

MEMORIA
Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Sexual en el SNS

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Pilotaje de un programa para la educación en salud reproductiva, sexual y afectiva liderada por equipos de Atención Primaria.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Región de Murcia
- **Nombre de la entidad:** Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad. Ayuntamiento de Cieza.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** C/ Central, 7. Edificio Habitamia I. 30100. Espinardo (Murcia).
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Asensio López Santiago
 - E-mail: gerente-sms@listas.carm.es
 - Teléfonos: 968288885
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Francisca Postigo Mota
 - E-mail: francisca.postigo@carm.es
 - Teléfonos: 627538172

4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Francisca Postigo Mota	francisca.postigo@carm.es	627538172	Matrona A.P.	Servicio Murciano de Salud
Rosario Salmerón Giménez	infanciacieza@gmail.com	673401801	Técnica de Educación e Infancia	Ayuntamiento de Cieza
Carlos Peña Laguna	carlos.pena2@carm.es	968775559	Director de Enfermería área IX	Servicio Murciano de Salud
Aurora Tomás Lizcano	aurora.tomas@carm.es	968288106	Coordinadora Regional de Enfermería	Servicio Murciano de Salud

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
X	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
X	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** enero 2016
- **Actualmente en activo:** no
- **Prevista su finalización:** la fase de pilotaje finalizó en enero 2018, actualmente en activo la fase de despliegue regional.

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Educación en salud sexual con la escuela
	Promoción de la salud sexual desde el ámbito sanitario

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Esta iniciativa tiene su origen en la visión de la promoción de la salud como un proceso y no como un hecho puntual. Las necesidades y problemas de salud de las poblaciones deben valorarse no solo en relación con las consecuencias inmediatas en la salud y la calidad de vida, sino también midiendo las repercusiones a largo plazo que la carencia de un capital de salud conlleva. Durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un "capital de salud", en términos de información sobre temas claves y la adquisición de unas habilidades de vida y actitudes de respuesta saludables.

<http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>)

La adolescencia es el momento evolutivo donde cobra mayor peso el desarrollo de la identidad sexual y el comienzo de procesos relacionales que se establecen en clave sexual y afectiva entre iguales. Este hecho tiene además un gran impacto en el desarrollo del auto-concepto (Espinosa y Ochaita, 2001) que, junto con la identidad, se consolidará a lo largo de los años de educación secundaria obligatoria (PIES, 2017).

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria**.

Por otro lado, las propias características del desarrollo emocional y físico del adolescente hacen que esta etapa sea especialmente vulnerable en relación a las decisiones que toman y a los riesgos derivados de ellas. El adolescente tiene una tendencia a infravalorar el riesgo y cierta incapacidad para abstraerse y poder medir las consecuencias de sus actos a largo plazo. El narcisismo propio de esta etapa les hace sentirse en posesión de la verdad absoluta, alta valoración de sus conocimientos sobre la vida y la percepción de estar por encima del bien y el mal (López y Oroz, 1999, Kancyper, 2007). Estas características condicionan también su conducta sexual y la magnitud de los efectos de las intervenciones que los diferentes profesionales puedan realizar para influir en su salud sexual.

La Comunidad autónoma de la Región de Murcia cuenta con una población aproximada de 1.478.000 habitantes, de los cuales el 50,01% son hombres y el 49,98% mujeres. La población adolescente supone un 11,86 % de la población total donde el 51,57% son varones y el 48,42 de las adolescentes son mujeres. El servicio murciano de salud (SMS) está organizado en 9 áreas de salud que abarcan tanto los servicios de atención primaria (AP) como los de hospitalización. Cada área de salud tiene un hospital de referencia y un número variable de centros de AP.

La necesidad que originó el desarrollo de este proyecto fue detectada en el municipio de Cieza. Cieza es el sexto municipio de la región con mayor número de habitantes, aproximadamente un 11% de ellos son adolescentes de entre 10-19 años de edad, siendo el 52% hombres y el 48 % mujeres. Cuenta con un hospital comarcal y 2 centros de AP de los 4 que forman el área IX de salud al que pertenecen. En el año 2015, los profesionales de un equipo de atención primaria de este municipio detectan, a través del número de consultas, una alta incidencia de casos de embarazos no planificados y de solicitudes de interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en mujeres adolescentes. Paralelamente, la comunidad educativa manifiesta a los servicios municipales de salud y familia esta misma preocupación por los casos observados en su entorno y demanda alguna actuación al respecto.

La toma de decisiones en materia de sexualidad tiene, entre otras, consecuencias directas sobre el desarrollo psicosexual de hombres y mujeres y sobre la salud reproductiva de la mujer. Los datos estadísticos recogidos por el ministerio de sanidad y por los sistemas regionales de registro de datos, certificaron que, lejos de ser una mera percepción de los profesionales, era una realidad constatada en cifras. Según los datos del INE del 2015, de los 551 nacimientos que se produjeron en el área IX de salud de la región (a la cual pertenece el citado municipio de Cieza), 19 fueron en menores de 20 años. Esto supuso un 3,44%, situándolo como la segunda área de salud de la región con mayor número de embarazos en adolescentes. En el municipio de Cieza el 2,6 % de embarazos se produjeron en mujeres menores de 19 años; para dos de estas mujeres era su segundo embarazo.

Los embarazos en menores de 20 años, presentan riesgos asociados como: crecimiento retardado, parto distócico y prematuridad y por ello representa un importante reto para la salud pública, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Por otro lado, el embarazo en adolescentes supone en nuestra sociedad un marcador de desventaja social por la constatación de que la maternidad temprana está asociada al fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social y pobreza (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>).

A esto podemos añadirle que la tasa de IVE por cada 1000 habitantes en la Región de Murcia en 2015 se situaba en torno al 11,07 superando la tasa del conjunto de España de 10,40. De todos estos IVE practicados en la Región, el 14,5% se realizaron en mujeres menores de 19 años frente a los 10,5 del total de IVE en esta misma franja de edad en el conjunto del país. En nuestra región, para el 13% era ya su segundo IVE y para 1,7% su tercer IVE antes de los 19 años. En el municipio de Cieza, en 2015 se produjeron 62 IVE, de los cuales 9 fueron en menores de 19 años siendo 7 de ellos en menores de 17 años.

En cuanto a su patrón de uso de anticoncepción, el 65% no utilizaba ninguno, un 18% utilizaba preservativo y el 8% métodos hormonales. Otro de los datos demográficos que pueden arrojar luz sobre estas cifras es el hecho de que el mayor número de IVEs en esta franja de edad se dan entre la población de mujeres con menor nivel de formación. Esta misma fuente arroja datos con respecto al uso de anticoncepción correlacionando mayor formación con mayor uso de anticoncepción

(<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>)

El escaso o mal uso de métodos anticonceptivos y de barrera, tiene además otras consecuencias directas en salud. Después de un descenso de los diagnósticos de ITS en 2002, se observa una tendencia creciente de éstas a nivel nacional, especialmente destacable el incremento en la incidencia de sífilis y gonorrea.

Por otro lado, la salud sexual y la salud emocional están intrínsecamente unidas. Una buena salud emocional facilita la toma de decisiones orientadas tanto a construir una vivencia positiva de la sexualidad, como una salud física conservada en materia de sexualidad. Además, la violencia recibida especialmente en el seno de las relaciones afectivas más cercanas, como la violencia de género, destruye la salud en cualquiera de sus dimensiones. Esta violencia está íntimamente ligada al imaginario social sobre el amor y las relaciones afectivos-sexuales entre los jóvenes (Amurrio et al, 2010). La presión por adoptar conductas no deseadas y relaciones sin consentimiento son otras de las manifestaciones de la violencia desde temprana edad. Por otro lado, las nuevas tecnologías han hecho aún más popular otro tipo de violencia. Prácticas como el sexting (textos por redes sociales con contenido sexual), envío de “nudes” (fotografías desnudas),

cibersexo usando cámaras en tiempo real, etc. La fantasía de la “no presencia física” genera una falsa sensación de privacidad que aumenta los riesgos que asumen compartiendo imágenes sexuales. De esta forma, se usan los medios audiovisuales, que es una herramienta principal de comunicación entre los jóvenes, para ejercer la humillación (Durán y Martínez, 2015).

Otro dato relevante son los casos de abuso sexual a menores cuya prevalencia en España se sitúa en torno al 20-25% en mujeres y 15% en hombres (Save the Children, 2017). De los 2764 condenados en España en 2017 por delitos relacionados con el atentado a la libertad e indemnidad sexual, 332 fueron menores. 289 de ellos fueron judicializados por abusos, de los cuales 79 fueron infringidos en menores de 16 años por otro menor. En nuestra Región, de los 1469 menores judicializados en 2017, 41 lo fueron por delitos relacionados con la violencia de género. La OMS considera este tipo de violencia como uno de los mayores factores de riesgo para sufrir desórdenes psiquiátricos y suicidio; además de las secuelas que puede causar de por vida a sus víctimas, como son: ansiedad, depresión, desórdenes de estrés post traumático, abuso de sustancias nocivas, comportamientos agresivos y comportamientos sexuales de riesgo (OMS, 2014). Por ello, la OMS insiste en la necesidad de abordar la prevención de la violencia en las parejas desde temprana edad a través de programas dirigidos a los y las jóvenes y a la comunidad en general (OMS, 2010).

El embarazo no planificado, la violencia en parejas jóvenes, la alta tasa de IVE y la tendencia ascendente de infecciones de transmisión sexual, son sólo algunos de los indicadores que ponen de manifiesto la toma de decisiones no saludables por parte de nuestra población adolescente. Con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo, si bien no cuestionamos el derecho al aborto tal y como es recogido en la legislación de nuestro país, sí que creemos necesario plantearnos cuáles son los déficits sociales, sanitarios y educativos que llevan a los adolescentes a asumir riesgos que comprometen su salud afectiva y sexual. También es una preocupación el sufrimiento emocional que sigue generando la discriminación por motivos de la diversidad sexual que existe en nuestra población adolescente.

Desde la toma de conciencia de esta situación de salud sexual deficiente entre la población adolescente de la población mencionada, surge la necesidad de actuar para mejorar la situación de salud.

Diseño de un programa En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, no se disponía en ese momento de ningún programa oficial en relación a esta materia. Se hacían actividades aisladas, sin continuidad y por una gran diversidad de agentes sociales (ayuntamientos, asociaciones educativas, voluntariado de Cruz Roja, ONG, colectivos LGTB, etc).

Por ello, en el año 2015 un grupo de profesionales sanitarios (matrona de APS de Cieza, residente de matrona de segundo año y trabajadora social del ayuntamiento de Cieza) realizó una revisión

bibliográfica de experiencias, dentro y fuera de nuestro país, que diera información sobre la eficacia de intervenciones en materia de salud sexual en adolescentes; así como la metodología que resulta más facilitadora para la consecución de los objetivos de la intervención.

De las conclusiones extraídas, se destaca las elaboradas por Chioma et al., 2009, que aseguran que la mejor fórmula para reducir el embarazo no deseado en adolescentes consiste en la combinación de intervenciones educativas y en un mejor acceso a la información y adquisición de anticonceptivos. Otros estudios ponen de manifiesto que existe mejoría en los comportamientos protectores y el conocimiento entre los niños expuestos a los programas escolares de educación en salud sexual, independientemente del tipo de programa (Walsh et al., 2015). Experiencias realizadas en Holanda ponen de manifiesto que estos programas tienen el efecto de retrasar el comienzo de las relaciones sexuales y de potenciar un mayor uso de medidas de protección, como el preservativo (https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Rap_Nat_Actieplan_beveiligd.pdf).

En cuanto a la documentación consultada para establecer los criterios sobre los que crear el contenido de este programa, el manual publicado por la UNESCO en 2009 así como el manual de Educación Sexual de Félix López de 2015, han sido las principales fuentes de referencia. Según estos documentos, los programas han de tener en cuenta los valores de la comunidad a la que va dirigida y los recursos humanos de los que dispone. En este sentido, y aunque los profesores son identificados como agentes claves para la educación sexual, se opta por un modelo de programa llevado a cabo por profesionales sanitarios con formación específica. Esto tiene que ver con la predisposición del colectivo docente a delegar esta tarea en profesionales de otros sectores por la carga laboral adicional percibida y manifestada a los autores del programa.

Es en este contexto en el que se desarrolla un programa de educación afectivo-sexual entre el Área IX de salud del Servicio Murciano de Salud y la Concejalía de Familia de Cieza que se llamó Edusex Cieza Educa. Posteriormente este nombre se cambia porque existían otras iniciativas relacionadas con la sexualidad que usaban este nombre en la red. Se renombra como PERSEA, acrónimo de: Programa de Educación en salud Reproductiva, SEXual y Afectiva. El concepto de Educación sexual ya incluye los aspectos afectivos y reproductivos. Sin embargo, incluirlos en el nombre nos pareció estratégicamente adecuado para resaltar las líneas que abordaba el programa y dotar de significancia institucional el que lo impartieran profesionales sanitarios.

Para identificar el sector de edad al que dirigir el proyecto e iniciar la intervención se tuvo en cuenta los datos de la encuesta de hábitos sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados del 2014. En ella queda recogido que la edad de inicio de las relaciones coitales se está adelantando en nuestros días, siendo habitual situarse en torno a los 14 o incluso antes (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/est>

[udioHBSC/home.htm](http://audioHBSC/home.htm)). En esta misma línea, en una encuesta realizada en el municipio de Cieza durante los años 2015 y 2016, los chicos y chicas de 3º de la ESO (14-15 años) manifestaron creer que la mayoría de compañeros de ese mismo rango de edad mantenían relaciones sexuales completas. En relación a estos datos, entendíamos que debería comenzarse en 2º de la ESO, primer ciclo de la educación secundaria obligatoria, como lo hacen en la comunidad Valenciana por ejemplo, pero finalmente se optó por el segundo ciclo. La elección de este rango de edad se hizo en base al criterio de oportunidad. La resistencia de los centros educativos a abordar el tema de la educación sexual en cursos inferiores nos llevó a decidir usar la ventana de oportunidad que nos aportaba la posibilidad de actuar en el segundo ciclo.

9. OBJETIVOS

Objetivo general:

Dotar a los adolescentes del municipio de Cieza de información y recursos para la vivencia y toma de decisiones en relación a una sexualidad sana y respetuosa con los deseos y necesidades individuales.

Objetivos específicos:

1. Facilitar la asistencia a talleres de educación afectivo sexual al menos el 50% de los jóvenes de 3º y 4º de la ESO del municipio de Cieza
2. Disminuir en al menos un 5% las cifras de embarazos no planificados en adolescentes en el municipio de Cieza en el año 2020
3. Disminuir las cifras de IVE en adolescentes en el municipio de Cieza
4. Disminuir las cifras de ITS en adolescentes en el municipio de Cieza
5. Incrementar los conocimientos en materia de salud sexual incluyendo los métodos anticonceptivos más eficaces para prevenir embarazos no deseados e ITS
6. Incrementar el número de jóvenes que identifiquen al profesional sanitario como referente para el abordaje grupal e individualizado de la salud sexual
7. Acondicionar un espacio físico accesible en horario extraescolar, seguro y confidencial, donde los adolescentes del municipio puedan solicitar la información y el asesoramiento que necesiten en materia de salud sexual de forma individual.
8. Hacer extensible el programa de Educación Afectivo Sexual al resto de la región en función de los resultados obtenidos en el pilotaje
9. Formar profesionales en todos los equipos de AP de la región en educación afectivo sexual dirigida a adolescentes.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Ámbito de aplicación Municipal: Municipio de Cieza. Población de 35.000 habitantes con adolescentes entre 10-19 años de edad que constituyen el 11% de población de los cuales el 52% son hombres y 48% mujeres.

Población diana: Alumnos de la red pública y concertada de centros educativos de secundaria de 3º y 4º curso de la E.S.O (14-16 años) de este municipio. Cieza dispone de 2 centros educativos públicos con 4 líneas de 3º y otras 4 líneas de 4º de la ESO y 2 centros concertados, cada uno de ellos con 1 sola línea de ambos cursos escolares. Este programa se ofertó también a los colegios privados que cuentan con cursos de la ESO pero declinaron la oferta de la actividad formativa alegando que el colectivo MásVida ya cubría sus necesidades en esta materia.

11. METODOLOGÍA

Para conseguir los objetivos marcados se planificaron las siguientes actividades:

- 2 Talleres sobre de educación afectivo- sexual por cada línea de 3º y 4º curso de la ESO.
- Talleres sobre comunicación con los hijos en temas de sexualidad destinados a los padres.
- Apertura de un punto de información sobre sexualidad y anticoncepción para la resolución de consultas individuales. Este se ha llevado a cabo en horario no lectivo, con periodicidad semanal y en las instalaciones de la biblioteca municipal por ser éste un entorno cercano a los adolescentes y de fácil accesibilidad. La confidencialidad se ha asegurado eligiendo una sala que reunía las condiciones para atender a los jóvenes de manera individual.

Talleres: Metodología

Para elaborar los contenidos de los talleres, se realizó una búsqueda bibliográfica donde se identificaron aquellas categorías consideradas de mayor relevancia e interés para la edad seleccionada. Ante la necesidad de acotar el número de sesiones para que fuera abordable por una sola matrona de atención primaria, se hizo una selección de aquellos aspectos considerados prioritarios. También se exploraron los recursos utilizados en programas existentes en otras comunidades autónomas como Valencia y Asturias. Se usaron algunos de sus recursos y se crearon otros propios.

La metodología se hizo participativa y basada en el uso de técnicas de comunicación bidireccional usando el juego y las dinámicas de grupo como principal herramienta de generar discusión y reflexión sobre los temas abordados. Estas dinámicas pretenden incluir elementos identificados

por Posner como claves para cautivar la atención de los discentes: generar sorpresa y curiosidad, asociar el aprendizaje a emociones y usar la cooperación donde los cerebros trabajen juntos, entre otras (Fusne y Lupiáñez 2003).

El modelo de educación sexual sobre el que se desarrolla este programa es el *Biográfico Profesional* (López F., 2015). Este modelo propone un abordaje de la educación sexual basado en conseguir mejorar la salud sexual no sólo del individuo, sino también de la comunidad como un todo independiente del individuo pero que a la vez genera una interacción directa con cada uno de sus integrantes. Para ello propone la intervención profesional pero teniendo como referente, no el sistema de valor propio del profesional, sino la biografía individual de aquellos a los que atendemos. De esta forma el profesional basa su intervención en los valores éticos universales (respeto, consentimiento mutuo, etc) y no en su propio sistema de creencias. Este modelo representa un marco de actuación que permite al profesional diferenciar entre la conducta que adoptaría personalmente y aquella que adopta el otro. Desde esta perspectiva el profesional acompaña y guía en la toma de decisiones saludables desde la forma de vivir la sexualidad que elige cada persona.

- Información sobre las diferentes formas de protegernos y evitar los efectos nocivos de la toma de decisiones erróneas.
- Herramientas para tomar decisiones saludables, incluido los métodos anticonceptivos

Materiales:

- Ordenador y pantalla para proyectar la presentación que sirve de soporte visual para el desarrollo del taller. Se usarán los que estén disponibles en el centro educativo
- Muestras de los diferentes métodos anticonceptivos y modelos anatómicos para ilustrar mejor los contenidos.
- Material para el desarrollo de las distintas dinámicas incluidas en los talleres. Este recurso lo desarrolló la matrona con materiales de elaboración propia.
- Cuestionarios para evaluar la eficacia de la intervención
- Cuentos
- Material audiovisual

Despliegue:

- La intervención se les ofreció a los centros educativos a través de un mail y con una visita presencial por parte de la matrona y la técnico del ayuntamiento encargadas de su puesta en marcha. En algunos centros nos comunicaron la oferta de intervenciones en salud sexual por parte de Cruz Roja, de la Asociación MásVida y de una empresa local.
- Se contactó con estas entidades para valorar si su actividad cumplía con los objetivos que nos habíamos propuesto. Tras la puesta en común, se llegó a la conclusión de que no eran

actividades que cumplieran con todos los objetivos ni en sus contenidos, ni en la metodología, ni en el abordaje integral de la sexualidad. Sí se crearon vías de comunicación con estas entidades para conocer en qué líneas podían ser complementarias sus actividades con nuestros objetivos. La experiencia fue muy positiva porque se limaron posibles focos de resistencia en colectivos sociales locales.

- Cada centro educativo que manifestó interés por recibir los talleres fue posteriormente contactado para coordinar con la matrona los espacios en agendas para llevar a cabo la acción formativa.
- Previamente a la impartición de los talleres, se les pasó un cuestionario sobre conocimientos en materia de sexualidad a los alumnos facilitado por los tutores de cada curso.
- Posteriormente a la impartición de los talleres se les pasó de nuevo el mismo cuestionario a los alumnos y otro de evaluación de la actividad docente.
- Los cuestionarios fueron remitidos a la coordinadora del programa y analizados por la misma.

Punto de Información y asesoramiento:

Se crea una consulta a demanda, no siendo necesaria la cita previa, en horario de tarde de 16 a 18 horas y en un espacio físico accesible con el fin de dar respuesta a las necesidades individuales de asesoramiento en materia de sexualidad.

La atención la realizaba la matrona de atención primaria coordinadora del programa. Para aquellas situaciones en las que se precisaba de mediación y apoyo, estaban además disponible otros profesionales de la red de servicios del salud del área como médico de familia, ginecóloga, trabajadora social, servicio de salud mental y otros facilitados por el ayuntamiento como trabajadora social o psicóloga.

El lugar físico elegido fue una sala de la biblioteca municipal que cumplía con los requisitos mínimos establecidos en el programa: ser un espacio de atención en horario distinto al escolar, que garantice la intimidad necesaria para las consultas y que sea de fácil acceso para los adolescentes.

En este marco se elaboran 2 talleres de 55 minutos que abarcan los siguientes contenidos:

Contenido:

1º taller: "Porque yo lo valgo"

- Concepto autoestima y su relación con una vivencia sana de la sexualidad.
- Concepto de sexualidad

- Concepto de Diversidad en la vivencia de la sexualidad y respeto a la misma.
- Concepto de estereotipos de género y estereotipos de comportamiento sexual asociado al género
- Ética de las relaciones interpersonales
- Qué implica el consentimiento
- Abordaje de la violencia de género y sexual

2º taller: "Déjate de cuentos y cuida tus encuentros"

- Proceso de toma de decisiones y la presión de grupo.
- Resultado de la toma de decisiones erróneas y sus consecuencias respondiendo a las preguntas: qué, quién, cómo.
- Información sobre embarazos no planificados
- Información sobre las infecciones de transmisión sexual, formas de contagio

12. EVALUACIÓN

i. INDICADORES.

Los indicadores usados han sido: (siempre en relación a la población diana definida)

1. Nº de centros educativos de la red pública receptores de la intervención (centros públicos y concertados).
2. Porcentaje de alumnos de 3º y 4º de la ESO receptores de los talleres (informe de los centros).
3. Mejora percibida de conocimiento (a través de un cuestionario autoadministrado).
4. Utilidad percibida (a través de un cuestionario autoadministrado).
5. Nº de embarazos en adolescentes (a través de registros de la Dirección general de Asistencia Sanitaria del SMS).
6. Número de IVE en el sector etéreo donde se ha realizado la intervención: menores de 17 años (a través de registros de la Dirección general de Asistencia Sanitaria del SMS)
7. Tasa de incidencia de ITS en la población adolescente a través de registros de EDO de la región.
8. Porcentaje de alumnos que identifican al profesional sanitario como fuente fiable de información en materia de sexualidad (a través de un cuestionario autoadministrado).
9. Número de consultas realizadas a través del punto informativo (a través de registro de casos).

ii. RESULTADOS.

Tras dos periodos lectivos de implementación de los talleres en los centros educativos durante 2016 y 2017, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. Los talleres fueron desarrollados en 3 de los 4 centros educativos de la red pública de la localidad.
2. Un 44% del total de alumnos de 3º y 4º de la ESO del municipio recibieron la intervención. La cobertura fue menor que el objetivo propuesto de 50%. Esto fue debido a una dificultad de conciliar la disponibilidad de la matrona con la disponibilidad del centro educativo.
3. Incremento de conocimientos. La percepción de mejora de conocimientos tras la intervención fue mayoritaria. Pocos alumnos manifestaron que no les había impactado en su nivel de conocimientos sobre la materia

Conocimientos previos

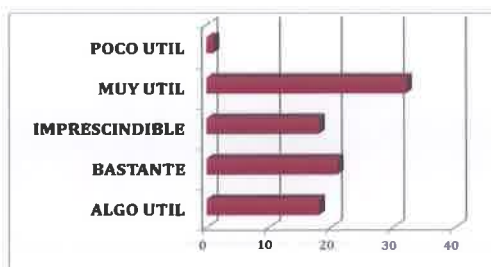


Conocimientos post-intervención



○

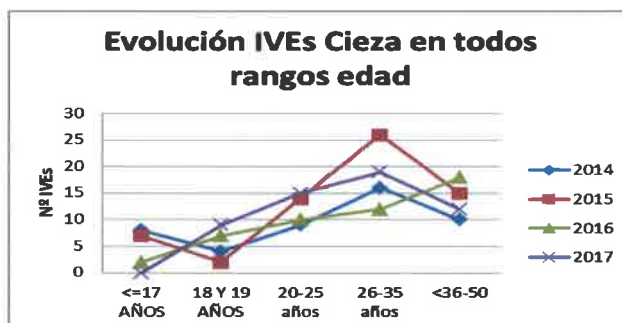
4. Utilidad percibida: El porcentaje de alumnos que percibió la actividad como útil fue muy alto en comparación con aquellos que no le encontraron utilidad.



5. **Reducción del 41 % en el porcentaje de embarazos en adolescentes.** El número de embarazos en mujeres 15-19 años ha disminuido casi inapreciablemente en el conjunto de la región. Por áreas, han aumentado en el área 3 (21%) y 5 (24,5%). En el área donde mayor descenso se ha observado es en el área 9 con un 41 % menos de embarazos en esta franja de edad.



6. Reducción del número de IVE en menores de 17 años a "0". Este descenso no se observa en ningún otro grupo de edad dentro de la misma población.



7. No fue posible evaluar el impacto sobre las ITS debido a un problema de validez del registro de estas infecciones como EDO detectado por el mismo servicio de vigilancia epidemiológica de la región (Boletín epidemiológico de Murcia, Vol:38,Nº826-Julio 2018, pag. 78).
8. En los test pre intervención sólo un 5% de los alumnos identificó a los profesionales sanitarios como fuente de información sobre sexualidad. En el cuestionario post intervención un 45% identificaba a las matronas, categoría profesional del instructor de los talleres, como recurso disponible para esta información.
9. Consulta en el punto informativo.

El primer año, 2016, no hubo ninguna consulta en el punto informativo ya que, queriendo garantizar el anonimato, el espacio utilizado resultó ser invisible para los jóvenes (según ellos mismos notificaron). El segundo año se hizo en la biblioteca pública. Tuvimos 3 consultas individuales relacionadas con identidad de género y 2 relacionadas con uso incorrecto del preservativo.

Despliegue regional

Tras los resultados de esta experiencia local y considerando que la población adolescente de la región en su conjunto podía beneficiarse de esta intervención en el ámbito de la salud sexual, la Consejería de Salud decidió ampliar el ámbito del proyecto y finalmente se ha convertido en un Programa Regional de educación en salud sexual. Previamente a su replicación a nivel regional, se dieron los siguientes pasos:

- En el año 2017 el proyecto fue presentado a una convocatoria regional de buenas prácticas en Atención Primaria, ganando una primera posición entre las propuestas presentadas por los equipos regionales de A. P.

Ese mismo año se presentó como proyecto a los presupuestos participativos de la Región de Murcia y quedó como el segundo proyecto más votado. Este concurso representa la voluntad de la ciudadanía de que una parte del presupuesto regional se dedique al desarrollo de proyectos con impacto en el bienestar y salud de la población. Como

- consecuencia de ello, 30.000 € fueron destinados a desarrollar este programa a nivel regional, liberando en junio del 2018 a la matrona coordinadora del pilotaje para desarrollar la fase de *Programa regional para la educación en salud reproductiva, sexual y afectiva*.
- En el año 2018 se creó un grupo de trabajo multidisciplinar que, sobre la base de los talleres elaborados para el pilotaje y teniendo en cuenta la evaluación del mismo, desarrolló el actual programa PERSEA para toda la región.
- Formación de profesionales
 - En 2018 se elaboró un programa de formación en capacitación para profesionales de AP con el fin de dotarlos de las herramientas necesarias para el despliegue de PERSEA en cada área básica de salud. En el periodo de octubre del 2018 hasta junio del 2019 se han realizado 5 ediciones del mismo. La valoración de los profesionales sobre la formación recibida fue muy alta, tanto en la percepción de utilidad como en la metodología usada, recibiendo una puntuación media de 4.47 sobre 5 en las 5 ediciones realizadas.
 - Un total de 129 profesionales de AP se han capacitado en esta formación alcanzando una cobertura del 100% de las áreas de salud del SMS y un 85% de los equipos de AP de la región. Un 86 % de los profesionales que realizaron el curso de capacitación son mujeres y enfermeras (especialistas y generalistas).

Áreas Salud SMS	Enfermeras	Matronas	Médicos Pa. / Ha	Pediatras	T. Social	Mujeres	Hombres	Total áreas
Área 1	11	5	2	2		21	1	22
Área 2	14	14	2	2		27	5	32
Área 3	8	9				17	0	17
Área 4	3	2		2		5	2	7
Área 5	2	5			1	8		8
Área 6	4	8	0	2		12	2	14
Área 7	8	5	1			9	5	14
Área 8	2	4	1	1		7	1	8
Área 9	1	2	4			6	1	7
TOTAL por categoría	59 (45%)	51 (39%)	11 (8,5%)	9 (6,9%)	1 (0,7%)	112 (85%)	17 (15%)	129

- El programa se ha desplegado durante el primer semestre de 2019 en 20 centros educativos de toda la región y ya están programadas las sesiones a realizar a partir octubre 2019 en numerosos centros educativos pertenecientes a las 9 áreas de salud de la región de Murcia. Los profesionales han contado con un servicio de tutelaje por parte de la coordinadora del programa para facilitar el proceso de implantación y vencer las resistencias iniciales a abordar esta formación. 8 Profesionales solicitaron y obtuvieron este servicio personalizado.

Áreas de Salud SMS	Nº centros de AP con profesionales capacitados	% centros con profesionales capacitados 2018	Nº IES donde se han realizado 2019	Nº IES programados 2019-2020	Población jóvenes abordado
AREA 1	13	87%	1	2	25
AREA 2	15	87%	4	10	450
AREA 3	11	100%	4	11	400
AREA 4	3	50%	2	6	100
AREA 5	3	100%	0	3	0
AREA 6	9	60%	3	6	410
AREA 7	10	83%	2	4	135
AREA 8	5	100%	0	3	0
AREA 9	4	100%	4	4	395
Total Regional	73	85%	20	47	1915

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Conclusiones:

- Tras la intervención se redujo tanto el % de embarazos no planificados en menores de 19 años como el número de IVE en la población que recibió la intervención. La puesta en marcha de este programa creó expectativas de mejora en otros sectores sanitarios locales y facilitó la coordinación con el servicio de ginecología de área. La intervención educativa, junto con una coordinación de los servicios de acceso a la anticoncepción en población adolescente de riesgo, potenció el efecto positivo sobre los indicadores de reducción de embarazos e IVE. También se alcanzó el objetivo de incrementar la percepción de la figura del profesional sanitario como referente en salud sexual.
- Los resultados de una experiencia local con recursos humanos y económicos limitados han resultado clave para poner de manifiesto la necesidad de extender la iniciativa al resto de la región y asegurar una prestación sanitaria con equidad.

- Además, el desarrollo de este programa, ha dado la oportunidad a la ciudadanía de opinar sobre en qué invertir una parte del presupuesto regional en beneficio de la salud de la población. Este resultado de empoderamiento de la población no estaba originalmente contemplado como objetivo del programa.
- Una intervención bien diseñada con objetivos claros y buenas herramientas puede conseguir mejorar los resultados en la salud sexual de la población adolescente.

Áreas de mejora:

- Se considera necesario valorar el cambio en las actitudes hacia la conducta sexual. En el pilotaje no se usó ninguna escala validada para evaluar este cambio de actitudes. Para la fase de despliegue regional contamos con esta nueva herramienta que arrojará más datos para evaluar la eficacia del programa a largo plazo en este aspecto.
- Se ha podido constatar la dificultad de los y las adolescentes para acudir al punto informativo en busca de asesoramiento individual. Esto nos ha hecho replantearnos la necesidad de llevarles la información y el instrumento de consulta directamente a sus manos. Considerando que el móvil y las redes sociales son la forma de comunicarse que más usan, estamos trabajando en un nuevo proyecto de comunicación bidireccional a través de las redes sociales. Este proyecto se ha presentado conjuntamente con la Unidad Docente Multiprofesional de Obstetricia y Ginecología de la Región de Murcia para convertirlo, de nuevo, en una acción coordinada de dos instituciones públicas al servicio de la salud de la población de nuestra región.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de Sanidad, consumo y bienestar social (2002). Análisis de la situación de la juventud. <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/analisis.htm>
2. Espinosa y Ochaita, 2001. Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. Estudios de Juventud nº 63/03
3. PIES 2017. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanidad Sanitat Universal i Salut Pública
4. López, F. y Oroz, A. (1999). Para comprender la vida sexual del adolescente. Estella: Editorial Verbo Divino.
5. Kancyper, 2007 Kancyper, L. (2007). Adolescencia: el fin de la ingenuidad. Buenos Aires: Lumen Humanitas.
6. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (2017). Indicadores de salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la unión europea. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>.
7. Amurrio et al, 2010. Violencia de Género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. Ekaina Junio 2010. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3262821.pdf>
8. Durán, M. & Martínez, R. (2015). Cyberbullying trough Mobile Phone and the Internet in Dating Relationships among Youth People. [Ciberacoso mediante teléfono móvil e Internet en las relaciones de noviazgo entre jóvenes]. Comunicar, 44, 159-167. <https://doi.org/10.3916/C44-2015-17>
9. Ubrich et al, 2017. Save the children. Ojos que no quieren ver. https://resourcecentre.savethechildren.net/node/12561/pdf/ojos_que_no_quieren_ver_12092017_web.pdf
10. UNICEF, 2015. Abuso sexual Infantil. https://www.unicef.org/uruguay/spanish/Abuso_sexual_infantil_digital.pdf
11. OMS 2013,. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=33F9F7BBAA2B92B82A7BC29F1A08F373?sequence=1
12. Chioma et al, 2016. Interventions for preventing unintended pregnancies among adoelscents. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005215.pub3>
13. Rutgers WPF, 2017. Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente Holandés, (2017). Plan de acción nacional sobre salud sexual. Disponible en: https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/Rap_Nat_Actieplan_beveiliqd.pdf
14. Unesco 2009. International Technical Guidance on Sexuality Education. An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000183281>
15. Felix Lopez 2015 ópez, F. (2005). La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva
16. Ministerio de Salud, Seguridad Social e Igualdad. Estudio HBSC. 2018 (<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/home.htm>).
17. Fusne y Lupiañez, 2003. La teoría de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de orientación, alerta y control cognitivo y la interacción entre ellas. Psicothema. Vol 15, Nº 2, pag 260-266. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72715217.pdf>
18. Boletín epidemiológico de Murcia, Vol:38,Nº826-Julio 2018, pag. 7

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.