfermería y matronería que informa y realiza educación para la salud, instauro en los centros sanitarios y en la comunidad los métodos anticonceptivos con protocolos consensuados, y colabora con los centros de enseñanza secundaria, AMPA's y asociaciones juveniles y de ámbito comunitario.
- Profesionales de otras disciplinas, tales como educación social, trabajo social, psicología, sexología, etc., que puedan trabajar en centros

específicos (por ejemplo en las consultas jóvenes), informan en los dispositivos y colaboran con centros de enseñanza secundaria, asociaciones juveniles, AMPA's, etc.

2.4. Objetivos y líneas estratégicas en salud sexual

Las líneas estratégicas definen cuáles son aquellas acciones y mecanismos que se necesitan planificar y poner en marcha para lograr un determinado fin y mejorar una situación dada. La justificación de estas líneas estratégicas se sustenta, por un lado, en el marco teórico en el cual se toma la salud sexual como un derecho humano desde un enfoque holístico e integral, y por otro, en el análisis de situación de la salud sexual en España, en la que se describen cuestiones clave en relación con la organización, recursos, servicios y programas vinculados con ella.

Asimismo, se tienen en cuenta los datos facilitados por la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS), que ofrecen información privilegiada, desde un enfoque de género, sobre las opiniones de la población mayor de 16 años en relación con la vivencia de la sexualidad, así como acerca de la atención a la salud sexual que han recibido por parte de los servicios de salud.

Por último, para enriquecer la información se ha contado con investigaciones relevantes del Ministerio de Sanidad y Política Social, el Instituto de la Juventud y las Asociaciones de Profesionales de la Sexología, entre otras. Además, se han tenido en cuenta otros estudios de profesionales, así como otras fuentes citadas en la bibliografía.

Con todo este respaldo teórico se han definido los objetivos y las recomendaciones de las líneas estratégicas, basados por tanto en el análisis y la sistematización pormenorizada de las diferentes fuentes de información referidas.

Aspectos transversales a tener en cuenta en las líneas estratégicas

A la hora de abordar los objetivos y recomendaciones de cada una de las líneas estratégicas de Salud Sexual, hay tener presente la incorporación de los diferentes contextos y/o circunstancias vitales que pueden poner a mujeres y hombres en una situación de mayor vulnerabilidad, y que como tales pueden ser modificables si cambian las circunstancias que los producen.

A continuación, se reseñan algunos de los más relevantes, que deben ser tenidos en cuenta siempre que en los objetivos y recomendaciones de la parte de Salud Sexual se haga referencia a los “contextos de vulnerabilidad”. Además, habrá que tener especial atención a aquellas otras situaciones biográficas de mujeres y hombres, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, que puedan estar afectando a la vivencia de su sexualidad y al ejercicio de sus derechos.

Categorizar y clasificar los diferentes contextos de vulnerabilidad y vulnerabilidades por situaciones específicas, atiende única y exclusivamente a un recurso didáctico para su mejor interpretación, pero no hay que olvidar la interacción que puede producirse de las diferentes variables causantes de múltiples desigualdades en una misma persona, y desde esta perspectiva será desde donde haya que atenderlas, tanto en el diseño de las políticas y programas como en la asistencia sanitaria.

Habrà que tener siempre en cuenta, tal y como se ha venido haciendo en el desarrollo de la parte de Salud Sexual, las diferentes necesidades de mujeres y hombres también en las líneas estratégicas y en los siguientes contextos de vulnerabilidad.

Grupos etáreos: infantojuvenil y mayores

Se ha de tener presente que la sexualidad en las etapas posteriores de la vida va a tener su base en la forma en que se ha vivido la sexualidad en la infancia y la adolescencia. Que se puedan establecer vínculos afectivos satisfactorios en este periodo va a facilitar un referente para un desarrollo armónico en la edad adulta.

Teniendo en cuenta algunos estudios del Consejo de la Juventud de España, se ha observado que la juventud posee gran posibilidad de aprendizaje y de gestionar su salud y su sexualidad, pero a la vez tiene una serie de carencias informativas, educativas y de desarrollo de habilidades que provocan, en ocasiones, que su vida sexual ni sea enriquecedora, ni les ayude a conocerse, aceptarse y a disfrutar de lo que hacen. En este sentido, y respecto a la población joven LGTB, el proceso que deben vivir de autoaceptación y de explicación de sus opciones y orientaciones sexuales e identidad de género, la coloca en una posición de mayor vulnerabilidad con riesgo de baja autoestima y dificultad de negociación en sus primeras relaciones y prácticas sexuales.

Los factores que determinan la adopción de medidas preventivas en las relaciones sexuales, señalan que disponer de una buena información acerca de las ITS-VIH y sus mecanismos de transmisión y prevención, es necesario pero

no suficiente. Hay que tener en cuenta, en primer lugar, la socialización diferencial de género, y además otros factores como la percepción del riesgo, los ideales románticos, las habilidades de comunicación y negociación, la erotización del preservativo, la autoestima, la influencia del grupo de iguales, cuestiones asociadas a los diversos estigmas como por ejemplo la homofobia, etc.

Así, la población joven se encuentra con dificultades para acceder a los servicios sanitarios, entre otros motivos, por las dificultades de comunicación y falta de adecuación de la información; la visibilidad del recurso y el miedo a la no privacidad; las restricciones horarias de acceso a los servicios; la falta de reconocimiento de los derechos sexuales de la población joven; la inhibición de las y los profesionales y las consiguientes derivaciones; las interpretaciones restrictivas de la consideración de la madurez de las y los jóvenes, y el desconocimiento de la normativa sobre la autonomía del paciente. Esto se agrava en situaciones de ruralidad y discapacidades. En el caso de las y los jóvenes LGTB, debido a la falta de formación en materia de diversidad sexual y de género de las y los profesionales de la salud, a estas dificultades se suma el temor a ser objeto de rechazo.

Por otro lado, otro grupo étéreo que puede ser susceptible de situaciones de vulnerabilidad por la gran variabilidad interindividual y contextual es el grupo de personas mayores, hombres y mujeres, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género. Hay que considerar que estas personas se han ido adaptando a múltiples cambios a lo largo de su vida y que existen factores que determinan su calidad de vida y su sexualidad, tales como, el estado de salud, el nivel de autonomía, el nivel socioeconómico, el mantenimiento de las funciones cognitivas, tener pareja o soporte emocional y familiar, entre otros.

Discapacidades

Tal y como indica el artículo 5 de la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, los poderes públicos, en el desarrollo de sus políticas sanitarias garantizarán la eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.

Uno de los esquemas más extendidos en la visión tradicional de la discapacidad, ha sido la creencia en la ausencia de sus necesidades sexuales, puesto que la existencia de tabúes muy arraigados en nuestra cultura ha limitado de manera importante la posibilidad de desarrollarla plenamente. La

sexualidad de las personas con discapacidad está marcada por los prejuicios sociales a los cuerpos y mentes diferentes. La norma les sitúa muchas veces como no deseables ni deseantes, por eso la importancia y la insistencia que desde esta parte de Salud Sexual se hace en relación a poner la diversidad como norma y no como excepción.

Desde las asociaciones representantes de las personas con discapacidad, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, se reivindica el ejercicio de sus derechos sexuales, que en muchos casos se ven dificultados por una excesiva sobreprotección de las personas cuidadoras así como del propio personal de salud. Estas actitudes, en ocasiones les lleva a adoptar una postura eminentemente protectora con las personas con discapacidad, impidiéndoles gozar de libertad y autonomía. Como reconocen las convenciones de protección de las personas con discapacidades, los servicios de salud sexual y reproductiva deben estar previstos de personal formado, mecanismos de accesibilidad, materiales específicos y especializados que eliminen dichas desigualdades para evitar situaciones de discriminación.

Las personas con discapacidades tienen derecho a acceder a la educación afectivo-sexual para poder vivirla saludablemente. Deben alcanzar conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo, cómo se produce un embarazo y cómo se puede evitar, cómo hacer que las relaciones sexuales sean más comunicativas y placenteras, identificar prácticas abusivas y buscar estrategias para poderlas afrontar o cómo evitar las ITS-VIH. Privarlas de educación sexual es exponerlas a una mayor vulnerabilidad. Dicha información debe estar disponible en formatos accesibles y diferentes que garanticen su adecuada recepción, habiendo facilitado la participación activa de las mismas en su elaboración.

Lesbianas, gays y bisexuales

En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió eliminar la homosexualidad del “Manual de Diagnóstico de los trastornos mentales” (DSM) e instó a rechazar toda legislación discriminatoria contra gays y lesbianas. Éste sólo fue el primer paso de un lento proceso de cambio que tardaría en llegar al resto del mundo, pues hubo que esperar aún dos décadas, hasta 1990, para que la Organización Mundial de la Salud (OMS), retirara la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

La homofobia de la sociedad es una forma reconocida por los organismos internacionales como una manifestación más de la violencia de género. En este sentido, la inexistencia de referentes gays, lésbicos y bisexuales dentro de

la educación sexual, crea una carencia informativa y de educación entre el conjunto de la población, que refuerza la homofobia tanto social como internalizada, repercutiendo en el desconocimiento de las propias opciones y orientaciones del deseo sexual, hasta las aceptaciones de las mismas.

Según la ENSS, se observan actitudes que cuestionan la heterosexualidad como el espacio de la norma y el lugar convencional y dominante. Los datos muestran en primer lugar la persistencia del patrón heterosexual, si bien hay un 4% de hombres y un 2,7% de mujeres que refieren tener relaciones estables con parejas del mismo sexo. Aún así, la posibilidad de cambio de opción sexual a lo largo de la vida es aceptada por casi la mitad de la población encuestada, que refiere estar “muy y bastante de acuerdo” con esta afirmación, tanto hombres (49,4%) como mujeres (50,2%) sobre todo de 16 a 44 años. En el caso contrario, refieren estar “poco y nada de acuerdo” hombres y mujeres, sobre todo de 55 años en adelante (30% para ambos sexos).

Para la mayoría de las y los encuestados “las relaciones sexuales entre dos hombres es una opción respetable”, pero refieren estar “poco y nada de acuerdo” un 23,4% de hombres y un 18,2% de mujeres (sobre todo mayores de 55 años). Por otro lado, en “las relaciones sexuales entre mujeres” los mayores niveles de desacuerdo se encuentran entre los hombres mayores de 65 que se muestran “poco y nada de acuerdo” en un 48,1% de los casos.

La opinión de que “la homosexualidad es una enfermedad” empieza a ser minoritaria, aunque todavía hay un porcentaje considerable de hombres (17,8%) y en menor medida de mujeres (14,1%) que están de acuerdo con dicho enunciado. Esta opinión es más común en las personas a partir de 55 y más años.

La homofobia y la bifobia latentes en la sociedad, siguen ocasionando problemas de autoestima y auto aceptación en algunas personas cuyas opciones y orientaciones sexuales no se ajustan a la heteronormatividad.

Mujeres y hombres transexuales

La transexualidad no está asociada ni depende de las opciones y orientaciones sexuales, es decir, existen mujeres y hombres transexuales bisexuales, homosexuales, heterosexuales. Probablemente, una de las reivindicaciones pendientes para la comunidad transexual y los diferentes movimientos de defensa de los derechos humanos es la concienciación social de que la transexualidad no es una amenaza, ni una aberración, ni una enfermedad, es decir, la lucha contra la discriminación que genera la transfobia.

En el terreno legal y social, las personas transexuales suelen reivindicar dos derechos. Uno, mayor facilidad para modificar el sexo legal y otro, la cobertura sanitaria integral. Respecto al sexo reconocido legalmente, en España, la ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas permite el cambio de la mención de sexo en los documentos oficiales, incluyendo el registro civil y el DNI siempre que se cumplan los requisitos expuestos en la ley.

Una de sus reivindicaciones históricas se basa en la importancia que tiene el sistema de salud para la realización de los procesos de hormonación y las operaciones de reasignación sexual. En 1989, el Parlamento Europeo instaba a los estados miembros a posibilitar el acceso a las personas transexuales a una asistencia sanitaria integral, aunque todavía hoy, el Manual de Diagnóstico Psiquiátrico DSM-IV-TR, clasifica la transexualidad como Trastornos de la Identidad Sexual. En el sistema sanitario público español existen al menos cinco unidades especializadas en la atención a la identidad de género y la reasignación sexual: el Hospital Carlos Haya de Málaga en Andalucía, el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el Hospital de las Cruces de Barakaldo en el País Vasco, el Hospital Clínic de Barcelona en Cataluña, el Hospital de San Agustín de Avilés del Principado de Asturias.

No hay que olvidar, tal y como recoge el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (2008-2012), que las mujeres transexuales tienen una particular vulnerabilidad por algunas de sus prácticas sexuales y los mismos factores socioeconómicos y culturales del resto de mujeres, interrelacionados además con el impacto del estigma de la transfobia sufrida.

Personas VIH positivas

Una de las consecuencias más graves de la epidemia de VIH/sida es el estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH/sida; una discriminación que atenta contra su dignidad como personas y que, por tanto, representa una vulneración de los derechos humanos. Esta discriminación, además, supone un gran obstáculo en el tratamiento y la prevención del VIH ya que puede actuar como facilitador de conductas de riesgo por miedo a reconocer la seropositividad, miedo a la realización de la prueba del VIH y ocultación de prácticas de riesgo por parte de personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Además, suelen ser frecuentes las dificultades en la esfera de la sexualidad, producidas, entre otros motivos, por el impacto de los efectos secundarios de algunos tratamientos antirretrovirales sobre la imagen corporal, por la angustia derivada del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos, el

miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa o el temor a transmitir el virus o reinfectarse, que pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida, y en la capacidad para disfrutar y participar en una relación sexual deseada. Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH que los hombres, debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. Las desigualdades de poder comportan un control limitado de los medios de prevención y dificultan la percepción del riesgo frente a las ITS y el VIH. Por tanto, en ocasiones, las mujeres ven limitada su capacidad para ejercer control sobre su salud sexual y reproductiva. Además, el impacto de la violencia de género en sus diferentes expresiones, es una de las causas más importantes para el aumento de dicha vulnerabilidad.

Migración

En la vivencia de la sexualidad está presente también la realidad social, económica y cultural de las personas. Aspectos como la autoestima, las creencias sobre el amor y las relaciones o las situaciones de soledad y aislamiento, tienen una influencia clave sobre la salud sexual de la población española y también inmigrante. Esto, unido a las características específicas que traen consigo los procesos migratorios, en ocasiones pueden hacer que las personas inmigrantes se encuentren con barreras que dificultan su acceso a la información y atención de los servicios de prevención de ITS-VIH y embarazos no deseados, información que no debería subestimarse teniendo en cuenta las tasas de IVE según nacionalidad, y los datos epidemiológicos de VIH⁷.

La migración es un bien social que debe ser tenido en cuenta no como problema, sino como una oportunidad de enriquecimiento por todas las partes implicadas. Por tanto, la participación activa de las personas migradas en las políticas públicas es fundamental para el éxito y la pertinencia de las mismas, al ajustarse así a las diversidades existentes en cada territorio. Para ello es necesario tener en cuenta las diferentes realidades de las y los inmigrantes dependiendo de sus países de origen, cultura y etnias.

Según el estudio realizado por la FPFE, estas dificultades se ven motivadas en ocasiones por el desconocimiento de sus derechos, de las estructuras, de las formas de acceso a los recursos y de los métodos de prevención y tratamiento; la percepción de las instituciones públicas más como una amenaza que como una fuente de protección, las dificultades con los diversos idiomas, tanto por parte de la población inmigrante como de los servicios de

⁷ Según el Informe anual del MSPS, en el año 2008, el 55,1 % de las mujeres que se practicaron una IVE su nacionalidad no era española.

salud y la falta de redes de apoyo. Además, es necesario tener en cuenta a las personas con situaciones irregulares desde un punto de vista administrativo, ya que sin duda dificulta el ejercicio de sus derechos de ciudadanía.

Violencia sexual

La violencia sexual se define en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS como:

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

La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y la comercialización y el tráfico de niñas/os y mujeres, los abortos y embarazos forzados, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra infecciones, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad. Estas agresiones tienen sus profundas raíces en las desigualdades de género y en las relaciones de poder, siendo a su vez una de las manifestaciones más desgarradora de la misma.

La violencia de género causa indefensión y grandes dificultades a las mujeres para cuidar de su salud sexual y reproductiva. En las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta considerablemente el riesgo de infección por VIH y la posibilidad de tener un embarazo no deseado, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a las que se ven sometidas. Por otra parte, el mismo diagnóstico de infección por VIH o la noticia de un nuevo embarazo, son en sí mismos factores de riesgo para aumentar la violencia de género que sufren las mujeres. Además, tiene otras consecuencias significativas para la salud, incluyendo suicidio, síndrome de estrés postraumático, otras enfermedades mentales, embarazos no deseados, lesiones autointligidas, y en el caso de abuso sexuales de menores, adopción de conductas de alto riesgo como tener múltiples parejas sexuales, consumo de

alcohol y drogas, autoestima deteriorada y menor capacidad para negociar la actividad sexual.

No se conoce el alcance real de la violencia sexual, ya que por un lado hay pocas investigaciones y por otro existe una infradeclaración de la misma por parte de las personas abusadas, aunque los datos disponibles que se revisaron para realizar el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, sugieren que una de cada cinco mujeres puede sufrir violencia sexual por parte de su pareja de confianza a lo largo de su vida (OMS).

Por otra parte, existen numerosas investigaciones como el estudio “*Abuso sexual en la infancia y adolescencia: efectos a largo plazo en la salud sexual y reproductiva y las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres adultas*” llevado a cabo por psicólogas y profesionales de las unidades de atención sexual y reproductiva de Cataluña, y financiado y publicado por el Ayuntamiento de Rubí y la diputación de Barcelona. En él se muestra una alta prevalencia de abusos sexuales durante la infancia y la adolescencia acompañados, en un porcentaje elevado de agresiones físicas. Se ha visto además, que estas situaciones de abusos continuados se vinculan con la percepción negativa de las mujeres sobre su salud y su salud sexual. Por otra parte, tal y como se ha comentado en otras ocasiones, un gran número de mujeres no verbalizan la situación que sufrieron durante la infancia por temores diversos, producto del propio abuso.

En nuestro país, el Instituto de la Mujer aporta datos del año 2007 recogiendo 6.845 casos declarados de abusos, acosos y agresiones sexuales, de los cuales el 55,9% de ellos son agresiones con o sin penetración. En el mismo año se denunciaron 6.904 casos contra la libertad e identidad sexual, y por otra parte, la demarcación de la Guardia Civil ha declarado a 15.537 mujeres víctimas de prostitución en 2007, donde el 98.24% de ellas eran extranjeras.

Otra violación de los derechos humanos es la trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Tal y como indica el Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual (2009-2010)⁸, ésta abarca la prostitución, el turismo sexual, la compra de novias por correspondencia y los matrimonios serviles, constituyéndose en una manifestación más de la situación de desigualdad en la que se encuentran las mujeres y niñas en muchos lugares del mundo, y mostrándose como una clara expresión de la violencia de género.

⁸ <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244651910209&ssbinary=true>

Dentro del análisis de la trata en nuestro país, es imposible eludir la conexión tan relevante de este fenómeno con la prostitución, por lo que debe tenerse en cuenta a la hora de intervenir en salud sexual desde los servicios salud. En este sentido, es necesario considerar los riesgos para la salud sexual producidos en su mayor parte por las peticiones de desprotección de los hombres que demandan sexo pagado, establecer medidas de reducción de daños con las mujeres prostituidas y traficadas, así como contemplar las consecuencias para la salud derivadas de los abusos y agresiones.

En la ENSS se preguntó acerca de dos cuestiones relacionadas con la violencia sexual, por un lado, si alguna vez a lo largo de la vida se habían mantenido relaciones contra la voluntad (entendiendo, aquellas relaciones consentidas pero no deseadas), y por otro, si se habían sufrido abusos sexuales y/o violaciones (entendiendo cualquier actividad sexual no consentida). Los resultados son los siguientes:

- Sobre las relaciones sexuales contra su voluntad, es un hecho que afecta mayoritariamente a las mujeres. Algo más del 7,4% de las mujeres entrevistadas, frente al 3,5% de los hombres reconocen haber sufrido, una vez y más de una vez este abuso. Profundizando un poco más, los datos muestran que es un hecho que sucede en el caso de las mujeres, con un hombre (91,7%) que además suele ser su pareja estable (64%); mientras, en el caso de los hombres, ha sido con una mujer (56,4%) que es su pareja estable (31,4%), o bien otro hombre (12,6%).
- Con respecto a la incidencia de abusos sexuales, los datos indican que: las mujeres encuestadas reconocen haberlos sufrido una vez (2,9%) y más de una vez (2,3%), mientras que los hombres afirman haberlos sufrido en mucha menor proporción (1,1%) “una vez”. En el mismo sentido, las mujeres han tenido relaciones contra su voluntad más de una vez el (5,0%) frente a los hombres (el 1,4% “una vez”). En cuanto al sexo de la persona que abusa o agrede, con independencia del sexo de la persona que ha sido abusada, coincide en ser mayoritariamente un hombre (en casi el 83,2% de los casos). En los casos de abuso o violación a mujeres el agresor ha sido un hombre (88,8%) y de un hombre ha sido otro hombre (65,4%) o una mujer (26,8%). En el caso de mujeres suelen ser familiares o conocidos (25,3% y 26,6%), y en el de hombres conocidos (46,2%) o desconocidos (23,0%)
- En cuanto al sexo pagado, los datos confirman que son casi exclusivamente hombres quienes afirman haber pagado por tener relaciones sexuales: una vez (10,2%) y más veces (21,9%). Por grupos de edad, son sobre todo los hombres mayores de 35 años en adelante (25,7%). Resulta significativo que sea una práctica con una incidencia bastante

importante también entre los jóvenes de 25 a 34, grupo de edad en que estas cifras suponen el 18,3%.

En suma, las situaciones relacionadas con actividades sexuales en contra de la voluntad, abusos y/o violaciones son alarmantes, en tanto que hablan de la vulnerabilidad de los derechos humanos de una persona, generalmente dentro del ámbito familiar, próximo o de pareja. En todos los casos, tanto hombres como mujeres señalan que ha sido un hecho reiterado, lo que dificulta no sólo poder prevenir las agresiones y poder denunciarlas, sino que además suele generar sentimientos contradictorios, provocados por la pérdida del vínculo afectivo, unido a sentimientos de vergüenza y de culpa.

Objetivo General

Promover una atención de calidad con servicios accesibles a la salud sexual, contribuyendo a mejorar la vivencia de la sexualidad de manera integral, autónoma, diversa, igualitaria, placentera, responsable, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género, queden garantizados.

2.4.1. Promoción de la salud sexual

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejorarla. En este sentido, la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1998).

La salud sexual es un componente central en la salud y el bienestar de las personas, por lo tanto, promover la salud sexual implica favorecer las condiciones para que los servicios sanitarios garanticen su calidad, ofreciendo información, asesoramiento y asistencia sobre cualquier aspecto relacionado con la sexualidad y la reproducción.

Se parte de un enfoque integral de promoción de la salud sexual que garantice los derechos sexuales de mujeres y hombres, encaminados a favorecer cambios en relación con los sesgos de género, fomentándose por ejemplo, la corresponsabilidad de las personas en las relaciones sexuales, independientemente

de su sexo y opciones y orientaciones sexuales. Esto es, tanto mujeres como hombres son responsables de la vivencia de la sexualidad de un modo satisfactorio, placentero e igualitario.

Como se ha mostrado con los resultados de la ENSS, las formas de vivir la sexualidad expresan las relaciones sociales de desigualdad entre mujeres y hombres, constatándose que se encuentran marcadas todavía por los estereotipos y roles de género tradicionales que determinan el papel de unas y otros en las relaciones sexuales.

Además, según los resultados obtenidos a partir de la ENSS, estamos ante la persistencia de un modelo de sexualidad muy condicionado por las etapas del ciclo vital, que marca mayoritariamente la sexualidad a las edades centrales de la reproducción, especialmente para las mujeres, a mucha distancia de un modelo de sexualidad integral desarrollado a lo largo de la vida.

Información y educación sexual

Al hablar de información, se hará referencia a la acción de comunicar conocimientos que permiten ampliar o precisar los que ya se poseen sobre una materia determinada. Dando un paso más, por educación se entienden los procesos multidireccionales de socialización (formal e informal) mediante los cuales se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas determinadas de actuar a hombres y mujeres de una sociedad concreta. Por tanto, una información y educación integral, igualitaria y respetuosa, será una herramienta fundamental para promover la salud sexual y el bienestar de las personas. A través de ella, mujeres y hombres podrán decidir con autonomía sobre su vida sexual y reproductiva, desde la niñez hasta la vejez.

La posibilidad de disponer de una educación e información de calidad sobre la sexualidad permite vivirla libremente sin temores ni prejuicios, sustentada en la comunicación, el respeto y el placer, además de contar con las capacidades y recursos para prevenir las ITS incluido el VIH y los embarazos no deseados.

Las campañas de sensibilización e información realizadas se centran generalmente en la prevención de riesgos asociados al comportamiento sexual, más que en la construcción de referentes culturales y simbólicos que favorezcan un concepto de la sexualidad integral y holístico y que por tanto generen un espacio para una sexualidad saludable. Entre la juventud, debido al modelo de socialización diferencial de género, siguen presentes los patrones sexuales tradicionales, que aunque están insertos en un contexto social contemporáneo y se manifiestan de manera diferente, reproducen relaciones similares de poder y subordinación.

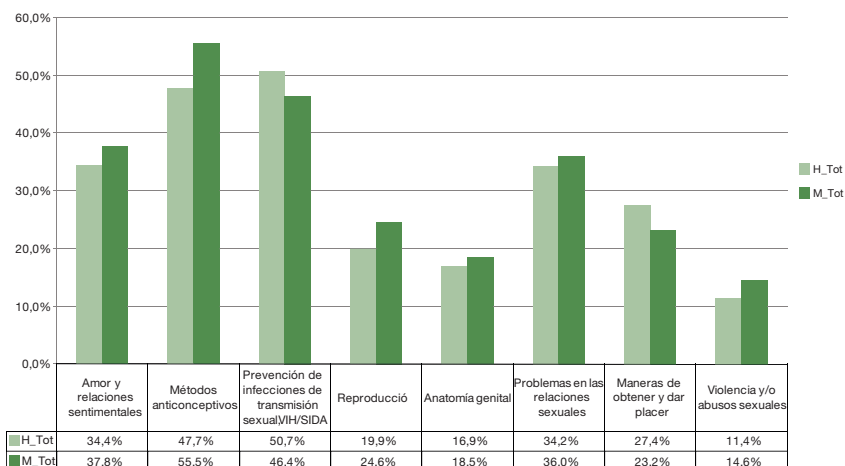
En la ENSS se detecta que, aunque la información facilitada sobre sexualidad es valorada como adecuada, resulta deficiente en algunos temas. Con el fin de adecuarla plenamente a las necesidades de la población, sería necesario completarla con otros aspectos demandados por ambos sexos. La mitad de hombres y mujeres coinciden en valorar como buena la información que tienen sobre sexualidad, algo más los hombres (60,5%) que las mujeres (53,8%). Esta valoración muestra variaciones significativas en función de la edad. A mayor edad, menor es la valoración de la información recibida, siendo las personas de 55 años y más las que menor valor le dan a la misma. Esto pone de manifiesto, tal y como se esperaba, la mayor disponibilidad de información relacionada con la sexualidad en las últimas décadas.

Respecto a la información que les hubiera gustado recibir, las demandas difieren entre las manifestadas por mujeres y hombres, siendo que:

- La demanda de información de las mujeres está relacionada primeramente con la anticoncepción (55,5%) y la prevención de ITS (46,4%) en todos los grupos de edad. Ellos hubieran deseado tener información acerca de los métodos de prevención de ITS y VIH en primer lugar (50,7%), seguida de los métodos anticonceptivos (47,7%).
- En cuanto a los aspectos relacionados con la sexualidad y las relaciones afectivas, mujeres y hombres manifiestan que les hubiese gustado recibir información a cerca del “amor y las relaciones sentimentales” en un 37,8% y un 34,4% de los casos respectivamente, aunque en las mujeres aumenta a un 51% a partir de los 65 años. En segundo lugar, les hubiese gustado recibir información sobre “los problemas con las relaciones sexuales” a un 36,0% de las mujeres y a un 34,2% de los hombres. Como puede observarse, en todas las opciones se aprecian similitudes excepto en el uso de métodos anticonceptivos que existen diferencias por sexo.
- Con respecto al resto de temas sobre los que hombres y mujeres hubieran deseado tener información, no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos, destacando contenidos como la “reproducción”, “maneras de obtener y dar placer”, “anatomía genital”, “violencia y/o abusos sexuales”.

Gráfico 10. Temas sobre los que se hubiera deseado tener información

MUJER/HOMBRE - Gráfico barras sobre porcentaje TOTAL



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009 (MSPS – CIS: estudio n° 2780)

En este sentido, el conjunto de profesionales de la salud y en particular de atención primaria, cuentan con un espacio privilegiado, no solamente para ofrecer información y atención a las personas adultas sobre la sexualidad, sino también para proporcionar una educación sexual longitudinal a niños, niñas y adolescentes en el marco de la promoción de hábitos saludables y detección precoz de problemas en la infancia, dadas las condiciones de confianza, comunicación y coordinación con las familias y los propios niños, niñas o adolescentes (de la Cruz, Fernández, Bataller, 2008). Además, se dan las condiciones necesarias para colaborar entre la salud pública y el ámbito educativo con el fin de ofrecer educación sexual a la población infanto-juvenil.

Participación de la población usuaria

Un enfoque participativo en la gestión pública facilita que la población afectada se involucre mayormente en los procesos de trabajo a la vez que se aumenta la capacidad de las personas para organizarse, con objeto de hallar alternativas y soluciones a los problemas que las afectan (Schwartz y Deryttere, 1996). La participación está estrechamente ligada a la efectividad y eficacia de las políticas públicas, ya que se posicionarán más cerca de lograr sus objetivos, generando un alto impacto, si han sido identificadas, diseñadas, implementadas y evaluadas desde la participación social.

En este sentido, la OMS (2001) enfatiza que una gerencia democrática y participativa de los centros de salud, implica crear un ambiente en el cual las y los profesionales sientan que tienen voz en la toma de decisiones y se les trata con respeto. Si esto ocurre, es más probable que a su vez traten a las personas usuarias con respeto y reconociendo sus derechos, en este caso concreto, los derechos sexuales.

Dentro de una democracia formal representativa como la nuestra, asistimos a un creciente interés por favorecer la implicación de la población en la planificación de los servicios de salud con el fin de mejorar su funcionamiento. Esta visión está recogida en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 16/2003 de 18 de Mayo, cuyo objetivo general del Sistema de Información Sanitaria del SNS, es responder a las necesidades de varios colectivos, incluyendo entre ellos, la ciudadanía y las organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario, entre las que se incluyen las asociaciones de pacientes y familiares, las ONG que actúan en el ámbito sanitario y las sociedades científicas.

Así, uno de los aspectos relevantes en el conocimiento de las demandas de la población en general y de determinados colectivos en particular, es la comunicación e interlocución con la sociedad civil organizada, en tanto que representan los intereses de dichos colectivos, quienes han reivindicado la promoción de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

Por último, la reflexión sobre la sexualidad puede ser también una forma de realizar una ruptura creativa con los mecanismos que constriñen las identidades, aquellos que definen roles de género desiguales y que fomentan relaciones sociales de dominación. Los espacios mixtos de encuentro entre los diferentes grupos poblacionales, como por ejemplo las y los jóvenes, las mujeres adultas o las personas VIH entre otros, pueden constituir un potencial transformador que debe aprovecharse para crear formas de vivencia de la sexualidad más positivas tanto para hombres como para mujeres, independientemente de las opciones y orientaciones sexuales de cada quién.

Objetivos para la promoción de la salud sexual

1. Facilitar a la población información y educación para la salud sexual desde una visión holística, considerando las relaciones de género además de las necesidades y/o situaciones específicas de los distintos grupos poblacionales y los diferentes contextos de vulnerabilidad (grupos étnicos, discapacidades, opciones y orientaciones sexuales, identidades de género, personas con VIH, migración, violencia sexual).

2. Promover y propiciar los canales de participación social en las políticas sanitarias relacionadas con la salud sexual.
3. Promover la toma de decisiones libre e informada en cuanto a la maternidad y paternidad.

Recomendaciones

1. Se emprenderán acciones para promover una sexualidad saludable, placentera e igualitaria, a lo largo de la vida, considerando las diferentes circunstancias vitales de mujeres y hombres.
2. Se tendrán en cuenta en las acciones de promoción de la salud sexual los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales. (grupo étnicos; discapacidades; opciones y orientaciones sexuales; identidades de género: transexualidad; personas VIH positivas; migración; violencia sexual)
3. Se diseñarán acciones que fomenten la corresponsabilidad y la igualdad en las relaciones sexuales y el uso de los métodos anticonceptivos y de prevención de ITS, cualquiera que sea la opción y orientación sexual.
4. Se diseñarán estrategias de información que refuercen una salud sexual vivida de manera integral, autónoma, igualitaria, placentera y respetuosa, donde los derechos sexuales y reproductivos queden garantizados.
5. Se diseñarán herramientas que recojan las necesidades y las distintas realidades de mujeres y hombres, para mejorar la calidad de la intervención sanitaria, la promoción, la investigación y la formación en la salud sexual teniendo en cuenta los determinantes sociales y de género, así como los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.
6. Se impulsará la información y educación sanitaria integral con perspectiva de género a todos los grupos poblacionales, para que desde un conocimiento integral de la sexualidad, puedan manejarse responsablemente a lo largo de su vida.
7. Se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad.

8. Se diseñarán acciones encaminadas a la prevención de los embarazos no deseados y a la prevención de ITS, considerando los distintos contextos de vulnerabilidad.
9. Se propiciarán acciones de sensibilización que permitan prevenir las diferentes manifestaciones de la violencia sexual, tal como indica la CEDAW y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, así como el resto de normativa vigente.
10. Con el objetivo de optimizar recursos y compartir conocimientos sobre la promoción de la salud sexual, se actuará conjunta y coordinadamente con las administraciones responsables de educación, igualdad, juventud, trabajo, inmigración, justicia, etc., así como con las organizaciones sociales.
11. Se desarrollarán espacios de interlocución política entre las administraciones públicas y la sociedad civil organizada para la toma de decisiones en la promoción de la salud sexual.
12. Se promoverán espacios de encuentro y reflexión en torno a la sexualidad, dirigidos a los diferentes grupos poblacionales, teniendo en cuenta la diversidad y los contextos de vulnerabilidad.
13. Se emprenderán acciones que impliquen a los medios de comunicación en la promoción de la salud sexual, teniendo en cuenta y visibilizando las distintas realidades de los grupos poblacionales y sus contextos.
14. Se promoverán acciones para aumentar el conocimiento de la diversidad sexual y de género, y la igualdad y el respeto a lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.

2.4.2. Atención sanitaria a la salud sexual

La atención a la salud sexual es un derecho humano y como tal ha de ser garantizado facilitándose una atención de calidad para el conjunto de la población. Se parte en esta Estrategia del modelo de atención integral a la salud que implica reconocer la multidimensionalidad de la misma (biológica, social, política, económica, geográfica, social, cultural y psicológica) y la integración de la multiplicidad de los diferentes contextos y/o circunstancias vitales y de vulnerabilidad.

En este sentido, se considera que unos servicios de atención sanitaria de calidad, deberán desarrollar las estrategias necesarias para brindar una atención

que considere no sólo los aspectos biológicos de la salud, sino también los estructurales, sociales y psicológicos, todos fundamentales para abordar la salud sexual de hombres y mujeres.

La planificación de las intervenciones en salud requiere poner atención en factores que no se limitan necesariamente a la calidad de la gestión de los servicios de salud. Así, los determinantes sociales y de género de la población en relación con la sexualidad deben ser específicamente considerados y se deben planear acciones apropiadas para abordarlos (OMS, 2001).

Según el análisis de la situación sobre la atención a la salud sexual y la anticoncepción en España, realizado con las CCAA, algunas cuentan con protocolos que establecen las pautas de prestación de los servicios y de medidas para paliar los problemas de acceso.

La mayoría de las CCAA refieren contemplar los determinantes de género en sus programas de atención a la salud sexual, aunque en ocasiones, se refieren a acciones específicas dirigidas a mujeres.

Según la misma fuente, las medidas puestas en marcha para promover unas prácticas sexuales seguras y saludables se centran mayoritariamente en la población joven. Para grupos en situaciones de vulnerabilidad como las personas con discapacidades, la población inmigrante, personas que viven en zonas rurales o desfavorecidas, las personas de los diversos colectivos LGBT y quienes ejercen la prostitución, existen menos iniciativas específicas.

Principales problemas y preocupaciones de la población sobre la salud sexual

Desde la sexología se han identificado una variedad de problemas relacionados con la salud sexual que se considera pueden ser atendidos desde las consultas de atención primaria o unidades especializadas, desde una concepción del derecho de las personas a vivir plenamente y con satisfacción sus relaciones sexuales (Bataller, 2006). Estos problemas suelen ser producidos por varios factores, tanto de carácter psicológico, socioeducativos como biológicos. Generalmente están interrelacionados unos con otros, y como tal, han de plantearse también soluciones integrales desde las distintas disciplinas.

Por otro lado estarían problemas y preocupaciones relacionados con las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, la contracepción en las diferentes etapas de la vida, la violencia de género incluyendo la violencia sexual, la identidad sexual y de género, los conflictos y/o malestares en la vivencia de las opciones y orientaciones sexuales, y también aquellas otras dificultades relacionadas con la erótica sexual, la comunicación y los afectos.

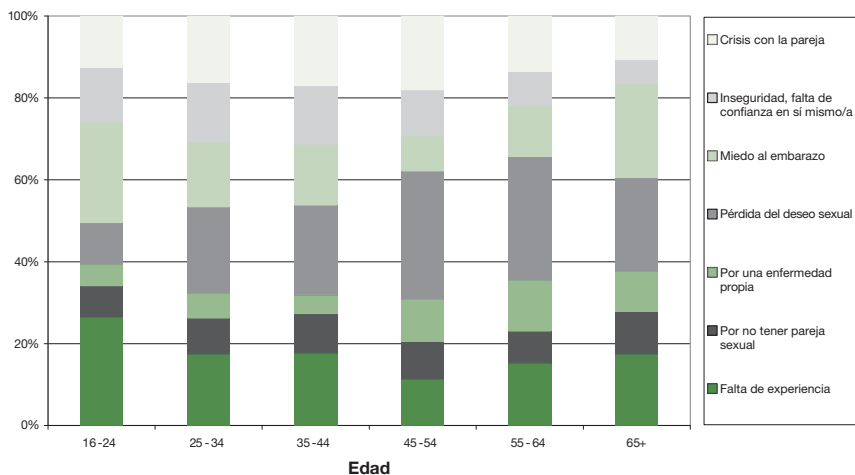
Según la información recogida por la ENSS, el 24,8% de la población encuestada, afirma haber sentido preocupación por su vida sexual en algún momento de su vida; dicha preocupación está relacionada con los siguientes motivos:

- En primer lugar el motivo común para ambos sexos es la “falta de experiencia”, siendo en mayor medida para los hombres jóvenes seguidos de las mujeres jóvenes.
- En segundo lugar, los hombres muestran preocupación “por no tener pareja sexual”, “por inseguridad y falta de confianza” y “por una enfermedad propia”. Las mujeres en cambio, asocian las preocupaciones sobre su salud sexual a la “pérdida del deseo sexual”, al “miedo al embarazo” y a las “crisis en la pareja”.
- De las personas que se han sentido preocupadas por su salud sexual (el 24,8% de la muestra) indican “no” haber buscado ayuda la mayoría de ellas, aunque las mujeres lo han hecho en mayor medida que los hombres. Quienes “sí” han buscado ayuda, han utilizado recursos que muestran un patrón de elección muy similar por sexos: la mayoría menciona haber recurrido a profesionales, seguido de amigos y amigas, la pareja y la madre.
- En cuanto al tipo de consultas profesionales referidas, se observan claras diferencias por sexo: los hombres utilizan más el servicio de “medicina de familia”, “urología”, “psicología” y “sexología” por ese orden, mientras que las mujeres acuden a “ginecología”, “psicología”, “medicina de familia” y “sexología”. El grado de satisfacción mostrada por la atención recibida en consulta es alta y bastante similar en hombres y mujeres y por grupos de edad.

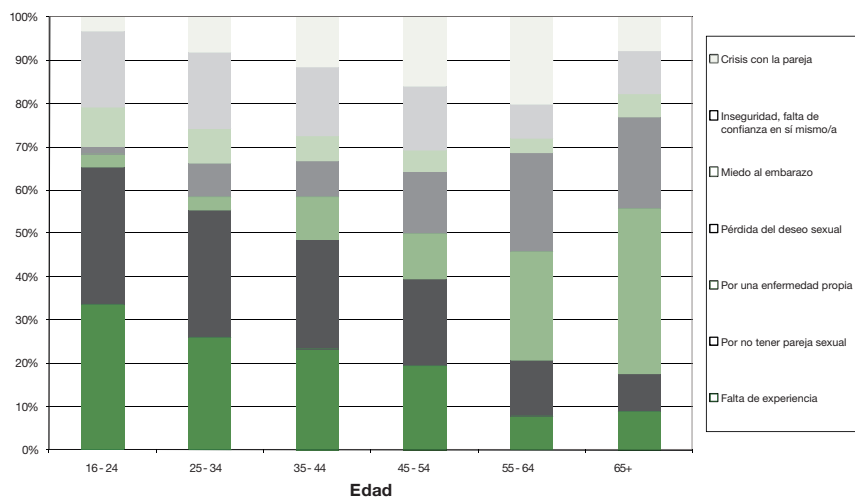
Por otro lado, según un estudio realizado por la Federación Española de Sociedades de Sexología en 2004 sobre las actitudes y hábitos sexuales en España, se observa que un 34% de las personas entrevistadas manifestaba haber tenido algún problema de salud sexual, relacionado sobre todo con la “inapetencia o desinterés por las relaciones”. Casi la mitad de esas personas, afirmaban no haber consultado ninguna fuente para resolver sus problemas, por “pensar que no era nada grave”, “considerar que no era un problema que tuviera que ver con el médico”, “creer que por su edad era algo normal” y “por sentir incomodidad al hablar de estos temas”.

Gráfico 11. Motivos de preocupación sobre la vida sexual

MUJER - Gráfico barras apiladas



HOMBRE - Gráfico barras apiladas



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENSS 2009
(MSPS – CIS: estudio n° 2780)

Parece ser por tanto que las preocupaciones o problemas de salud sexual tienen más que ver con las relaciones humanas que con patologías biológicas. Para comprender y abordar estas situaciones es necesario hacerlo desde una visión de género y evitar la definición como anomalías, desviaciones, enfermedades y/o patologías, de todo aquello que no concuerde con los patrones imperantes en un determinado momento y lugar (Esteban, 2006; Sanz, 2007; Tieffer, 1996). Algunos autores hablan de una necesidad de cambio en la sexología, como Fernández de Quero (2007), cuando manifiesta que *la sexología necesita renovar su discurso teórico para proponer avances en el conocimiento de la sexualidad humana más allá de las disfunciones y su curación*, a la vez que propone un discurso menos medicalizado e integrador de la dimensión cultural y social de la sexualidad.

Detección y atención precoz a las situaciones de violencia en las relaciones sexuales

La violencia sexual, como manifestación de la violencia de género, es compleja de medir por diferentes razones que van desde el reconocimiento de ella por parte de las personas que la sufren hasta los mecanismos para su identificación.

La ENSS contiene alguna información a tener en cuenta de cara a la sospecha y prevención de las situaciones de violencia sexual. Por ejemplo, el 27,4% de las mujeres a partir de los 35 años declaran haber pensado algunas veces, mientras tenían una relación sexual: “que se acabe cuanto antes”. En esta misma línea, el 6,5% de las mujeres de 35 a 44 años que declaran haberse preocupado por su vida sexual, hacen referencia a los malos tratos, los abusos y las agresiones como motivos de esta preocupación.

El sistema de salud juega un papel fundamental en la rápida detección y atención de los abusos sexuales de niños y niñas, en colaboración con el sistema educativo. Según Casaubón (1998), se pueden poner en marcha programas que ayuden a disminuir la vulnerabilidad de los y las niñas ante el riesgo de sufrir abusos sexuales (un objetivo ligado a la prevención primaria) y alentarles a revelar los abusos, en caso de que se hayan producido (objetivo asociado a la prevención secundaria).

Otro hecho que se constata, según el informe Bridge sobre género y sexualidad, es que las personas con discapacidades, sobre todo las mujeres, son también más vulnerables a diversas formas de abuso sexual en centros educativos, laborales y de salud, como también dentro de las familias. Esto, unido con sus dificultades para poder denunciar estas situaciones las instalan en posiciones mayores de vulnerabilidad. (Ilkharacan y Jolly, 2007).

Además de trabajar en la detección y atención de las diferentes manifestaciones de la violencia sexual ya señaladas anteriormente, es necesario tener una actitud de alerta ante una serie de signos y síntomas que pueden hacer pensar en una posible situación de maltrato, por lo que el personal de salud debe conocerlos para poder identificarlos (consultar el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, MSPS)⁹.

Objetivos de la atención a la salud sexual

1. Promover una atención a la salud sexual en los distintos ámbitos asistenciales, basada en la calidad, equidad y enfoque de género, dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta los diferentes contextos de vulnerabilidad y diversidad.
2. Mejorar la accesibilidad a la anticoncepción en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública, y a la prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS, contemplando así mismo su financiación y proporcionando información, programas y servicios de salud sexual. (Ley Orgánica 2/2010)

Recomendaciones

1. Se fomentará una atención sanitaria de calidad basada en las necesidades de las mujeres y los hombres, teniendo en cuenta los determinantes sociales y de género.
2. Se promoverán las acciones que sean necesarias para mejorar la accesibilidad de mujeres y hombres a la atención sanitaria, teniendo siempre en cuenta las situaciones de mayor vulnerabilidad contempladas en los aspectos transversales de la parte de Salud Sexual de la presente Estrategia.
3. Se mejorará la accesibilidad universal a las prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del SNS (Ley Orgánica 2/2010).

⁹ <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

4. Se incluirán en la entrevista clínica los aspectos relacionados con la salud sexual acordes con los objetivos de la Estrategia, tales como la biografía, el asesoramiento de las opciones anticonceptivas y de prevención de ITS, la prevención y detección precoz de las alteraciones de la salud sexual, así como de las situaciones de la violencia sexual.
5. Se consensuará una Cartera de Servicios Comunes para la atención a la salud sexual en base a lo establecido por la Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
6. Se consolidarán y/o crearán recursos preventivo-asistenciales públicos especialmente diseñados para la población juvenil, con el fin de promover una sexualidad autónoma, diversa, igualitaria, placentera, saludable y respetuosa a lo largo de la vida, en donde los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres queden garantizados.
7. Se articularán protocolos para la provisión y manejo de métodos anticonceptivos en el SNS que aseguren una actuación integral y homogénea de calidad en el conjunto de las CCAA.

2.4.3. Formación de profesionales

Las y los profesionales son actores indispensables para la promoción y atención de la salud sexual de un modo integral, además, pueden contribuir en gran medida a romper con los estereotipos de género que contribuyen a la vivencia de una sexualidad plena y satisfactoria de hombres y mujeres. Según la OMS (2001), es necesario formar a profesionales con especialización en salud sexual, ya que debido al vínculo evidente que existe entre salud reproductiva y sexualidad humana, a menudo se ha supuesto que atender los aspectos reproductivos de la salud era suficiente para satisfacer las necesidades que plantean los derechos sexuales, lo que no es así.

Aunque en los programas de enfermería se incluyen de manera tangencial algunos contenidos sobre sexualidad, aumentándose en la especialidad de matronería, lo cierto es que la insuficiente formación universitaria y continuada del personal sanitario, especialmente del personal médico, sobre esta materia es todavía una constante. Esto dificulta que las y los profesionales de los distintos niveles asistenciales, puedan facilitar una atención integral y de calidad en materia de salud sexual.

En la mayor parte de los programas de salud y carteras de servicios, la mención al hecho sexual humano apenas se limita a la información sobre los

aspectos reproductivos, los anticonceptivos y la prevención de ITS en la juventud, considerando necesaria una mayor implicación de la pediatría y la enfermería en este ámbito (Bataller, 2008).

Ante esta limitación proveniente de la formación universitaria y continuada, en los cuestionarios remitidos por las CCAA, se observa como casi todas ellas ofrecen a sus profesionales programas formativos sobre la atención a la salud sexual, siendo los servicios de atención primaria los que mayor oferta formativa facilitan, seguidos de atención especializada. Algunas Comunidades Autónomas cuentan también con programas de formación dirigidos a profesionales de urgencias, así como al personal externo.

Principalmente, la formación continuada va dirigida la mayoría de las veces al personal de medicina, enfermería y matronería, lo que se valora dado que son la puerta de entrada a la anticoncepción, pero que no se complementa con formación que recibe el personal de medicina de familia.

En cuanto a la oferta formativa de carácter externo a los centros de salud, existe cada vez más una variedad formativa de cursos especializados sobre sexualidad, impartidos por asociaciones y sociedades científicas, asociaciones de profesionales, universidades e institutos de investigación.

En relación a la formación sobre métodos para ejercer la maternidad y paternidad decidida en concreto, el nivel de actualización es muy desigual, dependiendo básicamente del nivel asistencial en el que se encuentre cada profesional. En algunas Comunidades se realizan cursos puntuales de actualización, pero salvo esas excepciones, no existe una oferta formativa específica por parte de las administraciones sanitarias, ni se incorpora en los cursos generales que se imparten.

Objetivo para la formación de profesionales

1. Mejorar la formación, en materia de salud sexual, del conjunto de profesionales que trabajan en los diferentes ámbitos de intervención sanitaria y social, desde un enfoque de derechos, holístico y de género

Recomendaciones

1. Para la formación continuada en salud sexual, se consensuarán criterios comunes de calidad, contenidos formativos y metodologías educativas, en las diferentes CCAA tomando como referencia el marco teórico de Salud Sexual.
2. Se impulsarán acciones formativas para profesionales con el fin de conseguir su implicación en la promoción y en la atención a la salud

sexual teniendo en cuenta los determinantes socioeconómicos, culturales y de género, así como diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales, desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

3. La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá la incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo. (Ley Orgánica 2/2010)
4. La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá la salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional. (Ley Orgánica 2/2010)
5. Se elaborarán mapas de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) para los diferentes perfiles profesionales con el fin de incorporar los aspectos de la salud sexual a la práctica asistencial en el marco de la presente Estrategia.
6. Se incidirá en la capacitación con perspectiva de género sobre prevención y diagnóstico precoz de ITS y VIH.
7. Se incidirá en la capacitación desde una perspectiva de diversidad sexual, que contemple la realidad y necesidades relativas a la salud sexual de todas las personas, con independencia de sus opciones y orientaciones sexuales e identidades de género.
8. Se promoverán vías de comunicación y colaboración con el ámbito educativo, para la inclusión de la salud sexual desde una mirada integral y de género, en los estudios universitarios, de postgrado y especializada.

2.4.4. Investigación, innovación y buenas prácticas

Las investigaciones científicas de carácter biomédico contribuyen a formular nuevos planteamientos y tratamientos para resolver algunas dificultades relacionadas con las ITS, la vivencia de la sexualidad y determinados problemas y preocupaciones que puedan afectarla. También son importantes los aportes para mejorar la eficacia y seguridad de los métodos anticonceptivos. Así como la revisión de sus posibles efectos secundarios sobre la salud.

De la revisión de investigaciones de carácter científico-social, se detectan carencias en lo que se refiere a estudios integrales sobre la salud, sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos con visión biopsicosocial y enfoque integrado de género.

Además, la generación de información sobre la salud sexual con fines para la investigación científica, ha de garantizar la calidad de la misma evitando los conflictos de intereses entre las entidades oferentes de financiación y los equipos investigadores.

Según el análisis realizado para el diagnóstico en general, las administraciones sanitarias de las CCAA y CEA no cuentan con financiación para la investigación y la innovación en materia de salud sexual, aunque en algunas Comunidades se han impulsado estudios en la materia.

Respecto a la recogida de información y difusión sobre las buenas prácticas en materia de atención a la salud sexual con un enfoque holístico y de género, son aún escasas entre los distintos niveles asistenciales de cada Comunidad Autónoma y entre las distintas CCAA y CEA. El Sistema Nacional de Salud puede promover la atención y la promoción de la salud sexual, a partir de la mejora de los servicios ya existentes, así como impulsar la creación de otros nuevos que se adecuen a las necesidades de la sociedad. Si bien para ello necesita contar con mecanismos de detección de buenas prácticas que ayuden a recoger y sistematizar experiencias relevantes y exitosas que puedan extrapolarse a otros contextos.

Actualmente, el conocimiento existente es incipiente en áreas como, la violencia sexual contra las mujeres, jóvenes, embarazos no deseados y prevención de ITS, los trastornos de alimentación y la salud sexual, la coresponsabilidad y sexualidad, las identidades de género, otras formas de prevención que, como los microbicidas y los preservativos femeninos, ofrecen a las mujeres diferentes alternativas sobre las que pueden ejercer mayor control sobre su salud sexual, etc. Por ello, es importante la investigación y la difusión de las buenas prácticas en materia de salud sexual, lo que va a posibilitar que la intervención de las políticas públicas sanitarias, gane en eficacia e impacten positivamente en la vida de mujeres y hombres.

Objetivos para la investigación, innovación y buenas prácticas

1. Fomentar la generación de conocimiento que contribuya a la mejora de la calidad en la atención a la salud sexual desde un enfoque holístico y de género.

2. Gestionar, recopilar y difundir el conocimiento existente en materia de salud sexual.

Recomendaciones

1. Se impulsará la investigación cuantitativa y cualitativa en salud sexual y sus determinantes, en el impacto de los servicios de salud, en la calidad de los servicios y en la efectividad de las intervenciones.
2. Se promoverá la investigación sobre el uso, acceso y seguridad de los métodos de prevención de ITS y anticonceptivos, teniendo cuenta los derechos sexuales y reproductivos, los procesos de información, la toma de decisiones y la corresponsabilidad.
3. Se promoverán estudios de carácter bioético, que visibilicen los efectos de los fármacos en la salud de mujeres y hombres, haciendo especial hincapié en la salud sexual.
4. Se potenciará el desarrollo de proyectos de investigación innovadores en la atención a la salud sexual que tengan un impacto positivo en la vida de mujeres y hombres.
5. Se promoverán estudios para conocer las necesidades, dificultades y problemas de salud sexual de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.
6. Se fomentará la comunicación y difusión de buenas prácticas en la promoción de la salud sexual, la prevención de sus alteraciones y la implantación de políticas públicas y servicios.
7. Se crearán grupos de trabajo multidisciplinarios para incorporar la salud sexual a los protocolos, guías, vías de práctica o a cualquier instrumento de mejora de la práctica asistencial y de cuidados de las personas con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta el marco de la presente Estrategia.

3. Salud Reproductiva

3.1. Metodología de trabajo

El punto de partida de esta Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), en cuanto a los aspectos de salud reproductiva, emana del propio proceso de elaboración de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), que se encuentra desde hace dos años en desarrollo e implantación.

Desde su creación en el año 2004, el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) ha venido ocupándose de los aspectos de la equidad en el acceso y de la calidad de la atención en el SNS, tomando especial relevancia desde entonces las acciones para mejorar la calidad de la atención al proceso reproductivo.

El trabajo tuvo un origen participativo, de escucha y encuentro con las asociaciones de mujeres, sectores profesionales y entidades que presentaban demandas específicas sobre la necesidad de mejorar, de manera prioritaria, la calidad de la atención ofrecida a las mujeres y bebés en el parto y nacimiento, y seguidamente, continuar el trabajo iniciado contemplando de forma integral todo el proceso, abordando así también el embarazo, puerperio y el periodo neonatal, con la misma perspectiva de mejorar la calidad asistencial y aumentar la satisfacción de la población usuaria.

Se pasó a la acción con la organización de dos talleres. Por un lado, las organizaciones sociales y asociaciones de mujeres, y por otro, las personas expertas y sectores profesionales implicados que pudieron intercambiar información, opiniones, necesidades y propuestas de mejora. En los debates se puso de manifiesto el incremento, en los últimos años, de una excesiva medicalización y realización de prácticas clínicas rutinarias innecesarias, que actualmente son desaconsejadas por la evidencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las buenas prácticas existentes. Para confirmarlo, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica disponible. Cabe destacar el esfuerzo de consenso entre todas las partes, para hacer realidad la estrategia.

Resultado del consenso fue un primer documento sobre la atención al parto, discutido y ampliado por los sectores profesionales, las organizaciones sociales y de mujeres y las administraciones autonómicas. En la reunión celebrada en junio de 2007 con asistencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociación de Matronas de España y la Asociación de El Parto es Nuestro (EPEN), se facilitó el resultado de la búsqueda de la

evidencia científica realizada por el OSM, y se procedió a contrastar con las prácticas clínicas que se realizaban en los hospitales del SNS. En julio de 2007, se hicieron nuevas aportaciones desde la perspectiva de las administraciones sanitarias autonómicas, en la reunión mantenida con las personas designadas como representantes por las Comunidades Autónomas (CCAA).

En septiembre de 2007 se celebra la Jornada de presentación de la EAPN en el SNS, con amplia asistencia y participación de profesionales de la asistencia, de la gestión sanitaria, de la docencia y de la investigación, así como una representación de las sociedades profesionales, organizaciones sociales y de mujeres. La Jornada contó con sesiones plenarias que se complementaron con cuatro talleres simultáneos correspondientes a las cuatro líneas estratégicas del documento: Prácticas clínicas, Participación de las mujeres, Formación de profesionales, e Investigación, innovación y buenas prácticas. Los cuatro talleres se orientaron con un objetivo común, consensuar un documento desde el análisis del estado de situación, que ofreciera recomendaciones para mejorar la calidad de la atención con la base de la evidencia científica, que consiguiera el máximo de alianzas entre profesionales, sociedad civil y administración de servicios.

Finalmente, el documento fue asumido al más alto nivel institucional con su aprobación por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que fue seguido de la constitución del Comité Institucional (CI) y Técnico (CT), para su implementación y seguimiento.

Paralelamente a la elaboración de la EAPN, el Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) establece líneas de financiación para proyectos de Salud Perinatal y de Atención al Parto que presenten las Administraciones Autonómicas para implementar las recomendaciones de la EAPN. Por otro lado, también ofrece apoyo institucional y económico a las iniciativas de las entidades implicadas orientadas a difundir y desarrollar las recomendaciones de la EAPN.

Asimismo, el MSPS encarga la elaboración de instrumentos técnicos para acompañar el desarrollo de la EAPN, de acuerdo con el Plan de Calidad para el SNS:

- “Guía de Práctica Clínica para la atención al parto”, con la metodología establecida de GuiaSalud, es encargada a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia Avalia-t. En su elaboración participan los distintos sectores profesionales implicados y representación de las usuarias.
- “Estándares y recomendaciones para la atención hospitalaria al parto”, que describe los aspectos organizativos y de gestión (incluidos los de gestión de la calidad y seguridad del paciente), así como los

relacionados con la planificación y diseño de las unidades hospitalarias que atienden partos. En su elaboración han participado representantes de las sociedades científicas vinculadas con la atención al parto y nacimiento.

La participación de las entidades implicadas a lo largo del proceso de consenso y de elaboración de la documentación, se reconoce y oficializa en junio de 2008 con la constitución formal de los Comités, encargados del seguimiento de la implantación y desarrollo de la Estrategia:

- El CI, formado por las personas designadas por todas las CCAA y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA- en representación de Ceuta y Melilla), representantes de unidades del Departamento relacionadas (Salud Pública, Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad, Instituto de Información Sanitaria y Cartera de Servicios) y el OSM, que lo coordina y lidera.
- El CT, formado por:

Sociedades Profesionales y Científicas: Asociación Española de Matronas, FAME, SEGO, Sociedad Española de Neonatología, Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Medicina Perinatal, Asociación de Enfermería de Comunitaria, Sociedad Española de Pediatría Social, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) y Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación.

Organizaciones sociales y de mujeres: Plataforma Pro Derechos del Nacimiento, EPEN, Vía Láctea, Liga de la Leche, Grupo de Interés Español en población, desarrollo y salud reproductiva (GIE), Centro de Estudios de Género y Masculinidades, Asociación Prematura, Asociación de Mujeres para la Salud, Comité Español de Representantes de Minusvalías (CERMI), Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres (CIMTM), y personas expertas.

En la reunión de constitución de los comités se acuerda la elaboración de un documento que sirva de base a una nueva Estrategia para abordar todo el proceso reproductivo y para ello se acuerda constituir tres Grupos de Trabajo sobre Embarazo, Neonatal y Puerperio, con un cronograma de trabajo que, además de reuniones presenciales, contempla trabajar mediante una herramienta en línea (eRoom). También se trata y debate sobre el estado de implementación en que se encuentra la EAPN, que está aunando esfuerzos y consiguiendo mejorar la calidad de la atención al parto en nuestro país. No obstante se plantean

aspectos necesarios a mejorar, como son la formación de profesionales y el establecimiento de indicadores y sistemas de registro e información.

La celebración de la Jornada de Seguimiento de la EAPN el 23 de septiembre de 2008, abierta a profesionales y organizaciones sociales y de mujeres interesadas, puso de manifiesto el interés y expectación sobre este tema. La participación de Alberta Bacci, Coordinadora Regional de Making Pregnancy Safer, de la Oficina Regional Europea de la OMS y la comunicación de algunas experiencias nacionales de referencia (hospital de Huércal Overa de Almería, Hospital La Plana de Castellón, Hospital de Santa Caterina de Gerona) sirvieron para intercambiar información y difundir buenas prácticas, que pudieron ser debatidas en los posteriores talleres organizados sobre: 1.- *Innovación y Buenas Prácticas*; 2.- *Aspectos Legales*; 3.- *Aspectos Estructurales y Arquitectónicos*; 4.- *Instrumentos para la Calidad en la Atención*, cuyas conclusiones han orientado el desarrollo de la EAPN.

Coincidiendo con la Jornada, se realizó una reunión con el CI para el seguimiento de los proyectos correspondientes a las líneas de financiación acordadas y se debatió sobre los aspectos prioritarios para impulsar la Estrategia. Como aspectos fundamentales a abordar destacan la necesidad de compartir indicadores de calidad y establecer un sistema compatible de registro de la información y la formación de profesionales. Por ello se crearon dos grupos de trabajo encargados de desarrollar ambos aspectos, estableciendo un plazo para la inscripción de las personas participantes del Comité Técnico e Institucional.

El Grupo de Trabajo de Indicadores abordó su cometido mediante trabajo en red y en la reunión de 10 de diciembre de 2008 en el MSPS, consensuó un listado de 15 indicadores básicos – que deberían ser recogidos en los hospitales públicos españoles-, y un cuestionario de buenas prácticas y/o indicadores cualitativos, cuya información será suministrada por las personas representantes de cada CCAA e INGESA en el CI. Ambos documentos componen la herramienta de evaluación de calidad de la atención al parto y nacimiento, de características similares a la promovida por la OMS, que permite la autoevaluación de cada centro o de las prácticas de cada CCAA. Se considera un punto de partida en el que se debe continuar trabajando para lograr una puesta en acción eficaz, que permita realizar la evaluación prevista de la EAPN en el SNS.

El Grupo de Trabajo de Formación, en la reunión del 10 de febrero de 2009 en el MSPS, consensuó un Programa Formativo dividido en dos partes: un Seminario Intensivo (concentrando todos los aspectos más prioritarios); y Talleres Monográficos (permitiendo profundizar en los principales temas). Ambas actividades formativas están orientadas a la formación de formadores/as. La Comisión Nacional de Formación Continuada reconoció la docencia asignando 7,8 y 2,4 créditos respectivamente.

El Seminario Intensivo, celebrado los días 21-23 de abril de 2009 reunió a matronas, obstetras y pediatras de todas las CCAA, Ceuta y Melilla, con el objetivo de compartir los mismos contenidos técnicos y establecer equipos multidisciplinarios en cada territorio que permitieran extender la formación en los respectivos ámbitos y también conformar una red de profesionales capacitados para formar. Por su carácter de formación para formar, contó con los materiales de apoyo y los instrumentos tecnológicos necesarios para poder reproducir con facilidad esos contenidos en los distintos territorios. Las CCAA han designado a los y las profesionales y facilitado su asistencia financiando los gastos de desplazamiento correspondiente. Además de la actividad formativa presencial, el alumnado realizó un trabajo práctico posterior, consistente en planificar y ejecutar un proyecto de formación en cada territorio.

El primer Taller se realizó el día 23 de septiembre en el MSPS. Su organización y metodología fue similar a la planteada en el Seminario. El objetivo consistía en profundizar en aspectos prioritarios y conocer y debatir conjuntamente acerca de buenas prácticas existentes en torno a los temas seleccionados. El alumnado también adquiría el compromiso de realizar una actividad práctica: extender la formación adquirida en el Taller en actividades a realizar en los territorios respectivos.

En la reunión del CI y CT de 16 marzo de 2009 se trató el estado de desarrollo de la EAPN en términos generales, acordando la conveniencia de implantar los indicadores básicos consensuados y establecer sistemas de registro comunes que permitan obtener la información; también se expuso el estado de las subvenciones destinadas a los proyectos de salud perinatal y las específicas para mejorar la calidad y calidez de la atención al parto normal. Para ambas subvenciones se debatieron los criterios propuestos para las líneas prioritarias a financiar y para la elaboración de las respectivas memorias de actividad.

Durante 2009, se han creado dos Grupos de Trabajo. Uno de ellos encargado de elaborar y consensuar un plan de parto y nacimiento que sirva de referencia para el conjunto del SNS. Como punto de partida, se ha trabajado en la revisión de los planes de parto existentes hasta la fecha en las distintas CCAA, y actualmente se encuentra en fase de elaboración. El otro grupo de trabajo se encargará de confeccionar el plan de difusión e implantación de la Estrategia.

La actividad del CI y CT en el último año se ha centrado en ir configurando el documento que ha sido la base de esta Estrategia. En la reunión celebrada el día 29 de junio de 2009, se debatió ampliamente el borrador inicial, se intercambiaron opiniones y se presentaron las aportaciones de cada una de las personas integrantes del CT y CI. En la reunión celebrada el 5 de octubre de 2009 se realizó una revisión de todos los puntos del documento, y

tras el debate, se aportaron nuevas sugerencias. Se acordó un plazo para enviar nuevas aportaciones y obtener como resultado el borrador final.

La metodología participativa empleada en el proceso se convierte así en un valor añadido y de legitimación de la propia política aprobada, ya que se parte de la demanda y participación de la ciudadanía receptora, de la implicación de los sectores profesionales relacionados y del compromiso del Estado y de las administraciones sanitarias autonómicas en mejorar la calidad de la atención al proceso reproductivo.

3.2. La Salud Reproductiva en España

A partir de la segunda mitad del Siglo XX se inicia un lento proceso de cambio en la atención al parto, a medida que las mujeres y familias demandan la humanización del nacimiento. En la década de los sesenta, basándose en las teorías sobre el apego, surgió un movimiento en occidente que pretendía un cambio en los procedimientos hospitalarios.

La atención materno-infantil centrada en la familia se desarrolla en la segunda mitad del siglo XX en EEUU y Canadá. Surge cuando la sociedad, y en concreto las madres y padres, comienzan a cuestionarse la necesidad de los procedimientos rígidos de los hospitales que tendían a separar a la pareja durante el trabajo de parto y nacimiento, y después, a la madre del bebé.

En la reunión de personas expertas en la atención multidisciplinar del nacimiento, que tuvo lugar en Fortaleza (Brasil) en 1985, se elaboraron una serie de propuestas que quedaron recogidas en la denominada Declaración de Fortaleza. Estas recomendaciones de la OMS, refuerzan el concepto de que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos, por esa razón se pretende que la atención prestada sea coherente con dicha definición, es decir, que se use la tecnología apropiada para cada proceso de parto y nacimiento, y reconoce el importante papel que tiene la propia mujer en la toma de las decisiones que le afectan.

Las familias recurren al sistema de salud porque quieren tener a sus hijas e hijos en las mejores condiciones de seguridad. Las parejas buscan la ayuda de profesionales y desean vivir este proceso como una experiencia única, especial y cargada de significado.

El SNS proyectó desarrollar la EAPN en respuesta a una demanda colectiva de mejora de la atención al parto y nacimiento, tomando en consideración los aspectos emocionales que conlleva este proceso y la participación y protagonismo de las mujeres durante el mismo. Este documento se aprobó en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, en octubre de 2007, y ha reunido a todas las

personas, profesionales y colectivos implicados, para que puedan debatir, consensuar, elaborar y llevar a la práctica, los objetivos y actuaciones necesarias.

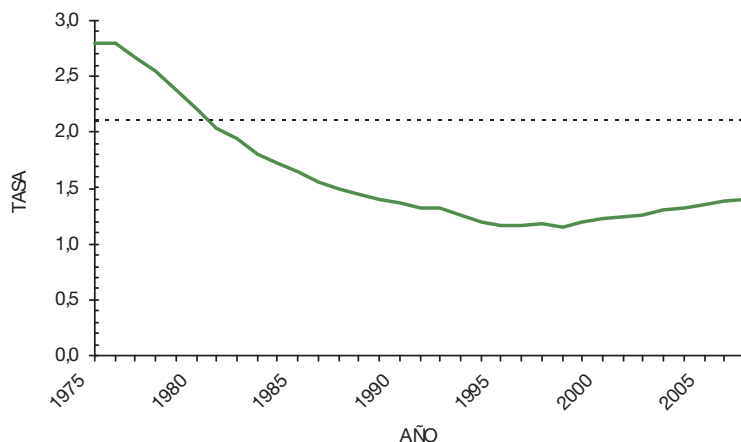
A partir de la promulgación de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, nuestro país se caracteriza por tener un sistema sanitario público con una extensa cartera de servicios, unos indicadores de salud óptimos y una cobertura universal y equitativa. En este momento se trata de afrontar el reto de orientar la asistencia sanitaria hacia una práctica clínica basada en la evidencia científica y centrada en la persona usuaria, criterios básicos para la implementación de nuevas estrategias que garanticen unos servicios asistenciales acordes con el Plan de Calidad del SNS.

En España, se observa una caída en la tasa de natalidad desde el inicio de la transición determinada por una mayor participación laboral de las mujeres, por su capacidad de obtener ingresos económicos y un nivel de educación más elevado, a lo que se suma la legalización de los medios anticonceptivos en 1978.



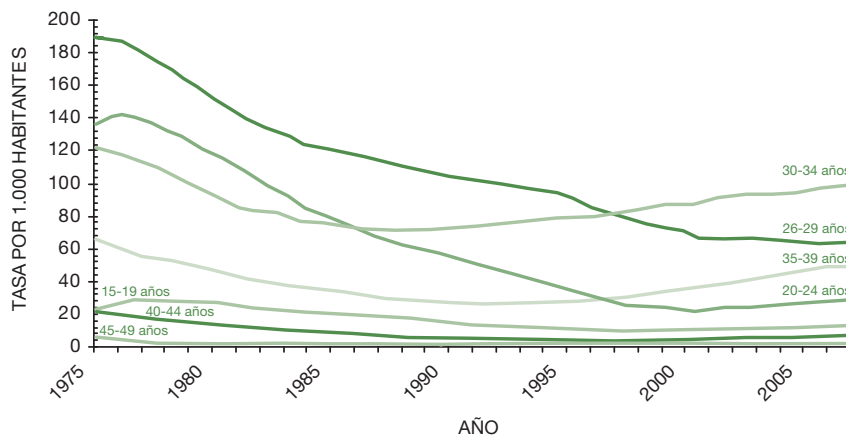
Desde los años 80 la tasa total de fecundidad desciende hasta finales de los 90 donde se estabiliza. Se encuentra un 1,5 por debajo de la tasa de reemplazo. Esta tasa de reemplazo (2.1 hijos/as por mujer) afecta significativamente la conformación de la población, ya que el cambio demográfico se asocia con efectos económicos y sociales relacionados principalmente con el envejecimiento de la sociedad y la disminución de la población activa.

Gráfico 13. Tasa total de fecundidad¹⁰ (o índice sintético de fecundidad). España, 1975-2007.



Fuente: INE. Movimiento Natural de la Población Española, 1975-2007

Gráfico 14. Tasa de fecundidad específica por edad¹¹. España, 1975-2007

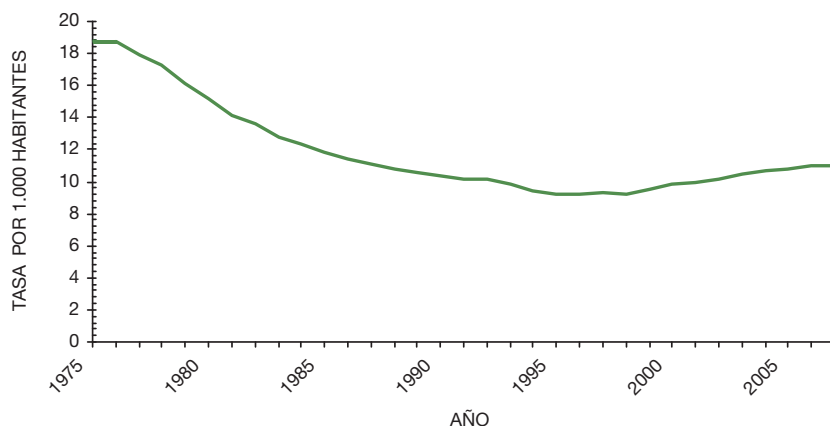


Fuente: INE. Movimiento Natural de la Población Española, 1975-2007

¹⁰ El número de hijos/as que podrían nacer de una mujer durante su vida si atravesara sus años de fertilidad conforme a las tasas de fertilidad de edad en un año determinado. Esta tasa es, por lo tanto, la fertilidad completada de una generación hipotética computada por la suma de las tasas de fertilidad por año de una mujer en un año determinado (el número de mujeres de cada edad se suponen iguales). La tasa total de fertilidad también está usada para indicar el reemplazo del nivel de fertilidad; en los países más desarrollados es un ratio de 2,1

¹¹ Tasa de fecundidad por edad=nacidos/as de mujeres de una edad determinada x 1000/mujeres de esa edad

Gráfico 15. Tasa bruta de natalidad por 1.000 habitantes. España, 1975-2007.



Fuente: INE. Movimiento Natural de la Población Española, 1975-2007

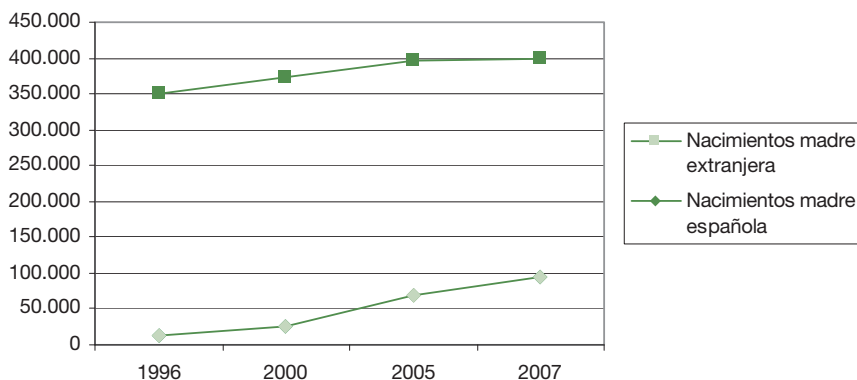
Según los últimos datos disponibles, el número de nacimientos en España ha pasado de 466.371 en el año 2005 a 492.527 en 2007, lo que supone un aumento de 5,6%. El número de nacimientos de madre extranjera ha tenido un mayor ascenso; en 2005 fue de 70.259 y alcanzó la cifra de 93.486 en 2007, representando un aumento del 33%, mientras que los de madre española se han estabilizado desde 2005.

Tabla 3. Número de nacimientos por CCAA y sexo del RN. 2005, 2007

	2007			2005		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	492.527	253.895	238.632	466.371	240.201	226.170
Andalucía	96.062	49.486	46.576	91.807	47.230	44.577
Aragón	12.859	6.615	6.244	11.628	6.024	5.604
Asturias (Principado de)	7.833	4.032	3.801	7.482	3.849	3.633
Balears (Illes)	11.917	6.147	5.770	10.925	5.719	5.206

Tabla 3. Número de nacimientos por CCAA y sexo del RN. 2005, 2007						
Canarias	19.740	10.207	9.533	20.127	10.390	9.737
Cantabria	5.379	2.748	2.631	5.267	2.682	2.585
Castilla y León	20.077	10.459	9.618	19.425	10.043	9.382
Castilla-La Mancha	20.875	10.684	10.191	19.007	9.829	9.178
Cataluña	84.037	43.292	40.745	79.766	41.331	38.435
Comunitat Valenciana	54.478	28.120	26.358	50.628	26.091	24.537
Extremadura	9.981	5.189	4.792	9.993	5.130	4.863
Galicia	21.752	11.216	10.536	21.097	10.867	10.230
Madrid (Comunidad de)	74.837	38.489	36.348	69.367	35.407	33.960
Murcia (Región de)	18.602	9.582	9.020	17.330	9.004	8.326
Navarra (Comunidad Foral de)	6.595	3.420	3.175	6.149	3.099	3.050
País Vasco	20.594	10.625	9.969	19.698	10.102	9.596
Rioja (La)	3.272	1.696	1.576	3.038	1.543	1.495
Ceuta	1.136	576	560	1.065	543	522
Melilla	1.112	580	532	1.012	504	508
Fuente: INE. Movimiento natural de la población. 2005, 2007						

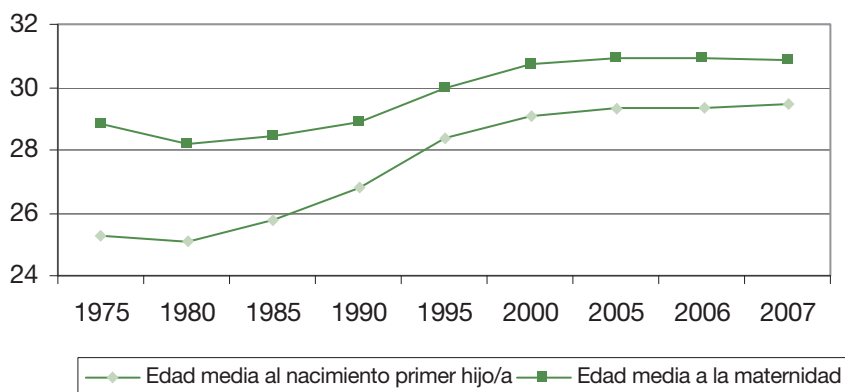
Gráfico 16. Nacimientos en España, 1996-2007



Fuente: INE. Movimiento natural de la población. 2007

La media de edad de las mujeres que dan a luz, independientemente de si es el primer hijo/a o no, aumentó en los años 80 y 90, pero se ha estabilizado alrededor de los 31 años en este siglo. En cuanto al primer nacimiento, la edad media de las mujeres también ha seguido un patrón semejante aunque con cifras algo inferiores, siendo en el año 2007 de 29,43 años.

Gráfico 17. Evolución de la edad media a la maternidad y al nacimiento del primer hijo/a, 1975-2007



Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos. 2007

Atención al embarazo

Según un estudio¹² encargado por el OSM, casi el 50% de los centros de salud lleva a cabo algún tipo de acción para incluir a las mujeres embarazadas en sus programas de seguimiento del proceso de embarazo. La actividad más utilizada en todas las CCAA es la de dar información en la consulta cuando se comunica a la mujer la confirmación del embarazo. Otras acciones que se utilizan en menor medida son la información mediante carteles, folletos, vídeos o charlas informativas. La estrategia menos empleada es la de concertar una cita desde el centro de salud.

La mayoría del personal sanitario informa a las mujeres en los programas de orientación prenatal, principalmente de la importancia del contacto precoz piel con piel y de la puesta al pecho en los primeros minutos tras el parto. También proporcionan información actualizada sobre prácticas clínicas y los derechos de las mujeres a participar en la toma de decisiones, sobre las alternativas no farmacológicas para el alivio del dolor, la movilidad y distintas posiciones en el parto, sobre los beneficios de tener una persona acompañante elegida, y poder elaborar un plan de parto y nacimiento.

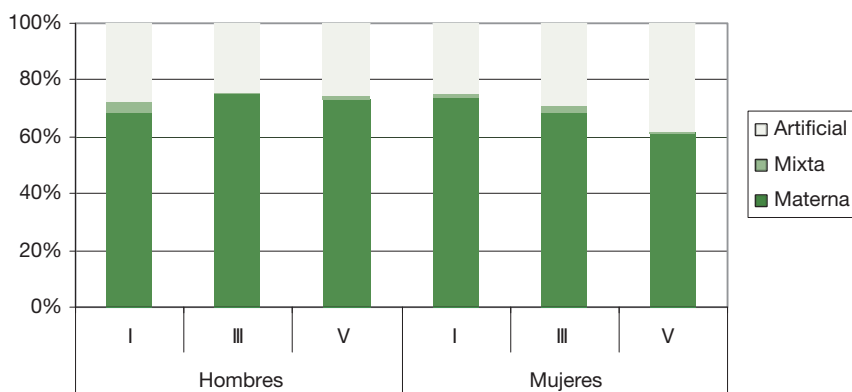
Lactancia materna

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS; 2006), la prevalencia de niñas y niños alimentados con lactancia materna durante las primeras seis semanas (período obligatorio de permiso por maternidad) alcanza el 68,4%.

Que la mujer sea la sustentadora principal influye en la práctica de la lactancia materna según clase social, siendo las trabajadoras no cualificadas, las que menos la practican. Esta situación se invierte a los 6 meses de vida del bebé, y son las mujeres sustentadoras principales de clase social más alta las que presentan menor porcentaje de lactancia materna.

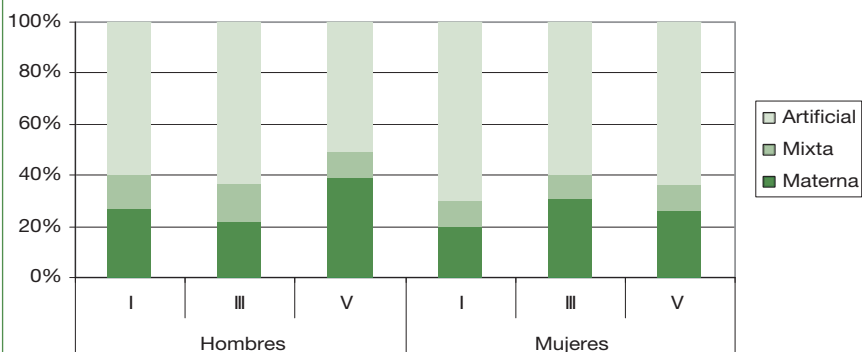
¹² Atención al embarazo, parto y posparto en España. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2007

Gráfico 18. Porcentaje de lactancia según sexo y clase social de la persona sustentadora principal a las 6 semanas. 2006



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006

Gráfico 19. Porcentaje de lactancia según sexo y clase social de la persona sustentadora principal a los 6 meses. 2006



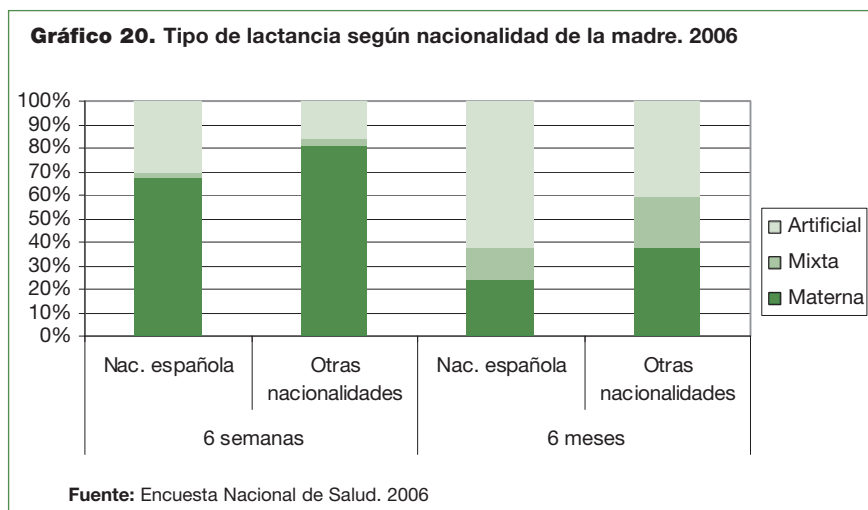
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006

I: Dirección AA.PP. y de empresas de 10 o más personas asalariadas y profesiones asociadas a titulaciones superiores

III: Empleo de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajo en los servicios personales y de seguridad. Trabajo por cuenta propia. Supervisión de trabajos manuales

V: Trabajo no cualificado

Según nacionalidad, la lactancia materna también es elegida y mantenida a los 6 meses en mayor grado por mujeres de otra nacionalidad.



Atención al puerperio

Según el citado estudio, aproximadamente el 44,8% de los centros de salud (de un total de 484 centros) realizan dos visitas puerperales y el 4,3% más de tres. No se observa variabilidad respecto al momento en el que se realiza la primera visita, dado que la mayoría de los centros la llevan a cabo durante la primera semana tras el parto.

El 47,2% de los centros de salud realizan algún tipo de asesoramiento tras el parto. La iniciativa más frecuente (89,9% de los centros que realizan alguna) son charlas o talleres con madres y grupos de apoyo a la lactancia. También se realizan otro tipo de iniciativas en menor medida como información en la visita puerperal (4,3%), información en folletos, DVD o material audiovisual (5%), la inclusión en programas de salud infantil (de 0 a 3 años) con matronas y pediatras (0,7%), o charlas conjunta con pediatras o trabajadores/as sociales (0,7%).

Las iniciativas para fomentar la corresponsabilidad de los padres en la crianza dicen realizarlas el 23,4% de los centros de salud. La mayor parte de los centros indican hacerlo a través de las madres (les aconsejan que vayan sus parejas o hacen un recordatorio en las consultas). En ocasiones, hacen invitaciones específicas y/o adaptan la actividad a la disponibilidad de padres y madres.

Atención perinatal

En los últimos tiempos la atención al embarazo, parto, puerperio y neonatal en España ha experimentado un cambio con la potenciación de la Atención Primaria (AP) y el acercamiento de los servicios de salud a la ciudadanía, lo que ha conllevado que las CCAA hayan ido introduciendo cambios en la atención basándose en protocolos clínicos, normativas y proyectos a nivel institucional para favorecer la desmedicalización del proceso. Además, con el desarrollo e implementación de la EAPN, las CCAA han avanzado también adecuando el modelo de atención a la evidencia científica para lograr una mayor humanización en el proceso.

Tradicionalmente, la atención al embarazo se ha realizado en las consultas de obstetricia y a cargo de personal médico pero actualmente este modelo de atención ha cambiado; son las matronas, o éstas compartiendo el trabajo con el personal de ginecología, las que atienden el embarazo en muchos sistemas de salud. La adopción de uno u otro modelo depende de los recursos humanos disponibles y la infraestructura y organización de la sanidad de cada CCAA pero básicamente el objetivo común es simplificar y desmedicalizar el seguimiento del embarazo. Para ello, es decisivo realizar una identificación apropiada de las mujeres que pueden beneficiarse de un control más adecuado y evitar aquellas pruebas no aconsejables de aplicarse en población sana.

En general, la atención al embarazo y puerperio en unidades específicas de atención a la salud sexual y reproductiva en AP facilita el acceso de la mujer al servicio y garantiza la equidad; para conseguirlo, es necesario unificar criterios de evidencia científica, subsidiariedad y coste-beneficio dada la alta variabilidad asistencial existente hoy en día. En el caso de atención al periodo de puerperio y neonatal, algunos centros optan por una estancia en el hospital más prolongada. Otros, por el contrario, han implantado un sistema de alta precoz facilitando el acceso de la mujer a consulta de AP por personal de matronería, pediatría y enfermería, para un seguimiento desde el inicio que permita prevenir problemas y/o detectarlos y tratarlos a tiempo. Al igual que en la atención al embarazo, es importante la disponibilidad de recursos. Existen centros que no pueden ofrecer una atención a domicilio en los primeros días, en cambio otros, cuentan con una red de apoyo a domicilio por matronas.

La mayoría de maternidades hospitalarias han eliminado el sistema de nidos, dada la evidencia del perjuicio que este modelo ocasiona al bebé, la mujer y el entorno familiar. Un paso más allá es la progresiva adopción que están realizando los servicios de obstetricia del país del contacto piel con piel madre-bebé inmediato tras el nacimiento en los partos normales y muchos de los patológicos, dados los beneficios que aporta.

Por último, señalar que desde la implantación de la EAPN, la atención al parto normal ha experimentado cambios importantes en la mayoría de las CCAA; todas ellas han puesto sus esfuerzos en mejorar la atención en calidez y calidad y son progresivamente más numerosas las buenas prácticas que se van desarrollando.

3.3. Objetivos y líneas estratégicas en salud reproductiva

Objetivo general

Ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad al proceso reproductivo en el Sistema Nacional de Salud, basada en el mejor conocimiento disponible, centrada en las necesidades y circunstancias de las personas usuarias, y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, bebés y familia.

Objetivos específicos

1. Promover la salud, el bienestar y autonomía de las mujeres embarazadas. Facilitar adecuadamente su implicación en el proceso fisiológico y en sus cuidados, y proporcionar una atención adaptada a las necesidades y circunstancias de cada mujer y pareja.
2. Potenciar la atención al parto normal. Mejorar la calidad y calidez asistencial, favoreciendo el clima de confianza, seguridad e intimidad de las mujeres, apoyado y respetado por los y las profesionales, manteniendo los niveles de seguridad actuales.
3. Mejorar las condiciones del nacimiento. Orientar la atención al bienestar del bebé, su adecuada adaptación a la vida extrauterina, el establecimiento del vínculo afectivo, la lactancia materna y los cuidados centrados en el desarrollo y las familias.
4. Promover la salud y bienestar de las mujeres puérperas. Continuar la atención facilitando asesoramiento y cuidados, explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos, y situación del vínculo, la lactancia y el apoyo de la pareja.
5. Impulsar los aspectos que deben contemplarse de manera transversal en todo el proceso. Destacar la importancia de la formación de

profesionales, la participación de las mujeres y sus parejas (considerando la multiculturalidad y discapacidad), la coordinación institucional, y la investigación y difusión de buenas prácticas.

6. Impulsar un cambio en los valores sociales en torno a la maternidad y paternidad, que tradicionalmente se concretan en exigencias inalcanzables para las madres y en la tolerancia de una escasa implicación paterna.

Líneas estratégicas:

Atención en el embarazo

Los fundamentos del control prenatal han cambiado en gran medida a lo largo de los años, así como la intensidad de los cuidados propuestos y también nuestro conocimiento sobre su capacidad de influir en la salud materna y perinatal. El cuidado de las mujeres embarazadas difiere sensiblemente de otros procedimientos médicos ya que está dirigido a la población sana durante un proceso fisiológico importante y trascendente en la vida de las mujeres, sus parejas, bebés y familias. Por ello, el respeto a la evolución natural del embarazo debe presidir toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Se trata de ofrecer una atención de excelencia, científica, personalizada, que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas, a mejorar su conocimiento acerca del proceso y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado y por profesionales expertos/as. Existe considerable evidencia sobre los cuidados prenatales que permiten elaborar recomendaciones e identificar aquellas cuestiones que requieren nuevas investigaciones.

Asimismo, existe evidencia (basada en investigaciones, ensayos clínicos y buenas prácticas) para evitar la realización de una serie de pruebas y prácticas clínicas que han demostrado ser ineficaces e incluso perjudiciales para la salud física y psíquica de madres e hijos/as.

3.3.1. Promoción de la salud en el embarazo

Objetivos:

Promover la salud, el bienestar y los estilos de vida saludables en las mujeres y sus familias desde el comienzo del embarazo, proporcionando información de calidad sobre el proceso y apoyando el desarrollo de actitudes y habilidades necesarias para mejorar los hábitos, teniendo en cuenta las necesidades y circunstancias particulares de cada mujer.

Desarrollar una relación de confianza y de empatía con la mujer embarazada, explorando sus ideas, preocupaciones y expectativas, asegurándose que comprende los consejos o directrices proporcionadas y valorando el compromiso por parte de la pareja.

Recomendaciones:

1. Conocer el **estado de salud** de cada mujer, su reacción física y psíquica a factores de estrés, los rasgos básicos de su personalidad y antecedentes, individualizar sus peticiones y elecciones, y conocer la disposición emocional de la mujer hacia el embarazo y los cambios que la maternidad conlleva.
2. Ofrecer una **asistencia a la maternidad continuada y de calidad**, que cuide la relación humana, la difusión de información veraz, la empatía, el desarrollo de los recursos de afrontamiento de la mujer frente al estrés ligados al embarazo y empodere a la mujer en todo el proceso. Evitar la información que genere estrés y ansiedad basada en descripción de patologías que no existan en su caso concreto.
3. Recomendar una **alimentación** equilibrada y hábitos de higiene dental. Señalar su importancia durante el embarazo y sensibilizar a las mujeres sobre los efectos beneficiosos para ellas y sus bebés. Informar sobre las precauciones para reducir los riesgos de adquirir infecciones transmitidas por los alimentos.
4. Identificar posibles riesgos relacionados con el **trabajo productivo o remunerado y reproductivo o doméstico**. Informar a las mujeres sobre la adopción de medidas adecuadas, sus derechos y la normativa laboral existente para la protección de la maternidad (gestación, parto y lactancia). Aconsejar prestar atención a su necesidad de descanso y tiempo de ocio.

5. Informar sobre distintas formas de **expresar o disfrutar la sexualidad** adaptadas a las nuevas necesidades durante las distintas fases de la gestación, desde una perspectiva amplia y diversa de la vivencia de la sexualidad y explicar los cambios anatómicos habituales.
6. Informar sobre las medidas de prevención de **infecciones de transmisión sexual** (ITS) tanto a la mujer como a la pareja.
7. Informar sobre los riesgos del consumo de **alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas** en el embarazo. Si la embarazada es fumadora, informar de los efectos nocivos del tabaquismo para su salud y la del bebé y aprovechar este momento de especial sensibilidad para ofrecer consejo sanitario y apoyo para dejar de fumar, evitando culpabilizarla. Informar a las mujeres que sufren tabaquismo pasivo de sus efectos nocivos y facilitar estrategias de abordaje del problema.
8. Sobre el consumo de **medicamentos**, informar que sólo deben ser utilizados en aquellos casos donde el beneficio supere los riesgos. Desaconsejar el uso de cualquier tipo de fármaco o terapia sin prescripción y control por profesionales sanitarios.
9. Fomentar la **actividad física** y la práctica de ejercicio moderado. Aconsejar ejercicio físico en el agua dado que también parece tener beneficios positivos para las molestias propias del embarazo (lumbalgias, pesadez de miembros inferiores, etc) y efectos relajantes. Recomendar ejercicios que favorezcan la circulación. Desaconsejar deportes de riesgo, enérgicos o de impactos.
10. Facilitar recomendaciones a las mujeres embarazadas que vayan a realizar **viajes** internacionales. Informar sobre el uso correcto de cinturones de seguridad en el coche y en otros medios de transporte.
11. Promover el **bienestar psicológico y emocional** de las gestantes, proporcionando la información adecuada a las mujeres y sus parejas sobre los cambios emocionales y psicológicos habituales en la gestación. Las personas profesionales que atienden a gestantes sanas deben recordar:
 - La importancia de desarrollar una relación de confianza y empatía con la mujer embarazada, explorando sus ideas, preocupaciones y expectativas.
 - Realizar una adecuada anamnesis que detecte factores psicosociales de riesgo, valorando la relación de la mujer con su entorno cercano y familiar y el grado de apoyo que recibe.
 - Que existe un fenómeno normal en la gestación definido como transparencia psíquica, por el cual afloran vivencias y recuerdos de

la propia infancia y relación materna, como un reajuste sano y necesario.

- Evitar los factores de estrés derivados de la realización de cualquier exploración innecesaria, o de información alarmista, ya que se ha demostrado que la ansiedad materna puede ser perjudicial para el bebé en desarrollo.
 - El acompañamiento efectivo por la pareja o persona de confianza de la gestante a lo largo del proceso, facilita el bienestar emocional de la mujer y tiene efectos preventivos.
12. Poner en marcha las medidas necesarias para la **detección y abordaje de la violencia y abuso sexual**, siguiendo los protocolos de actuación sanitarios para estos casos.
 13. Procurar que el **entorno familiar** de las mujeres gestantes se responsabilice en la mejora de hábitos saludables y facilite su necesario descanso.
 14. Integrar la promoción, la educación y el apoyo a la **lactancia materna** en las consultas de educación prenatal respetando las circunstancias personales, sociales, laborales, de contexto y culturales de cada mujer.
 15. Cumplir el **Código de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna**, evitando prácticas como la entrega de maletines con regalos de la industria o tetinas, chupetes o muestras de sucedáneos y la aceptación de publicidad encubierta mediante el uso, en consulta o instituciones, de material de papelería con contenido publicitario.
 16. Mejorar la **coordinación** entre las consultas prenatales, las maternidades hospitalarias, los centros de AP y los grupos de apoyo a la lactancia materna (LM) de la Comunidad con el fin de proporcionar información homogénea a las mujeres gestantes y a su entorno.
 17. Elaborar **materiales informativos y educativos** para la promoción de la salud durante el embarazo que puedan ser utilizados en todo el SNS y que estén basados en el mejor conocimiento existente.

3.3.2. Atención sanitaria en el embarazo

La atención de calidad a las mujeres embarazadas conlleva el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación de la atención primaria y especializada.

3.3.2.1. Visitas y seguimiento del embarazo

Informar e identificar de forma temprana a las mujeres con factores de riesgo, problemas de salud, complicaciones del embarazo o anomalías fetales con el objeto de minimizar sus consecuencias, facilitar los cuidados prenatales adicionales en las mujeres que los precisen, evitando medicalizar el proceso en mujeres sanas.

Información y procedimientos

Objetivo:

Ofrecer información sobre los cambios normales en las diferentes etapas del embarazo, promover los cuidados adecuados y explicar la realización de procedimientos, pruebas y exploraciones.

Recomendaciones:

1. Obtener los datos de la **historia clínica** en un ambiente apropiado y dedicando un espacio de tiempo adecuado, valorando el estado de salud de las mujeres y hábitos de vida y los factores de riesgo familiares, personales y laborales desde una perspectiva bio-psicosocial y con enfoque de género.
2. Establecer la **adecuada comunicación** que facilite conversar sobre nutrición, suplementos, la importancia de la LM en la alimentación y crianza del Recién Nacido/a (RN), ingesta de fármacos, consumo sustancias adictivas, exposición a sustancias tóxicas, etc. Entregar a las mujeres **material impreso** con contenidos informativos asequibles y actualizados.
3. Identificar a las mujeres que precisan **cuidados adicionales** para un seguimiento específico del embarazo.
4. Calcular el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{altura en m}^2$) en la primera visita para identificar a las mujeres que necesitan **consejo dietético** e información sobre la ganancia de peso en el embarazo. Pesar de forma individualizada a las mujeres, de forma que el control de peso se haga siempre que proporcione beneficios y evitando producir ansiedad.
5. Medir la **tensión arterial** en todas las visitas prenatales con una técnica correcta (manguito de tamaño adecuado, la mujer en posición

vertical y después de que el brazo haya permanecido al nivel del corazón durante 5 minutos).

6. Indicar analíticas de sangre, detección de bacteriuria asintomática, pruebas de diagnóstico prenatal y ecografías, con la **oportuna información**.
7. Determinar un **calendario de citas** prenatales en función del riesgo de cada gestación e informar a la mujer verbalmente y por escrito del contenido de cada visita. En lo posible, hacer coincidir visitas y pruebas (analíticas, ecografías, etc.).
8. Realizar un **número adecuado de visitas**, entre 4 y 8, a lo largo de la gestación normal, más en nulíparas que en multíparas. Las visitas en las que se explica la normal evolución del embarazo y en las que la mujer puede expresar sus dudas, inseguridades y miedos, ayudan a sentir seguridad, tomar decisiones y lograr una buena vivencia del 3.
9. Estructurar cada **cita prenatal con unos objetivos claros**. La primera debe ser la más larga para permitir una evaluación completa del riesgo del embarazo, de las necesidades de cada mujer y comentar ampliamente todas las cuestiones relevantes.
10. Prestar **atención a cualquier indicio, signo o síntoma de violencia física, psíquica y/o sexual**, dado que el embarazo sitúa a las mujeres en riesgo en una situación de mayor vulnerabilidad, de forma que pueden iniciarse o incrementarse los malos tratos y abusos. También puede ser el momento de conocer abusos pasados, ya que estos antecedentes pueden alterar la normal evolución del embarazo, parto, nacimiento y puerperio.
11. Todas las mujeres embarazadas deben recibir información suficiente y actualizada sobre la importancia del **amamantamiento** y los riesgos de no amamantar, además de formación sobre cómo favorecer el inicio y el establecimiento de la lactancia tras el parto.
12. Durante la gestación se debe ofrecer información suficiente y actualizada sobre los métodos disponibles de **alivio y tratamiento del dolor** durante el parto. Se informará sobre los métodos no farmacológicos (acompañamiento, movimiento, masajes, estimulación eléctrica transcutánea -TENS, inyecciones subcutáneas de agua estéril, uso de inmersión en agua caliente, etc.), sobre los métodos farmacológicos (remifentanilo intravenoso, óxido nítrico inhalado autoadministrado, petidina intramuscular o intravenosa con o sin haloperidol) y sobre la analgesia epidural. Se explicará que el objetivo de la atención al dolor en el parto no será la analgesia completa, sino un alivio suficiente, tratando

éste de forma individualizada según la libre elección de cada mujer. Respecto a la analgesia epidural la mujer deberá conocer que es el método que proporciona la analgesia más eficaz durante el parto y que en caso de cesárea, permite que la mujer esté despierta. Se trata de ofrecer una atención integral al dolor, lo que supone no sólo ayudar a aliviar el mismo sino evitar prácticas invasivas o molestias que sean innecesarias, creando un entorno favorable para el parto y cuidando el bienestar de las mujeres. En la actualidad se puede ofrecer un amplio abanico de técnicas y algunas de ellas se pueden utilizar de forma secuencial y complementaria. **Es conveniente entregar** en la consulta **información escrita, además de la verbal**, acerca de todo lo anterior, explicando claramente las ventajas e inconvenientes de cada método.

NO se recomienda:

- Con el fin de identificar dificultades para el amamantamiento no se recomienda realizar la exploración mamaria en mujeres sanas y asintomáticas. Los tratamientos propuestos para los pezones planos o invertidos han demostrado ser ineficaces y contraproducentes. Tratar de anticipar si van a producirse problemas durante la lactancia materna resta confianza en sus posibilidades de amamantar.
- La realización de una exploración ginecológica de rutina durante la gestación. No están indicados a todas las mujeres asintomáticas para descartar infecciones, patología, estado del cervix o la desproporción cefalopélvica. Sin embargo **como excepción**, se recomienda ofrecer tactos vaginales a las mujeres que han sufrido una **mutilación genital** o en las que se sospecha, para evaluar los cuidados que pueden precisar durante el parto.
- La realización de la maniobra de Hamilton en mujeres sanas sin indicación de finalización de la gestación.
- La auscultación del latido fetal de forma rutinaria por no ofrecer valor predictivo y por generar ansiedad si no se localiza con rapidez en los primeros meses de gestación. Es adecuado realizarla cuando es solicitada por las mujeres.
- La monitorización cardiotocográfica de la FCF antes de las 40 semanas en gestaciones normales.
- La realización de citología cervicovaginal a todas las mujeres en la visita prenatal.

Preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza

Objetivos:

Acordar un programa de preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza que facilite una vivencia satisfactoria de la experiencia, eliminando miedos e incertidumbres y proporcionando información adecuada acerca de todo el proceso.

Responder a las expectativas y circunstancias de cada mujer y pareja y promover la autonomía y el desarrollo personal de la embarazada (empoderamiento) con el apoyo de la pareja. Fomentar el vínculo afectivo.

Recomendaciones:

1. Tener en cuenta las necesidades de las mujeres y parejas que acuden a la educación grupal, al diseñar los contenidos, objetivos, metodología, cronograma de sesiones, recursos audiovisuales y materiales necesarios, así como en la evaluación de satisfacción y resultados.
2. La preparación debe englobar tanto el proceso de maternidad como el de paternidad abarcando embarazo, parto, puerperio y cuidado del RN.
3. Definir criterios y contenidos de calidad específicos y diseñar una metodología y evaluación para la formación.
4. Implicar a la pareja en los programas y consultas desde el comienzo del embarazo atendiendo a sus propias necesidades y vivencias.

Elaboración del Plan de Parto y Nacimiento

Objetivos:

Recoger en un documento los deseos de cada mujer respecto al embarazo y parto, tras información y asesoramiento de la matrona responsable de su atención.

Recomendaciones:

1. Realizar, siempre que la mujer lo desee, un plan de parto y nacimiento, idealmente entre las semanas 28 y 32 del embarazo, para entregarlo en

el hospital de referencia o en aquel elegido para el parto. El plan será recibido por el hospital e incorporado a la historia clínica.

2. La matrona responsable del seguimiento del embarazo deberá informar, asesorar y ayudar a la mujer en la elaboración del Plan.
3. En caso de que algún aspecto recogido en el Plan no pueda ser atendido, el centro explicará debidamente las razones que lo justifiquen. Antes del parto, la matrona responsable de su atención revisará y comentará con la mujer los aspectos recogidos en el plan.
4. El hospital establecerá los sistemas de información que permitan realizar una evaluación de la calidad de la atención a dichos planes.

Ecografías

Objetivos:

Evaluar la vitalidad fetal, edad gestacional, detectar tempranamente embarazos múltiples, malformaciones fetales, filiar corionicidad en gestación gemelar y medir translucencia nucal.

Recomendaciones:

1. Explicar a las mujeres y acompañantes de forma empática los beneficios y limitaciones de la ecografía obstétrica.
2. Ofrecer a las embarazadas una ecografía de alta calidad para el cribado de anomalías estructurales congénitas en el primer trimestre (semanas 11 a 13+6 de gestación).
3. Ofrecer una ecografía alrededor de la semana 20 para cribado de alteraciones estructurales, informando de que la ecografía 3D no demuestra ventaja sobre la ecografía convencional 2D.
4. No existe evidencia que apoye la realización de una ecografía rutinaria en el tercer trimestre ya que no ha demostrado tener ningún beneficio. Si se sospecha la existencia de un feto con restricción de crecimiento intraútero o si existe otra indicación, informar a la mujer y ofertar la realización de una ecografía.
5. Cuidar la comunicación verbal y no verbal al inicio y durante la exploración ecográfica, para reducir la ansiedad de la mujer y su pareja

que pueden interpretar cualquier gesto o palabra como indicio de patología. Explicar que lo habitual es que el bebé esté sano, y ofrecer la información durante la prueba y/o al final de ésta en lenguaje claro y comprensible.

Manejo de la gestación en posición podálica a término

Objetivos:

Aumentar las posibilidades de parto vaginal de las mujeres con fetos en presentación podálica a término.

Recomendaciones:

1. Ofrecer la versión cefálica externa (VCE) a las mujeres embarazadas cuyos fetos al llegar a término se encuentran en posición podálica (situación que ocurre en un 3-4% de casos), un procedimiento por el que, mediante manipulación fetal a través de la pared abdominal materna, se rota al feto desde la presentación de nalgas a la de cefálica. Solicitar consentimiento de la mujer por escrito con la adecuada información sobre el procedimiento.
2. Informar a las mujeres con un embarazo con feto en presentación podálica de que:
 - La VCE reduce la probabilidad de una presentación podálica en el parto y de cesárea.
 - La probabilidad de éxito de la VCE es de aproximadamente el 50%.
 - El parto en cefálica después de una VCE exitosa se asocia con una mayor proporción de intervenciones obstétricas que en presentaciones cefálicas “espontáneas”.
 - La VCE debería realizarse preferiblemente en la semana 36 para las nulíparas y en la semana 37 para las multíparas. Es también posible la VCE después de la semana 37.
 - Hay pocas contraindicaciones absolutas, la tasa de complicaciones es muy baja y puede ser dolorosa, por lo que tras la adecuada información y firma de consentimiento, se ofrecerá a la mujer la posibilidad de elegir la utilización de analgesia al inicio, o de detener el procedimiento para aplicarla si experimenta dolor.

- Informar a las mujeres sobre la posibilidad de utilizar la técnica de la moxibustión para cambiar la posición fetal de podálica a cefálica, y sus posibilidades de éxito de acuerdo con la evidencia científica existente.
- Ofertar la posibilidad de parto vaginal en podálica en caso de no tener éxito en la VCE u otras técnicas, especialmente en mujeres que han tenido parto vaginal anterior y cumplen los requisitos, tras recibir la adecuada información.

Atención a las mujeres con cesárea previa

Objetivos:

Ofrecer un parto vaginal a las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja.

Recomendaciones:

1. Permitir el parto vaginal de inicio espontáneo cuando ha habido una cesárea previa, indicando que siempre que no existan contraindicaciones absolutas se puede favorecer el parto vaginal. En caso de no poder garantizar el nivel de cuidados necesarios la gestante con cesárea anterior deberá ser remitida a la maternidad hospitalaria más próxima que tenga la dotación requerida.
2. En caso de que por otros motivos se considere necesario programar una cesárea, no hacerlo nunca antes de las 39 semanas cumplidas, salvo urgencia o patología materna o fetal que lo exijan, con el objeto de evitar los riesgos que supone para el bebé. Idealmente, esperar a que se inicie el trabajo de parto.

Pautas ante la gestación de bajo riesgo entre 41 y 42 semanas

Objetivo:

Ofrecer especial atención al embarazo entre las semanas 41 y 42 de gestación, con la finalidad de prevenir el ligero pero progresivo incremento de morbilidad fetal a partir de esa edad gestacional.

Recomendaciones:

1. Estimar adecuadamente la edad gestacional por medio de la ecografía en el primer trimestre, sin basarla sólo en la fecha del último periodo menstrual que tiende a sobreestimarla, conduciendo a un mayor número de intervenciones por embarazo prolongado.
2. Informar a las gestantes de que en un 5-10% de casos el embarazo se prolonga más allá de las 42 semanas. Explicar que a partir de las 40 semanas empiezan a aumentar muy lentamente los riesgos para el feto y la tasa de cesáreas. La evidencia no permite indicar de forma categórica la necesidad de inducir el parto a partir de una fecha concreta, porque no reduce algunos de los riesgos y puede aumentar otros.
3. Ofrecer a la gestante a partir de la semana 41+0 de gestación la posibilidad de esperar el inicio espontáneo del parto o de realizar una inducción de parto a lo largo de la semana 41, con el mejor método disponible y la adecuada información.
4. Cuando la mujer rechace la inducción a partir de la semana 41, ofrecer vigilancia frecuente mediante dos controles semanales con técnicas de valoración del bienestar fetal.
5. La inducción del trabajo de parto es un procedimiento invasivo y doloroso. Con el fin de tomar una decisión informada y dar su consentimiento, las mujeres requieren información suficiente y fiable, así como tiempo para tomar su decisión. Deben conocer el método de inducción, lugar, detalles, opciones de apoyo y alivio del dolor.
6. Identificar mediante cardiotocograma a aquellos fetos que están en una situación comprometida, de modo que se puedan poner en marcha las medidas apropiadas para evitar un daño irreversible. Comenzar el estudio del bienestar fetal después de la semana 40 en gestaciones de bajo riesgo. En las gestaciones de riesgo elevado, será la propia patología la que señalará cuándo y con qué frecuencia realizar el estudio del bienestar fetal.
7. Finalizar la gestación ante cualquier signo de compromiso fetal. El oligoamnios puede ser un dato relevante cuando el embarazo se prolonga.

3.3.2.2.Prevenición de enfermedades durante el embarazo

Resulta básico realizar pruebas sobre las que existe conocimiento de su efectividad, a las mujeres embarazadas, con el objetivo de identificar, prevenir y tratar precozmente enfermedades o problemas que afectan a su salud y a la de la criatura por nacer.

Anemia

Objetivo:

Detectar una posible anemia e instaurar su tratamiento para evitar repercusiones sobre la salud materna y fetal. Evitar que la embarazada de forma rutinaria ingiera hierro, debido a que no existe evidencia científica suficiente para sustentar esta acción y por los efectos adversos de este fármaco: estreñimiento, diarrea, náuseas, epigastralgia y alteración en la absorción de otras sustancias.

Recomendaciones:

1. Ofrecer a todas las mujeres embarazadas pruebas de detección de anemia en la primera visita de embarazo y a las 24-28 semanas de gestación, mediante hemograma. No hacer determinación de hierro sérico, que ocasiona sobre-tratamientos.
2. Considerar como rango normal hasta las 12 semanas una hemoglobina igual o superior a 11 g/100 ml y 10,5 g/100 ml a las 28 a 30 semanas de gestación. Si los niveles son inferiores, investigar la causa y valorar la necesidad de indicación de suplementos de hierro.
3. Cuando hay anemia con sospecha de deficiencia de hierro, la prueba de elección es la determinación de la ferritina sérica (con una línea de corte de 30 mcgr/l se ha comprobado una sensibilidad del 90%).
4. Iniciar tratamiento con hierro si $Hb < 11$ g/dl y/o $Hto < 33\%$ en 1º trimestre y si $Hb < 10,5$ g/dl y $Hto < 32\%$ en 2º trimestre.
5. Considerar no necesario el ayuno previo a la realización de analíticas de sangre.

Incompatibilidad de Rh, Grupo y Coombs indirecto.

Objetivo:

Prevenir la sensibilización materna, e identificar a las gestantes inmunizadas.

Recomendaciones:

1. Informar a la mujer de la conveniencia de administrar Ig Anti-D en la semana 28 de gestación si existe incompatibilidad. Tratar de evitar

la administración rutinaria a todas las mujeres Rh (-) en los casos en que es posible identificar con seguridad el Rh del padre biológico ya que se trata de un hemoderivado no exento de riesgos.

2. Administrar Ig Anti-D IM ó IV (intramuscular o intravenoso) antes de las 72 horas postparto, en mujeres Rh (-) no sensibilizadas y cuyo RN sea Rh (+). Administrar dosis adicional en caso de Hemorragia Feto-materna mayor de 10-15 ml de hematíes fetales (Test Kleihauer). Si no se ha tratado antes de las 72 horas, después del parto o eventos sensibilizantes, aún se debe administrar Ig Anti-D, hasta las 4 semanas de estos.
3. Ofrecer pruebas para determinar grupo sanguíneo, Rh y Coombs indirecto a todas las mujeres en la primera visita prenatal o tan pronto como sea posible. El Coombs indirecto se repetirá a las 26-28 semanas tanto a las mujeres Rh negativas como positivas, para descartar la sensibilización Anti-D y/o aparición de anticuerpos irregulares.
4. Administrar también después de aborto o embarazo ectópico, post amniocentesis, biopsia corial, cordocentesis o VCE.

Enfermedades infecciosas

Objetivo:

Identificar a las mujeres en riesgo, prevenir, detectar precozmente, diagnosticar e indicar el tratamiento adecuado para las enfermedades infecciosas en el embarazo y evitar sus secuelas.

Recomendaciones:

1. Realizar urocultivo en la primera visita prenatal. Diagnosticar precozmente la presencia de bacteriuria asintomática y realizar el tratamiento adecuado para disminuir el riesgo incrementado de **pielonefritis** y sus consecuencias.
2. Identificar a las mujeres susceptibles de infectarse de **rubeola** durante el embarazo y ofrecer la vacunación en el posparto a las mujeres no inmunizadas para la protección de futuros embarazos.
3. Identificar a las mujeres embarazadas portadoras del virus de la **hepatitis B** al fin de determinar si el bebé necesita inmunoglobulina además de la vacuna antihepatitis B.

4. Conocer el estado serológico materno para establecer el estudio, vigilancia y tratamiento adecuado de las mujeres afectadas por **VIH**, para cuidar su salud y reducir el riesgo de transmisión vertical y posnatal. Derivar a las gestantes diagnosticadas de infección por VIH para que sean atendidas y tratadas por equipos especializados.
5. Detectar y tratar de forma precoz la infección por treponema pallidum (**sífilis**) para evitar secuelas a madre y bebé.
6. Aconsejar a las gestantes que no han pasado la **varicela Zoster (VZV)** que eviten contactos de riesgo y consulten inmediatamente al personal de la salud ante una exposición potencial. Informar a las embarazadas que desarrollen varicela o muestren una conversión serológica de que el riesgo de aborto involuntario espontáneo no parece ser mayor si se produce varicela en el primer trimestre y de que en las primeras 28 semanas del embarazo tienen un pequeño riesgo de síndrome de varicela fetal.
7. Ofertar cribado serológico de la **enfermedad de Chagas** a las gestantes de origen latinoamericano (a excepción de los países del Caribe, donde no es endémica), mediante la prueba de mayor sensibilidad. Realizar **pruebas parasitológicas** durante los 6-9 primeros meses y serológicas a partir de entonces a los RN de madres con serología positiva para la enfermedad de Chagas; facilitar tratamiento para evitar la enfermedad.
8. Realizar toma de muestras y cultivo para detección de mujeres portadoras de **estreptococo del grupo B** con el objetivo de reducir la incidencia de sepsis neonatal y administrar antibiótico a la madre en el momento de parto según protocolo. La/el profesional que atiende a la gestante debe estar informada de que:
 - Existen artículos científicos publicados recientemente y estudios en curso que cuestionan la necesidad del cribado universal. Se precisan conocer resultados de nuevas investigaciones sobre la eficacia, coste-efectividad, y consecuencias del cribado, así como una reevaluación de los datos disponibles en guías de práctica clínica, antes de realizar cambios en el protocolo actual.
 - La antibioterapia intraparto ha reducido la incidencia de sepsis neonatal y muerte por este germen, pero se sugiere un aumento de sepsis por otros gérmenes, especialmente los resistentes al antibiótico, y una mortalidad global similar.
 - Se ha descrito la influencia de otros factores no considerados en estudios anteriores en la aparición de sepsis: prácticas intraparto como es el uso del monitor interno (eleva hasta 8 veces el riesgo) y prácticas inadecuadas que reducen la protección inmunitaria del bebé.

9. Realizar prácticas que evitan poner en riesgo la protección inmunitaria del bebé (salvo excepciones que lo impidan), y por tanto pueden prevenir la **sepsis neonatal**:
- Potenciar que todo bebé tome calostro, por su elevado concentrado en sustancias inmunoactivas.
 - Asegurar que el contacto inicial de todos los RN sea con sus madres para la colonización inicial con la flora de su cuerpo, frente a la que existen inmunoglobulinas específicas en la leche de esas madres. Evitar colonización inicial por flora del personal o medio sanitario, con frecuencia más peligrosa y con más resistencias a antibióticos.
 - Evitar el lavado del vérmix caseoso, ya que contiene péptidos y proteínas antimicrobianos.
 - Asegurar el contacto ininterrumpido madre-bebé para evitar la reducción de la respuesta inmune producida por el estrés, y para facilitar el éxito de la lactancia materna.
 - Promover la lactancia materna ya que la evidencia demuestra que protege de la sepsis neonatal tardía y probablemente de la precoz.
10. No aconsejar la supresión de la lactancia a las portadoras de AgHBs (+), siempre y cuando se confirme la administración de la vacuna de Hepatitis B y la gammaglobulina antes del alta de la maternidad.
11. Evitar el cribado serológico universal para:
- La **toxoplasmosis**, por su baja prevalencia durante el embarazo, las incertidumbres que plantea el cribado y la posible teratogenicidad de los tratamientos.
 - Serología de CMV (**citomegalovirus**), aunque se puede valorar en mujeres con alto riesgo de exposición o antecedentes de pérdida perinatal de causa no diagnosticada.
 - Hepatitis C.

Diabetes gestacional

Existe controversia acerca de si realizar cribado de diabetes a todas las gestantes o sólo a las que cumplen criterios de riesgo. Se sabe que el cribado universal puede conducir a sobreatratos y el selectivo, a no diagnosticar casos. La evidencia apoya el cribado selectivo en países de baja prevalencia de diabetes gestacional. En países de alta prevalencia, como España, actual-

mente se recomienda el cribado universal (Grupo Español de Diabetes y Embarazo). Existen investigaciones en curso para evaluar otras alternativas de cribado y diagnóstico.

Objetivo:

Realizar un diagnóstico precoz de la diabetes gestacional para prevenir complicaciones en la madre y en el RN.

Recomendaciones:

1. Si se opta por un cribado selectivo, se debe ofrecer a mujeres con los siguientes factores de riesgo: obesidad ($IMC > 30 \text{ kg / m}^2$), edad igual o mayor a 35 años, antecedentes de hijos/as previos/as de 4,5 kg o más, antecedente familiar de diabetes de primer grado y/o procedencia de un país con alta prevalencia de la diabetes.
2. Respetar la decisión informada de mujeres sanas sin factores de riesgo que decidan no realizar la prueba de cribado, tras recibir la adecuada información.
3. Pruebas analíticas para realizar el cribado. La SEGO aconseja realizar Sobrecarga Oral de Glucosa (SOG) en el primer trimestre de embarazo a las gestantes de riesgo con 50 gr y extracción en 1 hora y a todas las gestantes entre las 24-28 semanas. Ante un cribado positivo: SOG con 100 gr, extracción en 3 horas. Recientes publicaciones del Grupo de Estudio Internacional sobre Diabetes sugieren realizar la sobrecarga con 75 gr de glucosa en una curva de 2 horas.
4. Informar adecuadamente a las mujeres para que confíen en su capacidad para dar a luz a un bebé sano/a y sin complicaciones, ya que este tipo de gestaciones finalizan satisfactoriamente en la mayoría de casos con una dieta adecuada, ejercicio y manteniendo un control regular sobre la glucemia; así como ofrecerles apoyo emocional y fácil acceso a la consulta de enfermería. No es necesario inducir el parto en la diabetes gestacional no complicada.
5. Facilitar información sobre riesgos y posibles contingencias. Un 10%-20% de mujeres necesitarán tratamiento farmacológico. Un buen control glucémico durante el embarazo puede reducir las complicaciones. Si la diabetes gestacional se asocia a macrosomía fetal, hay un pequeño riesgo de distocia de hombros. Cuando se diagnostique macrosomía, estimar el peso fetal y actuar según protocolo. Favorecer

en estos casos de forma especial la movilidad materna en la dilatación y expulsivo, evitando la litotomía. Una diabetes gestacional aumenta el riesgo de padecer una diabetes tipo II en el futuro, y es adecuado realizar una consulta médica preventiva tras la finalización del periodo de gestación y lactancia.

Anomalías fetales

Objetivo:

Prevenir defectos congénitos del tubo neural mediante la suplementación con Ácido Fólico (AF). Identificar precozmente anomalías cromosómicas y malformaciones mediante las técnicas de diagnóstico prenatal.

En el caso de tener que informar de una anomalía fetal (o duda diagnóstica), realizar el anuncio de la manera más adecuada y empática en cada caso; y el acompañamiento a la madre y pareja en esta situación de pérdida del bebé que imaginaban.

Recomendaciones:

1. Aconsejar a las mujeres que quieran quedar embarazadas la ingesta de un suplemento farmacológico diario de AF, desde tres meses antes de abandonar el método anticonceptivo junto con una dieta adecuada y equilibrada, hasta las 12 semanas de gestación. La dosis profiláctica recomendada de AF es de 0,4 mg diarios en mujeres sanas sin antecedentes de defectos del tubo neural.
2. Informar a las mujeres de los alimentos ricos en AF.
3. Proporcionar información sobre el diagnóstico prenatal basada en la evidencia y dirigida a capacitar para tomar decisiones según sus propios valores y preferencias, con tiempo suficiente para que puedan decidir si desean someterse a estos cribados y solicitar aclaraciones. Informar del alcance y significado de las pruebas y las decisiones que puede ser necesario tomar en cada una de las fases del cribado de anomalías.
4. Elegir realizar las pruebas de cribado de aneuploidías con una tasa de detección por encima de 75% y con tasas de falsos positivos menores de 3%. Cumplen estos requisitos la Prueba Combinada en el primer trimestre, la Cuádruple Prueba en el segundo trimestre y la Prueba Integrada o la Prueba Serológica Integrada en el primer y segundo trimestre.

5. La prueba combinada del primer trimestre (traslucencia nuchal, - HCG, PAPP-A) realizada entre las 11+0 semanas y las 13+6 resulta conveniente y ofrece una buena tasa de detección de Síndrome de Down y otras cromosomopatías, es de fácil aplicación clínica y proporciona resultados en fases tempranas del embarazo.
6. Ofrecer el triple o cuádruple test (entre 15+0 semanas y 20+0) a las mujeres que acuden tardíamente a control.
7. Ofrecer la realización de una ecografía a las 20 semanas, para el cribado de anomalías estructurales.
8. Informar de las posibilidades de diagnosticar anomalías fetales estructurales mediante ecografía, así como de las limitaciones de la técnica y de las diferentes tasas de detección según el tipo de malformación y otras variables, como el IMC de la madre o la posición fetal durante la exploración. Cuando se detecta una anomalía fetal, las mujeres deben ser informadas de su trascendencia, prestando atención a sus sentimientos y emociones. Se proporcionará toda la información, asesoramiento y apoyo necesarios para que puedan tomar la decisión de proseguir con el embarazo o interrumpirlo. Ambas decisiones deben ser igualmente respetadas y cada una de ellas motivará los oportunos cuidados, intervenciones y recomendaciones que deben ponerse inmediatamente a disposición de las mujeres afectadas.

Carencias de yodo y vitaminas

Objetivo:

Prevenir los defectos causados por los déficits moderados de yodo en los RN, garantizando la cobertura de las necesidades mínimas de yodo para que la madre pueda elaborar las hormonas tiroideas que necesitan los bebés durante su desarrollo pre y post natal para la correcta maduración de su cerebro y sistemas orgánicos.

Recomendaciones:

1. Recomendar el consumo de yoduro potásico en forma de preparado farmacológico y bajo prescripción del personal profesional sanitario ya que la mujer embarazada tiene aumentada sus necesidades de yodo durante toda la gestación.

2. Recomendar el consumo de al menos 200 mcgr/día durante 3 meses previos al embarazo, durante todo el embarazo y la lactancia, para que la madre pueda seguir aportando a su hijo/a el yodo que necesita a través de la leche materna.
3. En territorios con estudios sobre la situación nutricional de yodo en la población, adecuar estas recomendaciones a su situación concreta.
4. Informar y recomendar a la embarazada que consuma alimentos ricos en yodo (pescados variados, lácteos, etc) y que consuma poca sal pero que sea yodada (máximo 3gr/día frente a los 9,7gr de consumo diario en España).
5. Respecto a las vitaminas, informar que no existe evidencia científica que sustente la suplementación en la gestante sana con preparados polivitamínicos durante el embarazo por lo que no se consideran indicados durante el embarazo.

Atención al parto

3.3.3. Atención al parto: Estrategia de Atención al Parto Normal en el SNS

La EAPN en el SNS, en desarrollo desde octubre de 2007, tiene como objetivo potenciar la atención al parto normal en el SNS, mejorando la calidad y calidez asistencial, eliminando las prácticas innecesarias y perjudiciales a la luz de la evidencia científica, y manteniendo los niveles de seguridad actuales. Contempla tres ejes transversales: la multiculturalidad, la discapacidad y la perspectiva de género.

Las recomendaciones que señala se agrupan en cuatro líneas estratégicas: abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible; participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones; formación de profesionales e Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas. Dichas recomendaciones están siendo implantadas en los servicios correspondientes del SNS con el respaldo de todas las CCAA y para ello han contado en estos años con la coordinación y el apoyo financiero del MSPS (8 millones de euros/año).

El documento, elaborado por todos los sectores profesionales implicados en la asistencia sanitaria al parto y las organizaciones sociales y de mujeres interesadas en el tema, fue asumido al más alto nivel institucional con su aprobación el 10 de octubre de 2007 por el pleno del CISNS, refrendando

así el interés y voluntad manifestada y el compromiso conjunto para mejorar la atención sanitaria en este campo, constituyendo un marco de referencia en el conjunto del Estado.

Para su evaluación, se señalan indicadores específicos viables, que puedan ser obtenidos con los sistemas de información existentes (CMBD), que facilitan la monitorización de los resultados (morbi-mortalidad) y de algunas prácticas obstétricas (episiotomías, cesáreas). También propone indicadores de proceso para el seguimiento de la implantación de la Estrategia, como es el registro del número de maternidades hospitalarias que incluyen en su protocolo de atención al parto cada una de las recomendaciones que se plantean en esta Estrategia.

El CI, formado por las personas representantes de todas las CCAA, el CT, formado por las sociedades profesionales, organizaciones sociales y asociaciones de mujeres, y el OSM que lo lidera y coordina, son las entidades encargadas de su impulso y seguimiento, así como de su evaluación, prevista para el año 2010.

Puede consultarse la “Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud” en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>

Atención Neonatal

3.3.4. Cuidados desde el nacimiento a la primera semana de vida

Objetivo:

Proporcionar a los/as RN los mejores cuidados para su salud, bienestar y adaptación a la vida extrauterina. Fomentar desde el primer momento de vida tras el nacimiento que madre y bebé permanezcan juntos, para promover el vínculo afectivo, el apego y la lactancia materna.

Recomendaciones:

1. Recibir al RN en un ambiente con temperatura agradable, para evitar el consumo energético, hipoglucemias y secreción de catecolaminas en respuesta al frío.

2. Evitar ruidos y conversaciones que interfieran con el primer contacto madre-RN y padre/pareja-RN, facilitando que el primer sonido que escuche el RN sea la voz materna, en parto vaginal o cesárea.
3. Utilizar materiales no irritantes o fríos si han de contactar con la piel del bebé.
4. Pinzar el cordón umbilical cuando deje de latir para permitir una adecuada transfusión placentaria. Si se elige la donación de cordón umbilical, determinar el momento adecuado de la punción del cordón y del pinzamiento según la mejor evidencia disponible, ya que se trata de protocolos en proceso de revisión en la actualidad. Pinzar el cordón tardíamente, siempre que sea posible, en beneficio del bebé.
5. No se recomienda el baño inmediato ni la eliminación del vernix para evitar pérdida de calor e interferencia con el contacto inmediato piel con piel, y con el reconocimiento olfativo y visual.
6. Disponer en las maternidades de cunas tipo sidecar, y ofrecer a las madres la posibilidad de este tipo de co-lecho con su hijo/a, para facilitar la instauración de la lactancia materna.
7. Informar a las madres y padres o parejas de los beneficios del co-lecho y del modo de practicarlo con seguridad.

3.3.4.1. Contacto piel con piel precoz.

Objetivo:

Fomentar que inmediatamente tras el parto, las/los RN sanos se coloquen sobre el abdomen o el pecho de la madre y se mantengan así en contacto íntimo piel con piel.

Recomendaciones:

1. Disponer de un protocolo por escrito y consensuado con el personal profesional que participa en la atención a la mujer y a su hijo o hija tras el parto, estableciendo las responsabilidades y las acciones que dependen de cada profesional.
2. Colocar a los/as RN sobre el abdomen o pecho desnudo de la madre inmediatamente tras el nacimiento, secarlo, ponerle un gorro y cubrir a ambos, sin interferencias ni manipulaciones innecesarias, ya que estando sanos/as, no precisan de ningún tipo de reanimación y como fuente de calor actúa la propia madre.

3. Mantener el contacto piel con piel de la madre con su RN al menos 50 minutos sin ninguna interrupción si la madre está de acuerdo. Sería deseable que el tiempo se prolongue hasta 120 minutos o al menos hasta que se haya realizado la primera toma al pecho.
4. Cuando el estado de salud de la madre no permite el contacto piel con piel, ofrecer la posibilidad de poner al neonato sobre el pecho desnudo del padre, pareja o acompañante ya que le ayudará a estabilizar sus constantes, a establecer el vínculo afectivo, en el posterior inicio de la lactancia y disminuirá el tiempo de llanto.
5. Se aconseja que el proceso sea supervisado por un/a profesional experto/a.

3.3.4.2. Identificación del/la RN.

Objetivo:

Garantizar el derecho de las personas recién nacidas a estar debidamente identificadas desde el momento del nacimiento. Establecer las medidas necesarias para la inequívoca identificación y regularizar el registro único de la persona recién nacida con entidad propia desde el momento del nacimiento.

Recomendaciones:

1. Garantizar la verificación de forma rápida de la identidad del/la RN en caso de duda.
2. Asegurar la comprobación de la identidad del bebé y de su madre en el momento del alta.
3. Aplicar modernización tecnológica, en la medida de lo posible, que facilite la identificación, la recogida de datos y su explotación para lo que sería aconsejable la adecuación de un registro único de partos y nacimientos con la finalidad de disponer de una fuente de información única y fiable.
4. Es recomendable la existencia de equipos, embolsados y sellados, que incluyen una pulsera para colocar en la muñeca de la madre, una pulsera para el tobillo o muñeca del RN, una pinza de cordón con una pequeña etiqueta y una pegatina para colocar en el partograma. Los diferentes elementos comparten el mismo número o el mismo código

de barras. La identificación de la huella dactilar de la madre junto con la identificación de la huella plantar del neonato no ha mostrado una buena fiabilidad al nacimiento.

3.3.4.3. Maniobras innecesarias

Objetivo:

Facilitar la adaptación del/la RN al ambiente extrauterino en contacto con su madre, evitando las maniobras agresivas que le puedan desestabilizar.

Recomendaciones:

1. No separar el binomio madre-RN en ningún momento tras el nacimiento. Ninguna de las maniobras o controles aplicados al/la RN sano/a exigen su separación. No impedir la presencia ininterrumpida de la persona acompañante si la madre lo desea.
2. Durante las dos primeras horas de vida, el/la RN debe recibir observación discreta y vigilancia continuada sin interferencia en el contacto madre-bebé, para detectar cualquier alteración o signo clínico que pueda hacer sospechar la presencia de alguna patología en la niña o niño.
3. Si el/la RN tiene una buena puntuación de Apgar no precisa de ninguna maniobra de reanimación ni de aspiración de secreciones.
4. Evitar el paso de sondas en el periodo postnatal inmediato y posteriormente, a no ser que haya algún signo clínico que indique o haga sospechar alguna malformación o patología.
5. Se debe confirmar *de visu* en las primeras horas la presencia de ano y vigilar la eliminación de meconio durante la estancia en la maternidad.
6. Evitar el lavado gástrico rutinario.
7. Evitar la separación madre-RN durante cualquier tipo de pruebas o tratamientos que le realicen cuando existan desviaciones de los parámetros de salud, salvo excepciones justificadas.

3.3.4.4. Prácticas profilácticas y de cribado

Se debe proporcionar la información adecuada a las madres y padres y procurar su participación o presencia mientras se realizan estas prácticas de profilaxis o cribado. Se realizará lo siguiente:

Uso profiláctico de la Vitamina K

Objetivo:

Prevenir el sangrado que se produce en las primeras semanas de vida en relación con el déficit de vitamina K.

Recomendaciones:

1. Administrar vitamina K de forma profiláctica después del nacimiento, recomendando la administración de 1 mg de vitamina K IM para prevenir la Enfermedad Hemorrágica del RN (EHRN) clásica y la EHRN tardía. Esta pauta ha demostrado ser la más eficaz y de más fácil cumplimiento, por lo que será la que se oferte preferentemente, explicando su conveniencia a la madre y al padre.
2. Si las madres y padres no desean la pauta IM, se les recomendará la siguiente pauta oral que hasta ahora se ha mostrado como la más eficaz: 2 mg de vitamina K oral al nacimiento, seguido en lactantes al pecho total o parcialmente, de 1 mg oral semanalmente hasta la 12 semana. Resulta clave concienciar a la madre y al padre de la importancia del cumplimiento de esta recomendación y no suspender la administración oral antes de la 12 semana.
3. A los RN < 32 semanas y > 1.000 g: 0,5 mg IM ó IV, y a los menores de 1.000 g independiente de la EG: 0,3 mg IM ó IV.
4. Se intentará unir la administración de vitamina K a otras técnicas que provoquen molestias al neonato como por ejemplo la vacunación contra la hepatitis B (en las CCAA en las que se administra al nacimiento). La vitamina K, en cualquier caso, se administrará una vez que haya finalizado el tiempo de contacto piel con piel inmediato tras el nacimiento.
5. Salvo que la madre lo desee, no se separará al neonato de los brazos de su madre para administrarle la vitamina K y se intentará ponerle la inyección mientras la madre lo amamanta. Si no fuera posible ponerle

al pecho, se le podrá administrar entre 0,2 y 0,5 ml de sacarosa al 20% por vía oral, dos minutos antes, y se le ofrecerá una tetina para succionar.

Profilaxis de la oftalmía neonatal

Objetivo:

Prevenir la conjuntivitis que ocurre en las primeras 4 semanas de vida y sus posibles secuelas tardías.

Recomendaciones:

1. Realizar profilaxis ocular a los y las RN para prevenir la oftalmía neonatal mediante pomada de eritromicina al 0,5% o pomada de tetraciclina al 1%, que han demostrado una protección equivalente frente a la oftalmía neonatal, y mínimos efectos adversos, siendo recomendable que se usen en formato unidosis para aumentar la seguridad.
2. Administrar la profilaxis, tan pronto como sea posible pero respetando el tiempo de contacto piel con piel para favorecer la interacción entre la madre y la niña/o. Este retraso no ha demostrado que deteriore la eficacia de la profilaxis.
3. Se puede prescindir de la profilaxis si las familias lo solicitan, siempre y cuando a la madre se le haya realizado un cribado de ITS durante el embarazo, y no procede de un país con alto riesgo de oftalmía neonatal.

Vacunación contra la hepatitis B

Objetivo:

Prevenir los casos de cirrosis y de hepatocarcinomas.

Recomendaciones:

1. En tanto no haya pruebas de que la cobertura del cribado serológico materno perinatal sea la óptima y que la profilaxis postexposición alcanze a todas y todos los RN de madres portadoras reales y potenciales

del VHB, es prudente mantener la vacunación contra la hepatitis B tras el nacimiento.

2. Administrar precozmente la vacuna neonatal y siempre antes del alta de la maternidad; en el caso de hijos/as de madres portadoras de Antígeno de Superficie de la Hepatitis B (HBsAg), se aplicará junto con la inmunoglobulina hiperinmune antes de las 12 horas de vida.
3. Mantener al neonato con su madre para la vacunación contra la hepatitis B y preservar el contacto piel con piel postparto al menos 50-120 minutos si la madre lo desea.
4. Emplear procedimientos de analgesia no farmacológica durante la inyección de la vacuna. El amamantamiento simultáneo con la vacunación es el método de elección.

Cribado de hipoacusia neonatal

Objetivo:

Detectar precozmente la hipoacusia al objeto de garantizar un desarrollo adecuado del lenguaje y una rehabilitación precoz para mejorar el pronóstico tanto del punto de vista de la audición final como de la comunicación.

Recomendaciones:

1. Efectuar el cribado de hipoacusia a todas y todos los RN en su primer mes de vida, preferiblemente antes del alta, tras dar información oral y escrita a padres y madres y solicitar su consentimiento. Quienes no pasen la prueba, deben recibir evaluación audiológica en los primeros 3 meses de vida.
2. En ausencia de un programa de cribado universal, el esfuerzo debe centrarse en la identificación de aquellos indicadores asociados a sordera de cualquier tipo y asegurarse de que se realice una prueba objetiva cuanto antes en quienes lo presenten.
3. Las pruebas aceptadas internacionalmente para la realización del cribado auditivo son las otoemisiones evocadas transitorias (OEAT) y los potenciales evocados auditivos automáticos (PEATCa). Ambas han demostrado una alta sensibilidad en la detección precoz de hipoacusias aunque las OEAT no exploran toda la vía auditiva y por tanto tienen alguna limitación. Las y los neonatos sin factores de riesgo pueden ser analizados con cualquiera de ambas técnicas.

4. Se recomiendan protocolos separados para las y los bebés procedentes de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN, nivel 2–3) y quienes proceden de la maternidad. Las y los lactantes con estancias en UCIN superiores a 5 días deben ser explorados con PEATCa obligatoriamente para evitar el fallo diagnóstico de las pérdidas auditivas neurológicas. Los/as lactantes de UCIN que no pasan el test de PEATCa deben ser citados directamente con Otorrinolaringología para revaloración, incluyendo PEATCa y OEAT, si éstas no se han realizado en la fase de cribado.
5. Entregar información del resultado a padres y madres, registrando los resultados de las pruebas en el documento de salud infantil.
6. Realizar seguimiento de todos los casos detectados, así como tratamiento precoz oportuno.
7. Los/as lactantes que presenten indicadores de riesgo de sordera neurológica adquirida progresiva de comienzo tardío deben ser controlados periódicamente hasta los 3 años de edad.
8. Recoger indicadores de control de calidad de los programas.

Cribado neonatal de enfermedades genéticas y endocrinometabólicas

Objetivo:

Disminuir, mediante la detección precoz y la instauración precoz de tratamiento, la incidencia de discapacidades psíquicas y físicas originadas por las enfermedades endocrinas y metabólicas presentes en el periodo neonatal y que son objeto de cribado.

Recomendaciones:

1. Tomar la muestra de sangre en papel por punción de talón a todas y todos los RN a partir de las 48 horas de vida lo antes posible y en cantidad suficiente para evitar falsos negativos. Se establecerán protocolos específicos para la recogida de muestras en el caso de las y los bebés prematuros, enfermos graves y gemelos monocigóticos.
2. Realizar la toma de muestra para el cribado metabólico neonatal antes del 4º ó 5º día de vida, ya que la detección de trastornos metabólicos y el inicio de eventuales tratamientos debe considerarse una urgencia.

3. Recomendar una segunda toma de muestra entre la 2ª y la 4ª semana de vida en las y los bebés prematuros, con peso al nacer inferior a 1.500 gr, enfermos graves y gemelos monocigóticos.
4. El amamantamiento durante al menos 5 minutos antes de la punción es la técnica analgésica más efectiva para evitar el dolor en la toma de la muestra sanguínea. En aquellos casos que no fuera posible ponerle al pecho, se le podrá administrar entre 0,2 y 0,5 ml de sacarosa al 20% por vía oral dos minutos antes, y utilizar otros métodos como la contención adecuada y la succión no nutritiva.
5. La estimulación sensorial, ya sea con masajes, caricias, contacto piel a piel, contacto visual, uso del chupete (si no está la madre) y la contención pueden reducir la respuesta dolorosa tanto si se asocia como si no a la lactancia materna o a la administración de sacarosa.
6. Evitar el uso de antisépticos yodados en el periodo perinatal, tanto en la madre como en la o el bebé, para evitar la aparición de hipotiroidismo transitorio y evitar falsos positivos de la prueba de cribado.
7. Comprobar en el centro de AP que la y el RN ha sido sometido a cribado metabólico y que existe constancia documental, tanto en la historia clínica como en el documento de salud infantil. Debe constar asimismo el resultado.
8. Ante la duda de que se haya realizado o no el cribado, se contactará con la unidad de referencia y, en su caso, se realizará la determinación de forma inmediata, remitiendo la muestra al laboratorio de referencia.

3.3.4.5. Alta hospitalaria postnatal temprana

Objetivo:

Promover el alta entre las 24 y 48 horas tras un parto vaginal no complicado y nacimiento a término sin complicaciones, en coordinación con los servicios de AP.

Recomendaciones:

1. Disponer de un protocolo escrito sobre este procedimiento en las maternidades.
2. Valorar si la madre se siente capaz de cuidar a su RN y a sí misma antes de decidir el alta.

3. Facilitar a la familia un informe de la asistencia, intervenciones y planes realizados y los propuestos para los próximos días.
4. Desde la maternidad se debe concertar la visita a domicilio de la matrona de AP o, si no existe ese servicio, se acordará la cita con el centro de AP de referencia para el tercer o cuarto día de vida.
5. Ofrecer una visita neonatal precoz en el tercer o cuarto día de vida si es posible a domicilio para atender a la madre y al bebé, realizada por matrona o enfermera de AP.

3.3.4.6. Visita neonatal precoz en el centro de salud o domicilio

Objetivo:

Conocer el entorno físico y emocional de la familia, atender dudas sobre cuidados, evaluar los problemas de alimentación con observación tranquila del agarre, succión y postura de amamantamiento, reconocer el estado de salud de la madre puérpera y del/la RN y dar continuidad en la atención sanitaria desde la perspectiva de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, atendiendo al mantenimiento de la lactancia materna, a la detección de problemas y a prevenir rehospitalizaciones.

Recomendaciones:

1. Realizar la visita (preferiblemente a domicilio si es posible) por la matrona o enfermera con habilidades en cuidados neonatales y puerperales a la madre y al/la RN en la primera semana de vida.
2. La oportunidad de reconocer el entorno físico, emocional y social de la familia, atender los problemas de alimentación tempranamente y los cuidados puerperales constituye una actividad importante, a falta de pruebas en contra, para decidir la provisión de atenciones de la familia en las siguientes semanas.
3. Realizar la atención (incluida si es alimentación al seno materno exclusiva) en el centro de atención primaria 48-72 horas después del alta de la maternidad, o en todo caso antes de finalizar la primera semana de vida.

3.3.5. Promoción de la lactancia materna

Objetivo:

Facilitar que los y las RN tengan acceso al amamantamiento, promoviendo la lactancia materna como la opción más saludable para su alimentación, teniendo en cuenta las circunstancias de la madre.

Recomendaciones:

1. Consensuar y escribir **normativas para la promoción y apoyo a la LM** por el personal con responsabilidades en el cuidado de la salud materno-infantil, representantes de las madres y de la administración.
2. Facilitar la **capacitación del personal de salud multidisciplinar** para incorporar conocimientos, habilidades y actitudes sobre las buenas prácticas relacionadas con la LM, que permitan una ayuda efectiva a las mujeres que deseen amamantar. Asegurar criterios comunes y de calidad en los cursos de formación.
3. Proporcionar **información a las embarazadas** para aumentar sus conocimientos y habilidades sobre cómo alimentar de la mejor forma posible a sus hijos e hijas, explicando los beneficios y técnicas de la alimentación al pecho e informando sobre grupos de apoyo a la lactancia existentes y animarlas a que contacten con ellos.
4. Respetar el periodo de alerta inicial del o la bebé y el estado de máxima sensibilidad materna provocado por la liberación endógena de oxitocina, para el inicio **de la LM en la primera hora de vida**.
5. Proporcionar ayuda a las mujeres para el **mantenimiento de la lactancia** a través del personal sanitario (enfermeras y matronas fundamentalmente) y de consejeras de lactancia o grupos de apoyo.
6. Fomentar la **alimentación natural exclusiva** y evitar la leche artificial, suero glucosado o agua antes de la primera toma, cuando no existe justificación médica, en los servicios de maternidad. Evitar igualmente el uso de chupetes y tetinas durante los primeros días; si fuera necesario administrar suplementos, existen alternativas utilizando el biberón en último término. Tranquilizar y transmitir confianza a la madre cuando el volumen de calostro materno sea insuficiente informando sobre las medidas que le ayudarán a aumentar su producción, y considerar la leche humana pasteurizada donada preferible a otros suplementos.

7. Promover la **LM a libre demanda** para que los y las bebés tengan acceso al amamantamiento sin restricciones en la duración y en la frecuencia de las tomas.
8. Informar a las madres, padres y personas cuidadoras que deseen alimentar a sus bebés con leche de fórmula sobre la mejor manera de hacerlo para garantizar que la **alimentación con sucedáneos de leche materna** se realice de la manera más segura posible, con el fin de fomentar el desarrollo y salud infantil y cubrir sus necesidades nutricionales.
9. Aplicar el **código de comercialización de sucedáneos de leche materna** con el objeto de proteger la LM de prácticas publicitarias engañosas que inducen al abandono de la misma.
10. Incluir en la Cartilla de Salud Infantil el nuevo patrón de crecimiento infantil (**curvas de crecimiento de la OMS**) <http://www.who.int/child-growth/en/> que presenta las siguientes características:
 - Establece la LM como la “norma” biológica y al/la lactante alimentado/a al pecho como patrón de referencia para determinar el crecimiento saludable. Esto asegura por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la LM exclusiva durante 6 meses y posteriormente con alimentos complementarios hasta los 2 años o más.
 - Proporciona, también por vez primera, datos científicos y orientación sobre el modo que las y los niños de todo el mundo deben crecer. Hasta ahora todas las curvas de crecimiento simplemente describían cómo crecen las y los niños en un tiempo y lugar determinados. En el momento actual en que presentan una tendencia al sobrepeso, las curvas de crecimiento realizadas hasta ahora tienden a “normalizar el sobrepeso”. Sin embargo las curvas de la OMS describen el estándar de crecimiento en condiciones óptimas siendo un patrón internacional con validez mundial tanto en países en desarrollo como desarrollados.
 - Confirma que todas y todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, si reciben una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de pesos y tallas, durante los primeros 5 años de vida, demostrando que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los 5 años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

- Proporciona un conjunto de indicadores de crecimiento que permiten comparar parámetros del crecimiento como el peso y la longitud/talla de lactantes y niños/as, con un valor de referencia óptimo, facilitando la identificación temprana y la prevención de la subnutrición, el sobrepeso y los problemas de salud derivados.
 - Es un instrumento importante y valioso para los y las profesionales de la salud ya que permite evaluar el crecimiento y desarrollo de los y los niños a nivel individual y colectivo.
 - En la actualidad existe un amplio consenso internacional sobre la utilidad de los patrones de crecimiento de la OMS para evaluar el crecimiento en la infancia de 0 a 5 años, porque definen a la LM como el modelo normativo de crecimiento y desarrollo y son la mejor descripción del crecimiento fisiológico a esta edad. Por estas razones, consideramos que las nuevas curvas de la OMS aportan ventajas sustanciales y deberían incorporarse a la historia clínica de AP sin que ello suponga la desaparición de las actuales.
11. Promover el cambio institucional, orientado a mejorar las prácticas y rutinas efectuadas a madres y RN, difundiendo las recomendaciones de la OMS/UNICEF y su programa de acreditación de centros IHAN.

3.3.6. Cuidados del RN hospitalizado/a

Las unidades neonatales precisan el nuevo enfoque de cuidados centrados en la familia, basadas en un cambio de actitud que reconoce a la familia como referencia permanente en la vida del niño/a. Las madres y padres son sus cuidadores naturales y deben formar parte del equipo con los y las profesionales. Los y las RN tienen derecho a recibir estos cuidados maternos y paternos.

3.3.6.1. Participación de las familias en las unidades neonatales

Objetivo:

Reconocer a la familia como referencia permanente en la vida de los y las RN incluso durante su hospitalización, facilitando su implicación en los cuidados, participando en las decisiones y representando un apoyo muy valioso para el/la RN y para el equipo de profesionales.

Recomendaciones:

1. Favorecer el contacto físico (incluso las 24 hs del día) y la interacción de las y los RN con sus madres y padres ya que se han mostrado beneficios para ambos, adultos y niños/as.
2. El personal de la unidad neonatal debería atender tanto a las y los bebés como a las madres y padres.
3. Salvo que esté médicamente indicado, las y los RN enfermos no deberían recibir más que leche materna.
4. Los y las RN hospitalizadas en Unidades neonatales también deberían estar en contacto piel con piel con sus padres y madres el máximo tiempo posible.
5. Se debería permitir las visitas a bebés y padres/madres de otros miembros de la familia como hermanos/as y abuelos/as.
6. Permitir el traslado conjunto madre-RN en contacto piel con piel RN estables y no graves para traslados convencionales y de riesgo menor.
7. Evitar que la o el RN sea trasladado en incubadoras que no poseen dispositivos de seguridad homologados.

3.3.6.2. Cuidados madre/padre canguro**Objetivo:**

Fomentar la salud y el bienestar tanto de las y los RN prematuros como de su madre y padre mediante este método como alternativa a los cuidados en incubadora.

Recomendaciones:

1. Promover el cuidado canguro durante el ingreso de las y los RN en la unidad neonatal, ya que ha demostrado beneficios en términos de salud, no sólo físicos sino también mentales, tanto en bebés prematuros/as como en sus madres y padres.
2. Realizar los procedimientos dolorosos, si es posible, en cuidado canguro.
3. Tras el alta, si la o el bebé no ha llegado a la edad de término se puede mantener el cuidado canguro en domicilio con el apoyo adecuado.

4. Disponer de un protocolo escrito sobre el cuidado canguro en todas las unidades neonatales.

3.3.6.3. Analgesia no farmacológica

Objetivo:

Abordar la prevención y tratamiento del dolor de los y las RN como un derecho humano esencial y evitar sus consecuencias, como las alteraciones en el desarrollo cognitivo y de aprendizaje y el aumento de la morbilidad.

Recomendaciones:

1. En la o el RN a término, siempre que su estado no lo contraindique, se realizarán los procedimientos dolorosos mientras es amamantado y, al menos, 2 minutos de haber comenzado éste.
2. Cuando no sea posible el amamantamiento, administrar a las y los RN, sacarosa al 20% (0,2-05 ml) 2 minutos antes de las punciones del talón, venopunciones y otros procedimientos dolorosos.
3. Si el o la bebé no puede ser amamantada durante el procedimiento, ofrecer la posibilidad de succionar durante el procedimiento.
4. En neonatos/as prematuros/as, siempre que sea posible, se realizarán los procedimientos dolorosos en posición canguro.
5. Durante los procedimientos dolorosos se aplicará a los y las bebés maniobras de contención.

3.3.6.4. Cuidados y condiciones medioambientales

Objetivo:

Implantar las medidas que deben estar presentes durante la realización de cualquier cuidado o procedimiento tanto médico como de enfermería, orientadas a respetar en lo posible el derecho de la o el RN al reposo, silencio, oscuridad, proximidad, liberación del dolor y trato individualizado tanto para él como para su familia.

Recomendaciones:

1. Disminuir los niveles de ruido y de luz para favorecer el desarrollo sensorial de la o el RN y mejorar la calidad de la atención y comunicación del personal profesional.
2. Proporcionar posición en flexión, con apoyos de las extremidades adecuados y facilitando el encuentro con la línea media.
3. Se debe proporcionar contención a la vez que confort.
4. Mantener los niveles de ruido en las unidades neonatales por debajo de 45 dB (10 – 55 dB). Se acepta un máximo de 65-70 dB de forma transitoria.
5. Colocar sonómetros visibles en las paredes de las salas que pueden ayudar a adecuar el tono de voz, niveles de alarmas de respiradores y monitores, etc.
6. Mantener los niveles recomendados de iluminación en UCIN donde haya grandes prematuros entre 1-60 lux en la cuna o incubadora (RN menores de 30 semanas deberían estar a menos de 20 lux).
7. Evitar la exposición a luz directa de los neonatos prematuros. Colocarles en los lugares de penumbra o cubrirles los ojos en las manipulaciones en las que se precise alta intensidad lumínica. Si salen a canguro, se les debe proporcionar un ambiente en penumbra, sólo así abrirán los ojos y se permitirá una adecuada interacción.

3.3.6.5. Lactancia materna en bebés enfermos/as

Objetivo:

Informar a las madres de bebés ingresados/as la importancia de la LM para ayudar a la recuperación de su hijo/a, asesorar sobre extracción y transporte de LM y asegurar a las madres el libre acceso a sus hijos/as para facilitar el amamantamiento durante la estancia de las y los bebés en unidades de hospitalización.

Recomendaciones:

1. Instruir a las madres que han de separarse de su bebé enfermo/a o prematuro/a sobre las técnicas de extracción manual o el uso de extractores de leche eléctricos dobles, señalando la importancia de comenzar la extracción cuanto antes al menos en las primeras 6 horas postparto. Estas instrucciones incluirán:

- La extracción de al menos 5 veces al día y una de ellas en horario nocturno durante 15 minutos cada vez (o hasta que la leche deje de fluir).
 - Conozcan las técnicas que favorecen el reflejo de eyección de leche antes de la extracción (aplicación de calor, masajes, relajación y otros).
 - Almacenamiento, conservación, etiquetado y transporte adecuado de la leche materna, para poder ofrecer la leche a sus hijos/as en condiciones óptimas.
 - Información sobre cómo pueden conseguir un extractor doble antes del alta hospitalaria.
2. Animar a las madres a amamantar a demanda, tan pronto como la situación del o la bebé lo permita, durante la hospitalización.
 3. Las Instituciones promoverán una política de puertas abiertas en las unidades neonatales y de lactantes para favorecer el amamantamiento y el acompañamiento de RN y lactantes enfermos/as ofreciendo apoyo a las madres y ayuda práctica con comida y lugares apropiados de descanso al lado de sus hijos/as.
 4. Promover la implantación de los bancos de leche humana donada, animando a las madres a participar en ellos. Se contemplará siempre como primera alternativa, la leche humana donada de banco, si está disponible para las y los RN enfermos que no dispongan de suficiente leche de su propia madre. Dicha alternativa se ofrecerá y explicará a las madres y familiares.
 5. En caso de cesárea, permitir a la madre realizar el contacto piel con piel con el o la RN desde el momento mismo del nacimiento, en el propio quirófano, evitando la separación durante las horas de reanimación. Estas mujeres requieren más apoyo y ayuda para atender al o la RN e iniciar la LM, por lo que se les debería permitir estar acompañadas en todo momento por la persona de su elección.

3.3.6.6. Seguridad de pacientes RN

Objetivo:

Reducir el daño a los y las RN mediante la disminución de los eventos adversos prevenibles, tanto debidos a errores humanos como a fallos de los sistemas.

Recomendaciones:

1. Mejorar la cultura de seguridad en el personal profesional mediante la creación y mantenimiento de las siguientes estructuras:
 - Guías de práctica clínica/protocolos actualizados y destinados a estandarizar la atención en los momentos de mayor riesgo para la/el RN, al menos en monitorización fetal, resucitación neonatal y hemorragia masiva intraparto.
 - Garantizar el entrenamiento efectivo de todo el personal involucrado en situaciones de riesgo.
 - Crear un comité de perinatología que revise protocolos y actuaciones y proponga acciones de mejora.
 - Crear un sistema de notificación y aprendizaje de incidentes y eventos adversos.
2. Identificación inequívoca del o la RN que incluya:
 - Identificación del binomio madre-hijo/a
 - Identificación fiable, universal e inequívoca de RN, obligatoriamente utilizable en la realización de pruebas y en la administración de medicación o de hemoderivados.
 - Creación de pautas de seguridad de la institución dirigidas a evitar el robo o cambio de RN.
3. Disminuir la infección
 - Infección asociada a la atención sanitaria
 - Disponibilidad de solución hidroalcohólica en todos los puntos de atención.
 - Implantación de los 5 momentos de la OMS para la higiene de manos.
 - Implantar el protocolo de bacteriemia cero para la inserción y mantenimiento de catéteres centrales.
 - Infección de transmisión vertical
 - Implantar y monitorizar el cumplimiento de guías para disminuir el riesgo de infecciones de transmisión madre-hijo/a: hepatitis B, VIH, estreptococo agalactiae, etc.
4. Disminuir los eventos adversos relacionados con la medicación con especial énfasis en:

- Cálculo de la nueva medicación por dos personas.
- Evitar abreviaturas o definir un protocolo para utilizar en la unidad.
- Definir un protocolo para la dilución estandarizada de la medicación.

Atención en el Puerperio

Durante este periodo de reajuste en la vida de las mujeres, de sus familias y del entorno cercano, es importante ofrecer una atención sanitaria de calidad y que ayude a las mujeres a vivir este complejo proceso de manera serena y satisfactoria.

La OMS manifiesta que es esencial disponer de protocolos basados en evidencia sobre los cuidados puerperales para asegurar las buenas prácticas. Así, es necesario identificar los cuidados que toda mujer y su bebé deberían recibir en las primeras semanas después del parto, reconocer y tratar adecuadamente cualquier desviación de la normalidad y eliminar aquellas prácticas que no estén sustentadas por datos científicos o que se revelen como perjudiciales o innecesarias.

3.3.7. Cuidados propios del puerperio

Objetivo:

Promover la salud de las mujeres puérperas, atendiendo a los cambios físicos, emocionales y psicológicos que se producen durante este periodo y facilitar el asesoramiento y los cuidados necesarios para su bienestar.

Recomendaciones:

1. Transmitir que el nacimiento de un hijo/a requiere una **adaptación** y reestructuración psíquica importante para la mujer puérpera. Los reajustes psicológicos y emocionales son característicos de momentos vitales de transición y facilitan la adaptación al cambio.
2. Establecer rutinas de **exploración del bienestar emocional** de la puérpera, del apoyo recibido de su entorno, así como de sus estrategias psicoemocionales y recursos para el manejo de los asuntos diarios. Facilitar la comunicación entre familias/parejas y profesionales sanitarios para detectar cambios del estado de ánimo o comportamiento habitual de la

mujer. Explicar los cambios normales en el estado emocional a la mujer y su pareja durante el periodo puerperal.

3. Respetar la necesidad de descanso y horas suficientes de **sueño** desde la estancia de la madre en la maternidad. Alentar el descanso aprovechando las horas de sueño del o la bebé.
4. Promover un **entorno familiar** que apoye a las mujeres puérperas, procurando su necesario descanso. Que las personas que comparten el hogar se responsabilicen de las tareas cotidianas para optimizar la relación madre-bebé, potenciar el vínculo y apego y favorecer el mantenimiento de la LM sin complicaciones.
5. Promover la salud mental de la mujer puérpera fomentando su autocuidado y **empoderamiento**. Promocionar los recursos psicológicos individuales de cada mujer y de su entorno para facilitar la transición y promover un apego seguro, la lactancia, la crianza respetuosa y la formación de redes sociales de mujeres.
6. Desarrollar un **plan individualizado** y documentado de los cuidados en el puerperio tan pronto sea posible después del parto, e incluso en el periodo prenatal.
7. Capacitar a las mujeres para entender los cambios normales de su cuerpo en el puerperio y detectar posibles problemas.
8. Informar adecuadamente de los **cuidados de la zona perineal**, del modo de realizar los ejercicios de recuperación y del momento más adecuado.
9. Asesorar a las mujeres acerca de la **actividad física** en el postparto adecuada a sus condiciones previas, características, preferencias y necesidades.
10. Advertir a las mujeres en la primera visita puerperal, de las señales y síntomas de las **complicaciones graves** para que contacten inmediatamente con su profesional sanitario o soliciten ayuda en el servicio de urgencias.
11. Recomendar un adecuado **aporte nutricional y de líquidos**, especialmente si se lacta.
12. Promover una **visión amplia de la vivencia de la sexualidad** en el puerperio no centrada en la actividad coital. Fomentar la creación de espacios de confianza entre las mujeres y sus parejas junto con profesionales de AP para abordar las posibles dificultades y/o vivencias respecto a la sexualidad en este periodo.

13. Proporcionar consejo contraceptivo y desmontar falsos mitos y creencias.
14. Detectar signos y/o síntomas de problemas **en las mamas**.
15. Promover el mantenimiento de la LM:
 - **Apoyar la continuidad de la LM.** Uno de los aspectos que más pueden ayudar a mantener la LM es hacer el seguimiento del o la lactante con las **curvas de crecimiento la OMS**, ya que como los lactados al pecho tienen una menor ganancia ponderal que los alimentados con biberón, se les puede diagnosticar erróneamente de ganancia insuficiente de peso e indicar que introduzcan la lactancia mixta o artificial.
 - Dar a conocer al personal profesional sanitario los recursos existentes para consulta en caso de **administración de medicamentos** a una mujer lactante, capacitarles para conocer las nociones básicas de prescripción de fármacos en la lactancia e informarles de que apenas media docena de enfermedades maternas contraindican o hacen prácticamente imposible la lactancia.
 - Prevenir los problemas de salud de la mujer lactante y su hijo/a derivados de exposición a **riesgos en el puesto de trabajo y tóxicos medioambientales**.
16. Facilitar a las mujeres información adecuada sobre las diferentes opciones de alimentación de su RN en el momento de su **reincorporación a la vida laboral** y los riesgos y beneficios derivados de ellas. Informar sobre la compatibilidad de trabajo y LM.
17. Favorecer la **comunicación-verbalización por parte la púérpera de sus emociones**, especialmente de las consideradas negativas: sentimientos de inadecuación, no adaptación, incapacidad, cansancio, ira, rechazo, etc para evitar la culpabilidad consecuente y la aparición de sentimientos y estados depresivos. Tal tarea debe ser posibilitada también con el padre para favorecer su implicación/bienestar y para evitar la emergencia/agravación de violencia física y/o psicológica contra la mujer y el/la RN.

3.3.7.1. Potenciación de grupos de autoayuda y de apoyo a la lactancia materna

Objetivo:

Visibilizar la importancia de las organizaciones sociales, de madres y padres voluntarios con experiencia personal y formación adicional sobre la maternidad, paternidad y lactancia materna.

Recomendaciones:

1. El personal profesional responsable de garantizar la atención a la madre y a los y las RN deben conocer grupos ya establecidos en su área y facilitar el contacto a madres, padres y familias.
2. Facilitar el intercambio de información e ideas entre grupos y profesionales y que faciliten información científica actualizada sobre las recomendaciones de manejo de los problemas más frecuentes de lactancia.
3. Se deben establecer los cauces más apropiados para poner en contacto a las madres que precisen apoyo desde los hospitales y centros médicos con los grupos de apoyo y viceversa.
4. En el caso de que no existieran grupos de apoyo previamente establecidos se debe fomentar la creación de los mismos.

3.3.7.2. Atención en situaciones de mayor vulnerabilidad

Objetivo:

Facilitar que los/las profesionales que atienden a mujeres puérperas conozcan las características y necesidades de las mujeres que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad. Disponer de protocolos de actuación por escrito en hospitales y centros de AP.

Recomendaciones:

1. Facilitar que las y los profesionales puedan identificar las situaciones de mayor vulnerabilidad, evitando estigmatizar a las mujeres.
2. Disponer de información por escrito en los protocolos de atención al puerperio que definan las actuaciones necesarias en estos grupos de mujeres.
3. Eliminar las barreras derivadas de las necesidades específicas de mujeres de otras culturas y con diferentes capacidades.
4. Facilitar acceso sencillo y rápido a profesionales de atención psicosocial a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad (mujeres solas, adolescentes, etc, en situaciones de riesgo social o que han sufrido o sufren violencia de género).
5. Evitar la adopción de medidas especiales que puedan discriminar.

6. El personal sanitario debe conocer los factores de riesgo, señales y síntomas de violencia de género y saber como proceder siguiendo las directrices del “Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la violencia de género”¹³.

3.3.7.3. Apoyo en situaciones de pérdida y duelo

Objetivo:

Realizar un enfoque de la atención centrada en las necesidades de la mujer y su familia o entorno cercano. Facilitar que las/los profesionales que atienden a mujeres tras una pérdida perinatal conozcan los protocolos de actuación adecuados para estas situaciones.

Recomendaciones:

1. Tener protocolos por escrito conocidos por todo el personal y basados en el conocimiento científico que extremen la atención a los aspectos humanos.
2. Respetar las necesidades individuales que expresen las mujeres y su acompañante/s y ofrecerles espacios físicos y tiempo de intimidad, la posibilidad de ver y estar con su bebé y abrazarlo si lo desean, así como respetar su decisión de no hacerlo.
3. Ofrecer la posibilidad de conservar unos recuerdos.
4. Referirse al bebé utilizando su nombre. Dar una explicación y responder las dudas todas las veces que sea necesario sobre lo que ha sucedido.
5. Involucrar a la madre y su pareja en las decisiones respecto al destino del cuerpo del o la bebé, respetando su decisión.
6. Ofrecer ayuda psicológica. No minimizar el dolor, permitir expresarlo sin juicio, mediante escucha empática.
7. Asesorar a la madre sobre la inhibición de lactancia o destete tanto natural como farmacológico.

¹³ <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

3.3.8. Atención sanitaria en el puerperio

Tras el parto las mujeres se enfrentan a una nueva y compleja situación. Por un lado, experimentan un reajuste fisiológico, cambios físicos y emocionales y la necesidad de recuperación ante el cansancio por el esfuerzo realizado. Al mismo tiempo, el cuidado del o la RN requiere un estado de alerta continua y un esfuerzo de adaptación a la nueva situación, especialmente durante los primeros meses, que puede absorber gran parte del tiempo y energía de la madre.

En esta nueva etapa resulta difícil compatibilizar los cuidados del o la bebé, el propio autocuidado y las tareas habituales, por lo que quedan restringidas o desaparecen las relaciones sociales y actividades placenteras. Además debe tenerse en cuenta que después del nacimiento, el foco de atención familiar y social se desplaza de la mujer al bebé y la madre queda relegada frecuentemente a un segundo plano. Paradójicamente, el estado hormonal en el puerperio de la mujer, especialmente si elige la LM, la orienta hacia la atención a su nueva hija o hijo, y ella se auto-impone a veces tareas intelectuales que en ocasiones son exigencias o presiones externas y puede elegir posponer uno o varios meses si ello no perjudica a su vida laboral o social, siempre dentro de una elección personal. Saber que este es un proceso pasajero y fisiológico puede ayudarle a comprender los estados que experimenta y a tomar decisiones para realizar los ajustes que necesite en su vida familiar, laboral y social.

En este contexto es frecuente la aparición de problemas físicos y emocionales en las mujeres que tienden a incrementarse con el tiempo. Los dolores de espalda, de cabeza, el cansancio extremo, así como la ansiedad y depresión interfieren notablemente en el día a día de las mujeres y a menudo hacen que se sientan culpables por no responder adecuadamente a la imagen de madre competente, feliz y saludable.

Por todo ello el puerperio representa una etapa en la que prestar especial atención a las mujeres para promover su salud, prevenir posibles problemas y apoyar su bienestar favoreciendo y aconsejando la plena implicación de la pareja, el apoyo familiar y las redes sociales de autoayuda.

3.3.8.1. Cronograma de visitas y exploraciones

Objetivo:

Realizar el seguimiento de la evolución del puerperio con un esquema de atención cercano y continuado entre estancia hospitalaria y alta, y que tanto

el personal sanitario como las mujeres conozcan los momentos óptimos para realizar las visitas puerperales, su contenido y sus objetivos.

Recomendaciones:

1. En las **2 primeras horas** realizar contacto ininterrumpido piel con piel y facilitar inicio espontáneo y no interferido de la LM. Realizar seguimiento del estado físico de las madres para vigilar su normal recuperación, sin interferir en la unión madre-bebé. Estar alerta y seguir protocolos escritos para detectar cualquier signo o síntoma en relación a hipovolemia, sangrado excesivo, retención urinaria, fiebre, infección, dificultad respiratoria, cefalea intensa u otras alteraciones.
2. En las **primeras 24/48 horas**, continuar la valoración de la salud materna mediante protocolos escritos y elaborar, junto con la mujer, un plan de cuidados individualizado. Apoyar a las mujeres en la LM o informarlas si optan por la alimentación artificial. Facilitar la oportunidad de hablar sobre su parto.
3. Tras el alta hospitalaria, preguntar a las mujeres **en cada visita puerperal**, sobre su bienestar físico y emocional, sobre el apoyo familiar y social que tienen y por sus estrategias para manejar asuntos cotidianos.
4. Ofrecer información y consejo en cada visita puerperal, para ayudar a valorar la condición general del bebé e **identificar las señales o síntomas** de problemas de salud.
5. En la **primera semana**, ofrecer inmunización a las mujeres Rh negativas. Valorar estreñimiento y otros síntomas. Observar la relación madre-RN y valorar el apoyo familiar o del entorno cercano.
6. En las **2-8 semanas posparto**, informar a las mujeres y sus parejas acerca de las particularidades de la sexualidad y anticoncepción en este periodo. Ofrecer a todas las mujeres una revisión **a las 6-8 semanas** que se centre en su salud física y emocional. Advertirles que contacten con un/a profesional sanitario en el caso de sangrado vaginal, dolor severo o persistente o cualquier anomalía que limite las actividades diarias.

3.3.8.2. Prevención y cuidados de alteraciones físicas

Objetivo:

Detectar la aparición de problemas, facilitar una atención rápida y eficaz y prevenir las posibles complicaciones.

Recomendaciones:

1. Preguntar a las mujeres en cada visita puerperal si tienen molestias o alguna preocupación sobre el proceso de curación de cualquier **herida perineal o episiotomía** valorando signos y/o síntomas de infección o dehiscencia y ofrecer una exploración. Explicar a las mujeres la importancia de la higiene perineal y cómo realizarla.
2. Ofrecer una valoración del perineo a las mujeres que experimenten **dispareunia** a las 6 semanas después del parto. Preguntar y advertir a las mujeres a las que se les ha aplicado una analgesia epidural o espinal que consulten ante cualquier **cefalea o migraña** severa en cada visita puerperal. Asimismo ofrecer consejos sobre la relajación, descanso, sueño suficiente y cómo evitar factores asociados con la aparición de migrañas.
3. Valorar las causas físicas, psicológicas y sociales subyacentes si existe **fatiga puerperal** persistente que afecte al modo en que la mujer cuida de sí misma y de su bebé y, en su caso, ofrecer consejos sobre dieta, ejercicio y planificación de actividades, incluyendo el tiempo que pasan con sus bebés y la ayuda que reciben en las tareas que realizan.
4. Ofrecer asesoramiento a las mujeres con **estreñimiento** e incomodidad, valorar la dieta e ingesta de líquidos y tratar con laxante suave si las medidas alimenticias no son eficaces. Aconsejar medidas alimenticias a las mujeres con **hemorroides** para evitar el estreñimiento y ofrecerles un control basado en protocolos de tratamiento local y valorar aquellos casos más severos por si necesita un tratamiento urgente.
5. Preguntar a las mujeres puérperas acerca de **incontinencia fecal**. Valorar la severidad, duración y frecuencia de los síntomas explicando autocuidados. Si éstos no se resuelven o son severos en un inicio, remitir para evaluación en profundidad por profesionales expertas/os.
6. Explicar los ejercicios de suelo pélvico y buenos hábitos a las mujeres con pérdidas involuntarias de pequeñas cantidades de orina. Valorar y realizar un tratamiento especializado de la **incontinencia urinaria** por fisioterapeutas en aquellos casos que no se resuelvan o empeoren.

3.3.8.3. Atención a problemas de salud mental

Objetivo:

Prevenir e identificar precozmente la psicopatología posparto, facilitando la atención específica a las diferentes necesidades de las mujeres por cultura, idioma, distinta capacidad, creencias, etc. Establecer criterios de diagnóstico y en su caso derivar para su tratamiento.

Recomendaciones:

1. Favorecer el sueño materno en puerperio inmediato. No despertar a las madres durante su estancia en la maternidad para pruebas o procedimientos no urgentes y favorecer y permitir el co-lecho seguro (cuna sidecar, cama amplia...). Informar a las madres de la importancia de dormir o descansar durante los primeros días cada vez que duerma el o la bebé como manera de prevenir depresión posparto.
2. Identificar los signos y síntomas de los problemas de salud mental materna (depresión posparto, psicosis puerperal, trastorno de estrés postraumático posparto, etc.) que podrían experimentarse en las semanas y meses después del parto, recomendando un acompañamiento preventivo (por parte de una persona cercana y/o profesional de la salud mental) y un seguimiento estrecho.
3. En cada visita puerperal se recomienda la exploración del bienestar emocional de la puerpera, del apoyo recibido por su entorno y de su resiliencia y recursos para el manejo de los asuntos diarios. Se debería facilitar la comunicación entre sus familias/parejas y profesionales sanitarios para facilitar la detección de cambios del estado de ánimo o comportamiento.
4. En el plan de tratamiento de los trastornos mentales del puerperio siempre se tendrá en cuenta al o la RN y a la pareja.
5. Realizar acciones preventivas en relación al Trastorno de Estrés Post-traumático Posparto (TEPT): sensibilizar al personal profesional acerca de los síntomas, riesgos y consecuencias del TEPT para la salud de la díada madre/RN; implementar buenas prácticas de atención al parto que reducen el riesgo de que se presente el TEPT; facilitar atención psicológica a las mujeres afectadas y seguimiento cercano en sus dificultades con la maternidad desde AP.
6. Facilitar que los/las profesionales que atienden a madres, bebés y familiares conozcan los estados emocionales considerados no patológicos

del puerperio normal, el modo de ayudar a entenderlos y manejarlos y a diferenciarlos de los síntomas o signos de psicopatología, así como el modo de prevenir algunos trastornos derivados de la falta de sueño, acompañamiento afectivo o falta de información.

3.3.8.4. Características del puerperio tras cesárea

Objetivo:

Informar a las mujeres puérperas y sus parejas, familiares o acompañantes acerca de los cuidados que precisa una mujer tras una cesárea y prevenir, detectar y resolver los problemas específicos de salud físicos, psicológicos y sociales a los que se enfrentan estas mujeres.

Recomendaciones:

1. Promover las buenas prácticas que favorecen la recuperación de la mujer y que el impacto emocional, personal y familiar sea el menor posible. Favorecer la LM tras cesárea mediante inicio inmediato como en un parto normal, y facilitando apoyo extra durante su estancia en el centro.
2. Realizar contacto precoz piel con piel madre-bebé inmediato tras cesárea en quirófano salvo complicaciones que lo impidan. Permitir la presencia y acompañamiento del padre o pareja en el proceso siempre que la mujer lo desee.
3. Proporcionar analgesia adecuada y suficiente, pautada y no a demanda. Disponer de protocolos escritos de analgesia tras cesárea.
4. Disponer de un protocolo escrito que recoja los cuidados post-cesárea.
5. Evaluar el estado de bienestar emocional de la mujer durante su estancia hospitalaria y al alta, estando alerta ante signos o síntomas de malestar psicológico o de síndrome de estrés postraumático.

3.3.8.5. Detección y abordaje de complicaciones graves

Objetivo:

Identificar y tratar a tiempo aquellas complicaciones que puedan poner en riesgo la vida de la mujer disponiendo de protocolos escritos. Informar e instruir

a las mujeres y sus familias para poder detectar signos y síntomas de alarma, sin intranquilizar cuando no existen complicaciones.

Recomendaciones:

1. Valorar cualquier anormalidad del **sangrado vaginal**, posición y/o tamaño del útero. Seguir protocolo de actuación urgente si se detectan desviaciones de la normalidad.
2. Medir al menos una vez la presión arterial tras el nacimiento y documentarla dentro de las primeras 6 horas después del parto según protocolo escrito. Si hay síntomas de **pre-eclampsia** repetir la determinación, y si está acompañada de otro signo o síntoma valorar una actuación de urgencia.
3. Animar a las mujeres a moverse lo antes posible después del parto. Prestar especial atención a las mujeres obesas o con varices, ya que tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones **trombo-embólicas**
4. Valorar la posibilidad de una **trombosis venosa profunda** en aquellas mujeres con dolor unilateral, enrojecimiento o inflamación de las extremidades inferiores (acción de urgencia).
5. Valorar a las mujeres con dificultad respiratoria o dolor torácico para descartar un **trombo-embolismo pulmonar** (acción de urgencia).

Aspectos transversales

Para lograr los objetivos planteados en esta ENSSR, es necesario actuar en los distintos ámbitos, desde las distintas perspectivas y con los diferentes elementos que intervienen en la atención al proceso reproductivo, siendo ineludible poner todo el empeño en que profesionales y personas usuarias comprendan en profundidad lo que significa el cambio de paradigma en la atención al proceso del nacimiento.

Por un lado, se precisa el compromiso e impulso desde las instituciones. En este caso, el MSPS promoviendo el desarrollo e implementación de esta Estrategia, y las CCAA materializando su compromiso de llevar a la práctica en sus territorios los objetivos y recomendaciones que contempla.

También es necesaria la contribución de las sociedades científicas y profesionales, que ya han avanzado en los últimos años en esta dirección

elaborando nuevos protocolos que centran la atención en el respeto a la fisiología, y en la no intervención, siempre que no haya indicación clínica para ello, prestando especial esmero a los aspectos humanos y familiares, al objeto de difundir entre todas y todos los profesionales este nuevo enfoque basado en la evidencia científica y los conocimientos actuales.

Por otro lado resulta imprescindible la participación activa de las mujeres en su propio proceso, y el apoyo de las parejas o personas acompañantes que ella elija. Las mujeres deben disponer de toda la información adecuada y comprensible, del acompañamiento necesario por parte del personal experto y de la empatía de las personas de su entorno para sentirse seguras y acompañadas, poder expresar sus deseos y necesidades, tomar las decisiones más adecuadas y desarrollar así todo su potencial.

3.3.9. Formación de profesionales

La EAPN en el SNS contempla como una de sus líneas estratégicas prioritarias la formación de profesionales (matronas, ginecólogos/as, pediatras, anestesistas y personal de enfermería) en relación con el proceso del parto y nacimiento.

En la ENSSR se mantiene esta prioridad y se señala como línea estratégica transversal para todos los niveles de la atención en el proceso reproductivo y para todos los sectores profesionales relacionados con la atención a las mujeres, las y los RN y las familias en esta vivencia única y singular en sus vidas.

Una de las mayores dificultades para cambiar las rutinas de las prácticas clínicas y mejorar la calidad y calidez de la atención se encuentra en la formación recibida. Resulta necesario actualizar los conocimientos y habilidades, profundizando en la comprensión de la fisiología del parto desde un enfoque de género y teniendo presente que se trata de una atención hospitalaria a un proceso de salud, no de enfermedad.

La formación de profesionales ha de reflejar en sus contenidos los conocimientos actualizados en base a la evidencia científica disponible y formar parte de los programas reglados de la formación de la especialidad en obstetricia y ginecología, pediatría, anestesiología y enfermería obstétrico-ginecológica (matronas). También debe contemplarse en los programas de formación continuada de todo el personal relacionado con el proceso reproductivo, incluso tenerse en cuenta la realización de cursos de formación de formadores/as, para que pueda llegar a más profesionales en menor tiempo.

Por tanto, se considera necesario promover un cambio y para ello, resulta imprescindible impulsar la formación de profesionales para que comprendan en profundidad las implicaciones de una atención basada en la evidencia disponible actualmente y los beneficios de la desmedicalización de los procesos normales de salud, diferenciándolos de las patologías, para las que se dispone de otros recursos.

Objetivos:

Sensibilizar y concienciar a los y las profesionales del SNS para que incluyan en sus prácticas clínicas y de cuidados, los objetivos y recomendaciones de esta Estrategia.

Actualizar los conocimientos y habilidades del personal sanitario relacionado con el proceso reproductivo, en base a la evidencia científica y las buenas prácticas existentes.

Recomendaciones:

1. Realizar actividades formativas como medio eficaz para el cambio de prácticas, actitudes y aptitudes con la adecuada comprensión del cambio de paradigma en la atención al proceso del parto y nacimiento, basado en el respeto a la mujer y la fisiología, como mejor método de asegurar una atención sana y satisfactoria, en ausencia de complicaciones.
2. Continuar con la formación emprendida desde el Programa Formativo de la EAPN y realizar los cursos de formación para formar en todas las CCAA, logrando llegar a más profesionales en menor tiempo, para impulsar los cambios de prácticas en todo el territorio español.
3. Capacitar al personal sanitario y auxiliar de estos servicios para mejorar la comunicación con las mujeres y familias.
4. Incorporar las recomendaciones planteadas en los apartados de embarazo, neonatal y puerperio de la presente Estrategia, en todos los programas de Formación Continuada de profesionales relacionados/as con el proceso reproductivo.
5. Contemplar las citadas recomendaciones en la formación de la especialidad médica en obstetricia y ginecología, en pediatría, en anestesiología y de enfermería obstétrico-ginecológica (matronas). Impulsar la reestructuración de los planes de estudio y la coordinación con la Comisiones Nacionales de las Especialidades y entre los Departamentos de Sanidad y Educación.

6. Financiar actividades formativas en los proyectos que las Administraciones Autonómicas presentan para ser subvencionados por el MSPS.
7. Facilitar información y formación al personal eventual de estos servicios, mediante protocolos por escrito visibles en las unidades o que se entreguen al inicio de su trabajo en la unidad de forma sistemática.
8. Facilitar información a los y las profesionales sobre las necesidades, y problemas específicos que tienen las mujeres inmigrantes o de otras culturas, las adolescentes, aquellas con diferencias de capacidad y las que tienen un antecedente de violencia de género y/o abuso sexual, y los posibles síntomas, signos y reacciones que pueden presentar estas mujeres, sean conscientes de su antecedente o no. Establecer cauces de apoyo y seguimiento de estas mujeres.

3.3.10. Participación de las mujeres y las parejas

La progresiva medicalización del proceso reproductivo en los últimos años ha conducido a un exceso de intervenciones sanitarias, lo que ha provocado la invisibilidad del papel principal de las mujeres y también el distanciamiento o ausencia del papel del padre o pareja y de su entrono afectivo de apoyo.

Para que exista una participación real de las mujeres y sus parejas es necesario que dispongan de información global sobre el proceso, de información específica acerca de cada una de las etapas y sobre las posibilidades y recursos existentes para la toma de las decisiones más acertadas y su implicación en el desarrollo del proceso. Además, deben contemplarse las circunstancias específicas de cada mujer y pareja, como son la multiculturalidad y la discapacidad que requieren una atención concreta.

La información facilitada a las mujeres y sus parejas, como herramienta de ayuda para la toma de decisiones, debe basarse en evidencias documentadas y buenas prácticas acerca de la efectividad, los beneficios y los riesgos de las opciones existentes y que se ofrecen. Debe ser adecuada y oportuna en cada caso y respetuosa con el derecho a conocer la verdad sobre el proceso de salud. Por último, debe asegurarse que sea comprendida mediante mecanismos institucionales que sirvan de sustento a la comunicación y participación efectiva.

Disponer de información veraz también asegura la capacidad de cuestionar y observar con mirada crítica informaciones contenidas en los distintos medios de comunicación, al objeto de discernir la que está basada en

criterios técnicos auténticos, de aquella que responde a intereses comerciales. Asimismo, permite eliminar consejos o actuaciones que no estén sustentadas por evidencia científica o el sentido común.

Reconocer y favorecer los derechos laborales de las mujeres y las parejas para que ambos puedan vivir el proceso de forma satisfactoria y conciliar la vida personal, familiar y laboral para la crianza y la corresponsabilidad de la pareja. Restringir a las mujeres sus derechos laborales puede dificultar su recuperación física o emocional y la adecuada atención a las necesidades nutricionales de los y las lactantes. Valorar la mejora de esos derechos es una garantía para promover la plena salud del bebé y de ambos miembros de la pareja, desde una perspectiva amplia bio-psico-social.

Participación de las mujeres

La participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones se contempla en la EAPN como una de sus líneas estratégicas. Avalada por la evidencia científica, destaca el papel principal que desempeñan las mujeres. Esta filosofía se hace extensiva al proceso del embarazo, el puerperio y a la atención a los y las RN.

La ENSSR mantiene esta prioridad como línea estratégica transversal para todo el proceso, planteando la necesidad de ofrecer a las mujeres desde el comienzo del embarazo la información adecuada y el acompañamiento experto de profesionales que faciliten la participación activa de las mujeres. Empoderarlas para desarrollar la capacidad de reconocer la evolución del proceso, de opinar, de discutir con las y los profesionales que las atienden acerca de sus cuidados, favorece la toma de decisiones adecuadas tras comprender la información y las opciones, contribuye a aumentar su seguridad y a generar una relación más igualitaria, basada en conocimientos y expectativas de ambas partes.

Además, debe ofrecerse información sobre la organización y los recursos con los que cuenta el servicio y los procedimientos establecidos en sus protocolos ya que las usuarias que participan junto a profesionales en las decisiones se sienten más satisfechas con la atención recibida y con los resultados que obtienen. La corresponsabilidad en las decisiones, en la práctica, conlleva un mayor respeto por las preferencias de las usuarias y una mayor valoración del papel profesional. En el consenso y toma de decisiones conjunta se clarifican las opciones y se exponen creencias, valores, temores y experiencias, que constituyen un vínculo de respeto y reconocimiento mutuo en la relación usuaria-profesional, que se sustancia en un aumento de la satisfacción de las usuarias y en una disminución de las demandas y denuncias.

En la actualidad, gran parte de la población está concienciada de la importancia de respetar la fisiología de los procesos de salud y es creciente el colectivo de mujeres y parejas informadas que valoran una atención personalizada, íntima y de calidad.

Objetivo:

Promover que la mujer sea la protagonista en el proceso, potenciando su capacidad de resiliencia para facilitar el progreso fisiológico y la toma de decisiones.

Recomendaciones:

1. Facilitar que las mujeres movilicen todos sus recursos, sus deseos vitales, su impulso y la satisfacción de vivirlo.
2. Dar información completa, oportuna, adecuada y comprensible a las mujeres desde el comienzo del embarazo.
3. Promover que las mujeres expongan su vivencia, valores, expectativas, experiencias y miedos. Asegurar la comunicación entre profesionales y usuarias y sus familias y ofrecer la información considerando cada caso y necesidades.
4. Establecer Programas de Preparación Prenatal que informen sobre los cambios fisiológicos en el embarazo, que tengan en cuenta los aspectos afectivos, cognitivos y emocionales, incorporando estrategias didácticas y participativas así como el entrenamiento psicofísico. Además de dar información deben promover la implicación y participación activa de las mujeres. Así mismo, deben contemplar actividades individuales y de la pareja, no sólo grupales.
5. Asegurarse que las mujeres embarazadas se sienten apoyadas, que comprenden la indicación, riesgo y resultado de pruebas y procedimientos así como la no necesidad de su realización.
6. Respetar las decisiones tomadas por las mujeres acerca de la atención que desean recibir dentro del marco de seguridad y calidad de esta Estrategia.
7. Reconocer y garantizar el derecho de la madre sobre cualquier decisión en relación con su RN y pedir su consentimiento.
8. Dar a conocer experiencias positivas de procesos y partos no medicalizados (vídeos, testimonios de mujeres, etc.).

9. Promover la inclusión de representantes de personas usuarias en los comités de parto y lactancia materna de los hospitales y/o áreas de salud.
10. Fomentar los grupos de apoyo y autoayuda de referencia en los centros o áreas sanitarias.
11. Colaborar con las organizaciones sociales sin ánimo de lucro que trabajan con los mismos objetivos planteados en este documento y puedan canalizar sus aportaciones mediante el Comité Técnico de la Estrategia.
12. Difundir la ENSSR para conocimiento general de la población y especialmente de las mujeres en edad fértil y de sus parejas.
13. Facilitar un acceso sencillo y rápido a profesionales de atención psicosocial a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad (mujeres solas, adolescentes, o en situaciones de riesgo social).

Participación de las parejas

Los grandes cambios experimentados en España en los últimos años señalan como principios básicos la libertad e igualdad en las relaciones interpersonales y declaran la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos de la vida. Se ha pasado de un matrimonio basado en la autoridad de los hombres y la dependencia de las mujeres, a una unión con igualdad de derechos para ambas personas. El que hombres y mujeres sean efectivamente iguales en derechos y obligaciones conlleva una transformación de las relaciones familiares y un cambio trascendental en sus vidas.

Los padres y/o parejas parecían estar olvidados cuando se hablaba del bienestar de las familias, como si éste dependiera únicamente de las mujeres. La sociedad actual reconoce la necesidad de apoyar y reconocer el papel y participación del padre y/o pareja en la gestación, nacimiento y crianza de hijos e hijas.

La presencia del padre o pareja, sus cuidados y su atención emocional, son una necesidad para sus hijos e hijas y está reconocido como uno de los factores que refuerzan una infancia satisfactoria, saludable y feliz. Lograr que sea una realidad depende mucho de la organización social, de las regulaciones laborales y de medidas políticas que lo hagan posible.

Los cambios sociales recientes, promovidos principalmente por las mujeres con su incorporación al mundo exterior y al trabajo fuera del hogar, la reducción del número de hijos/as y el acceso mayoritario a la universidad,

han producido paralelamente cuestionamientos en la base del rol tradicional de los hombres, para construir los conceptos y la base ideológica de la masculinidad actual.

En estos procesos de cambio se abandonan certezas ancestrales y aparecen incertidumbres e inseguridades en el camino de construir el nuevo rol basado en la igualdad de derechos, en un equitativo reparto de responsabilidades, en la actitud para contribuir en los cuidados y poder hacer visible las emociones y sentimientos. Es un modelo en transición que tiene como paradigma otro aún más igualitario que equilibre tanto los beneficios como los esfuerzos de la paternidad con los de la maternidad.

En este contexto, aunque el trabajo continúa siendo el centro de la vida de los hombres y la base sobre la que construyen su vida, sus relaciones y sus vínculos, y así planteado resulta un obstáculo para tener responsabilidades domésticas y familiares, la paternidad está comenzando a adquirir una nueva dimensión. Al igual que las mujeres buscan espacios en la vida social, para los hombres se abren nuevas posibilidades para su protagonismo en la familia y el hogar. Las nuevas formas de ser padre tienen su origen en la transformación de las mujeres.

Interiorizar la paternidad representa un proceso complejo que implica un cambio de valores en relación con la propia identidad. La paternidad actualmente representa un cambio profundo respecto a los modelos paternos de la familia de origen.

El concepto de paternidad actual abandona el papel tradicional del padre ausente (sin cercanía ni ternura) y reclama un modelo en el que adquiere un mayor protagonismo los hijos y las hijas en la vida de los padres, como una necesidad de relación mutua y en consonancia y reciprocidad con la madre/pareja.

Los efectos positivos de la implicación del padre que se refleja en la evidencia sobre la salud y desarrollo de las hijas/os deberían tenerse en cuenta y fomentarse desde el comienzo del embarazo, durante todo el periodo antenatal (control y educación maternal), durante el nacimiento y continuarse durante todo el proceso de crianza. El fortalecimiento de la implicación del padre debería de seguir siendo una de las líneas principales de mejora en la atención perinatal en nuestros sistemas de salud debido a las importantes consecuencias para la salud de su pareja, el embarazo y su bebé, no en sustitución de la figura materna sino como complemento a una participación conjunta en el proceso, desde las capacidades, condicionamientos biológicos y elecciones personales, laborales y sociables de cada cual.

Objetivos:

Facilitar la participación de las parejas desde el comienzo del embarazo, en el parto y en el puerperio, para que puedan implicarse y realizar el acompañamiento adecuado a las mujeres en cada etapa, ofreciendo el apoyo psicológico, emocional y físico, inherente a la corresponsabilidad.

Promover la igualdad de responsabilidades entre el padre y la madre en todas las tareas que ambos pueden realizar, desarrollando acciones que capaciten a los hombres para las tareas de la crianza.

Recomendaciones:

1. Promover la participación de la pareja en los Programas de Preparación Prenatal, para que cuenten con la información sobre los cambios físicos, psicológicos y emocionales de la mujer y los suyos propios durante el embarazo y puedan dar el apoyo oportuno; conocer el papel que pueden desarrollar en el parto y nacimiento; y la importancia de su apoyo en los cuidados postnatales y en la corresponsabilidad en la crianza.
2. Informar a la pareja sobre las necesidades específicas de cada mujer en el acompañamiento y el apoyo efectivo en el proceso.
3. Promover la comunicación individualizada para que los padres/parejas puedan exponer sus temores, inseguridades y expectativas.
4. Establecer canales formales de participación de las parejas a lo largo de todo el proceso.
5. Mostrar experiencias positivas y ejemplos a seguir (vídeos, testimonios, ...)
6. Difundir la estrategia en organizaciones sociales y ciudadanas y en colectivos específicos.
7. Aconsejar que el padre/pareja deje de fumar, o que no lo haga delante de la mujer y dentro de la casa, para mejorar la salud de la madre, del o la RN y de él mismo. Apuntar la situación considerada como una gran oportunidad para dejar de fumar y mejorar la salud familiar.
8. Procurar que todo el entorno familiar adopte hábitos de alimentación definidos como adecuados en la gestación, para evitar la sobrecarga de trabajo de preparar diferentes menús.
9. Proteger el necesario descanso de la mujer, facilitando un ritmo familiar en que se aseguren a la gestante suficientes horas de descanso nocturno y/o periodos de sueño y/o descanso durante el día.

10. Evitar consumir alcohol u otras sustancias tóxicas en casa y en la vida social común, para evitar el deseo de consumo de la mujer.
11. Evitar el riesgo de infecciones de transmisión sexual a la embarazada, tomando las medidas adecuadas.
12. Compartir efectivamente las tareas cotidianas, evitando que las mujeres embarazadas o puérperas tengan sobrecargada de tareas y facilitando así que puedan tener el descanso necesario.
13. Identificar las necesidades específicas de los hombres/pareja respecto al proceso del embarazo, parto y paternidad en general.
14. Implicar al padre en los programas y consultas de planificación familiar, ya que los padres que deseaban el embarazo tienen mayor probabilidad de tomar parte en él.
15. Promover la corresponsabilidad dentro del entorno doméstico para facilitar el descanso y la recuperación de las mujeres tras el nacimiento de sus bebés.

Atención a la multiculturalidad

Objetivos:

Asegurar una atención adecuada a las mujeres inmigrantes y sus parejas en el proceso, facilitando su participación, contemplando las particularidades de cada caso y disponiendo de los medios adecuados para minimizar las posibles barreras culturales e idiomáticas.

Recomendaciones:

1. Facilitar desde AP todo lo necesario para una rápida incorporación al seguimiento del embarazo, dado que la asistencia sanitaria es universal, garantizada por ley a las mujeres desde el embarazo hasta el puerperio y a las o los RN.
2. Ofrecer atención específica según las diferentes necesidades de las mujeres por su cultura, idioma, distinta capacidad, creencias o experiencias previas.
3. Disponer de los protocolos de atención que definan las actuaciones necesarias en estos grupos de mujeres, evitando tomar medidas que puedan significar discriminación. Más que generar recursos especiales, se tratará de normalizar la atención de calidad, ya que en la medida en

que las usuarias en general sean bien atendidas, también lo estarán las personas inmigrantes.

4. Facilitar materiales informativos (vídeos, folletos, pictogramas, etc.) en los distintos idiomas para facilitar la comunicación y asegurar la comprensión de lo que sucede. Contemplar otros posibles recursos como la traducción simultánea y la mediación cultural.
5. Potenciar la comunicación ayudando a desarrollar habilidades de empatía y escucha que faciliten mayor bienestar a usuarias y personal sanitario, aumentando la capacidad de tomar decisiones informadas.
6. Mejorar la información y el conocimiento de las patologías específicas según los países de origen.
7. Asumir la necesidad de garantizar los derechos efectivos de acceso a la atención sanitaria y educativa de los menores y las mujeres embarazadas extranjeras con independencia de su origen y situación administrativa, cumpliendo la legislación vigente (LO/96).
8. Prestar atención a posibles signos de violencia de género, del mismo modo que se señala en el apartado general de atención al embarazo de esta Estrategia.

Atención a la discapacidad

Objetivos:

Asegurar una atención adecuada a las mujeres con discapacidad. Ofrecer los medios estructurales y la información necesaria que permitan ejercer su derecho a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos/as que desean, el espaciamiento entre ellos y la manera satisfactoria de llevarlo a cabo.

Facilitar la participación de las mujeres con discapacidad y sus parejas en el proceso, contemplando sus circunstancias, particularidades, deseos y expectativas y disponer de los medios adecuados y la información accesible en cada caso.

Recomendaciones:

1. Facilitar la accesibilidad en general, eliminando las barreras arquitectónicas, de enseres, de información y de organización.

2. Disponer de protocolos de atención ajustados a las distintas discapacidades, que definan las actuaciones necesarias en las diferentes situaciones, evitando el intervencionismo injustificado y las acciones que puedan significar discriminación.
3. Potenciar de manera especial la capacidad de resiliencia de las mujeres con discapacidad, resaltando sus fortalezas, habilidades y progresos y ofrecer el apoyo necesario en los aspectos de mayor vulnerabilidad con empatía, calidad de escucha y confianza en su capacidad encubierta bajo su disfuncionamiento.
4. Diseñar programas específicos de salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta las diversas necesidades en función de los diferentes tipos de discapacidad, incluyendo la garantía de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones respecto a la interrupción voluntaria de su embarazo.
5. Potenciar la comunicación entre las mujeres con discapacidad y el personal sanitario, desde la óptica de consideración de personas usuarias desmitificando los estereotipos, mitos y prejuicios.
6. Promover acciones para incrementar la autonomía de las mujeres con discapacidad en el ámbito familiar para evitar la sobreprotección y a la vez, promover la participación de la pareja y el apoyo familiar en las tareas del hogar y en los cuidados necesarios según cada caso.
7. Crear puntos de información entre mujeres con discapacidad que quieran ser madres y aquellas que ya lo han sido. Apoyar la existencia de grupos de ayuda mutua a través del propio tejido asociativo de mujeres o de personas con discapacidad.
8. Desarrollar programas en contacto con servicios sociales para la provisión de servicios y apoyo específico a madres con discapacidad durante la lactancia.

3.3.11. Coordinación institucional

Para ayudar a que el SNS responda a los nuevos desafíos y dar continuidad y cumplimiento a los acuerdos de la Conferencia de Presidentes celebrada en septiembre de 2005, se aborda en esta ocasión el Plan de Calidad para el SNS desarrollando esta Estrategia como una apuesta para implementar objetivos y recomendaciones que permitan garantizar la calidad de la atención sanitaria en todo el proceso reproductivo, la equidad con independencia del lugar de residencia y que se traduzca en una mejora de los indicadores de salud y de satisfacción de la población usuaria.

Ofrecer servicios de calidad tanto en la promoción de salud como en la atención sanitaria requiere la colaboración de diferentes instancias y organismos, y para ello se necesita la coordinación e implicación de las distintas administraciones públicas y sectores en los diversos ámbitos.

La coordinación institucional tiene como finalidad facilitar una atención y promoción de la salud reproductiva de calidad, en la que se realice una buena gestión de los recursos humanos y materiales que se manifieste mediante servicios eficaces, accesibles, adecuados a las necesidades y transparentes. Para ello podrá facilitarse el trabajo en red, que posibilite una rápida interlocución entre las distintas instituciones y personas implicadas en un mismo servicio o entre distintos programas que necesitan complementarse o coordinarse.

La coordinación institucional también es un elemento fundamental para llevar a cabo investigaciones, implementar procesos innovadores, así como conocer y compartir buenas prácticas entre las distintas Administraciones Autonómicas, organismos y también entre profesionales.

La situación en cuanto a los mecanismos de coordinación existentes en las CCAA es de gran variabilidad y parece necesario aumentar la conexión entre los equipos de atención primaria y los de especializada, así como las acciones colectivas (sesiones clínicas, reuniones periódicas) con apoyo de las gerencias.

También es importante la colaboración con otros organismos públicos distintos del ámbito sanitario (educación, servicios sociales, mujer) y con organizaciones sociales y de mujeres relacionadas e interesadas en este tema, como medio de información a la población y para conocer sus expectativas.

Objetivos:

Proyectar una atención de calidad a la salud reproductiva con continuidad entre los distintos niveles asistenciales del SNS, en la que participen coordinadamente los diferentes sectores, instituciones y administraciones.

Impulsar la organización y gestión de los recursos sanitarios para la implantación de las recomendaciones en materia de salud reproductiva de esta Estrategia en el SNS.

Recomendaciones:

1. Promover la coordinación de los diferentes dispositivos asistenciales y niveles de atención en su ámbito global de gestión, para garantizar la equidad en el acceso a la atención de las mujeres y sus familias.

2. Incorporar las recomendaciones de esta Estrategia en la cartera de servicios de atención materno-infantil de cada entidad asistencial, contemplando específicamente la atención al embarazo, parto, nacimiento, puerperio y periodo neonatal, estableciendo los recursos e inversiones necesarias.
3. Garantizar la incorporación y adaptación de los protocolos y guías de actuación clínicas, de acuerdo a las Recomendaciones de esta Estrategia, promoviendo su actualización periódica.
4. Establecer los mecanismos que permitan el pleno conocimiento de esta Estrategia por parte de las y los profesionales implicados, así como garantizar los recursos necesarios para la formación y dotación de los mismos para la consecución de los objetivos.
5. Establecer mecanismos de coordinación que faciliten la comunicación y las acciones entre las distintas instituciones y administraciones relacionadas con la salud reproductiva.
6. Crear cauces de coordinación transversal para incorporar la educación en la promoción y atención a la salud reproductiva en las diferentes áreas implicadas como educación primaria, secundaria y universitaria; servicios sociales; sanidad; cultura; medios de comunicación; servicios jurídicos; sociedad civil y sociedades científicas.
7. Fomentar la cooperación, integración y participación de todas las administraciones públicas, instituciones y organizaciones públicas y privadas implicadas en el desarrollo, implantación y evaluación de esta Estrategia.
8. Fortalecer la coordinación institucional, profesional y sectorial mediante la participación en los CI y CT de la Estrategia, potenciando el papel de representación de las personas que los integran y facilitando su tarea en reuniones presenciales y mediante trabajo en red.
9. Dar prioridad a la unificación de criterios y prácticas clínicas en la atención al proceso reproductivo. Ello pasa necesariamente por la comunicación continuada y la perfecta coordinación entre los y las diferentes profesionales que atienden a la mujer gestante o puérpera y su familia (enfermería, matronas, medicina de familia, urgencias, obstetricia, auxiliares de enfermería, celadores, personal administrativo...) y entre los servicios hospitalarios con los de AP o atención especializada descentralizados.
10. Promover la comunicación más eficaz, mediante la elaboración de protocolos de comunicación escritos, de práctica clínica y sobre el traslado

de los cuidados entre los diferentes departamentos clínicos y profesionales sanitarios, así como mediante la creación de comités de apoyo a la Estrategia en que estén representados todos los sectores profesionales implicados y todos los sectores sanitarios del territorio.

3.3.12. Investigación, innovación y buenas prácticas

La investigación en el conjunto de aspectos relacionados con la atención al proceso reproductivo se considera necesaria, especialmente en aquellos en los que no exista suficiente evidencia, concurra controversia y sea necesaria una mayor información. La investigación completa los vacíos cognitivos existentes y contribuye a apoyar una teoría, reformularla o plantear otra alternativa, propuestas que sustentadas científicamente, pueden ser la base fundamental para la definición de una determinada política pública.

La investigación señala el camino por el que las políticas públicas deben basarse para formular las posibilidades de abordar los problemas de salud reproductiva de nuestra sociedad y construir las propuestas para la acción.

En nuestra sociedad de grandes cambios y transformaciones constantes, la forma de organización define y marca los servicios que se ponen a disposición ciudadana, como los destinados a la salud reproductiva. Por ello, la investigación tiene una labor fundamental, en el conocimiento de los procesos y cambios sociales que pueden afectar a la atención a las mujeres, RN y familias.

La revisión de la evidencia científica y de las buenas prácticas existentes, realizada para el sustento teórico de esta Estrategia, detecta la dificultad y desequilibrio para la realización de estudios en neonatología y pediatría debido, entre otras causas, a la escasez de casos y a los aspectos bioéticos de investigación en recién nacidos/as. También se detectan vacíos de conocimiento sobre el manejo activo/pasivo del alumbramiento, los distintos métodos alternativos al dolor en el trabajo de parto y las posiciones de la mujer, la adecuación de las tasas de cesáreas y las causas de su variabilidad, la administración de suplementos y nutrientes, el cribado del estreptococo B, la identificación de violencia de género en mujeres embarazadas y las claves del empoderamiento de las mujeres en relación con el análisis de género.

Los aspectos más cualitativos de la investigación para la mejora de la atención al proceso reproductivo toman especial relevancia teniendo en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres en función de sus capacidades físicas, intelectuales o sensoriales, en relación a sus distintas culturas, costumbres y afectos. Todo ello, teniendo en cuenta la perspectiva de un enfoque integrado de género.

Además, la investigación científica es un elemento fundamental para la innovación, ya que permite el cuestionamiento y la revisión constante del modo de hacer y el estado de situación de una determinada disciplina.

Los estudios y evaluaciones sobre los procesos, la recopilación de información y la sistematización de los resultados son elementos fundamentales para generar propuestas innovadoras que ayuden a mejorar las acciones puestas en marcha desde una determinada política pública. El SNS puede promover la atención y la promoción de la salud reproductiva a partir de la mejora de los servicios ya existentes, así como impulsar la creación de otros nuevos, que se adecuen a las necesidades de la sociedad. Si bien para ello necesita contar con mecanismos de detección de buenas prácticas que ayuden a recoger y sistematizar experiencias relevantes y exitosas que puedan extrapolarse a otros contextos.

Por ello es importante, como modelo de aprendizaje institucional, conocer las experiencias de centros sanitarios que desarrollen ejemplos de innovación y buenas prácticas en la atención al parto normal. Su difusión permitiría la transferencia de conocimiento y replicación en otros centros, así como su utilización para la docencia.

Para la identificación de las buenas prácticas existentes, se necesita recoger de forma sistemática y transparente la información de las prácticas clínicas y de las acciones informativas, formativas, de promoción y prevención que se realicen.

Esta línea estratégica de investigación, innovación y buenas prácticas se corresponde y continúa con la que establece también, de forma prioritaria, la EAPN en el SNS.

Objetivos:

Promover la investigación para mejorar la calidad y calidez de la atención en el embarazo, parto, nacimiento, puerperio y periodo neonatal, incorporando prácticas innovadoras de demostrada eficacia.

Potenciar la identificación de buenas prácticas, los mecanismos de comunicación y su difusión en el conjunto del SNS.

Recomendaciones:

1. Facilitar la investigación sobre la atención al proceso reproductivo que se ofrece en los servicios sanitarios del SNS.
2. Apoyar estudios sobre los aspectos en los que existe un vacío o menor conocimiento disponible.

3. Promover estudios cualitativos y cuantitativos dirigidos a las mujeres y sus parejas para conocer su opinión, necesidades y el grado de satisfacción en la atención recibida.
4. Facilitar estudios orientados a conocer las dificultades de profesionales que intervienen en la atención al proceso reproductivo para incorporar la evidencia científica a su práctica clínica.
5. Promover estudios acerca de los aspectos fisiológicos del proceso reproductivo y de sus componentes psico-sociales.
6. Potenciar la investigación comparando los posibles beneficios y riesgos de las diferentes intervenciones existentes y de la no intervención basada en el respeto y cuidado del proceso fisiológico.
7. Fomentar estudios de evaluación de las prácticas más novedosas en alivio del dolor.
8. Promover estudios de impacto de las diferentes prácticas sobre la salud física y psico-afectiva de las madres, hijos/as y padres.
9. Elaborar guías de práctica clínica como instrumentos de utilización común para el SNS.
10. Incluir las recomendaciones en materia de salud reproductiva de esta Estrategia en las convocatorias de investigación.
11. Identificar buenas prácticas en la atención al embarazo, parto, nacimiento, puerperio y cuidados neonatales, analizando los procesos de innovación aplicados y sus resultados.
12. Establecer un sistema de recogida, análisis, comunicación y difusión de buenas prácticas para conocimiento general y su posible replicación por profesionales en los distintos territorios.

4. Seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

El proceso de seguimiento y evaluación de la ENSSR comenzará una vez haya sido aprobada por el CISNS. Para su desarrollo, se constituirán dos Comités de Seguimiento y Evaluación compuestos por los CCII y CCTT de Salud Sexual y de Salud Reproductiva, y estará coordinado por el OSM del MSPS.

Una de las funciones de estos nuevos Comités de Seguimiento y Evaluación será la actualización de los contenidos del documento en base a la nueva evidencia disponible. Otra, directamente vinculada con este proceso, será la revisión, actualización y evaluación de la ENSSR, que se realizará a los dos años de su puesta en marcha y posteriormente cada cuatro años.

El proceso evaluativo al que se enfrenta la Estrategia será complejo, ya que por un lado se pretende abordar el estado de bienestar físico, emocional, mental y social de hombres y mujeres relacionado con la sexualidad y la reproducción (y no una enfermedad concreta o un conjunto de problemas de salud), y por otro, se propone recoger la información de la atención ofrecida en los servicios sanitarios del SNS. Por ello, y para facilitar su desarrollo, se llevará a cabo en tres fases vinculadas a la estructura, el diseño y los resultados que se desprendan de la implantación de la Estrategia, cumpliendo las siguientes funciones:

- **De perfeccionamiento o mejora**, es decir, la evaluación permitirá la retroalimentación y el aprendizaje sobre la propia política actuando a su vez como garante de calidad de la misma. En el caso concreto de la presente Estrategia, la evaluación asumirá un alto grado de utilidad en los tres niveles de la intervención sanitaria: local, autonómico y estatal.
- **De rendimiento de cuentas y responsabilidades**, propio del sistema democrático actual donde la evaluación debe servir como instrumento que permita, en los diferentes niveles de responsabilidad, rendir cuentas sobre la gestión y los resultados de las políticas en salud sexual y reproductiva desarrolladas por el MSPS y las CCAA.
- **De ampliación de miras**, ya que aunque la metodología de evaluación que se presente estará acotada a un contexto, situación y momento determinado, lo cierto es que nos dará la oportunidad de obtener información sistemática que pueda contribuir a un conocimiento más global.

- **De fomento de la igualdad entre mujeres y hombres** contemplando las desigualdades y las relaciones de poder entre sexos y condicionantes sociales que impidan o limiten la participación plena de las mujeres en los diferentes ámbitos de su vida. Teniendo esto en cuenta, se podrá contribuir a la reducción de las desigualdades de género y al impulso e incorporación de relaciones igualitarias.

El objetivo general de la evaluación será contribuir a conocer cómo se aborda la atención a la salud sexual y reproductiva desde los servicios de salud y reforzar el proceso de mejora. Más adelante, los Comités de Evaluación, consensuarán el resto de objetivos operativos, así como las preguntas, criterios e indicadores de evaluación.

Es importante tener presente, que la dificultad a la hora de obtener información homogénea de las CCAA es todavía una realidad. En consecuencia, el proceso de evaluación tendrá el valor añadido de impulsar entre las CCAA, la recogida de información en materia de salud sexual y salud reproductiva de forma consensuada y sistemática.

El desarrollo de la evaluación contemplará metodologías cuantitativas y cualitativas, así como la explotación de datos de carácter primario y secundario, que se irán desarrollando a medida que se pongan en marcha los diferentes momentos del proceso evaluativo, guiados por las dimensiones de estructura, diseño y resultados ya comentadas.

Bibliografía

Cuando ha sido posible se han incorporado, además de los apellidos, los nombres de las mujeres y hombres que firman los trabajos recogidos en la bibliografía. De esta manera hemos querido visibilizar sus contribuciones.

Bibliografía de Salud Sexual

Abús sexual en la infància i l'adolescència: efectes a llarg Termini en la salut sexual i reproductiva i les relacions afectives i sexuals de les dones adultes. Ajuntament de Rubí: Diputació Barcelona; 2008

Alberdi, Inés. La nueva familia española. Madrid: Taurus; 1999.

Albite-Vélez, Lilliana; Valle-Ferrer, Diana. La ideología de la maternidad en la subjetividad femenina: Mecanismo de opresión y violencia doméstica. En: Martínez Ramos, L.; Tamargo López, M. (eds.) Género, sociedad y cultura. San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Gaviota; 2003. p. 110-134

Alcoff, Linda. Feminismo Cultural vs. Post-estructuralismo: la crisis de identidad de la teoría feminista. Debats, Del post al ciberfeminismo. Nº. 76, Institució Alfons el Magnànim, Valencia; 2002.

Allué, Marta. El Sexo también existe: discapacidad y sexualidad. En: Guasch, Oscar; Visuales, Olga (eds.). Sexualidades, diversidad y control social. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.

Alonso Sierra, Xosefa. Voces de Mujeres: Cooperación internacional y ONG en Tijuana, México. Tesis de Maestría en Cooperación Internacional Unión Europea-América Latina, Instituto Mora, México; 2002.

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

Altable Vicario, Charo. Penélope o las trampas del amor. Valencia: Nau Llibres; 1998.

Arango, Luz Grabiela; León, Magdalena; Viveros, Mara (comps.). Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Madrid: TM; 2001.

Araujo Gomes, María Elidiana. La Sexualidad de las mujeres tendidas en el programa salud de la familia: una producción socio poética. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2008; Mayo-Junio: 3 (16). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_08.pdf [Consultado: 7 de enero de 2010]

Arnau Ripollés, M^a. Soledad. Sexualidad(es) y disCapacidad(es): La igualdad diferente. En: Seminario Discapacidad y Vida Independiente (30 de agosto al 3 de septiembre de 2004); Santander. Org por: Universidad Internacional Menéndez Pelayo e Instituto de Migraciones y Servicios Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://isonomia.uji.es/docs/spanish/investigacion/ciclo/syd.pdf> [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]

Artells i Herrero, Joan Joseph; Jovell Fernández, Albert; Navarro Rubio, María Dolors. El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Análisis Prospectivo Delphi: Fundación Salud:

- Innovación y Sociedad: Fundació Josep Laporte: CEOMA; 2008. Disponible en: www.fundsis.org/.../El-Futuro-del-SNS-la-vision-de-los-ciudadanos-3.pdf [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]
- Astelarra, Judith. Veinte años de políticas de igualdad. Madrid: Cátedra; 2005.
- Barberá, Esther; Navarro, Esperanza. La construcción de la sexualidad en la adolescencia. Valencia: Universidad de Valencia; 1998.
- Barragán Medero, Fernando. Sexualidad, educación sexual y género. En: Programa de educación afectivo-sexual. Educación Secundaria. Sevilla: Consejería de Educación y Ciencia, Instituto Andaluz de la Mujer; DL. 1999. Disponible en:
http://www.fongdcam.org/manuales/genero/datos/docs/3_PROYECTOS_ACTIVIDADES_Y_RECursos/SEXUALIDAD_Y_RELACIONES_AFEctIVAS/MATERIALES_SEXUALIDAD/PROGRAMA_DE_EDUCACION_AFEctIVO-SEXUAL_EN_SECUNDARIA/Programa_de_Educacion_afectivo-sexual__Secundaria_1.pdf [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Bataller i Perelló, Vicent. La(s) identidad(es) desde una perspectiva de salud pública. Unidad interdisciplinar de género. En: García Ruíz, Mercedes (coord.). Identidad y transexualidad. Consejo de la juventud del principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Beltrán, Elena; Maquieira, Virginia (eds.). Feminismos debates teóricos contemporáneos. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
- Bernal Díaz, Rosa Elena. Los sentimientos de injusticia y desigualdad en mujeres con participación social en sectores populares. Individuación y resocialización política. Tesis de maestría en Sociología Política. México: Instituto Dr. José María Luis Mora; 1996.
- Blázquez Rodríguez, María Isabel. Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid. Universitat Rovira I Virgili. 2009.
- Butler, Judith. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. México: Paidós, Universidad Nacional Autónoma de México; 2001
- Cabral, Blanca Elisa. Sexualidad y género en subversión antropológica. Boletín Antropológico. 2000; enero-abril. Nº 48. Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/18453/1/blanca_cabral.pdf [Consultado: 4 de enero de 2010]
- Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Manifiesto: Segunda versión, para el debate. Lima: CLADEM: Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir: CIDEM: Campaña 28 de Septiembre, Día por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe; 2006. Disponible en: <http://www.choike.org/nuevo/informes/5192.html> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Caporale Bizzini, Silvia (coord.). Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora. Madrid: Entinema; 2004. p. 19-61.
- Caricote Agreda, Esther. Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. Educere: la revista venezolana de educación. 2006; 34 (10): p. 463-470. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/356/35603409.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Carmona Rubio, Ana Belén; de la Cruz Martín-Romo, Carlos; Ramírez Crespo, María Victoria. Su sexualidad también es importante: Claves para aproximarse a la sexualidad de las personas

- inmigrantes. Disponible en: http://www.adimeco.org/sexualidad/ponencias/marivi_ramirez.pdf [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]
- Casaubón, Antonio. Programas de prevención de la agresión sexual a menores. Ponencia de las I Jornadas Andaluzas sobre abusos y violencia sexual. Sevilla; 1998
- Casquel Simarro, María Teresa. Embarazos no deseados en la adolescencia. Informe desde la perspectiva de género. Madrid: Asociación Mujeres Jóvenes, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 2002
- Castañó López, Esther et al. Publicaciones sobre mujeres, salud y género en España (1990-2005). Revista Española de Salud Pública. 2006; nov-dic nº 6
- Celedón, Carmen; Noé, Marcela. Reformas del sector de la salud y participación social. Revista Panamericana de Salud Pública. 2000; v.8 julio-agosto nº1-2
- Cerruti Basso, Stella. Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. En: Gómez, E. (ed). Género, mujer, y salud en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PUB/PC541-124-129.pdf> [Consultado: 8 de enero de 2010]
- Checa, Susana (comp.). Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia. Buenos Aires: Paidós; 2003.
- Chodorow, Nancy. El ejercicio de la maternidad: Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos. Barcelona: Gedisa; 1984
- Colectivo del libro de Salud de las Mujeres de Boston, Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Barcelona: Icaria; 1987.
- Colomer Revuelta, Concha. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Revista Española de Salud Pública. 2007; marzo-abril, vol.81, nº 2
- Coria, Clara; Freixas, Anna; Covas, Susana. Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias. Barcelona: Paidós; 2005
- Correa, Sonia; Jolly, Susie. Sexualidad, desarrollo y derechos humanos. Series para el debate. 2007; junio, nº 5
- Criterios de Calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las administraciones educativas y sanitarias. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008
- Davey, Caroline. Sexual and reproductive health and rights in the UK at ICPD+10. Reprod Health Matters. 2005; 25 (13)
- De la Cruz Martín-Romo, Carlos. Educación de las Sexualidades. Revista Española de Sexología. 2003; nº 119
- De la Cruz Martín-Romo, Carlos. Familia y educación sexual. Algo más que preguntas y respuestas. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos; 2006.
- De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Fernández Cuesta Valcarce, Miguel A.; Bataller i Perelló, Vicent. Educar y atender la sexualidad desde pediatría. UNFPA; 2008
- De la Cruz Martín-Romo, Carlos; Lázaro Cabezon, Óscar. Apuntes de educación Sexual. Sobre la sexualidad de niños y niñas con discapacidad. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos; 2006.

de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008

García Sánchez, Inés. La salud sexual de las mujeres inmigrantes. *Diálogos*. 2003; n° 56 (36):25-26

García Sánchez, Inés. Por una mejor salud sexual y reproductiva. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. [2003] Disponible en: <http://www.easp.es/publicaciones/descargas/1MEJOR%20SALUD%20SEXUAL%20REPRODUCTIVA.pdf> [Consultado: 11 de Enero de 2010]

García Sempere, Aníbal; Artells, Juan José. Organización, funcionamiento y expectativas de las organizaciones representativas de pacientes. Encuesta a informadores clave. *Gaceta Sanitari*. 2005; marzo-abril v.19, n°2.

García, José Luis. La sexualidad y la afectividad en la vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n° 41 [Fecha de publicación: 31/06/2005] Disponible en: <http://www.im-sersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf> [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]

Golden, Stephanie. *Slaying the mermaid: Women's culture of sacrifice*. New York: Harmony Books; 1998

Gómez Cruz, Edgar. *Cibersexo, ¿La última frontera del Eros? Un estudio etnográfico*. Colima: Universidad de Colima; 2003. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/cibersexo.pdf> [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]

González, M^a Asunción. Masculinidad, feminidad y sexualidad. El desencuentro entre los sexos". En: *Jornadas de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias* (1 al 5 septiembre de 2008); Santander

Government Offices of Sweden. Sweden's international policy on Sexual and Reproductive Health and Rights. Estocolmo: Government Offices of Sweden; 2006. Disponible en: <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/06/14/89/712f7e0c.pdf> [Consultado: 8 de enero de 2010]

Gregori Flor, Nuria. Los cuerpos ficticios de la biomedicina. El proceso de construcción del género en los protocolos médicos de asignación de sexo en bebés intersexuales. En: *Jornadas de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias* (1 al 5 septiembre de 2008); Santander

Guasch, Oscar. Para una sociología de la sexualidad. *Revista española de Investigaciones Sociológicas*. 1993; n°64:105-121

Guasch, Oscar; Osborne, Raquel (comps.). *Sociología de la sexualidad*. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 2003

Guasch, Oscar; Viñuales, Olga. *Sexualidades. Diversidad y control social*. Barcelona: Bellaterra; 2003.

Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África: Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África y Agencia Española de Cooperación Internacional: AEI; 2005

Haarbrink, Joyce; Stopes, Marie. *Salud sexual y reproductiva: Un derecho de mujeres y hombres*. 2007.

Hägele, Mirjam. Derechos sobre salud sexual y reproductiva en la Unión Europea. *Entre nous*. 2005; n° 59: 26-28

- Hansen, Lisa; Mann, Janice; McMahon, Sharon; Wong, Thomas. Sexual Health: report. BMC Women's Health. 2004; 4 (1) Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6874-4-S1-S24.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Haraway, Donna J. Ciencia, cyborgs y mujeres. Madrid: Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer; 1995 (Colección Feminismos)
- Healthcare Commission. Performing better? A focus on sexual health services in England: summary report. Londres: Healthcare Commission; 2007. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/Sexual_health_summary.pdf [Consultado: 8 de enero de 2010]
- Hernández Morales, Graciela; Jaramillo Guijarro, Concepción. La educación sexual de la primera infancia: Guía para madres, padres y profesorado de Educación Infantil. Madrid: Secretaría General de Educación y Formación Profesional. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte; 2003. Disponible en: http://www.miescuelayelmundo.org/article.php?id_article=1111 [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Hernández, Graciela; Jaramillo, Concepción. La educación sexual de niños y niñas de 6 a 12 años: Guía para madres, padres y profesorado de Educación Infantil. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; 2006.
- Hite, Shere. El Informe Hite: Estudio de la sexualidad femenina. Madrid: Plaza edición; 2002
- HSE Eastern Region. The Sexual Health Strategy. Department of Public Health, HSE Eastern Region; 2005. Disponible en: http://www.hse.ie/eng/services/Publications/topics/Sexual/HSE_Eastern_Region_Sexual_Health_Strategy.pdf [Consultado: 8 de enero de 2010]
- Hyde, Janet Shibley. La psicología de la mujer, la otra mirada de la experiencia humana. Madrid: Alianza; 1995.
- Iglesias de Ussel, J. La familia y el cambio político en España. Madrid: Tecnos; 1998
- Ilkcaracan, Pinar; Jolly, Susie. Género y sexualidad. Informe General. Brighton: Bridge Development Gender; Enero 2007. Disponible en: http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality_OR_SP_Final.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Informe Ilga: La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales. Cuestiones locales, preocupaciones comunes. Bruselas: Asociación Mujeres Ilga; 2006
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. 2003. Disponible en: www.ine.es [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- IPPF European Network; World Health Organization Regional Office for Europe; Lund University. Sexuality education in Europe: a reference guide to policies and practices. The Safe Project. Bruselas: IPPF European Network; 2006. Disponible en: http://www.ysafe.net/SAFE/Documents/Design_sex%20ed%20guide%20final%20final_30nov2006.pdf [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Izquierdo, María Jesús. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. En: Congreso Internacional Sare 2003: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. 2004: Gasteiz: Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y Comunidad Europea/Fondo Social Europeo
- Izquierdo, María Jesús. Sistema Sexo-Género [material preparado por la autora para el curso de de Formación y Acreditación en Consultoría para la Igualdad de Mujeres y Hombres de Emakunde] [no publicado]; 2004

- Jadue, J. Gladis. Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. *Estud. Pedagóg.* 2003; n° 29:115-126. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052003000100008&lng=es&nrm=iso [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Katz, Gregorio; Lazcano-Ponce, Eduardo. Sexuality in subjects with intellectual disability: an educational intervention proposal for parents and counselors in developing countries. *Salud Pública Méx.* 2008; (50) Supl. 2. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50s2/a18v50s2.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Knibiehler, Yvonne. Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Buenos Aires: Nueva Visión; 2001
- Lagarde, Marcela. Para mis socias de la vida: Cuadernos inacabados núm. 48. Madrid: Ed. Horas y horas; 2005
- Lagarde, Marcela. Sexo, amor y género. En: Jornadas de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias (1 al 5 septiembre de 2008); Santander
- Lamas, Marta. El género y la construcción cultural de la diferencia sexual. México: UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género; 2000
- Lameiras, María; López, Antonio. Sexualidad y Salud: La transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales. Santiago: Tórculo Edicións; 1997
- Larrauri, Maite. La Sexualidad según Miguel Foucault. Madrid: Tandem; 2000
- Lauretis, Teresa de. Diferencias: Etapas de un camino a través del feminismo: Cuadernos inacabados núm. 35. Madrid: Ed. Horas y horas; 2000
- Lazarus, Ellen. Poor women, poor outcomes: social class and reproductive health. En: Karen Michaelson. *Childbirth in America: Anthropology perspectives.* South Hadley Mass: Bergin and Garvey; 1988. p. 39-54.
- Lerer, María Luisa. Sexualidad femenina: Mitos realidades y el sentido de ser mujer. Barcelona: Plaza y Janés; 1991
- Londoño Vélez, Argelia. Hacia una geopolítica de los derechos sexuales y reproductivos. Octubre 2006. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/pmayobre/textos/varios/geopolitica.doc> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- López Gómez, Alejandra. Derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes: En la construcción del autocuidado y la autonomía en las prácticas sexuales y decisiones reproductivas. Montevideo: Centro de Formación y Estudios del Instituto Nacional del Menor; 2000. Disponible en: <http://www.equidad.org.mx/ddeser/docs/18.1vprint.pdf> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- López Gómez, Alejandra. Sexualidad: Acción Educativo – Social, Género y Derechos. En: IV Encuentro Nacional de Educadores. Las Prácticas Educativo – Sociales con niños, niñas y adolescentes en la vida cotidiana. Montevideo: Centro de Formación y Estudios del INAME – UNICEF; 2001
- López Gómez, Alejandra; Benia, Wilson; Contera, Myriam; Güida, Carlos. Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectiva. Montevideo, Uruguay; 2003.
- López Gómez, Alejandra; Güida, Carlos. Sexualidad: campo de investigación interdisciplinaria. En: Araujo, Behares, Sapriza (comp.). *Género y Sexualidad en Uruguay.* Montevideo: Trilce

- Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; 2001, Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/sexu1.doc> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- López Gómez, Alejandra; Quesada, Solana. Guía Metodológica: Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF. Montevideo: Gurises Unidos: UNFPA: CAIF; 1994. Disponible en: www.gurisesunidos.org.uy/docs/guia_05_web.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- López Penedo, Susana. La legitimación y reivindicación de las prácticas sexuales no normativas en la teoría queer. En: Guasch, Oscar; Visuales, Olga (eds). Sexualidades, diversidad y control social. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003
- López, Félix. Educación Sexual de Adolescentes y jóvenes. Madrid: Siglo XXI Editores; 1995
- López, Félix; Olazábal, Juan Carlos. Sexualidad en la vejez. Madrid: Pirámide; 1998
- Lorde, Audre. Lo Erótico como Poder. Revista Especial/Fempres. 1995; pp.21-23. Disponible en: http://www.geocities.com/rima_web/audre.html [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Lucas, Manuel; Cabello Santamarina, Francisco. Introducción a la sexología clínica, Elsevier, Madrid, 2007
- Maffia, Diana. Conocimiento y subjetividad. En: Pérez Sedeño, Eulalia; Cortijo Alcalá, Paloma (Coords.). Ciencia y género. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2001
- Magar, Veronica; Storer, Graeme. Good women bad women: addressing violence in women's lives by examining social constructs of gender and sexuality within CARE. En: Siyanda: Mainstreaming Gender Quality. Disponible en: http://www.siyanda.org/docs/magar_storer_goodwomen.doc [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Marco conceptual para el desarrollo y la salud sexual de adolescentes y jóvenes. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/spanish/ad/fch/ca/sa-marconceptual.pdf> [Consultado: 8 de enero 2010]
- Mayobre Rodríguez, Purificación. La formación de la identidad de género: Una mirada desde la filosofía. En: Esteve Zarazaga, J.M.; Vera Vila, Julio. Educación Social e Igualdad de Género. Málaga: Ayuntamiento de Málaga; 2006
- Mayoral, Jordi; Paris, Anna et al. El ligue heterosexual: un encuentro entre extraños. En: Guasch, Oscar; Visuales, Olga (ed.). Sexualidades, diversidad y control social. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.
- Mazarrasa Alvear, Lucía; Gil Tarragato, Sara. Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva. En Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud del Observatorio de Mujer y Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: Universidad Complutense de Madrid; 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]
- Medical Foundation for AIDS and Sexual Health. Recommended standards for sexual health services. Londres: Medfash; 2005. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_084615.pdf [Consultado: 8 de enero de 2010]
- Megías Quirós, Ignacio; Rodríguez San Julián, Elena; Méndez Gago, Susana; Pallarés Gómez, Joan. Jóvenes y sexo: El estereotipo que obliga y el rito que identifica. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: INJUVE; 2005. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=2119765673> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Mignolo, Walter. Historias locales/diseños globales, colonialidad conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo. Madrid: Akal; 2003

- Miller, Alicie. M. Sexual but not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights*. 2000; 2 (4)
- Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud. Plan de implementación de eje temático de: salud sexual y reproductiva en el programa de promoción de la salud en las instituciones educativas. Lima, Perú. 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/Archivos/plansrmayo.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida: España 2008-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf> [Consultado: 4 de enero de 2010]
- Nash, Mary. Pronatalismo y maternidad en la España Franquista. En: Bock, Bock; Thane, Patt (eds.). *Maternidad y políticas de género*. Madrid: Feminismos; 1996.
- Navarro Pertusa, Esperanza; Barberá Heredia, Esther; Reig Ferrer, Abilio. Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*. 2003; 3 (15)
- Navarro, Marysa; Stimpson Catharine (comp.). *Sexualidad, género y roles sexuales*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2002
- Nieto, José Antonio. La intersexualidad y los límites del modelo dos “sexos/dos géneros”. En: Guasch, Oscar; Visuales, Olga (eds.). *Sexualidades, diversidad y control social*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003.
- Nieto, José Antonio. *La sexualidad de las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995
- O’Hanlan, K-A. Health policy considerations for our sexual minority patients. *Obstet-Gynecol*. 2006; Mar 107 (3)
- Observatorio de la Salud de las Mujeres. Informe Salud y género 2006: Las edades centrales de la vida. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2006.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Observatorio de Salud de las Mujeres. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Informes, estudios e investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/intVoluntariaJoven.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Ojeda, Norma (coord.). *Género familia y conceptualización de la Salud Reproductiva en México*. Tijuana B.C.: El Colegio de la Frontera Norte; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31. Ginebra: OMS; January 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo. Ginebra: OMS; 2004. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_spa.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. OSM; 2005

- Organización Mundial de la Salud. La OMS y la sociedad civil: alianza para una salud mejor. Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil e Iniciativa de Colaboración con la Sociedad Civil Relaciones Externas y Órganos Deliberantes. Ginebra: OMS; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/civilsociety/documents/en/LaOMS-y-SociedadCivil2002-DP1-sp.pdf> [Consultado: 4 de enero de 2010]
- Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/transforming_healthsystems_gender/index.html
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta convocada por: OPS/OMS/en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Celebrada en: Antigua Guatemala, Guatemala 19 al 22 de mayo de 2000. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Osborne, Raquel. Sexo, género, sexualidad: La pertinencia de un enfoque constructivista. Papers. 1995; n°. 45:25-31.
- Otegui, Rosario. La construcción social de las masculinidades. Política y sociedad. 1992; 32:151-160
- Palladino, Juan Pablo. ¿Sexo seguro? El que aún a placer, salud y bienestar personal, entrevista a Félix López. Revista Teina. Junio 2008; n°18
- Palladino, Juan Pablo. El aumento de los contenidos sexuales en los medios de comunicación: Entre la abstinencia y el sexo desenfrenado, entrevista a Dolors Comas, Félix López y Manuel Lucas Matheu. Revista Teina. Junio 2008; n°18
- Palma, Irma; Abarca, Humberto; Moreno, Claudia. Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. FNUAP; 2002. Disponible en: http://www.pasa.cl/biblioteca/Estrategias_de_Preencion_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Jovenes_en.pdf [Consultado: 8 de enero de 2010]
- PAN American Health Organisation (PAHO). Promoting men's participation in sexual and reproductive health programmes. Disponible en [en español]: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/ReprSexdelHomSPN.pdf> [Consultado: 13 de enero de 2010]
- Pardo Moreno, G.; Engel Gómez, J.L.; Agudo Polo, S. Barreras de acceso al sistema sanitario para inmigrantes subsaharianos. Medicina general. 2007; octubre. Diponible en: www.medicinageneral.org/revista_100/pdf/680-684.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Parpart, Jane. ¿Quién es la otra? Una crítica feminista postmoderna de la teoría y la práctica del desarrollo. Debate feminista. 1996; abril año 7, v. 13:327-356
- Pastor, R. Cuerpo y destino. La construcción de la imagen corporal en las mujeres. En: Campillo y Barberá (comp.). Reflexión multidisciplinar sobre la discriminación sexual. Valencia: Nau; 1993
- Pérez López, Jesús. Iniciación sexual de la infancia durante el nacional catolicismo: La programación de la verdad divina frente a los errores de la calle. Revista de Educación. 1994; n° 304
- Pérez Sedeño, Eulalia. ¿El poder de una ilusión?: Ciencia, Género y Feminismo. En: López de la Vieja, Mª Teresa (ed.). Feminismo: del pasado al presente. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2000

- Pérez Sedeño, M^a Concepción. La función de las oposiciones binarias en biología y medicina. En: Pérez Sedeño, Eulalia; Cortijo Alcalá, Paloma (Coords.). Ciencia y género. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2001
- Pichardo Galán, José Ignacio; Toledo Chavarri, Ana; Galofré Garreta, Guillem. Unas sexualidades otras. En: Gimeno, Juan Carlos; Mancha, Olga; Toledo, Ana (eds.). Conocimientos, desarrollo y transformaciones sociales. Madrid: Sepha; 2007
- Platero, Raquel. La sexualidad como problema político. En: [Trabajo de Investigación del DEA] Los marcos de política y representación de los problemas públicos de lesbianas y gays en las políticas centrales y autonómicas (1995-2004): las parejas de hecho. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2004. Disponible en: http://www.caladona.org/grups/uploads/2007/01/La_sexualidad_como_problema_politico.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Plumier, Ken. La cuadratura de la ciudadanía íntima. En: Osborne, Raquel; Guasch, Oscar (comps.). Sociología de la sexualidad. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2003
- Proyecto de Estudios de la Mujer de Family Health International (FHI). Innovaciones en la atención de la salud sexual y de la reproducción: dos experiencias en Bolivia. Disponible en: <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/wsp/caseStudies/DosExperienciasBolivia.htm> [Consultado: 13 de enero de 2010]
- Public Health Agency of Canada. Canadian guidelines for sexual health education. [Ottawa]: Public Health Agency of Canada; 2003. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-eng.pdf>. [Consultado: 8 de enero de 2010]
- Puga, Mónica. Reflexiones sobre anticoncepción. Mujeres y Salud. 2006; 20. Disponible en: <http://mys.matriz.net/mys20/img/MYS20.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Ramírez Crespo, María Victoria. Cómo viven la sexualidad las personas inmigrantes, refugiadas y desplazadas. Revista Sexpol. 2009; abril-marzo n° 89
- Ramos Padilla, Miguel. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2006; 23(3):201-220 Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/salud%20sexual%20y%20reproductiva.pdf> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Ramos Toro, Mónica. La sexualidad de las personas mayores. En: Jornadas de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias (1 al 5 septiembre de 2008); Santander Disponible en: http://api.ning.com/files/yO9SyEbDnuZ9rdapmUlxNxl-UyQ9uBecdR-RahEnJHuf3EWkprtgmufqHRrcKfZW9XO5gBzHNqNoR0YTde*12Hhgtqx*FoeC/MnicaRamosLasexualidaddelaspersonasmayores.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Resnick, Stella. Sexual pleasure: the next frontier in the study of sexuality. SIECUS Report. 2002; April-May. Disponible en: <http://www.umass.edu/wost/syllabi/fall04/resnickstudy.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Revel Chion, Andrea; Bonan, Leonor; Meinardi, Elsa. Salud sexual y salud reproductiva: Necesidad de una separación. Enseñanza de las ciencias. 2005; n° extra (VII Congreso). Disponible en: http://ensciencias.uab.es/congres2005/material/comuni_orales/2_Proyectos_Curri/2_3/Revel_639.pdf [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Rew, L. Sexual Health Promotion in adolescents with chronic health conditions. Fam Community Health. 2006; 29 Supl 1:61S-9S.

- Roca, J. Ni niños sin sexo, ni sexo sin niños: el modelo sexual hegemónico católico en versión española. En: Guasch, Oscar; Visuales, Olga (eds). Sexualidades, diversidad y control social. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2003
- Rodríguez del Toro, Vivian. Reflexiones sobre el género, la maternidad y el éxito profesional de las mujeres. Universidad Interamericana de Puerto Rico. Revista Kálathos; 2008.
- Rodríguez, Lilia. Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas. Disponible en: http://ecuador.unfpa.org/United%20Nations%20Population%20Fund%20-%20UNFPA_archivos/zip/SALUD%20Y%20DERECHOS%20SEXUALES%20Y%20REPRODUCTIVOS.doc
- Rubin, Gayle. Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En: Vance, Carole. Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina. Madrid: Talasa ediciones; 1989
- Rubin, Gayle. Tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. Nueva Antropología. 1986; noviembre nº 30
- Ruiz Cantero, María Teresa. Módulo 11: El enfoque de género en la investigación y la difusión del conocimiento. En Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud del Observatorio de Mujer y Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: Universidad Complutense de Madrid; 2006. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/12modulo_11.pdf [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]
- Saletti Cuesta, Lorena. Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. Clepsydra. 2008; 7:169-183
- Sánchez Sánchez, Froilán. La atención primaria y su papel en la promoción de la salud sexual. Boletín informativo FESS-AAES. 2008; noviembre Disponible en: <http://www.fess.org.es/web/boletines/boletin-9-fess.pdf> [Consultado: 15 de Diciembre de 2009]
- Sánchez, Dolores. Androcentrismo de la ciencia: Una perspectiva de análisis crítico del discurso. En: Barrall, M^a José; Miqueo, Consuelo; Sánchez, M^a Dolores (eds). Interacciones Ciencia y Género. Barcelona: Icaria; 1999.
- Sanz, Fina. Psicoerotismo femenino y masculino para unas relaciones placenteras, autónomas y justas. 2007
- Schwartz, Norman; Deruyttere, Anne. Consulta comunitaria, desarrollo sostenible y el Banco Interamericano de Desarrollo: Un marco conceptual. Washington. D.C.; marzo 1996. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=362168> [Consultado: 4 de enero de 2010]
- Serrano, Isabel. La salud sexual de las mujeres inmigrantes. Diálogos. 2003; nº 56 (36):25-26
- Serrano, Isabel. La sexualidad es una forma mágica de comunicación. Mujer y Salud. 2007; 22. Disponible en: <http://mys.matriz.net/mys22/img/MYS22.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Sexual health- a new focus WHO. Progress in reproductive health research. 2005; 67. Disponible en: <http://www.who.int/hrp/publications/progress67.pdf> [Consultado: 7 de enero de 2010]
- Sexual Health. Third Report of Session 2002-2003. Volume I. England: House of Commons Health Committee; 2003. Disponible en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/69/6902.htm> [Consultado: 13 de enero de 2010]

- Shepard, Bonne. El doble discurso sobre los derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el abismo entre las políticas públicas y los actos privados. En: Gruskin, Sofia (ed.). *Derechos sexuales y reproductivos: aportes y diálogos contemporáneos*. Lima: Centro de la Mujer Flora Tristán; 2001
- Szasz, Ivonne. Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México. Disponible en: <http://www.equidad.org.mx/ddeser/seminario/internas/lecturas/lect-sexual/sexualidadygenro.pdf> [Consultado: 8 de enero de 2010]
- Teixeira, Mandú; Edir, Nei. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. *Rev Bras Enferm*. 2004; 76 (6)
- Tiefer, Leonore. *El sexo no es un acto natural y otros ensayos*. Talasa; 1996.
- Tubert, Silvia. La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre, cuerpo y subjetividad femenina, salud y género. Madrid: Siglo XXI; 1993
- Tubert, Silvia. La construcción de la imagen corporal y la salud de las mujeres. En: López Dóriga, Begoña (comp.). *La publicidad y la salud de las mujeres: Análisis y recomendaciones*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005
- Tubert, Silvia. *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: Ediciones El Arquero; 1988.
- Tubert, Silvia. Masculino/femenino; Maternidad/paternidad. En: González de Chávez Fernández, María Asunción (coord.). *Hombres y mujeres: subjetividad, salud y género*. Las Palmas de Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 1999: 53-76 Disponible en: <http://webs.uvigo.es/pmayobre/06/arch/profesorado/tubert/femenino.doc> [Consultado: 13 de enero de 2010]
- Ussher, Jane. *La psicología del cuerpo femenino*. Madrid: Arias Montano editores; 1991
- Vance, Carole. *Placer y peligro: Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Talasa ediciones; 1989
- Vicent Marques, Joseph; Osborne, Raquel. *Sexualidad y sexismo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1991.
- Villalba, Verónica. Naturalización y renaturalización de las mujeres: Cuerpos, sexualidad y deseo. Madrid; 2005 Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/cuerpos.pdf> [Consultado: 4 de Enero de 2010]
- Viñuales Sarasa, Olga. La cadena simbólica: Relación entre sexo, género, prácticas sexuales y orientación sexual. En: *Jornadas de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento*. Sexualidad: edades discursos y vivencias (1 al 5 septiembre de 2008); Santander.
- Weeks, Jeffrey. *Sexualidad*. México: Paidós, Universidad Nacional Autónoma de México; 1998
- WHO Regional Office for Europe. *WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health*. Copenhagen: WHO; 2001. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e74558.pdf> [Consultado: 8 de enero de 2010]

Bibliografía de Salud Reproductiva

Atención al embarazo normal

- Abbott, Derrick. Anaemia in pregnancy. *Can Fam Physician*. 1968; 14:19-21
- Abrams, B.; Altman, S.L.; Pickett, K.E. Pregnancy weight gain: still controversial. *Am J Clin Nutr*. 2000; 71:(5 Suppl):1233S-41S
- Agarwal, M.; Dhatt, G.S.; Othman, Y.; Gupta, R. Gestational diabetes: fasting capillary glucose as a screening test in a multi-ethnic, high-risk population. *Diabet Med*. 2009; 26(8):760-5
- Agarwal, M.; Dhatt, G.S.; Saifou, M.F. Gestational diabetes: using a portable glucometer to simplify the approach to screening. *Gynecol Obstet Invest*. 2008; 66(3):178-83
- Agnew G; Turner MJ. Vaginal prostaglandin gel to induce labor in women with one previous cesarean section. *J Obstet Gynecol*. 2009; 29(3):209-11
- Alberdi, Inés; Escarnio, Pilar. Los hombres jóvenes y la paternidad. Bilbao: Fundación BBVA; [2007]
- Alehagen, S.; Wijma, B.; Lundberg, U.; Wijma, K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005; 26:153-165
- Alexander, J.M.; Grant, A.M.; Campbell, M.J. Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *BMJ*. 1992; 304:1030-2
- Alfaro Allona, Cristina. En torno al anuncio de una anomalía en el feto. Impacto en la mujer embarazada y el personal sanitario. 2009 [No publicado. Presentado para el Diploma de Salud Pública y Género de la Escuela Nacional de Sanidad]
- Alfirevic, Z.; Walkinshaw, S.A. Management of postterm pregnancy: to induce or not? *Br J Hosp Med*. 1994;52-218
- Algert, C.S.; Morris, J.M.; Simpson, J.M.; Ford, J.B.; Roberts, C.L. Labor before a primary cesarean delivery: reduced risk of uterine rupture in a subsequent trial of labor for vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol*. 2008 Nov; 112 (5):1061-6
- Allen, Sara; Daly, Kery. The effects of father involvement: An updated research summary of the evidence. Canada: Centre for families, work and well-being, University of Guelph; 2007. Disponible en: http://www.fira.ca/cms/documents/29/Effects_of_Father_Involvement.pdf [Consultado: 13 de enero de 2010]
- American College of Obstetrician and Gynecologists. Maternal decision making, ethics, and the law. ACOG Committee Opinion 321. *ACOG. Obstet Gynecol*. 2005; 106:1127-37. Disponible en: http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co321.pdf [Consultado: 13 de enero de 2010]
- American College of Obstetricians and Gynecologist educational bulletin. Psychosocial risk factors: perinatal screening and Intervencion. 1999; 255. *ACOG. Int J Gynaecol Obstet*. 2000; May 59(2):195-200
- American College of Obstetricians and Gynecologist. Management of postterm pregnancy. *ACOG. Obstet Gynecol*. 2004; 104:639-46

- American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG practice bulletin. 1999; 5. Int J Gynecol Obstet 1999; 66:197-204
- American College of Obstetricians and Gynecologists Mode of term singleton breech delivery. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion. 2006; 340. Obstet Gynecol. 2006 Jul; 108(1):235-7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Neonatal encephalopathy and cerebral palsy: defining the pathogenesis and pathophysiology. ACOG. Washington DC; 2003
- American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. American Obstet Gynecol. 2002; 99:159-67
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Antepartum fetal surveillance. ACOG Technical Bulletin. 1999; 9
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists ACOG Practice Bulletin. 2004; 55. Management of Postterm Pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 104:639-646
- American College of Obstetricians and Gynecologists. External cephalic version. ACOG Practice Bulletin. 2000; 13
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Surgery and patient choice: The ethics of decision making. ACOG Committee Opinion; 395; 2008. Disponible en: http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/co395.pdf [Consultado: 13 de enero de 2010]
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Ultrasonography in pregnancy. 101. ACOG. Obstet Gynecol. 2009; 113:451-61
- Angermayr, L.; Clar, C. Suplemento de yodo para la prevención de los trastornos por deficiencia de yodo en niños (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 3. Disponible en [resumen]: <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab003819.html> [Consultado: 13 de enero de 2010]
- Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. NICE CG45. 2007. Disponible en: www.nice.org.uk/CG045 [Consultado: 29 de diciembre]
- Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. NICE CG62. 2008. Disponible en: www.nice.org.uk/CG062 [Consultado: 29 de diciembre]
- Antonowski, Aaron; Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag; 1997
- Arena Ansótegui, J. Necesidades de yodo durante la gestación. En Guía para la prevención de defectos congénitos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006; 21-24. Disponible en: http://www.yodoembarazoylactancia.com/docs/GuiaMinis_completa.pdf [Consultado: 13 de enero de 2010]
- Arena, J.; Emparanza, J.I.; Espada, M.; Urtiaga, J.; Collado, V. et al. Déficit nutricional de yodo en la embarazada. Boletín Epidemiológico de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2002; 14:11-12. Disponible en: http://www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/boletin_epidem/es_5482/adjuntos/14bolecast.pdf [Consultado: 13 de enero de 2010]
- Arribas, I.; Bailón, E.; Marcos, B.; Ortega, A. Embarazo y puerperio. Protocolo de actuación. Grupo de trabajo de la semFYC de Atención a la mujer. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2000; 4(8)

- Asakura, H.; Myers, S.A. More than one previous cesarean delivery: a 5-year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol.* 1995; 85:924-9
- Azogue, E. Tratamiento de la enfermedad de Chagas congénito con Nifurtimox y Benznidazol: Una experiencia en Santa Cruz Bolivia. *Rev Inst Med Sucre.* 1999; 115:39-43
- Bailey, J.M.; Crane, P.; Nugent, C.E. Childbirth education and birth plans. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2008; 35(3):497-509, ix
- Bajo Arenas, J.M.; Melchor Marcos, J.C.; Merce, L. *Fundamentos de Obstetricia de SEGO.* 2007
- Bakketeig, L.S., Bergsjø, P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. En Chalmers, I.; Enkin, M.; Keirse, M. (eds). *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Oxford University Press; 1991: 765
- Ben-Meir, A.; Elram, T.; Tsafrir, A. et al. The incidence of spontaneous version after failed external version. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 2(196):157.e1-157.e3
- Berbel, P.; Obregón, M.J.; Bernal, J.; Escobar del Rey, F.; Morreale de Escobar, G. Iodine supplementation during pregnancy: a public health challenge. *Trends in Endocrinol Metabol.* 2007; 18(9):338-43
- Bizzarro, M.J.; Dembry, L.M.; Baltimore, R.S.; Gallagher, P.G. Changing patterns in neonatal *Escherichia coli* sepsis and ampicillin resistance in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis. *Pediatrics.* 2008; Apr;121(4):689-96
- Blanchette, H.; Blanchette, M.; McCabe, J.; Vincent, S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(7):1478-87
- Blickstein, I.; Weissman, A.; Ben Hur, H.; Borenstein, R.; Insler, V. Vaginal delivery of breech-vertex twins. *J Reprod Med* 1993; 38(11):879-82
- Boulvain, M.; Stan, C.; Irion, O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1): CD000451
- Bowen Chatoor, J.S.; Kulkarni, S.K. Amniotic fluid index in the management of the post date pregnancy. *West Indian Med J* 1995; 44(2):64-66
- Bramadat, I.; Driedger, M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth* 1993; 20(1):22-9
- Bricker, L.; Neilson, J.P.; Dowswell, T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev.* 2008
- British Medical Association. Domestic violence: a health care issue? London: BMA; 1998
- British Medical Association. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. British National Formulary. London: March 2003: 439-40
- Brown, S.; Lumley, J. Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expect* 1998; 1(2):106-16
- Bujold, E.; Bujold, C.; Hamilton, E.F.; Harel, F.; Gauthier, R. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(6):1326-30
- Bujold, E.; Mehta, S.H.; Bujold, C.; Gauthier, R. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:1199-202
- Cabrera, N.; Fagan, J.; Farrie, D. Explaining the Long Reach of Fathers' Prenatal Involvement on Later Paternal Engagement. *Journal of Marriage and Family.* 2008;70(5): 1094-1107

- Caesarean section. NICE CG13. 2004. Disponible en: www.nice.org.uk/CG013 [Consultado: 29 de diciembre de 2009]
- Cahill, A.; Stamilo, D.M.; Paré, E.; Peipert, J.P.; Stevens, E.J.; Nelson, D.B.; Macones, G.A. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies; is it safe? *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Sep; 193 (3 Pt 2):1050-5
- Callahan, C., Chescheirm N., Steiner B.D. Safety and efficacy of attempted vaginal birth after cesarean beyond the estimated date of delivery. *J Reprod Med.* 1999; 44(7):606-10
- Canfield, M.A.; Collins, J.S.; Botto, L.D.; Williams, L.J.; Mai, C.T. et al. Changes in the birth prevalence of selected birth defects after grain fortification with folic acid in the United States: findings from a multi-state population-based study. *Birth Defects Res (Part A).* 2005; 73:679-689
- Caring for our future: The content of prenatal care. A report of the Public Health Service expert panel on the content of prenatal care. Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 1989
- Caron, P.H.; Glioner, D.; Lecomte, P.; Orgiazzi, J.; Wémeau, J.L.; Apport iodé en France: prévention de la carence iodée au cours de la grossesse et l'allaitement. *Ann Endocrinol.* 2006; 67:281-286
- Carrera, J.M.; Kurjak, A. *Ecografía en diagnóstico prenatal.* Barcelona: Elsevier Masson; 2008
- Carrolli, G.; Villar, J.; Piaggio, G. et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet.* 2001; 351:1551-1570
- Caughey, A.B.; Nicholson, J.M.; Washinton, A.E.; First-vs second-trimester ultrasound: the effect on pregnancy dating and perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198(6):703
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. *MMWR.* 1996; May 31;45(RR-7):1-24
- Chan, L.Y.; Tang, J.L.; Tsoi, K.F.; et al. Intrapartum cesarean delivery after successful external cephalic version: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2004; 104:155
- Chanarin, I.; Rothman, D.; Perry, J.; Stratfull, D. Normal dietary folate, iron, and protein intake, with particular reference to pregnancy. *Brit Med J.* 1968; 2:394-397
- Chanarin, I.; Rothman, D.; Ward, A.; Perry, J. Folate status and requirement in pregnancy. *Brit Med J.* 1968; 2:390-394
- Chanrachakul, B.; Herabutya, Y. Post-term with favourable cervix: is induction necessary? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003; 106:154-7
- Chapman, S.J.; Owen, J.; Hauth, J.C. One versus two-layer closure of a low transverse cesarean: the next pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1997; 89:16-8
- Chen, L.T.; Rivera, M.A. The Costa Rica experience: reduction of neural tube defects following food fortification programs. *Nutr Rev.* 2004; 62:S40-43
- Chopra, Deepak. *Guarirsi da dentro.* Milán: Sperling&Kupfer Editori; 1997
- Chopra, Deepak; Simon, David; Garreta, Vicky Abrams. *Un comienzo mágico para una vida fascinante: una guía integral del embarazo y el nacimiento.* Barcelona: Juan Granica; 2006
- Clement, S.; Candy, B.; Sikorski, J.; Wilson, J.; Smeeton, N. Does reducing the frequency of routine antenatal visits have long term effects? Follow-up of participants in a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 1999; 106:367

- Cochrane, Archibald Leman. Effectiveness and efficiency: random reflection on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1972
- Cokkinides, V.; Coker, A.; Sanderson, M.; Addy, C.; Bethea, L. Physical violence during pregnancy: maternal complications and birth outcomes. *Obstet Gynecol.* 1999; 93:661-6
- Coll, O.; Del Pino, M.; Llobet, E. Infección de Chagas perinatal. *Enf emerg.* 2005; 8:43-5
- Collaris, R.J.; Oei, S.G. External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version-related risks. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83:511-18
- Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología. Programa de formación de especialistas en obstetricia y ginecología. 2008 Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/Programa_aprobado_Junio2008.pdf [Consultado: 18 de mayo de 2009]
- Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Guía técnica do proceso de atención ao embarazo normal: versión 1. Xuño 2008. Galicia: Servizo Galego de Saúde. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=50019&uri=http://www.sergas.es/gal/muller/docs/PMG03.pdf&hifr=900&seccion=0&seccion=0
- Consenso Brasileiro em doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2005; 38(3):7-29
- Consenso de Enfermedad de Chagas. *Rev Argent Cardiol.* 2002; 70(1):9-86
- Corona Gutiérrez, América Aime; Higuera Sanz, T.; Cabero Roura, Lluís. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesárea. *Prog Obstet Ginecol.* 2008; 51:703-8
- Correlation of Continuous Glucose Monitoring and Glucose Tolerance Testing With Pregnancy Outcomes. [Stanford]: Stanford University; August 2009. Disponible en: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00850135> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Crowley, P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 2
- Cunningham, F.G.; MacDonald, P.; Gant, N.; Leveno, K.; Gilstrap, P.L.; Hankins, G.; Clark, S. Trabajo de parto y parto normales. Madrid: Panamericana; 1998:301-319
- Cutland, C.L. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV): RHL commentary. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: WHO; 29 August 2007
- De Meeus, J.B.; Ellia, F.; Magnin, G. External cephalic version after previous cesarean section: a serie of 38 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998; 81:65-8
- De Miranda, E.; Van Der Von, J.G.; Bonsel, G.J.; Bleker, O.P.; Rosendaal, F.R. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomized controlled trial. *BJOG.* 2006; 113:402-408
- De Silva, A.; Jones, P.W.; Spencer, S.A. Does human milk reduce infection rates in preterm infants?: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89(6): F509-F513
- Declercq, E.; Sakala, C.; Corry, M.P.; Applebaum, S. Listening to mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association; 2006
- Delange, F. Iodine deficiency in Europe and its consequences: an update. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2002; 29(2):S404-S416
- Delgado Beltrán, Paloma. Curvas de peso, longitud, perímetro cefálico e índice ponderal de los recién nacidos vivos en el Hospital de Cruces (Vizcaya). [tesis doctoral]. Rodríguez-Alarcón Gómez, Justino; Melchor Marcos, Juan Carlos (dirs). Universidad del País Vasco; 1995

- Deneux-Tharaux, C.; Carmona, E.; Bouvier-Colle, M.H.; et al. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006; 108:541-8
- Departamento de Sanidad. Encuesta de Nutrición 2005: hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; Junio 2006
- Di Mario, S. et al. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2005. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E87997.pdf> [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from pre-conception to the postnatal period. NICE CG63. 2008. Disponible en: www.nice.org.uk/CG063 [Consultado: 29 de diciembre]
- Diabetes mellitus y embarazo: "Guía Asistencial". 3ª edición. Madrid: Grupo Español de Diabetes y Embarazo; 2005 Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/guia_diabetes.pdf [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Diego, M.A.; Jones, N.A.; Field, T. et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med.* 2006; 68(5):747-753
- Dillon, A.E.; Menard, M.K.; Rust, P.; Newman, R.B.; VanDorsten, J.P. Glucometer analysis of one-hour glucose challenge samples. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 177(5):1120-3.
- Divon, M.Y.; Ferber, A.; Nisell, H.; Westgren, M. Male gender predisposes to prolongation of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187:1081-3
- Divon, M.Y.; Ferber, A.; Sanderson, M. A functional definition of prolonged pregnancy based on daily fetal neonatal mortality rates. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004; 23:423-426
- Dyson, D.C.; Miller, P.D.; Armstrong, M.A. Management of prolonged pregnancy: induction of labour versus antepartum fetal testing. *Am J Obstet Gynecol.* 1987; 156:928-34
- Einenkel, D.; Bauch, K.H.; Benker, G. Treatment of juvenile goitre with levothyroxine, iodide or a combination of both: the value of ultrasound grey-scale analysis. *Acta Endocrinológica.* 1992; 127:301-6
- Elkousy, M.A.; Sammel, M.; Stevens, E.; Peipert, J.F.; Macones, G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188:824-30
- Enkin, M.; Keirse, M.; Nielson, J.; Crowther, C.; Duley, L.; Hodnett, E.; Hofmeyr, J. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 2000
- Enkin, M.; Kierse, M. et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press; 2000
- Entwistle, Vikki. Trust and shared decision-making: an emerging research agenda. *H Expect.* 2004; 7(4):271-3
- Epstein, R.M.; Alper, B.S.; Quill, T.E. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA.* 2004; 291(19):2359-66
- Escribà Agüir, Vicenta; Ruiz Pérez, Isabel; Saurel Cubizolles, Marie Josèphe. Screening for domestic violence during pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007; 28(3):133-4
- Esposito, M.A.; Menihan, C.A.; Malee, M.P. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183:1180-3
- Essel, J.K.; Opai-Tetteh, E.T. Is routine caesarean section necessary for breech-breech and breech-transverse twin gestations? *S Afr Med J.* 1996; 86:1196-200

- Esteban, Mari Luz. La maternidad como cultura. En: Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds). *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2000
- Estrada, María Dolores (coord.); Guillén, Mireia; Iruretagoiena, María Luisa; Taboada, Jorge; López de Argumedo, Marta; Lapuente, Juan Luis; Gutiérrez, M^a Asun; Feijas, Ana; Cuntín, Luís G.; Gestoso, Juan Francisco; García, Ángela Luz; Cerdá, Teresa. Descripción del estado de situación del cribado prenatal de las cromosomopatías fetales más frecuentes -principalmente Síndrome de Down- en el Estado español y propuestas de mejora en la práctica clínica habitual. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/03. Disponible en: http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cribado_prenatal_aatrm-pcsns-2007.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]
- European Guidelines for quality assurance in cervical cancer screening: 2nd edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008
- Evans, J.; Heron, J.; Francomb, H.; et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*. 2001; 323:257-60
- Fabre, E.; González de Agüero, R.; de Agustín, J.L.; Tajada, M.; Repollés, S.; Sanz, A. Perinatal mortality in term and post-term births. *J Perinat Med*. 1996; 24(2):163-9
- Feldkamp, J.; Seppel, T.; Becker, A.; Klisch, A.; Schlaghecke, R.; Goretzki, P.E. et al. Iodide or L-thyroxine to prevent recurrent goiter in an iodine deficient area: prospective sonographic study. *World J Surg*. 1997 Jan; 21(1):10-4
- Ferguson, J.E. 2nd.; Dyson, D.C. Intrapartum external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 152:297-8
- Ferrero Casillas, M.D.; Fernández Agüero, L. Servicio de Farmacia de la Gerencia de A.P. de Toledo. Yoduro potásico. Hoja de Evaluación de Medicamentos de Castilla-La Mancha. *SESCAM*. 2007; 7(6)
- Ficha técnica yoduro potásico. Yoduk®. Recordati España, S.L. Mayo; 2004
- Field, Tiffany; Diego, Miguel; Hernandez,-Reif, María; et al. Stability of mood states and biochemistry across pregnancy. *Infant Behavior and Development*. 2006 april; 29(2):262-267
- Field, Tiffany; Diego, Miguel; Hernández,-Reif, María; Gil, Karla; vera, Yanexy. Prenatal maternal cortisol, fetal activity and growth. *International Journal of Neurosciences*. 2005; 115(3):423-429(7)
- Fiscella, Kevin. Does prenatal care improve birth outcomes? A critical review. *Obstet Gynecol* 1995; 85
- Fisher, Jane; Astbury, J.; Smith, A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997; 31:728-738
- Flamm, B.L.; Fried, M.W.; Lonky, N.M. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 1991; 165:370-2
- Flamm, B.L.; Gonigs, J.R. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomía a contraindication? *Obstet Gynecol*. 1989; 74:694-7
- Flitcraft, A.; Hadley, S. M.; et al. Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence. Chicago: American Medical Association; 1992
- Flores-Chávez, M.; De Fuentes, I.; Gárate, T.; Cañabate, C. Diagnóstico de laboratorio de la enfermedad de Chagas importada. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007; 25:29-37.

- Flores-Chávez, M.; Faez, Y.; Olalla, J.M.; Cruz, I.; Gárate, T.; Rodríguez, M. et al. Fatal congenital Chagas disease in a non-endemic area: a case report. *Cases Journal*. 2008; 1:302
- Forrester, M.B.; Merz, R.D. Rates of selected birth defects in relation to folic acid fortification, Hawaii, 1986-2002. *Hawaii Med J*. 2005; 64:302-305
- Fortunato, S.J.; Mercer, L.J.; Guzick, D.S. External cephalic version with tocolysis: factors associated with success. *Obstet Gynecol*. 1988 jul; 72(1):59-62
- Galbe Sánchez-Ventura, J. Prevención del retraso psicomotor causado por déficit de yodo en la infancia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2007; 9(33):51-70
- Gamble, J.A.; Creedy, D.K. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*. 2000; 27(4):256-262.
- García, J.; Bricker, L.; Henderson, J. et al. Women's view of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth*. 2002; 29(4):225-50
- Gascón, J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:230-5
- Gaudino, J.A.; Jenkins, B.; Roachat, R.W. No fathers' names: a risk factor for infant mortality in the State of Georgia, USA. *Soc Sci Med*. 1999; 48:253-265
- Gavin, N.I.; Gaynes, B.N.; Lohr, K.N.; et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*. 2005; 106:1071-83
- Gaynes, B.N.; Gavin, N.; Meltzer-Brody, S.; et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*. 2005; n°119:1-8
- Gazmararian, J.A.; Lazorick, S.; Spitz, A.; Ballard, T.; Saltzman, L.; Marks, J. Prevalence of violence against pregnant women. *JAMA*. 1996; 275:1915-20
- Geary, M.; Fanagan, M.; Boylan, P. Maternal satisfaction with management of labour and preference for mode of delivery. *J Perinat Med*. 1997; 25(5):433-9
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Plan estratégico de ordenación de servicios de atención a la salud sexual i reproductiva. 2007 Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/plaestra2008.pdf> [Consultado: 15 de marzo de 2010]
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Plan estratégico de ordenación de servicios de la atención materno-infantil en los hospitales de la red hospitalaria de utilización pública en Catalunya. 2007. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2384/plamatinf.pdf> [Consultado: 15 de marzo de 2010]
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Cartera de servicios de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva de apoyo a la atención primaria. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2384/placarte.pdf> [Consultado: 15 de marzo de 2010]
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Protocolo para la asistencia natural al parto normal. 2007. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpartnat.pdf> [Consultado: 15 de marzo de 2010]
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Direcció General de Planificació i Avaluació. Protocol de cribatge i diagnòstic de la malaltia de Chagas en dones latinoamericanes embarassades i els seus nadons. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2384/protchagas2010.pdf> [Consultado: 15 de marzo de 2010]

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 2^a ed rev. [Barcelona]: Direcció General de Salut Pública; 2005. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protseguir2006.pdf> [Consultado: 18 de mayo de 2009]
- Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública. Protocolo de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas fetales –versión abreviada. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; diciembre de 2008. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir125/diagprenfetcasbreu.pdf> [Consultado: 18 de mayo de 2009]
- Generalitat de Catalunya. Direcció General de Salut Pública. Protocol d'atenció natural al part normal. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2007. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/part2007.pdf> [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Generalitat de Catalunya. Protocol d'assistència al part i d'atenció al nadó. [Barcelona]: Direcció General de Salut Pública; 2003. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/protpart.pdf> [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Generalitat Valenciana. Enfermedad de Chagas importada: protocolo de actuación en la Comunitat Valenciana. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2009
- Gil-Brusola, A.; Jiménez, M.J.; Gómez, M.D.; García, Y. Fagúndez G, Rosingh A y Gobernado M. Prevalencia de la enfermedad de Chagas en gestantes y población inmigrante de Sudamérica. Estudio comparado. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2007; 25:88-9
- Glezerman, M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Jan; 194(1):20-5
- Glinoe, D.; De Nayer, P.; Delange, F.; Lemone, M.; Toppet, V.; Spehl, M. et al. A randomised trial for the treatment of mild iodine deficiency during pregnancy: maternal and neonatal effects. *J Clin Endocrinol Metab*. 1995 Jan; 80(1):258-69
- Glinoe, D.; Delange, F. The potencial repercussions of maternal, fetal and neonatal hypothyroxinemia on the progeny. *Thyroid*. 2000; 10:871-77
- Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Cribado prenatal del Síndrome de Down. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2007
- Goffinet, F.; Carayol, M.; Foidart, J.M.; Alexander, S.; Uzan, S.; Subtil, D.; et al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol*. 2006 Apr; 194(4):1002-11
- Golding, J.M.; Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence*. 1999; 14(2):99-132
- Green, J.; Coupland, V.; Kitzinger, J. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*. 1990; 17:15-24
- Gregory, K.D.; Korst, L.M.; Cane, P.; Platt, L.D.; Kahn, K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet Gynecol*. 1999; 94:985-9
- Gribble, R.K.; Fee, S.C.; Berg, R.L. The value of routine urine dipstick screening for protein at each prenatal visit. *Am J Obstet Gynecol*. 1995a; 173:214-17
- Gribble, R.K.; Meier, P.R.; Berg, R.L. The value of urine screening for glucose at each prenatal visit. *Obstet Gynecol*. 1995b; 86:405-10
- Grootscholten, K.; Kok, M.; Oei, S.G.; et al. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2008; 111:1143
- Grubb, D.K.; Kjos, S.L.; Paul, R.H. Latent labor with an unknown uterine scar. *Obstet Gynecol*. 1996; 88:351-6

- Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición sobre trastornos relacionados con la deficiencia de yodo. Declaración de Ponferrada sobre la deficiencia de yodo en la dieta de la población española. *Endocrinol Nutr.* 2007; 54(4):236
- Grupo de Trabajo de Trastornos por Déficit de Yodo de la Sociedad Española de endocrinología y Nutrición. Déficit de yodo en España: situación actual. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Fundación SEEN. Disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/yodoSEEN.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Guidelines for the management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks. SOGC Clinical practice guideline. Septiembre 2008; 214. Disponible en: <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui214CPG0809.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Guidelines for vaccinating Pregnant Women: from Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). U.S. Department of Health and Human Services: Centers for Disease Control and Prevention; 1998; October (Updated May 2007) Disponible en: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/b_preg_guide.pdf [Consultado: 29 de diciembre]
- Gülmezoglu, A.M.; Crowter, C.A.; Middleton, P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 4
- Hamada, S.; Vearncombe, M.; McGeer, A.; Shah, P.S. Neonatal group B streptococcal disease: incidence, presentation, and mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008; Jan;21(1):53-7.
- Hannah, M.E.; Hannah, W.J.; Hellman, J.; Hewson, S.; Milner, R.; Willan, A. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post term pregnancy: a randomized controlled trial: the Canadian multicenter post-term pregnancy trial group. *N Engl J Med.* 1992 jul 30; 327(5):368
- Hannah, M.E.; Hannah, W.J.; Hewson, S.A. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet.* 2000; 356:1375-83
- Hansell, R.S.; McMurray, K.B.; Huey, G.R. Vaginal birth after two or more cesarean sections: a five-year experience. *Birth.* 1990; 17:146-50
- Hansen, D.; Lou, H.C.; Olsen, J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet.* 2000; 356:875-880
- Harper, L.M.; Macones, G.A. Predicting success and reducing the risks when attempting vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol Surv.* 2008 Aug; 63(8):534-45
- Heimstad, R.; Scogvoll, E.; Mattsson, L.A.; Johansen, O.J.; Eik-Nes, S.H.; Salvesen, K.A. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Mar; 109(3):609-17
- Hertrampf, E.; Cortés F. Folic acid fortification of wheat flour: Chile. *Nutr Rev.* 2004; 62:S44-48
- Hetzel, B.S. Iodine Deficiency Disorders (IDD) and their eradication. *Lancet.* 1983; 2:1126-1129
- Hilder, L.; Costoloe, K.; Thilaganathan, B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Feb; 105(2):169-73
- Hildingsson, I.; Radestad, I.; Rubertsson, C.; Waldenstrom, U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG.* 2002; 109(6):618-23
- Hodnett, E.D. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (3)
- Hodnett, E.D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003; (2)

- Hodnett, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(5):160-72
- Hodnett, E.D.; Gates, S.; Hofmeyer, G.J.; Sakala, C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Library.* 2003; 3
- Hofmeyer, G.J.; Kulier, R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000
- Hofmeyer, G.J.; Neilson, J.P.; et al. *Pregnancy and Childbirth – A Cochrane Pocketbook.* England: Wiley; 2008
- Hogle, K.L.; Kilburn, L.; Hewson, S.; Gafni, A.; Wall, R.; Hannah, M.E. Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can.* 2003; 25:14-6
- Huang, W.H.; Nakashima, D.K.; Rumney, P.J.; Keegan, K.A.; Chan, K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2002; 99:41-4
- Hutton, E.K.; Kaufman, K.; Hodnett, E.; Amankwah, K. External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomized multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189:245
- Ickovics, JR; Kershaw, TS; Westdahl, C et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110:330
- ICSI. Health Care Guideline Routine Prenatal Care. ICSI. August 2009 thirteenth edition. Disponible en: http://www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care__routine__full_version__2.html [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Iglesias, E.; de la Fuente, P. Embarazo prolongado. En: Usandizaga, J.A.; de la Fuente, P. *Tratado de Obstetricia y Ginecología* (2ª Ed). Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003: 385-390
- Illuzzi, J.L.; Bracken, M.B. Duration of intrapartum prophylaxis for neonatal group B streptococcal disease: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2006; Nov;108(5):1254-65
- Impey, L.; Lissoni, D. Outcome of external cephalic version after 36 weeks' gestation without tocolysis. *J Matern Fetal Med.* 1999; 8:203-7
- Impey, L.; Pandit, M. Tocolysis for repeat external cephalic version after a failed version for breech presentation at term: a randomised double-blind placebo controlled trial. *BJOG.* 2005; 112:627-31
- Induction of labour: This is an update of NICE inherited clinical guideline D. NICE CG70. 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG70> [Consultado: 29 de diciembre]
- Institute of Medicine, Academy of Sciences, USA. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. Washington DC: National Academy Press; 2001: 1-73
- Intrapartum care: management and delivery of care to women in labour. NICE CG55. 2007. Disponible en: www.nice.org.uk/CG055 [Consultado: 29 de diciembre]
- J. W. A Manual of Antenatal Pathology and Hygiene of the foetus. Vol 1. William Green and Sons, Edinburgh UK

- Jackson, N.V.; Irvine, L.M. The influence of maternal request on the elective Cesarean section rate. *J Obstet Gynecol.* 1998; 18:119-155
- Janssen, P.A.; Holt, V.L.; Sugg, N.K.; Emmanuel, I.; Critchlow, C.M.; Henderson, A.D. Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 118:1341-7
- Johnson, R.L.; Elliott, J.P. Fetal acoustic stimulation, an adjunct to external cephalic version: a blinded, randomized crossover study. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173:1369-72
- Jones, M.; Barik, S.; Mangune, H.; Jones, P.; Gregory, S.; Spring, J. Do birth plans adversely affect the outcome of labour? *Br J Midwifery.* 1998; 6:38-41
- Kaufman, T. Evolution of the birth plan. *J Perinat Educ.* 2007; 16(3):47-52
- Keirse, MJNC. Post-term pregnancy: new lessons from an unresolved debate. *Birth.* 1993; 20:102-5
- Khan-Neelofur, D; Gulmezoglu, M; Villar, J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1998; 12 Suppl 2:7-26
- Kistka, Z.A.; Palomar, L.; Boslaugh, S.E. et al. Risk for post-term delivery after previous post-term delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 196:241
- Kitzinger, S. Rediscovering birth. New York: Pocket Books; 2000
- Kitzinger, S.; Sheila Kitzinger's letter from England: birth plans. *Birth.* 1992; 19(1):36-7
- Klein, M. Contracting for trust in family practice obstetrics. *Can Fam Physician.* 1983; 29:2225-7
- Knoll, N.; Scholz, U.; Rieckmann, N. Einführung zur Gesundheitspsychologie. Munich: Ernst Reinhard Verlag; 2005
- Kok, M.; Cnossen, J.; Gravendeel, L.; et al. Ultrasound factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009; 33:76
- Krug, E.G.; Dahlberg, L.L.; Mercy, J.A.; Zwi, A.; Lozano Ascensio, R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002
- Lalor, J.G.; Devane, D. Information, knowledge and expectations on routine ultrasound scan. *Midwifery.* 2007; 23(1):13-22
- Landon, M.B. Vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol.* 2008 Sep; 35(3):491-504
- Landon, M.B.; Spong, C.Y.; Thom, E. et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006; 108:12-20
- Lau, T.K.; Chan, F. Unknown uterine scars, unknown risks. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 1994; 34:216-7
- Lau, T.K.; Lo, K.W.; Wan, D.; Rogers, M.S. Predictors of successful external cephalic version at term: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104:798
- Laurie, T. et al. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Matern Child Health J.* 2007 nov; 11(6):595-602
- Laursen, M.; Bille, C.; Olesen, A. et al. Genetic influence on prolonged gestation: a population-based Danish twin study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:489-14
- Levi, S. Ultrasound in prenatal diagnosis: polemics around routine ultrasound screening for second trimester fetal malformations. *Prenat Diagn.* 2002; 22:285-95

- Levine, E.M.; Ghai, V.; Barton, J.J.; Strom, C.M. Intrapartum antibiotic prophylaxis increases the incidence of gram-negative neonatal sepsis. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2001; 9(1):59
- Lilford, R.J.; Kelly, M.; Baines, A.; Cameron, S.; Cave, M.; Guthrie, K.; Thornton, J. Effect of using protocols on medical care: randomised trial of three methods of taking an antenatal history. *BMJ.* 1992; Nov 14; 305(6863):1181-4
- Limón Mendizabal, Rosario. Factores que determinan el nivel de salud-enfermedad en el mundo actual. En: Pérez Quesada, Rogelia (dir). *Educación para la Salud: reto de nuestro tiempo.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2004
- Liu, S.; Liston, R.M.; Joseph, K.S.; Heaman, M.; Sauve, R.; Kramer, M.S. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ.* 2007 Feb 13; 176(4):455-60
- Lockwood, C.J.; Magriples, U. The initial prenatal assessment and routine prenatal care. Wellesley: MA. 2009
- Logsdon, B.A.; Casto, D.T. Prevention of group B Streptococcus infection in neonates. *Ann Pharmacother.* 1997; Jul-Aug;31(7-8):897-906
- Løland, B.F.; Baerug, A.B.; Nylander, G. [Human milk, immune responses and health effects] [Article in Norwegian] *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2007; Sep 20;127(18):2395-8
- Lonky, N.M.; Worthen, N.; Ross, M.G. Prediction of cesarean section scars with ultrasound imaging during pregnancy. *J Ultrasound Med.* 1989; 8:15-19
- López-Camelo, J.S.; Orioli, I.M.; da Graca Dutra, M.; Nazer-Herrera, J. et al. Reduction of birth prevalence rates of neural tube defects after folic acid fortification in Chile. *Am J Med Genet A.* 2005 jun 1; 135:120-125
- Lorenz, R. *Salutogenese.* Munich: Ernst Reinhardt; 2005
- Lothian J. Birth plans: the good, the bad and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006 Mar-Apr; 35(2):295-303
- Lucock, M. Is folic acid the ultimate functional food component for disease prevention? *BMJ.* 2004; 328:211-4
- Lucock, M.; Yates, Z. Measurement of red blood cell methylfolate. *Lancet.* 2002; 360:1021-1022
- Lundgren, I.; Berg, M.; Lindmarck, G. Is the childbirth experience improved by a birth plan? *J Midwifery Womens Health.* 2003; 48(5):322-8
- Lydon-Rochelle, M.; Holt, V.L.; Easterling, T.R. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001; 345:3-8
- MacDorman, M.F.; Declercq, E.; Menacker, F.; Malloy, M.H. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth.* 2008 Mar; 35(1):3-8
- MacLennan, A. A template for defining a causal relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *BMJ.* 1999; 319:1054-9
- Macones, G.A.; Cahill, A.; Pare, E. et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192(4):1223-9
- MacVicar, J.; Dobbie, G.; Owen-Johnstone, L.; Jagger, C.; Hopkins, M.; Kennedy, J. Simulated home delivery in hospital: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993; 100:316-23

- Mahomed, K.; Gülmezoglu, A.M. Suplementos de yodo materno en áreas deficitarias. *Cochrane Database Syst.* 2000
- Martin, L.T.; McNamara, M.J.; Milot, A.S.; Halle, T.; Hair, E.C. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Matern Child Health H.* 2007 nov; 11(6):595-602
- Martin, S.L.; Mackie, L.; Kupper, L.L.; Buescher, P.A.; Moracco, K.E. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. *JAMA.* 2001; 285(12):1581-1584
- Martínez Frías, María Luisa. Adecuación de las dosis de ácido fólico en la prevención de los defectos congénitos. *Med Clin (Barc).* 2003; 128(16):609-16
- Martínez Frías, María Luisa. Can our understanding of epigenetics assist with primary prevention of congenital defects? *J Med Genet.* 2009.
- Martul, P.; Castaño, L.; Aguayo, A.; Grau, G.; Rica, I. Indicaciones del tratamiento con yodo a las embarazadas: situación en Bizkaia. *Bol S Vasco-Nav Pediatr.* 2007; 39:16-21
- Maslow, A. *Motivation und Persönlichkeit.* Hamburgo: Rohwolt Verlag; 1999
- Mastrobattista, J. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1999; 2:295-304
- McDuffie, R.J.; Beck, A.; Bischoff, K.; et al. Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low-risk women: A randomized controlled trial. *JAMA.* 1996; 275:847-851
- McMahon, M.J.; Luther, E.R.; Bowes, W.A.Jr.; Olshan, A.F. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med.* 1996; 335:689-95
- Medina Arteaga, M.T. et al. ¿Cómo es la atención al embarazo según nuestras gestantes? *Medicina de Familia (And).* 2000; 1:37-40
- Mensink, W.F.; Huisjes, H.J. [Is external version useful in breech presentation?]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 1980; 124:1828
- Miller, D.L. Safety assurance in obstetrical ultrasound. *Semin Ultrasound CT MR.* 2008; 29(2):156-164
- Mitchell, M.D.; Flint, A.P.; Bibby, J.; Brunt, J.; Arnold, J.M.; Anderson, A.B.; Turnbull, A.C. Rapid increases in plasmaprostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy. *BMJ.* 1977; 2(6096):1183-5
- Mogren, I. et al. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol.* 1999; 28:253
- Mogren, I.; Stenlund, H.; Hogberg, U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol.* 1999; 28:253
- Moore, M.; Hopper, U.; Dip, G. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth.* 2007; 22(1):26-36
- Morreale de Escobar, G.; Escobar del Rey, F. Metabolismo de las hormonas tiroideas y del yodo en el embarazo: razones experimentales para mantener una ingesta adecuada de yodo en la gestación. *Prog Obstet Ginecol.* 2007; 50(2):21-34
- Morreale de Escobar, G.; Obregón, M.J.; Escobar del Rey, F. Role of thyroid hormone during brain development. *Eur J Endocrinol.* 2004; 151:U25-U37
- Moya García, Francisca. Derechos legales de las trabajadoras asalariadas. En: Blázquez García, Mª Jesús (dir). *Maternidad entrañable y gozosa.* Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2006

- Muñoz, J.; Portús, M.; Coracham, M.; Fumadó, V.; Gascón, J. Congenital Trypanosoma cruzi infection in a non-endemic area. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2007; 101:1161-2
- Murcia, M.; Rebagliato, M.; Espada, M.; Vioque, J.; Santa Marina, L.; Álvarez, M. et al. Iodine intake in a population of pregnant women. INMA mother and child cohort study. *Spain Epidemiology.* 2010; 21:62-9
- Murphy, C.C.; Schei, B.; Myhr, T.L.; Du, M.J. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Can Med Assoc J.* 2001; 164:1567-72
- Murphy, H.R.; Rayman, G.; Lewis, K.; Kelly, S.; Johal, B.; Duffield, K.; Fowler, D.; Campbell, P.J.; Temple, R.C. Effectiveness of continuous glucose monitoring in pregnant women with diabetes: randomised clinical trial. *BMJ.* 2008; 337:a:1680
- National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. A clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170:716-23
- Neilson, J.P. Ecografía para evaluación fetal en el inicio del embarazo (revisión cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007; n° 3
- Neilson, J.P.; Alfirevic, Z. Doppler ultrasound for fetal assessment in high risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 1996
- Nerum, H.; Halvorsen, L.; Sørli, T. et al. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth.* 2006; 33:221-228
- Nicolaides, K.H.; Azar, G.; Byrne, D.; Mansur, C.; Marks, K. Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in first trimester of pregnancy. *BMJ.* 1992 Apr 4; 304(6831):867-9
- Oakley, Ann; Hickley, Deborah; Rajan, Lynda; et al. Social support in pregnancy: does it have long term effects? *J Reprod Infant Psychol.* 1996; 14(1):7-22
- Observatorio de Salud de las Mujeres. Estrategia de Atención al Parto del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Observatorio de Salud de las Mujeres. Guía para la prevención de defectos congénitos. Informes, estudios y documentos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/GuiaPrevencionDDCC.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Observatorio de Salud de las Mujeres. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sanidad 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- O'Connor, T. G.; Heron, J.; Golding, J. et al. Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years. *Br J Psychiatry.* 2002; 180:502-515
- Odent, Michel. Back to the nocebo effect. *Primal Health Research Newsletter.* 1995; 5(4)
- Odent, Michel. Ear sardines, be happy...and sing! *Midwifery Today Int Midwife.* Autumn 2001 Fall; (59):19
- Odent, Michel. Eliminating the nocebo effects in prenatal care. *Primal Health Research Newsletter.* Autumn 1994; 2(2)

- Odent, Michel. La vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad: textos escogidos de Michel Odent. Ob Stare; 2009
- Odent, Michel. The nocebo effect in prenatal care. Primal Heath Research Newsletter. 1994; 2:2-6
- Ohlsson, A.; Shah, V.S. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. Cochrane Database Syst Rev. 2009; Jul 8;(3)
- Olesen, A.W.; Westergaard, J.G.; Olsen, J. Perinatal and maternal complication related to post-term delivery: a national register-based study, 1978-1993. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jul; 189(1):222-7
- Olessen, A.W.; Basso, O.; Olsen, J. Risk of recurrence of prolonged pregnancy. BMJ. 2003; 326:476
- Olza, I. La teoría de la programación fetal y el efecto de la ansiedad materna durante el embarazo en el neurodesarrollo infantil. En: Maternidad entrañable y gozosa. Prensas Universitarias de Zaragoza. 2006
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Ginebra: OMS; 1996. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Organización Panamericana de la Salud. AIEPI Neonatal: Intervenciones Basadas en Evidencia. Washington, D.C.: OPS; 2009
- Osakidetza/Servicio Vasco de salud. Recomendaciones de actuación en el parto de un embarazo a término con feto único en presentación de nalgas: documento de consenso. Dirección de Asistencia Sanitaria. Febrero 2003
- Palma, Renato. Malattia come sogno. Firenze: Uncini Pierucci; 1983
- Parada, C.; Drecic, M.C.; Tuset, C.; Aznar, E.; Segarra, P.; García, M.; Fraile, T. Seroprevalencia de la enfermedad de Chagas en inmigrantes latinoamericanos atendidos en el Hospital General Universitario de Valencia. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007; 25:87
- Paricio Talayero, J.M.; Benlloch Muncharaz, M.J.; Collar del Castillo, J.; Rubio Soriano, A.; Serral Pérez, C.; Magraner Egea, J.; Landa Rivera, L. et al. Vigilancia epidemiológica de la transmisión vertical de la enfermedad de Chagas en tres maternidades de la Comunidad Valenciana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; 26:609-13
- Pattison, N.; McCowan, L. Cardiotocografía para la evaluación fetal anteparto (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2008; Número 2. Disponible en: <http://www.update-software.com/pdf/CD001068.pdf> [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Peláez Narváez, Ana. Maternidad y discapacidad. Madrid: CERMI; 2009. Disponible en: http://www.cermiaragon.org/es/index.php?mod=archive_document_detail&fil_id_category=5&id=339 [Consultado: 11 de Enero de 2010]
- Penna, L.; Arulkumaran, S. Cesarean section for non-medical reasons. Int J Gynecol Obstet. 2003; 82:399-409
- Pérez Fernández, M.; Gérvas, J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. Semergen. 1999; 25(3):239-248
- Phelan, J.P.; Eglington, G.S.; Horenstein, J.M. Previous cesarean birth: trial of labor in women with macrosomic infants. J Reprod Med. 1984; 29:36-40
- Philipsen, N.C.; Haynes, D.R. The similarities between birth plans and living wills. J Perinat Educ. 2005; 14(4):46-8

- Pignone, M.; Gaynes, B.; Rushton, J.L.; et al. Screening for depression: systematic evidence review nº6. Rockville: MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001
- Prata, A. Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease. *Lancet*. 2001; 1:92-100
- Prevention of neural tube defects: results of the medical research council vitamin study: MRC vitamin study research group. *Lancet*. 1991; 338:131-7
- Puopolo, K.M.; Madoff, L.C.; Eichenwald, E.C. Early-onset group B streptococcal disease in the era of maternal screening. *Pediatrics*. 2005; May;115(5):1240-6
- Rageth, J.C.; Juzi, C.; Grossenbacher, H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol*. 1999; 93:332-7
- Ramos, J.M.; Milla, A.; Sánchez, V.; Vergés, M.; Toro, C.; Gutiérrez, F. Cribado prenatal de la infección por *Trypanosoma cruzi* y virus linfotrópico humano de células T en gestantes latinoamericanas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2009; 27:165-7
- Ramsay, J.; Richardson, J.; Carter, Y.H.; Davidson, L.L.; Feder, G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002; 325(7359):314
- Ray, J.G.; Folic acid food fortification in Canada. *Nutr Rev*. 2004; 62:S35-39
- Read, J.S.; Klebanoff, M.A. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1993; 168:514
- Rebagliato, M.; Murcia, M.; Espada, M.; Álvarez-Pedrerol, M.; Bolúmar, F.; Vioque, J. et al. Iodine intake and maternal thyroid function during pregnancy. *Epidemiology*. 2010; 21:62-9
- Renner, R.M.; Renner, A.; Schmid, S. et al. Efficacy of a strategy to prevent neonatal early-onset group B streptococcal (GBS) sepsis. *J Perinat Med*. 2006; 34(1):32-8
- Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183:S1-S22
- Revez, L.; Gyte, G.M.L.; Cuervo, L.G. Tratamientos para la anemia ferropénica en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstracts/AB003094-ES.htm> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Richards, M.P.M. The trouble with 'choice' in childbirth. *Birth*. 1982; 9:253-60
- Riera, C.; Guarro, A.; Kassab, H.; Jorba, J.M.; Castro, M.; Angrill, R. et al. Congenital transmission of *Trypanosoma cruzi* in Europe (Spain): a case report. *Am J Trop Med Hyg*. 2006; 75:1078-81
- Robinson, H.E.; O'Connell, C.M.; Joseph, K.S.; McLeod, N.L. Maternal outcomes in pregnancies complicated by obesity. *Obstet Gynecol*. 2005; 106:1357-64.
- Rosen, M.G.; Dickinson, J.C.; Westhoff, C.L. Vaginal birth after cesarean: a 10 year experience. *Obstet Gynecol*. 1994; 84:255-8
- Rosen, M.G.; Dickinson, J.C. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. *Obstet Gynecol*. 1990; 76:865
- Ross, J.; Green, J.; Baugh, C.M.; MacKenzie, R.E.; Matthews, R.G. Studies on the polyglutamate specificity of methylenetetrahydrofolate dehydrogenase from pig liver. *Biochemistry*. 1984; 23:1796-1801

- Royal College of Midwives. Domestic abuse in pregnancy. London: RCM; 1999
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Violence against women. London: RCOG Press; 1997
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman (2nd ed). London: RCOG National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. RCOG Press; 2008
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Chickenpox in pregnancy (Green-top 13). London: RCOG Press; 2001; Septembe. Disponible en:
<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT13ChickenpoxinPregnancy2007.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence based clinical guideline No.9. London: RCOG Press; june 2001
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation (guideline N° 20a). RCOG; december 2006. Disponible en:
<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT20aExternalCephalica2006.pdf> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. [London]: RCOG Press; 2008
- Royal College of Psychiatrists. Domestic violence. CR102. London: RCPsych; 2002.
- Ruiz Pérez, Isabel; Blanco Prieto, Pilar; Vives Cases, Carmen. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004; 18(2):4-12
- Ruiz Pérez, Isabel; Plazaola Castaño, J.; Álvarez Kindelán, M. et al. Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. Ann Epidemiol. 2006; 16:357
- Ryding, E.L.; Wijma, B.; Wijma, K. et al. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 1998; 77:542-547
- Ryding, E.L.; Wijma, K.; Wijma, B. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2000; 18:33-39
- Sack, J. Thyroid function in pregnancy-maternal-fetal relationship in health and disease. Pediatr Endocrinol. 2003; 1(2):170-176
- Saisto, T.; Kaaja, R.; Yliorkala, O. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. Pain. 2001; 93:123-127
- Saitua Iturriaga, G.; Aguirre Unceta-Barrenechea, A.; Suárez Zárate, K.; Zabala Olaechea, I.; Rodríguez Núñez, A.; Romera Rivero, M.M. Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido. An Pediatr (Barc). 2009; 71(4):310-313
- Saling, E.; Muller-Holve, W. External cephalic version under tocolysis. J Perinat Med. 1975; 3:115
- Sánchez Ramos, L.; Olivier, F.; Delke, I.; Kaunitz, A.M. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. Obstet Gynecol. 2003 Jun; 101(6):1312-18
- Sayle, A.E.; Savitz, D.A.; Thorp, J.M. Jr. et al. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol. 2001; 97:283

- Scheer, P. Die psychologisch-historische dimension von schwangerschaft und geburt. Ökologie der Perinatalzeit. 1983; 64-71
- Scheller, J.M.; Nelson, K.B. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? *Obstet Gynecol.* 1994; 83:624-30
- Schieve, L.A.; Cogswell, M.E.; Scanlon, K.S. et al. Prepregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2000; 96:194-200
- Schmid, V. Salute e nascita, la salutogenesi in gravidanza. Milano: Apogeo ed; 2007
- Schmunis, G.A. Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2007; 102(Suppl1):75-85
- Schrag, S.; Gorwitz, R.; Fultz-Butts, K.; Schuchat, A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. *MMWR.* 2002; Aug 16;51(RR-11):1-22
- Screening for preeclampsia. In: *Guide to Clinical Preventive Services.* 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996:419-24.
- Shadigian, E.M.; Bauer, S.T. Screening for partner violence during pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004; 84:273-80
- Sherer, D.M.; Onyeije, C.I.; Binder, D. et al. Uncomplicated baseline fetal tachycardia or bradycardia in postterm pregnancies and perinatal outcome. *Am J Perinatol.* 1998; 15:335-8
- Shipp, T.; Zelop, C.M.; Repke, J.T.; Cohen, A.; Liberman, E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2001; 97:175-7
- SIGMA DOS. III macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres –informe de resultados. Madrid: Instituto de la Mujer: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; abril, 2006. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/violencia%20final.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Sikorski, Jim; Wilsn, Jennifer; Clement, Sarah; Das, Sarah; Smeeton, Nigel. A randomized controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project. *BMJ.* 1996; 312:546-553
- Simkin, P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth.* 2007; 34(1):49-51
- Simkin, P. The birth plan: vehicle for trust and communication. *Birth.* 1983; 10:184-5
- Simkin, P.; Reinke, C. *Planning your baby's birth.* Minneapolis: International Childbirth Education Association; 1980
- Sjögren, B. Childbirth: expectations, choices and trends. *Lancet.* 2000; 356:12
- Smaill, F.M. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 1995; (2)
- Smith, G.C. Fife-table analysis of the risk of perinatal death at term and post in singleton pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184:489-496
- Smith, M.A. Preeclampsia. *Prim Care.* 1993; 20:655-64
- Smith, R.A.; Cokkinides, V.; Eyre, H.J. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006; 56:11-25 Disponible en: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/reprint/56/1/11> [Consultado: 29 de diciembre]
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia: parto vaginal tras cesárea (junio 2002). *SEGO*; 2002. Disponible en:

http://www.matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/SEGO_PROTOCOLO_PVDC.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia prenatal al embarazo normal. Actualizado enero 2002. Disponible en: http://www.prosego.com/docs/protocolos/pa_obs_002.pdf [Consultado: 25 de mayo de 2009]
- Soler Ramón, J.; Aguilar Diosdado, M.; Gallo, M.; Martull, P.; Aguayo, J.; Arenas, M.J. et al. Manifiesto sobre la erradicación de la deficiencia de yodo en España. *Prog Diag Trat Prenat*. 2005; 17:109-10
- Spinillo, A.; Capuzzo, E.; Piazza, G. et al. Risk for spontaneous preterm delivery by combined body mass index and gestational weight gain patterns. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998; 77:32-36.
- Stenson, K.; Saarine, H.; Heimer, G.; Sidenval, B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 2001; 17:2-10
- Stotland, N.E.; Washington, A.E.; Caughey, A.B. Prepregnancy body mass index and the length of gestation at term. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 197:378
- Suzuki, S.; Sawa, R.; Yoneyama, Y.; Asakura, H.; Araki, T. Preoperative diagnosis of dehiscence of the lower uterine segment in patients with a single previous Caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2000; 40:402-4
- Tatum, R.K.; Orr, J.W.; Soong, S.; Huddleston, J.F. Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams: a retrospective analysis of seven years' experience. *Am J Obstet Gynecol*. 1985; 152:145
- Teitler, J.O. Father involvement, child health, and maternal health behaviour. *Children and Youth Services Review*. 2001; 23(4/5):403-425
- Thacker, S.B.; Stroup, D.F. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (1)
- The Management of Uncomplicated Pregnancy Working Group. DoD/VA Clinical Practice Guideline for the Management of Uncomplicated Pregnancy. Washington, DC: Department of Defense and Veterans Administration, 2002
- Too, S. Do birthplans empower women? A study of midwives views. *Nurs Stand*. 1996; 10(32):44-8
- Too, S. Stress, social support and reproductive health. *Modern Midwife*. 1997; 7(12):15-19
- Torloni, M.R.; Vedmedovska, N. et al. Safety ultrasonography in pregnancy: WHO systematic review of the literature and meta-analysis *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009 may; 33(5):599-608
- Troen, A.M.; Mitchell, B.; Sorensen, B.; Wener, M.H.; Johnston, A. et al. Unmetabolized folic acid in plasma is associated with reduced natural killer cell cytotoxicity among postmenopausal women. *J Nutr*. 2006; 136:189-94
- Turnbull, D.A.; Wilkinson, C.; Yaser, A.; Carty, V.; Svigos, J.M.; Robinson, J.S. Women's role and satisfaction in the decision to have a caesarean section. *Medical Journal of Australia*. 1999; 170(12):580-3
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Gestational Diabetes Mellitus: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Publication No. 08-05115-EF-3. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; May 2008 Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/gestdiab/gdsumm.htm> [Consultado: 21 de septiembre de 2009]

- Valdés, Enrique; Candia, Paula; Terra, Rodrigo; Escobar, Jaime; Caballero, Rafael; Juárez, Guido. Divulsión del polo inferior: método seguro y eficaz para disminuir los partos espontáneos después de las 41 semanas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005; 70(1):12-14. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n1/art04.pdf> [Consultado: 11 enero de 2010]
- Van Veelen, A.J.; Van Cappellen, A.W.; Flu, P.K. et al. Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989; 96:916
- Van, der Zal; Byrne, P.J. Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis. *J Perinatol.* 2006; 26(7):403-8
- Vargas Rueda, A.; Chaskel, R. Teoría del apego: Cambios neuroendocrino en la formación del apego. *Avances en Psiquiatría Biológica.* 2007; 8:43-56
- Vesga López et al. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008; 65(7):805-815
- Vezina, Y.; Bujold, E.; Varin, J. et al. Cesarean delivery after successful external cephalic version of breech presentation at term: a comparative study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:763
- Villar, J.; Bergsjö, P. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ginebra: Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS; 2003. Disponible en: <http://who.int/reproductive-health/rhl> [Consultado: 29 de diciembre]
- Villar, J.; Carroli, G.; Khan-Neelofur, D.; Piaggio, G.; et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Library.* 2002; Issue n° 2
- Vintzileos, A.M.; Antsaklis, A.; Varvarigos, I.; Papas, C.; Sofatzis, I.; Montgomery, J.T. A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol.* 1993; 81:899-907
- Wagner, M.; Gunning, S. Creating your birth plan: the definitive guide to safe and empowering birth. New York: Perigee Books; 2006
- Waldenström, U.; Hildingsson, I. Ryding, E.L. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent Cesarean section and experience of childbirth. *Int J Obst Gynaecol.* 2006; 113:638-646
- Wallace, R.L.; Van Dorsten, J.P.; Eglinton, G.S.; Mueller, E.; McCart, D.; Schiffrin, B.S. External cephalic version with tocolysis: observations and continuing experience at the Los Angeles County/University of Southern California Medical Center. *J Reprod Med.* 1984; 29:745-8
- Wathen, C.N.; MacMillan, H.L. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA.* 2003; 289(5):589-600
- Webster, J.; Linnane, J.W.J.; Dibley, L.M. et al. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth.* 2000; 27(2):97-101
- Weinstock, M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. *Brain Behavioral Immunology.* 2005; 19(4): 296-308
- Westgren, M.; Edvall, H.; Nordstrom, L.; Svalenius, E.; Ranstam, J. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. *Br J Obstet Gynaecol.* 1985; 92:19-22
- Whitford, H.M.; Hillan, E.M. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery.* 1998; 14 (4):248-53
- Whitney, S.N.; McGuire, A.L.; McCullough, L.B. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med.* 2004; 140(1):54-9

- WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health: Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Geneva: WHO Departament of Making Pregnancy Safer; 2007 Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/HQ/2007/WHO_MPS_07.05_eng.pdf [Consultado: 21 de septiembre de 2009]
- WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. 1996. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]
- WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers –3rd ed. Geneva: WHO publicacion. 2007
- WHO. Control of Chagas Disease: Second report of the WHO Expert Comité. Geneva: WHO; 2002
- WHO. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women and their children less 2-years-old: conclusions and recomendations of the Technical Consultation. Public Health Nutrition. 2007; 10(12A): 1606-1611
- WHO. Reporte sobre la enfermedad de Chagas: Grupo de trabajo científico 17-20 de abril de 2005: Actualizado en julio de 2007. Buenos Aires. Disponible en: http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/swg_chagas.pdf
- Williams Obstetrics, 21^a Edición. Cuidados prenatales. Editorial Médica Panamericana 2002, 188-209
- Wing, D.A.; Lovett, K.; Paul, R.H. Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1998; 91:828-830
- Wong, S.F.; Chow, K.M.; Ho, L.C. The relative risk of “fetal distress” in pregnancy associated with meconiumstainedliquor at different gestation. *J Obstet Gynaecol.* 2000; 22 (6):594-599
- Wong, S.F.; Hui, S.K.; Choi, H.; Ho, L.C. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour? *BJOG.* 2002; 109(6):632-6
- Wu, T.; Liu, G.J.; Li, P.; Clar, C. Sal yodada para la prevención de los trastornos por deficiencia de yodo (Revisión Cochrane traducida). Oxford: Biblioteca Cochrane Plus. 2007; 2
- Yam, E.; Grossman, A.A.; Goldman, L.A.; García, S.G. Introducing birth plans in Mexico: an exploratory study in a hospital serving low-income mexicans. *Birth.* 2007; 34(1):42-8
- Yates, Z.; Lucock, M. Methionine synthase polymorphism A2756G is associated with susceptibility for thromboembolic events and altered B vitamin/thiol metabolism. *Haematologica.* 2002; 87:751-756
- Zelop, C.M.; Shipp, T.A.; Cohen, A.; Repke, J.T.; Lieberman, E. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol.* 2001; 97:391-3
- Zelop, C.M.; Shipp, T.A.; Repke, J.T.; Cohen, A.; Lieberman, E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Ostet Gynecol.* 2001; 185:903-5
- Ziaei, S.; Norrozi, M.; Faghihzadeh, S.; Jafarbegloo, E. A randomised placebo-controlled trial to determine the effect of iron supplementation on pregnancy outcome in pregnant women with haemoglobin > or = 13.2 g/dl. *BJOG.* 2007 oct; 114(10):1311
- Zimmermann, M.B. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. *Am J Clin Nutr.* 2009; 89:668S-672S
- Zuckerman, B.; Amaro, H.; Bauchner, H.; Cabral, H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160:1107-11

Atención neonatal

- Adrian, Brooke. Health for all children, 4th edition. Editor: David Hall and David Elliman. Oxford: Oxford University Press, 2006: 422
- Anderson, C.M. Achieving breastfeeding success. Simple solutions to common concerns. *Adv Nurse Pract* 1999 Nov;7(11):67-9
- Anderson, G.C.; Chiu, S.H.; Dombrowski, M.A.; Swinth, J.Y.; Albert, J.M.; Wada, N. Mother-new-born contact in a randomized trial of Kangaroo (skin-to-skin) care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing*. 2003; 32:604-611
- Asociación española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de Salud Infantil. Madrid: Ex Libris, 2009: 624
- Barach, P.; Small, S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*. 2000; 759-63
- Bates, D.W.; Leape, L.L.; Cullen, D.J. et al. Effect of computerized physician order entry and a team intervention on prevention of serious medication. *JAMA* 1998; 2280: 1311-1316
- Bier, JAB.; Ferguson, A.E.; Morales, Y.; Liebling, J.A.; Archer, D.; Oh, W.; Vohr, B. Comparison of skin-to-skin contact with standard contact in low birth weight infants who are breast-fed. *Arch Pediatr Adolesc Med*.1996; 150:1265-1269
- Brennan, T.A.; Leape, L.L.; Lair, N.M.; Hebert, L.; Localio, A.R.; Lawthers, A.G. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patient. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6
- Brennan, T.A.; Rothman, D.J.; Blank, L.; Blumenthal, D.; Chimonas, S.C.; Cohen, J.J. et al. Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA*. 2006; Jan 25;295(4):429-33
- Castral, T.C.; Warnock, F.; Leite, A.M. et al. The effects of skin to skin contact during acute pain in preterm newborns. *Euro J Pain*. 2008; 12: 464-471
- Cavagnero, E.; Daelmans, B.; Gupta, N.; Scherpbier, R.; Shankar, A. Assessment of the health system and policy environment as a critical complement to tracking intervention coverage for maternal, newborn, and child health. *Lancet*. 2008 Apr 12;371(9620):1284-93
- Chappell, K.; Newman, C. Potential tenfold drug overdoses on a neonatal unit. *Arch.Dis.Child Fetal Neonatal*. Ed 2004;89: F483-F484
- Charpak, N.; Ruiz-Pelaez, J.G.; Figueroa de Calume, Z.; Charpak, Y. A randomized controlled trial of kangaroo mother care: Results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*. 2001; 108:1072-1079
- Committee on Drugs and Committee on Hospital Care. *Pediatrics*. 1998; 46: 123-125
- Conde-Agudelo, A.; Diaz-Rossello, J.L.; Belizan, J.M. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2)
- Costello, A.; Sachdev, H.S. Protecting breast feeding from breast milk substitutes. *BMJ*. 1998 Apr 11;316(7138):1103-4
- Cunningham, A.S.; Jelliffe, D.B.; Jelliffe E.F. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. *J Pediatr*. 1991 May;118(5):659-66
- Dean, B. Adverse drug events: what's the truth?. *Qual.Saf Health Care*. 2003;12: 165. Disponible en: <http://qshc.bmj.com/content/12/3/165.full.pdf> [Consultado: 18 de enero de 2010]

- Dean, B.; Barber, N.; Schachter, M. What is a prescribing error? *Qual. Health Care.* 2000; 9:232-37. Disponible en: <http://qshc.bmj.com/content/9/4/232.full.pdf> [Consultado: 18 de enero de 2010]
- Clinical Guidelines and Evidence Review For Post Natal Care: Routine post natal care of recently Delivered women and their babies. NICE CG037. 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG037fullguideline.pdf> [Consultado: 18 de enero de 2010]
- Escobar, G.; Greene, J.; Hulac, P.; Kincannon, E.; Bischoff, K.; Gardner, M.; Armstrong, M.; France, E. Rehospitallisation after birth hospitalisation: patterns among infants of all gestations. *Arch Dis Child.* 2005;90(2):125-131
- Feldman, Ruth; Eidelman, Arthur; Sirota, Lea; Weller, Aron. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics.* 2002; 1(110):16-26
- Ferber, SG.; Makhoul, IR. Neurobehavioral assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatr.* 2008;97(2):171-6
- Gray, J.E.; Goldmann, D.A. Medication errors in the neonatal intensive care unit: special patients, unique issues. *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal.* Ed 2004; 89: F472-F473. Disponible en: <http://fn.bmjournals.com/content/89/6/F472.full.pdf> [Consultado: 18 de enero de 2010]
- Grupo PrevInfad. PAPPs Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En: Recomendaciones PrevInfad / PAPPs [en línea]. Actualizado julio de 2007. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/actividades.htm> [Consultado: 18 de enero de 2010]
- Hagan, J.; Shaw, J.; Duncan, P. [eds.] Bright Futures: Guidelines for Health Supervisions of Infants, Children and Adolescents. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008
- Hake –Brooks, S.; Cranston, Anderson G. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: A randomized, controlled trial. *Neonatal network.* 2008; 27:151-159
- Hall, M.J. The Nestle boycott: background and issues. *Pa Nurse.* 1982; Aug;37(8):4
- Hartwing, S.C.; Denger, S.D.; Schneider, P.J. Severity-indexed incident report-based medication error reporting program. *Am J Hosp Pharm.* 1991; 48: 2611-6
- International Baby Food Action Network (IBFAN). Breaking the rules, stretching the rules 2007: evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions. Penang, Malaysia: IBFAN, 2007. Disponible en: <http://www.ibfan.org/art/510-19.pdf> [Consultado: 19 de enero de 2010]
- International Baby Food Action Network (IBFAN). State of the Code by country: a survey of measures taken by governments to implement the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. Penang, Malaysia: IBFAN, 2006. Disponible en: <http://www.ibfan.org/art/298-10.pdf> [Consultado: 19 de enero de 2010]
- Isbister, G.K.; Bucens, I. K.; Whyte, I. M. Paracetamol overdose in a preterm neonate *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal* Ed 2001;85: F70-F72. Disponible en: <http://fn.bmj.com/content/85/1/F70.full.pdf> [Consultado: 19 de enero de 2010]
- Iyer, Narayan P.; Srinivasan, Ramesh; Evans, Karen; Ward, Louise; Cheung, Wai Yee; Matthes, Jean. Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatraemic dehydration and breast feeding. *Arch Dis Child.* 2008;93:297-299

- Johnson, AN. Kangaroo holding beyond the NICU. *Pediatric Nursing*. 2005;31(1):53-6
- Johnston, Celeste C.; Filion, Francoise.; Campbell-Yeo, Marsha.; Goulet, Celine.; Bell, Linda.; McNaughton, Kathryn.; Byron, Jasmine.; Aita, M.; Finley, G Allen.; Walker, Claire-Dominique. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *BMC Pediatr*. 2008; 24:8:13. Disponible en: <http://www.biomed-central.com/content/pdf/1471-2431-8-13.pdf> [Consultado: 19 de enero de 2010]
- Johnston, Celeste C.; Stevens, Bonnie; Pinelli, Janet; Gibbins, Sharyn; Filion, Francoise.; Jack, Anna; Steele, Susan; Boyer, Kristina; Veilleux Annie. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:1084-1088
- Jonville, AP; Autret, E.; Bavoux, F.; Barbier, P.; Gauchez, A.S. Characteristics of medical errors in pediatrics. *Annals Pharmacoth*. 1991; 10(25):1113-18
- Gabriel Ruiz, Juan; Charpak, Nathalie. Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia para la óptima utilización del Método Madre Canguro de Cuidado del Recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer. Bogotá, Colombia: Fundación Canguro y Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Universidad Javierana; 2007. Disponible en: http://www.aexmatronas.org/documentos/mayo/Madre_Canguro.pdf [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Kaushal, R.; Bates, D.W.; Landrigan, C.; McKenna, K.J.; Clapp, M.D.; Federico, F.; Goldmann, D.A. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*. 2001;285(6):2114-20. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/285/16/2114> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Kohn, Linda T.; Corrigan, Janet M.; Donalson Molla, S [eds.]. To err is human: building a safer health system. Washington D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000
- Levitt, C.A.; Kaczorowski, J.; Hanvey, L.; Avard, D.; Chance, G.W. Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. *CMAJ*. 1996; 155(2):181-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487952/pdf/cmaj00098-0035.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Ludington-Hoe, S.; Morgan, K.; Abouelfetoh, A. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Adv Neonatal Care*. 2008; 3S(8):S3-S23. Disponible en: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=799983> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Ludington-Hoe, S.M.; Anderson, G.C.; Swinth, J.Y.; Thompson, C.; Hadeed, A.J. Randomized controlled trial of Kangaroo Care: Cardiorespiratory and thermal effects on healthy preterm infants. *Neonatal Netw*. 2004; 23(3):39-48
- Ludington-Hoe, S.M.; Johnson, M.W.; Morgan, K.; Lewis T.; Gutman, J.; Wilson, P.D.; Scher, M.S. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*. 2006; 117(5):e909-e923. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/5/e909.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- McVeagh, P. The world health organization code of marketing of breastmilk substitutes and subsequent resolutions (The WHO Code). *N S W Public Health Bull*. 2005; Mar;16(3-4):67-8
- Mehdi, T.; Rizvi, T.W. Feeding fiasco: pushing commercial infant foods in Pakistan. *Association for Rational Use of Medication in Pakistan*, 1998
- Messmer, P.R.; Rodrigues, S.; Adams, J.; Wells-Gentry, J.; Washburn, K.; Zabaleta, I.; Abreu, S. Effect of Kangaroo Care on sleep time for neonates. *Pediatric Nursing*. 1997; 23:408-414.

- Método Madre Canguro: guía práctica. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243590359.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Muñoz, M.C.; Pallás, C.R.; de la Cruz, J.; López, M.; Moral, M.T.; Beláustegui, A. Errores en las prescripciones médicas en una unidad neonatal. *An Esp Pediatr.* 2001; 55(6):535-540
- Nightingale, P.G.; Adu, D.; Richard, N.T.; Peters, M. Implementation of rules based computerised prescribing and administration: intervention study. *BMJ.* 2000; 320:750-753
- Nyqvist, K.H. How can Kangaroo Mother Care and high technology care be compatible? *J Human Lactation.* 2004; 20:72-74
- Oddie, S.; Richmond, S.; Coulthard, M. Hypernatraemic dehydration and breast feeding: a population study. *Arch Dis Child.* 2001; 85:318-20. Disponible en: <http://adc.bmj.com/content/85/4/318.full.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra: OMS, 1998: 81-98
- Pallas, Carmén Rosa; de la Cruz, Javier; Moral, M^a Teresa del; Lora, David; Malalana, Ana. Improving the Quality of Medical Prescriptions in Neonatal Units. *Neonatology* 2008; 4(93):251-256
- Peñalver, O.; Gisbert, J.; Casero, J.; Bernal, A. Oltra, M.; Tomás, M. Deshidratación hipernatrémica asociada a lactancia materna. *An Pediatr (Barc).* 2004; 61:340-343
- Perapoch, J.; Pallas, Carmén Rosa; Linde, M.A.; Moral, M^a Teresa del; Benito, F.; López, M.; Caserío, S.; de la Cruz, Javier. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades españolas de Neonatología en España. *An Pediatr.* 2006; 64:132-139
- Raju, TNK.; Kechees, S.; Thornton, JP. Medication errors in neonatal and paediatric intensive care units. *Lancet* ; 1989; 8659:374-6
- Reason, J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000; 320:768-770
- Reiff, M.I.; Essock-Vitale, S.M. Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics* 1985 Dec; 76(6):872-9
- Rey, E.S.; Martínez, H.G. Manejo racional del niño prematuro. Curso de Medicina Fetal. Bogotá: Universidad Nacional. 1983
- Rivara Dávila, Gustavo Dario; Ponce Salas, Jorge; Joo Barba, Katherine; Leguía Bolívar, Rocío; León León, Pablo; León Gómez, Carlos; Jorquiera Jhonson, Tamara. Evaluación de la eficacia de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida. *Re. Peruana Ped.* 2006; 59(3):6-11
- Rojas, M.A.; Kaplan, M.; Quevedo, M.; Sherwonit, E.; Foster, L.B.; Ehrenkranz, R.A.; Mayes, L. Somatic growth of preterm infants during skin-to-skin care versus traditional holding: a randomized, controlled trial. *J Dev Behav Pediatr.* 2003; 24(3):163-8
- Rourke Baby Record: Evidence-based infant/child health supervision guide. The College of Family Physicians of Canada and the Canadian Paediatric Society, 2006
- Salasibew, Mihretab; Kiani, Ayyaz; Faragher, Brian; Garner, Paul. Awareness and reported violations of the WHO International Code and Pakistan's national breastfeeding legislation: a descriptive cross-sectional survey. *International Breastfeeding Journal* 2008; 3:24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2577086/pdf/1746-4358-3-24.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]

- Selbst, S.M.; Fein, J.A.; Osterhoudt, D. Medication error in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*. 1999; 15(1):1-4
- Sexton, J Brian; Thomas, Eric J; Helmreich, Robert L. Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000; 320(7237) 745-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC27316/pdf/745.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Sutcliffe, Alastair G. Prescribing medicines for children: major problems exist, but there are some promising developments. *BMJ*. 1999; 319(7202): 70-71. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1116223/pdf/70.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Taylor, Anna. Violations of the international code of marketing of breast milk substitutes: prevalence in four countries. *BMJ*. 1998; 316(7138):1117-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28512/pdf/1117.pdf> [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Trinidad-Ramos, Germán; Alzina de Aguilar, Valentín; Jaudenes-Casabón, Carmen; Núñez-Batalla, Faustino y Sequí-Canet, José Miguel. Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEN) para 2010. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009. Disponible en: http://www.usbadajoz.es/web_descargas/Recomendaciones_CODEPEH_2010.pdf [Consultado: 19 de marzo de 2010]
- Voeker, R. Treat systems, not errors, experts say. *JAMA* 1996; 276(19):1537-1538
- Wilson, D.G.; McArtney, R.G.; Newcomb, R.G.; McArtney, R.J.; Gracie, J.; Kirk, C.R.; Stuart, A.G. Medication error in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *Eur J Paediatr* 1998; 157(9):769-774
- Wilson, R.M.; Runciman, W.B.; Gibberd, R.W.; Harrison, B.T.; Newbs, L.; Hamilton, J.D. The quality in Australian health care study. *Med J Aust*. 1995; 163(9):458-471
- Wu, A. Medical error: the second victim. *BMJ*. 2000; 320(7237):726-727

Atención al puerperio

- Aguiar Maldonado, Josefa. La lactancia materna. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2001
- Allsopp, Michelle; Santillo, David; et al. Our reproductive health and chemical exposure: a review of the evidence for links between declines in human reproductive health and our exposure to hazardous chemicals. Greenpeace International; abril 2006
- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. February 2005; 115(2):496-506. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/content/full/pediatrics;115/2/496> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- American Academy of Pediatrics. El paso de medicamentos y otros productos químicos a la leche materna. *Pediatrics*. September 2001; 108(3):776-789. Disponible en: http://www.matronasasturias.es/documentos/lactancia_medicamentos.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. Ed Médica Panamericana; 2008
- Bocio, A.; Llobet, J.M.; et al. Polybrominated diphenyl ethers (PBDEs) in foodstuffs: human exposure through the diet. *J Agric Food Chem*. 2003; 51:3191-195

- Breastfeeding during pregnancy. En: Riordan, Jan [ed]. Breastfeeding and human lactation. Maryland: Jones and Bartlets, 2008
- Carvajal, Claudia. Educando en la cultura de la vida desde la muerte intrauterina. 2003; Sept. Disponible en: http://www.provida.es/pensamiento/Publicaciones/Claudia_Carvajal.htm [Consultado: 21 de enero de 2010]
- Castañeda Chang, Ana María. El duelo en pacientes y familias en situaciones de urgencias y cuidados críticos. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art33001 [Consultado: 25 de enero de 2010]
- Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE). Plan de Acción sobre Medio Ambiente y Salud para los Niños en Europa. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/introdPlanNaSaludMedioAmbiente.pdf> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- Claramunt Armengau, M^a Àngels. La cuna vacía. Ed. La Esfera de los Libros; 2009
- Crain, D.A.; Janssen, S.J.; et al. Female reproductive disorders: the roles of endocrine-disrupting compounds and developmental timing. *Fertil Steril*. 2008; 90(4):911-940
- Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. PAHO; OMS; junio 2002. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm [Consultado: 11 de enero de 2010]
- De Onis, Mercedes; Garza, Cutberto; et al. El estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento (EMPC): justificación, planificación y aplicación. *Food and Nutrition Bulletin*. 2004; 25(1):S3-S84
- Domingo, J.L.; Falcó, G. et al. Polychlorinated naphthalenes in foods: estimated dietary Intake by the population of Catalonia, Spain. *Environ Sci Technol*. 2003; 37:2332-35
- Domingo, J.L.; Schuhmacher, M. Niveles de impregnación por dioxinas y otros compuestos orgánicos persistentes en la población de Tarragona. En: Porta, Miguel; Puigdoménech, Elisa; Ballester, Ferran. Nuestra contaminación interna: concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española. Madrid: Los libros de la catarata; 2009
- Doney, Catherine. Legado químico: contaminación en la infancia. Greenpeace International; 2003 Disponible en: <http://www.greenpeace.org/raw/content/espana/reports/legado-qu-mico-contaminaci-n.pdf> [Consultado: 20 de enero de 2010]
- El parto es nuestro; Umamantla; La liga de la leche. Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal. 2009
- Enfermeras Unidad Neonatal del Hospital de Basurto. Avanzando en la muerte perinatal; abril 2007
- Esplugues, Ana; Fernández-Patier, Rosalía; et al. Exposición a contaminantes atmosféricos durante el embarazo y desarrollo prenatal y neonatal: protocolo de investigación en el proyecto INMA (Infancia y Medio Ambiente). *Gac Sanit*. 2007; 21(2):162-71. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v21n2/especial.pdf> [Consultado: 12 de enero de 2010]
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Para la vida. Nueva York: UNICEF; 2002. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/ffl/pdf/factsforlife-sp-full.pdf> [Consultado: 12 de enero de 2010]
- Gartner, L.M.; Morton, J.; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding; et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115:496-506 Disponible en: <http://aappolicy.aapublications.org/cgi/content/full/pediatrics%3b100/6/1035> [Consultado: 12 de enero de 2010]

- González, Carlos. Un regalo para toda la vida: guía de la lactancia materna. Madrid: Ed temas de hoy; 2006
- Grandjean, P.; Landrigan, P.J. Developmental neurotoxicity of industrial chemicals. *Lancet*. 2006; 368:2167-78
- Greenpeace. A present for life: hazardous chemicals in umbilical cord blood. Greenpeace International; september 2005
- Gromada, K.K. Breastfeeding more than one: multiples and tandem breastfeeding. *NAACOG Clin Issu Perinat Womens Health Nurs*. 1992; 3(4):656-66
- Hale, Thomas. Medicamentos y Lactancia Materna. 2004
- Hernández Aguilar, M.T.; Cerveró, L. et al. Manejo de la lactancia materna desde el embarazo hasta el segundo año: guía de práctica clínica basada en la evidencia. Mayo 2004. Disponible en: http://www.aeped.es/pdf-docs/lm_gpc_peset_2004.pdf [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Iniciativa SCALE (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation). Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo: Estrategia europea de medio ambiente y salud. COM/2003/0338-final [no publicada en el Diario Oficial] Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/environment/general_provisions/l28133_es.htm [Consultado: 11 de enero de 2010]
- INSHT. Límites de exposición profesional para agentes químicos en España 2009. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT); 2009
- Inspección de trabajo y seguridad social. Guía de buenas prácticas para la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo por razones de reproducción y maternidad. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002
- Isle, Sherokee. Giving care taking care: support for the helpers. 1996
- Landrigan, Philip; Babasaheb, Sonawane; et al. Chemical contaminants in breast milk and their impacts on children's health: an overview. *Environ Health Perspec*. 2002 June; 110(6):A313-A315
- Leche insuficiente. Lasarte, Juan José (traducción de Not enough milk). 2006. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/lecheinsuficiente.pdf> [Consultado: 12 de enero de 2010]
- Llobet, J.M. et al. Human exposure to dioxins through the diet in Catalonia, Spain: carcinogenic and non-carcinogenic risk. *Chemosphere*. March 2003; 50(9):1193-1200
- Louis, G.B. et al. Principles for evaluating health risks in children associated with exposure to chemicals: environmental health criteria; 237. Geneva: WHO; 2006
- Marquis, G.S.; Penny, M.E.; Diaz, J.M.; Marin, R.M. Postpartum consequences of an overlap of breastfeeding and pregnancy: reduced breast milk intake and growth during early infancy. *Pediatrics*. 2002; 109(4)
- Martini, Lori. Healing from the Start. [2007]
- Mastitis: causas y manejo. Lasarte, Juan José (traducción de WHO/FCH/CAH/00.13. Ginebra; 2000. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/Mastitis.PDF> [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Medicamentos y lactancia. Monografías. Boletín Terapéutico Andaluz. 2001; 19. Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001189documento.pdf> [Consultado: 11 de enero de 2010]
- Moscone, S.R.; Moore, M.J. Breastfeeding during pregnancy. *J Hum Lact*. 1993; 9:83-88

- Nylander, Gro. Maternidad y lactancia: desde el nacimiento hasta los seis meses. Ed Granica; 2005
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Relactación: revisión de la experiencia y recomendaciones para la práctica. OMS, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, 1998. Disponible en: <http://www.aeped.es/pdf-docs/relactacion.PDF> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- Ortega García, Juan A.; Ferrís-Tortajada, Josep; Torres-Cantero, Alberto M; Soldin, Offie P; Pastor Torres, Encarna; Fuster-Soler, José L; Lopez-Ibor, Blanca; Madero-López, Luis. Full Breastfeeding and paediatric cancer. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2008; 44:1-13
- Pallás, Carmen Rosa; De la Cruz, Javier. Antes de tiempo: nacer muy pequeño. Madrid: Ed Exlibris; 2004
- Porta, Miquel; Puigdomènech, Elisa; Bochs de Basea, Magda; Gasull, Magda; Llop, Sabrina; Ballester, Ferran. Principales estudios españoles sobre compuestos orgánicos persistentes. En: Porta, Miquel; Puigdomènech, Elisa; Ballester, Ferran (ed). Nuestra contaminación interna. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española. Madrid: Los libros de la Catarata, 2009
- Ribas-Fitó, Nuria; Júlvez, Jordi; Torrent, Maties; Grimalt, Joan O; Sunyer, Jordi. Beneficial effects of breastfeeding on cognition regardless of DDT. Concentrations at Birth. *Am J Epidemiol*. 2007; 166(10):1198-202. Disponible en: <http://aje.oxfordjournals.org/cgi/reprint/kwm207v1> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- Romano Mozo, Dolores. ¿Cómo se puede reducir la exposición a tóxicos durante la gestación y crianza? En: Blázquez García, M^a Jesús [dir.]. Maternidad entrañable y gozosa. Cursos de verano 2006. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2006. Disponible en: <http://www.istas.ccoo.es/descargas/como%20reducir%20exposici%C3%B3n%20a%20t%C3%B3xicos.%20Jaca%202006.pdf> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- Romano Mozo, Dolores; Riechmann, Jorge. Salud y calidad ambiental. En: Sostenibilidad en España 2006. Madrid: Observatorio de la Sostenibilidad en España. 2006; 345-350
- Schwartz, Jackie M; Woodruff, Tracey J. Forjando nuestro legado: La salud reproductiva y el medio ambiente. Informe de la Cumbre sobre los Impactos Ambientales en la Salud Reproductiva y la Fertilidad. Program on Reproductive Health and the Environment, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences National Center of Excellence in Women's Health University of California, San Francisco. Disponible en: <http://www.prhe.ucsf.edu/prhe/pubs/ForjandoNuestroLegado.pdf> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- Weimer, Jon. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food assistance and nutrition research report. March 2001; No (FANRR13):20. Disponible en: <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/fanrr13.pdf> [Consultado: 22 de enero de 2010]
- WHO. Código internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. WHO Press; 1981 Disponible en: <http://www.lacmat.org.ar/codigo.htm> [Consultado: 11 de enero de 2010]

Páginas web y otras fuentes de interés

España:

Asociación de Enfermería Comunitaria: <http://www.enfermeriacomunitaria.org/>

Asociación de Mujeres para la Salud: <http://www.mujeresparalasalud.org/>

Asociación Española de Especialistas en Sexología: <http://www.aees.org.es>

Asociación Española para la Salud Sexual: <http://www.salud-sexual.org>

Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología: <http://www.aeps.es>

Centro de Estudios de Género y Masculinidades:

<http://www.genero-masculinidad.org>

Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid:

<http://www.centrojoven.org>

Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres (CIMTM): <http://www.malostratos.org/>

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>

Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI): <http://www.cermi.es/cermi/>

Discapacidad y sexualidad: <http://www.discalsex.com>

El Parto es Nuestro: <http://www.elpartoesnuestro.es/>

Escuela Andaluza de Salud Pública: <http://www.easp.es>

Federación de Asociaciones de Apoyo a la Lactancia Materna (FEDALMA): <http://www.fedalma.org/>

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME): <http://www.federacion-matronas.org/>

Federación de Planificación Familiar de España: <http://www.fpfe.org>

Federación Española de Sociedades de Sexología: www.fess.org.es

Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE): <http://www.grupogie.org/>

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN): <http://www.ihan.es/>

Instituto de la Juventud. Ministerio de Igualdad: <http://www.injuve.migualdad.es>

Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad: <http://www.migualdad.es/mujer>

La Liga de la Leche: <http://www.laligadelaleche.es/>

Lactancia y medicamentos. Servicio de Pediatría. Hospital Marina Alta de Denia: <http://www.e-lactancia.org/>

Ministerio de Sanidad y Política Social. <http://www.msps.es>

Pediatría Basada en la Evidencia: <http://infodoctor.org/pbe/index.htm>

Plataforma Pro Derechos del Nacimiento: <http://www.pangea.org/pdn/plataforma.html>
Prematura: <http://www.prematura.info/>
Proyecto de Humanización de la Atención perinatal en Andalucía: <http://www.perinatalandalucia.es/>
Que no os separen: <http://www.quenoosseparen.info/>
Red Infancia y Medio Ambiente (INMA): <http://www.infanciaymedioambiente.org/>
Sexes Joves: http://www.sexejoves.gencat.cat/ics_webjove/AppPHP/index.php
Sexo y Salud: <http://sexoysalud.blogspot.com/2007/03/salud-sexual-y-salud-reproductiva.html>
Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación: <http://www.sedar.es>
Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): <http://www.sego.es/>
Sociedad Española de Intervención en Sexología: <http://www.seisex.com>
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC): <http://www.semfy.com/es/>
Sociedad Española de Medicina Perinatal: <http://www.se-neonatal.es/middle.asp?cidioma=2&idx=&cmenu=306>
Sociedad Española de Neonatología: http://www.se-neonatal.es/default_principal.asp?idx=&cidioma=2
Sociedad Española de Pediatría Social: <http://www.pediatriasocial.com/>
Sociedad sexológica de Madrid: <http://www.ctv.es>
Unidad de Pediatría Medioambiental Valencia-Murcia: <http://www.pehsu.org>
Vía Láctea: <http://www.vialactea.org/>

Internacionales:

Canadian Task Force on Preventive Healthcare: <http://www.ctfphe.org/>
Endocrine Disrupters Website: http://ec.europa.eu/environment/endocrine/index_en.htm
Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF): <http://www.ippf.org>
Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM): <http://www.undp.org/unifem>
Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP): <http://www.unfpa.org>
<http://www.unrisd.org/>
Fundación LACMAT-lactancia materna : <http://www.lacmat.org.ar/>
Humboldt-Universität zu Berlin. Archive for Sexology: <http://www.sexology.cjb.net>
Instituto de Investigación de las Naciones Unidas Para El Desarrollo Social: http://portal.unesco.org/shs/es/ev.php-URL_ID=8707&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
Organización Mundial de la Salud (OMS): <http://www.who.int>
Organización Panamericana de la Salud (OPS): <http://www.paho.org>
Population Council: <http://www.popcouncil.org/esp/gdf/hombres.html>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. ONUSIDA: <http://www.unaids.org>
Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: <http://www.reddesalud.org/presentacion.html>
Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN): <http://www.ippfen.org>
Red por los derechos humanos de las mujeres: <http://www.awid.org/>
Reproductive Health Outlook: <http://www.icmer.org/RHO/>
SANDS-UK. Stillbirth & neonatal death charity: <http://www.uk-sands.org/>
The WHO Child Growth Standards: <http://www.who.int/childgrowth/en/>
World Association for Sexual Health (WAS): <http://www.worldsexology.org/>

Conferencias

Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994: <http://www.unfpa.org/icpd/icpd.cfm>
Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. El Cairo. Informe: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>
Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 14 a 25 de junio de 1993: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp?Opendocument)
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995. Informe: <http://www.un.org/documents/ga/conf177/aconf177-20sp.htm>
Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/politicas/docs/Informe%20de%20la%20IV%20Conf_Beijing.pdf
Declaración del Milenio. Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas. 8 de septiembre de 2000: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Legislación

Legislación nacional

Código de Ética y Deontología Médica de 1999: <http://www.unav.es/cdb/ccdomccedm1999.html>
Convenio de Asturias de Bioética, de 4 de abril de 1997: http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/maletin/colecc/actual/genetica/convenio.htm
Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de 15/11/2002): http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf
Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003): <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ley 16/2003 (BOE núm. 128 de 29/05/2003): <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

Ley integral contra la Violencia de género. (BOE núm. 313 de 29/12/2004): <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Despenalización del Aborto en Determinados Supuestos (BOE núm. 166 de 12 de julio de 1985): <http://www.boe.es/boe/dias/1985/07/12/pdfs/A22041-22041.pdf>

Ley Orgánica para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres (BOE núm. 71 de 23/03/2007): <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>

Ministerio de Igualdad. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades. (2008-2011).

Diciembre de 2007: http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/novedades/docs/Plan_estrategico_final.pdf

Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/03/07/pdfs/BOE-A-2009-3905.pdf>

Legislación internacional

Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y salud reproductiva; 1996: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf

REGLAMENTO (CE) No 1567/2003 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 15 de julio de 2003 relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:224:0001:0006:ES:PDF>

Reglamento (CE) n° 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre de 2006, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de las sustancias y preparados químicos (REACH), por el que se crea la Agencia Europea de Sustancias y Preparados Químicos, se modifica la Directiva 1999/45/CE y se derogan el Reglamento (CEE) n° 793/93 del Consejo y el Reglamento (CE) n° 1488/94 de la Comisión así como la Directiva 76/769/CEE del Consejo y las Directivas 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE y 2000/21/CE de la Comisión: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:396:0001:0852:ES:PDF> [consultado el 8 de enero de 2010]

Report on the Operation of four instruments (Directive 67/548/EEC, Directive 88/379/EEC, Regulation (EEC) No.793/93 and Directive 76/769/EEC) concerning the Community policy on chemicals.

Páginas web de las Consejerías de Salud

Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/portal/index.jsp>

Aragón: <http://portal.aragon.es/portal/page/portal/DGA/DPTOS/SALUDYCONSUMO>

Asturias: <http://www.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.29a638a48072f6f1ad2b0210bb30a0a0/?vgnextoid=51678967fb15e010VgnVCM100000b0030a0aRCRD&i18n.http.lang=es>

Cantabria: <http://www.saludcantabria.org>

Castilla La Mancha: <http://pagina.jccm.es/sanidad/index.htm>

Castilla y León: <http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm>

Cataluña: <http://www.gencat.cat/salut/>

Ceuta: <http://www.ceuta.es:8080/sanidad/principal/>

Comunidad Valenciana: <http://www.san.gva.es/>

Extremadura: <http://www.syc.juntaex.es/>

Galicia: <http://www.sergas.es/>

Islas Baleares: <http://www.caib.es/root/index.do>

Islas Canarias: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/>

La Rioja: <http://www.larioja.org/npRioja/default/defaultpage.jsp?idtab=25852>

Madrid: http://www.madrid.org/cs/Satellite?idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&c=CM_Agrupador_FP&pagename=ComunidadMadrid/Estructura&language=es&cid=1109266187266

Melilla: <http://sid.usal.es/centrosyservicios/discapacidad/277/2-1-1-1/consejeria-de-bienestar-social-y-sanidad-de-melilla.aspx>

Murcia: <http://www.murciasalud.es>

Navarra: http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/

País Vasco: <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20725/es/>

Listado de acrónimos

ACOG: American Congress of Obstetricians and Gynecologists
AE: Atención Especializada
AF: Ácido Fólico
AMPA's: Asociaciones de madres y padres
AP: Atención Primaria
BVS: Biblioteca Virtual en Salud
CA: Comunidad Autónoma
CCAA: Comunidades Autónomas
CCII: Comités Institucionales
CCTT: Comités Técnicos
CEA: Ciudades con Estatuto de Autonomía
CEDAW: Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CERMI: Comité Español de Representantes de Minusválidos
CI: Comité Institucional
CIMTM: Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres
CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CIAS: Centros Jóvenes de Anticoncepción y Sexualidad
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
CMV: Citomegalovirus
COF: Centros Orientación Familiar
CT: Comité Técnico
EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal
EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública
EG: Edad gestacional
EHRN: Enfermedad Hemorrágica del Recién Nacido/a
ENS: Encuesta Nacional de Salud
ENSS: Encuesta Nacional de Salud Sexual
ENSSR: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
EPEN: El Parto es Nuestro
FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

FPFE: Federación de Planificación Familiar Estatal

GIE: Grupo de Interés Español en población, desarrollo y salud reproductiva

HBsAg: Antígeno de superficie de la hepatitis B

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

IM: intramuscular

IMC: Índice de Masa Corporal

IME: Índice Médico Español

INE: Instituto Nacional de Estadística

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

ITS: Infección de Transmisión Sexual

IV: intravenosa

IVE's: Interrupciones voluntarias de embarazo

LGTB: Lesbianas, gays, transexuales y bisexuales

LM: lactancia materna

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualmente: Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS)

MSPS: Ministerio de Sanidad y Política Social

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OEAT: Otoemisiones Evocadas Transitorias

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OSM: Observatorio de Salud de las Mujeres

PEATCa: Potenciales Evocados Auditivos automáticos

PUBMED: Public Medline

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RN: Recién nacido/a

SCIELO: Scientific Electronic Library on Line

SEC: Sociedad Española de Contracepción

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOG: Sobrecarga oral de glucosa

TEPT: Trastorno de estrés postraumático

UCIN: Unidades de cuidados intensivos neonatales

VCE: Versión cefálica externa

VHB: Virus hepatitis B

VZV: Varicella Zoster Virus

WAS: World Association for Sexology

WOK: Web of Knowledge

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas y diferentes organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea (UE). El primer tratado que reconoce expresamente los derechos humanos de las mujeres fue la “Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada por la ONU en 1979.

El concepto de salud sexual y reproductiva fue incorporado por primera vez en las Naciones Unidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994, donde se vincula a nivel teórico el discurso sobre los derechos humanos y el derecho a la salud.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva nace con la vocación de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población española, contemplados no sólo desde la ausencia de enfermedad sino en cuanto a posibilitar una vivencia plena y satisfactoria de los mismos.

El artículo 11 del Capítulo V de la futura *Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* insta a la creación de esta Estrategia, que responde asimismo al objetivo de la estrategia 4 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud de “analizar las políticas de salud y proponer acciones para reducir las inequidades en salud con énfasis en las desigualdades de género”.

Coordinada por el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social, esta Estrategia es fruto del consenso entre sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales y población usuaria, personas expertas y representantes de las Comunidades Autónomas.

El documento desarrolla diferentes líneas de acción para el abordaje de la salud sexual y la salud reproductiva en el Sistema Nacional de Salud, de las cuales la promoción de la salud, la atención sanitaria, la formación de profesionales y la investigación, innovación y buenas prácticas son comunes a ambas. Cada línea estratégica tiene sus objetivos y, para la consecución de estos, se ofrecen recomendaciones a asumir por las administraciones públicas, los servicios de salud y los y las profesionales sanitarios. El documento contempla su seguimiento y evaluación posterior.

