

# L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana, 2017-2021

Luis Mitjans Lafont

**La salut sexual i la salut reproductiva discorren actualment com a conceptes explicatius units que descriuen i construeixen el relat del procés vivencial de la sexualitat de les persones. Les dues han de ser enteses com un mitjà per aconseguir que totes les persones puguen portar una vida individual i social amb un desenvolupament de la seua sexualitat i la seua capacitat reproductiva de manera lliure, plena i satisfactòria.**

**D**urant l'any 2016 s'ha elaborat l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva (ESSR), document marc que té com a objectiu servir com a full de ruta per a abordar la promoció, prevenció i protecció d'una vivència saludable de la sexualitat de la ciutadania de la Comunitat Valenciana.

El document ha sigut el resultat d'un procés participatiu de construcció, en el qual s'han anat incorporat tots aquells agents clau relacionats amb la salut sexual i reproductiva de la població.

## L'escenari de partida. Pinzellades històriques

**De l'Edat Mitjana a la modernitat en una dècada**  
Després d'eixir del llarg període d'inefecaç autarquia, en les primeres dues dècades d'imposició de la dictadura, el règim va haver d'obrir-se al món a partir dels anys seixanta, encara que va continuar mantenint un control estricte sobre les llibertats i els drets de la ciutadania. El nacional-catolicisme, component central i peculiar del règim, havia marcat —i continuava fent-ho— la moral sexual de la societat espanyola, deixant els aspectes relatius a les llibertats sexuals en mans de la ideologia religiosa catòlica més integrista (quant a no deixar incloure cap canvi en els principis morals que regien la sexualitat per a l'Església catòlica més conservadora).

La societat espanyola —per tant, la valenciana— es trobava en la dècada dels huitanta, després de la finalització del règim feixista que es va imposar després de la Guerra Civil espanyola (1939-1978), en una situació de distanciament entre les lleis que regien la convivència en el país i la població, fet que era especialment manifest en els costums i usos en sexualitat.

La societat espanyola es trobava a l'inici de la democràcia post-dictadura en una situació de necessària modernització per a poder aconseguir un nivell de desenvolupament polític, social i econòmic similar al de la resta de les nacions europees.

Les polítiques natalistes del règim franquista —fonamentades en unes polítiques reproductivistes i de recuperació poblacional després de la guerra, l'exili i la penúria post-bèl·lica— estaven emmascarades i sustentades sobre una moral sexual vinculada exclusivament, com ja s'ha assenyalat, a la moral catòlica. La conseqüència directa en va ser la penalització i la proscripció de qualsevol forma de desvinculació de la sexualitat personal i relacional de la reproducció. El condó,

prohibit i mal vist, estava vinculat exclusivament a l'ús de la prostitució de les dones per part dels homes; quant a l'homosexualitat i l'avortament, per qualsevol dels supòsits possibles, estaven penalitzats i perseguits.

Qualsevol mètode anticonceptiu era rebutjat per la moral imperant i penalitzat si es podia. No es coneixen exactament els costums sexuals de la població espanyola durant aquests anys, sobretot els relatius al control del nombre de descendència dins de la família. Les primeres enquestes sobre el control de natalitat es van fer a partir dels anys setanta, el segon informe de la fundació FOESSA, publicat l'any 1970, incloïa preguntes a mestresses de casa (dones casades) sobre l'opinió que tenien sobre aquest control, no sobre l'ús que se'n feia.

Veient l'evolució de la natalitat i els recursos anticonceptius que hi havia fins a l'arribada del *baby-boom* espanyol (naixements entre 1958-1977) el retard del matrimoni, l'abstinència, la "marxa arrere" i els preservatius —tot i no ser fàcils d'aconseguir— i la tolerància de la prostitució per a "l'alleujament" dels homes degueren ser la manera habitual d'evitar embarassos fins a l'arribada d'un període econòmicament més pròsper que va afavorir l'augment de la natalitat.

Les aspiracions subjectives de les dones i homes relatives a la separació de la seua sexualitat i de la seua capacitat reproductora, així com de la protecció enfront de la transmissió de malalties per aquesta via, són quasi tan velles com la història de la humanitat. Els primers condons trobats es remunten a l'antic Egipte, 1339 anys abans de la nostra era, a la tomba de Tutankamon. En el mite del rei Minos, la seua esposa Pasífae es protegeix de l'esperma d'ell utilitzant una bufeta de cabra.

L'arribada dels anticonceptius hormonalment efectius al món occidental —als EUA, l'FDA (Administració de Medicaments i Aliments) va autoritzar-ne la venda en 1960— va produir la consolidació d'aquest anhel de separar el sexe de la procreació.

A Espanya, els anticonceptius hormonalment efectius es van comercialitzar en 1964, però no serà fins que es van legalitzar a l'octubre de 1978, mitjançant la modificació de l'article 416 del Codi Penal, quan es van poder prescriure i prendre de forma legal com a tals anticonceptius. Fins a aquest moment es prescrivien i s'utilitzaven amb la indicació de medicació "reguladora del cicle hormonal". No obstant això, va produir, de manera similar a la resta del món, un canvi dels costums i de les aspi-

racions sexuals de les generacions més joves de dones i homes.

La societat espanyola, sobretot les generacions de persones nascudes en les dècades dels cinquanta i seixanta, havia pres la davantera als canvis que tant el règim franquista com el règim post-franquista predemocràtic podien assumir. La societat de consum, l'accés a la instrucció d'una classe mitjana cada vegada més potent i el turisme havien trencat el control ferri que la moral sexual dominant tenia de la vivència sexual de la ciutadania de l'Estat espanyol.

A la Comunitat Valenciana, com a la resta de l'Estat espanyol, els canvis sociopolítics que ocorren a partir de l'eixida del règim feixista a un règim polític democràtic van permetre l'elecció de les primeres corporacions locals democràtiques en els ajuntaments (1979). Van ser aquests ajuntaments els que primer es van fer ressò de les necessitats i els anhels de les dones, i de la societat en general, i van propiciar la creació dels primers centres de planificació familiar.

Aquest procés va estar afavorit per diferents circumstàncies sociopolítiques. D'una banda, encara no s'havien produït les transferències en matèria de sanitat a unes administracions autonòmiques, encara en fase inicial, que pogueren permetre iniciatives diferents de les marcades per una Administració central incapaç d'assumir les demandes socials en aquestes àrees, per trobar-se ancorades en la inèrcia de la moral sexual del règim nacional-catòlic previ. D'una altra banda, les noves administracions locals i provincials (diputacions) sí que es plantejaven donar resposta a la necessitat social de modernització dels costums sexuals de la societat valenciana i, a més, disposaven de l'empària legal per a poder portar-ho a terme.

En 1980, l'Ajuntament d'Elx va ser pioner en la creació del seu centre de planificació familiar. En els anys posteriors es van crear al llarg del territori de la Comunitat Valenciana molts més centres, de dependència tant municipal com provincial i del mateix sistema sanitari. El resultat va ser la constitució d'una densa xarxa de centres de planificació familiar.

Les transferències en matèria de sanitat a les comunitats autònomes es van iniciar en 1982 a través del Reial Decret 340/1982, en el cas de la Comunitat Valenciana es van fer aquestes transferències a l'ens preautonòmic Consell del País Valencià, i aquestes van passar a la Generalitat Valenciana després de les primeres eleccions autonòmiques (desembre de 1982). La culminació del procés de transferències sanitàries va ser la publicació de la Llei general de sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril), per la qual es constituïa el Sistema Nacional de Salut, format pels serveis de salut de les diferents comunitats autònomes. Aquest model permetia, entre altres qüestions, la integració gradual de tots els centres, serveis i establiments que fins a aquest moment depenien de les diputacions i dels ajuntaments, en el servei de salut autonòmic amb responsabilitat exclusiva en l'àmbit territorial de la comunitat autònoma.

La Llei general de sanitat (LGS) va plasmar per primera vegada, en un document legislatiu espanyol, la proposta de la Conferència d'Alma Ata

(1978), que proposava que l'atenció primària de salut havia d'incorporar l'atenció a la planificació familiar. En concret, l'article 18.7 de la LGS diu que una de les actuacions sanitàries del sistema de salut inclou "els programes d'orientació en el camp de la planificació familiar i la prestació dels serveis corresponents".

Així que ho va permetre la LGS, el Govern de la Generalitat va legislar l'atenció a la salut sexual i a la salut reproductiva per mitjà de tres decrets. El Decret 42/1986, de 21 de març, que va entrar en vigor el 28 d'abril, pel qual es defineix i s'estructura l'Atenció Primària a la Comunitat Valenciana, que incloïa els programes de planificació familiar com a serveis de suport a l'Assistència Primària; el Decret 149/1986, de 24 de novembre, pel qual es regula la prestació dels serveis en matèria de planificació familiar i sexualitat; i el Decret 147/1986, de 24 de novembre, que regula el tractament integral de l'atenció de la dona en el procés de la maternitat al llarg de l'embaràs, el part i el puerperi.

Fins a 2003, any en què es va produir la culminació del procés de transferència de la dependència de tots els centres de planificació familiar (CPF) a la Conselleria de Sanitat, es van mantindre amb dependència tant municipal com provincial o del Servei Valencià de Salut, ens que assumia les competències sanitàries a la Comunitat Valenciana. Una vegada tota la xarxa de CPF va ser de titularitat de la Conselleria es va iniciar el procés de transformació d'aquests CPF en centres de salut sexual i reproductiva (CSSR), per mitjà de la publicació en 2004 del document que regulava la cartera de serveis dels CSSR.

## **El marc actual dels significats de salut sexual i salut reproductiva**

### **La postmodernitat**

La disponibilitat dels anticonceptius hormonals i els canvis que aquests han permès consolidar en l'apoderament per part de les dones de la seua sexualitat, qüestió que venien defensant els moviments feministes durant tot el segle XX, va posar en l'agenda dels organismes i institucions responsables dels temes referits a la salut sexual, tant internacionals com nacionals, un canvi en el tractament conceptual del que fins a l'inici el segle XXI es denominava planificació familiar.

La planificació familiar ha estat unida al concepte de control de natalitat, el terme *birth control* va ser encunyat en els anys vint del segle XX. Quan es parla de control de natalitat, no només es fa referència a una qüestió individual de les famílies quant al control del nombre de naixements i l'espaiament entre aquests, també es fa referència a un problema de control del volum de la població mundial i a una qüestió de protecció de la salut de la dona i de la seua descendència per aquest mateix espaiament entre els naixements. En la dècada dels noranta del segle XX, les conferències internacionals sobre població i desenvolupament (la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament, que va tindre lloc al Caire en 1994, i la IV Conferència Mundial sobre la Dona de 1995 a Pequín) van posar l'accent sobre els drets reproductius de la població, relacionant la salut reproductiva de manera estratègica amb el procés d'avanç de l'apoderament de les dones de la seua sexualitat i del procés reproductiu.

En el món occidental s'entra en el mil·lenni, quant al concepte de planificació familiar, amb un procés de canvi paradigmàtic. El procés s'aborda des de la perspectiva individual, independentment de la constitució d'una família o no, l'objecte de la no-concepció (utilització de mètodes anticonceptius i interrupció voluntària de l'embaràs) està dirigit, durant la major part de la vida fèrtil de les persones, al desenvolupament d'una vivència plena de la sexualitat separada de la capacitat procreativa, exceptuant-ne els períodes en què les persones volen buscar descendència, que no els utilitzen.

El punt nuclear de l'objecte de la "planificació familiar", el control del nombre de descendència i l'espaiament, es transforma en l'atenció a la salut sexual i a la salut reproductiva de dones i homes al llarg de totes les etapes de la seua vida.

La salut sexual i la salut reproductiva discorren actualment com conceptes explicatius units que descriuen i construeixen el relat del procés vivencial de la sexualitat de les persones. Les dues han de ser enteses com un mitjà per a aconseguir que totes les persones puguen portar una vida individual i social amb un desenvolupament de la seua sexualitat i de la seua capacitat reproductiva de manera lliure, plena i satisfactòria.

L'any 2010 a Espanya es publica la Llei Orgànica 2/2010, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, que recull aquests canvis descrits i permet elaborar l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva. Pionera en les seues propostes, l'Estratègia Nacional no ha desenvolupat —per qüestions aparentment ideològiques— tot allò que fa referència a la part dedicada a la salut sexual, llevat dels aspectes vinculats a la prevenció de les infeccions de transmissió sexual.

L'ESSR de la Comunitat Valenciana pretén potenciar un desenvolupament efectiu i equilibrat, quant als dos àmbits, en el que és competència de la Conselleria de Salut Universal i Salut Pública.

En l'ESSR es recullen aquests nous conceptes explicatius, que entenen la salut sexual com la que s'ocupa dels aspectes relacionats amb el benestar de la sexualitat durant tot el cicle vital, i la salut reproductiva com la que s'ocupa dels aspectes relacionats amb el benestar relatiu a tot el procés reproductiu (preconcepcional, embaràs, part i puerperi).

Els drets sexuals i reproductius han constituït els eixos rectors en la formulació d'aquesta ESSR dins d'un marc general que incorpora la perspectiva de gènere i els determinants socials de salut de manera transversal, centrada en les persones i considerant la diversitat sexual i de gènere, com també totes les situacions d'especial vulnerabilitat relacionades amb la diversitat funcional i els contextos socioeconòmics vulnerables. Haurà d'estar basada en l'evidència científica amb l'objectiu de proporcionar la màxima qualitat en les accions que propose i afavorir el consens entre els professionals que la implementen.

### **Relat del procés d'elaboració de l'ESSR**

Des de l'estiu de l'any 2015 es va començar a obrir una sèrie de noves oportunitats en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública quant al plantejament del tractament de la salut

sexual, que es van concretar en la formació d'un grup de treball preliminar —al desembre d'aquest any— constituït per professionals de la Direcció General de Salut Pública i de la Direcció General d'Assistència Sanitària, per a abordar el projecte d'elaboració d'una estratègia que constituïra el full de ruta del tractament de la salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana.

D'aquest grup va sorgir la constitució formal del Grup Coordinador de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva, encarregat de liderar el procés de partida, la coordinació de les diferents estructures que s'anirien creant al llarg del procés i el control del producte final. La primera acció que assumeix és configurar i convocar el grup de professionals que formaran el comitè tècnic de l'ESSR, al gener de 2017, en el qual s'integra i en forma part.

El comitè tècnic es constitueix com un grup operatiu en la seua terminologia clàssica, grup centrat en una tasca, que es concreta en l'elaboració d'un document que constituïska la futura ESSR, a través de la combinació de la teoria amb la praxi, per a obtindre el millor producte possible amb aquest procés. En el comitè tècnic s'integren professionals d'atenció primària de salut, medicina, sexologia, infermeria i comares (centres de salut sexual i reproductiva i centres de salut), de l'àmbit hospitalari dels serveis de ginecologia i obstetrícia (professionals de la medicina i comares), professionals de la Direcció General de Salut Pública, de la Direcció General d'Assistència Sanitària i de la Unitat d'Igualtat de la Conselleria. A aquest grup de professionals s'incorpora una professional de la sociologia, externa al sistema sanitari públic valencià, que actua com a relatora del procés.

El comitè tècnic comença a treballar com tal una vegada constituït formalment, partint d'un document embrionari preliminar elaborat pel grup coordinador basat en el document de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva Nacional, amb la incorporació de les principals propostes internacionals en matèria de polítiques de salut sexual i reproductiva. Les primeres sessions de treball van estar orientades a la constitució d'un llenguatge comú per mitjà de dinàmiques grupals, lectures i exposicions col·lectives i la identificació, a través d'una metodologia d'anàlisi DAFO, de la realitat de la salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana.

Amb aquesta informació ja analitzada, el grup coordinador va prendre la decisió d'ampliar el diagnòstic qualitatiu amb la consulta a un grup de professionals que treballen en temes socio-sanitaris, educatius, juvenils, de persones majors i d'atenció a dones. La consulta va es va fer per mitjà de l'emplenament d'un qüestionari obert, facilitat per via telemàtica, en què es ressenyaven els tres problemes més rellevants i les tres situacions de millora en salut sexual i reproductiva a la Comunitat Valenciana. La informació una vegada analitzada va ser incorporada al diagnòstic qualitatiu que va fer prèviament el comitè tècnic, en el qual va integrar la visió socioeducativa a la visió salubrista assistencial.

Com a resultat d'aquest procés, i considerant i incorporant la informació obtinguda en la consulta pública del IV Pla de salut de la Comunitat

quant a la salut sexual i reproductiva i les propostes presentades en el document (esborrany) de l'Organització Mundial de la Salut europea, la comissió coordinadora proposa al comitè tècnic quatre línies estratègiques sobre les quals elabora el posterior desenvolupament del document:

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

Una vegada el comitè tècnic valora les línies proposades s'elabora una primera aproximació dels objectius generals i dels específics de cadascuna de les línies. Posteriorment, aquest document es passa a un grup creat ex professo perquè el valore. Aquest grup, denominat grup intersectorial, va ser convocat en sessió presencial per fer la valoració de les línies estratègiques. Estava format per un grup de professionals dels diferents sectors de les administracions públiques que es va considerar que arribarien a estar més implicades en la posada en marxa de l'ESSR (educació, joventut, diversitat, dona, polítiques inclusives).

Com a conseqüència de tot aquest procés participatiu, al juny de 2016 es disposa d'un esborrany de l'ESSR que conté línies estratègiques, objectius generals i objectius específics, i que està validat pel comitè tècnic. Amb aquest document es convoca el comitè de participació, òrgan de participació i consulta, constituït per representants de diferents organitzacions socials i societats científiques de la Comunitat Valenciana. La composició resulta de la proposta que va fer la comissió coordinadora al comitè tècnic, i aquest va ser convocat per a constituir-se formalment el 28 de juny de 2016.

La funció del comitè de participació, en aquesta etapa, és consultar, debatre i validar les línies estratègiques, els objectius i les accions que es proposen en el document de què es disposa fins a aquest moment. A partir de la incorporació de les aportacions que fa aquest comitè de participació es comença a configurar el document definitiu de l'ESSR.

A la fi de desembre de 2016, el document final de l'ESSR està llest per a ser sancionat. Al març de 2017 ja es disposa del document final validat pels nivells directius de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Al juny de 2017 l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva és presentada per la consellera de Sanitat Universal i Salut Pública, Carmen Montón Giménez, com a culminació a tot el procés participatiu de la seua construcció.

### **El document de l'ESSR**

El document complet es pot consultar en la pàgina web de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública ([www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)).

Inclou una anàlisi de situació que pretén ser una aproximació a l'estat de la salut sexual i reproductiva i que posa de manifest, en primer lloc, com els sistemes d'informació de què es disposen per a recollir-la se centren sobre els grups de po-

blació, adolescents-joves i població adulta i, per tant, amb capacitat de procreació, acotació que permet reduir de forma directa la sexualitat que interessa i es ressenya a la vinculada al període reproductiu.

Aquesta qüestió planteja tres tipus de biaixos clars, en primer lloc el biaix relacionat amb el fet de suposar que quan es parla de sexualitat es parla de sexualitat vinculada a la capacitat reproductiva i deixa fora de manera implícita aquelles sexualitats que no encaixen en aquest espai. Aquest biaix porta al següent i crea una situació d'anàlisi en què l'heteronormativitat dificulta la recerca de dades, a través de la no-disponibilitat d'indicadors, sobre sexualitat en la diversitat sexual i de gènere i en la diversitat funcional. El tercer biaix està referit al gènere; en massa ocasions aquests sistemes d'informació sobre salut sexual quan es refereixen les dones es limiten al període reproductiu, i deixa les dones de forma implícita sense sexualitat més enllà del període menopàusic, qüestió que no ocorre de manera tan radical quan es fa referència als homes.

El resultat és que la informació de què es disposa per a l'anàlisi de la salut sexual no deixa de ser un facsimil de l'ordre social més dominant, que oculta, en silenciar-la, la situació de tota la realitat sexual diferent de l'establida per aquest ordre. Sembla clar que caldrà fer un esforç per a disposar de sistemes d'informació que incloguen la infància i la maduresa, que eliminen els biaixos de gènere i que tinguen en compte la diversitat sexual i de gènere, la diversitat funcional i les situacions de vulnerabilitat social i econòmica.

Hi ha un capítol on es desenvolupen les línies estratègiques, els objectius i les accions amb què es pretén millorar la salut sexual i reproductiva de la ciutadania, per mitjà de la promoció del desenvolupament efectiu dels seus drets sexuals i reproductius. Aquest capítol es complementa amb un altre d'indicadors bàsics —falta desenvolupar-ne els específics de la implementació de cadascuna de les accions— i amb el dedicat a la implementació, seguiment i avaluació, en què es desenvolupen les estructures que s'ocuparan de l'aplicació/execució de l'ESSR.

Al maig de 2017 es va constituir el comitè d'avaluació i seguiment de l'ESSR, que haurà de vetlar per l'aplicació, el seguiment i l'avaluació de les accions que proposen cadascuna de les línies estratègiques i que hagen sigut prioritzades per a implementar-les en cada període temporal.

L'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva de la Comunitat Valenciana té una vigència de cinc anys, de 2017 a 2021. Esperem que complisca amb la missió que s'ha imposat en el mateix document: "Millorar la salut sexual i reproductiva de la població de la Comunitat Valenciana, amb la promoció del desenvolupament efectiu dels drets sexuals i reproductius de totes les persones que la componen."

.....  
**Luis Mitjans Lafont**

Cap de la Secció de Salut Sexual.

Direcció General de Salut Pública.

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Coordinador de l'Estratègia de Salut Sexual i Reproductiva.