matronas hoy

Tercera Etapa. volumen 11 nº 1 año 2023

Revista de la Asociación Española de Matronas

ISSN: 2340-0161

International Confederation of Midwives

Strengthening Midwifery Globally

Sumario

Editorial

Originales

- Determinantes sociales en salud que influyen en la realización de la primera toma de PAP (P. Papanicolau) en mujeres, región de Valparaíso, Chile

Revisiones

- Papel clave de matronas y médicos en Atención Primaria frente a la previsible pandemia sexual: enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos
- Efectos del consumo de marihuana en la fertilidad masculina: una revisión de la literatura, 2011-2021

Artículo especial

- La Historia clínica, su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio

Echando la vista atrás

- Evolución de las unidades docentes de matronas

Entrevista

- Mª del Carmen Navarro Jiménez

Agenda

http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/

DAE EDITORIAL

matronas hoy es una publicación que nacía hace treinta años gracias al empeño de la **Asociación Nacional de Matronas** pero, por múltiples factores, el proyecto tuvo que ser sacrificado. En 2013, gracias al acuerdo firmado con Grupo Paradigma, y por mediación de su Editorial Difusión Avances de Enfermería (DAE), la revista vuelve a publicarse, con más fuerza si cabe, para que todas las matronas estén al tanto de las últimas novedades en su área de trabajo.

Es una revista científica especializada en aportar contenidos de cuidados de salud orientados a la mujer, a la familia y a la sociedad en general, lo que permite a las matronas y matrones estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en su campo de trabajo diario.

matronas hoy en su tercera etapa, es la publicación científica/divulgativa oficial de la Asociación Española de Matronas (AEM) que pretende facilitar la posibilidad de publicación de los numerosos trabajos que, en la actualidad, realizan las matronas, al tiempo que sea una herramienta de formación continuada para todo el colectivo. Estos trabajos se enmarcan desde todas las perspectivas de la salud sexual y reproductiva de la mujer y del recién nacido, sobre cuidados, gestión, docencia e investigación, así como lo relacionado con la profesión de matrona en su historia, presente y futuro.

La publicación incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en este área profesional como artículos originales, revisiones, editoriales, entrevistas, cartas a la directora, etc.

Dirección editorial, redacción y administración:
Difusión Avances de Enfermería (DAE)
C/ Manuel Uribe, 13, bajo dcha. 28033 Madrid (España).

Teléfono de atención al cliente y suscripciones:

96 166 73 84

Envío de artículos: matronashoy@grupo-paradigma.com
E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com

Periodicidad: 3 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Persona física	38€	48€
Estudiantes	30€	35€
Institucional	50€	60€

matronas hoy se distribuye gratuitamente entre los socios de AEM.

Esta publicación está incluida en: **Cuidatge**

Protección de datos: la Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

© AEM
© DAE, S.L.

Reservados todos los derechos

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en:
http://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/pagina/normas-de-publicacion/

ISSN: 2340-0161

matronas hoy

Comité editorial

Fundadora

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén

Directora

- Rosa Mª Plata Quintanilla

Secretaria de dirección

- Lara López Sánchez

Comité editorial

- Mª Ángeles Rodríguez Rozalén
- Isabel Castelló López
- Carmen Molinero Fraguas
- Yolanda Espinosa de los Monteros

Comité científico

- Isabel Manzano Alonso
- Sofía Gotor Colas
- Pilar Medina Adán
- Leticia del Valle Falcón
- Andrea Herrero Reyes
- Maite del Hierro Gurruchaga

matronas hoy es un órgano de divulgación de la Asociación Española de Matronas editado por DAE EDITORIAL

Sumario • *Summary*

Vol. 11 - nº 1 abril-agosto 2023

Editorial 4

Originales

Determinantes sociales en salud que influyen en la realización de la primera toma de PAP (P. Papanicolau) en mujeres, región de Valparaíso, Chile 7
Felipe Calderón Canales, William Aranda Cisternas, Nicolás Barra Marín, Priscila Carreño Valencia, Valeria Esteban Moreno, Camila Hernández González, Francisca Messina Vargas, Javiera Pizarro Fernández, Antonia Toro Belmar

Revisiones

Papel clave de matronas y médicos en Atención Primaria frente a la previsible pandemia sexual: enfermedades de transmisión sexual (ETS) 16
Ana Fernández García, Elena Fernández García, Antonio Herrera Gómez

Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos 32
Verónica López Orta, Francisco José Garrido Aguilera

Efectos del consumo de marihuana en la fertilidad masculina: una revisión de la literatura, 2011-2021 39
Ignacia Arredondo Gajardo, Dayana Barría Valenzuela, Francisca Cerda Araneda, Rodrigo Flores Canales, Valeria Rojas Baeza, Maricela Pino Álvarez

Artículo especial

La Historia clínica, su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio ... 53
Juan Siso Martín

Echando la vista atrás

Evolución de las unidades docentes de matronas 68
Rosa Mª Plata Quintanilla

Entrevista

Entrevista a Mª del Carmen Navarro Jiménez 78

Agenda

Nuevo curso de recuperación de suelo pélvico 82
La Asociación Española de Matronas y cerveceros de España lanzan una nueva edición de la campaña contra el consumo de alcohol en el embarazo y lactancia 83
La Fundación Alcohol y Sociedad y la Asociación Española de Matronas renuevan su compromiso con la prevención del consumo cero de alcohol en mujeres embarazadas 84
La AEM se retira del grupo de expertos convocados por el CGE para la realización de las guías de prescripción en atención sexual y reproductiva/embarazo, parto y posparto 85
La AEM denuncia ante los ministerios de Sanidad y Educación la propuesta privada de formación de matronas 88
Alegaciones de la AEM al Proyecto de Ley de Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud 91
Nueva Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica 92

Editorial

Cinismo político

Como cada día, ojeaba las noticias del mundo médico y me interesó especialmente una por la "grandilocuencia" del titular: **"Sanidad se escribe en femenino, pero aún hay barreras para las mujeres"**. Al redactor de la noticia se lo puso en bandeja para titular su reportaje el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Sr. D. Enrique Ruiz Escudero, ya que eran palabras textuales de su discurso en una Gala de Premios Sanitarios. La primera autoridad sanitaria de la Comunidad de Madrid en el citado acto parece que se deshizo en elogios a los profesionales sanitarios y, como no podía ser de otra manera para no ir a contrapié, lo hizo además haciendo gala de llevar el feminismo por bandera. Así, por ejemplo, afirmaba que el de la sanidad es un sector que, aunque "se escribe en femenino", se encuentra todavía alejado de la "igualdad real", que "queda camino por recorrer", reconociendo a su vez la certeza de que hay que derribar la "barrera invisible" que incluso en el siglo XXI aún es un obstáculo para el esfuerzo por el ascenso de las mujeres. Todas auténticas verdades, ¡sí, señor Escudero!

Dedicó, según el reportero, reconocimientos a todas las mujeres "prebostes" del mundo sanitario (muchas de ellas presentes) e incluso tuvo palabras para el buen hacer de los aspirantes a la formación sanitaria especializada, aunque no tengo claro que se acordara de que estas no solo eran las de la medicina, sino también las de la enfermería; ambas, profesiones a las que se accede por esa vía y mantienen el sistema sanitario español en pie conjuntamente. Con la misma elocuencia destacó la "valiosa contribución de las mujeres tanto en la gestión como en la aportación de valor al sistema sanitario".

Bueno, pues lo cierto es que me ha dado que pensar y mucho este "alarde" del consejero, es más, me ha puesto más enfadada aún de lo que estaba porque soy testigo directo del desbarate que el plan de atención, a mi juicio jocosamente denominado Plan de Mejora Integral de Atención Primaria 2022/23 del Gobierno de la Comunidad de Madrid, ha ocasionado, sin mencionar a otros profesionales sanitarios descontentos, a las matronas. Esas que, mayoritariamente mujeres, no son ya aspirantes, sino profesionales especialistas en atención obstétrico ginecológica (matronas) formadas a través de la formación sanitaria especializada y que, precisamente por su especial formación, adquieren unos conocimientos únicos que les habilitan para desarrollar unas competencias específicas convirtiéndolas en el profesional sanitario de referencia en la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

No sé si el consejero y sus adláteres han olvidado que hay consenso mundial en que la atención a la salud de la mujer debe hacerse con un enfoque que englobe su ciclo vital al completo para permitir advertir de qué forma las intervenciones en la infancia, la adolescencia, la etapa reproductiva y hasta el final de su vida, influyen en el estado de salud ulterior y en las de generaciones futuras. Y de ahí la importancia de asumir que las enfermedades y los problemas que afectan exclusivamente a las mujeres (ginecológicos y obstétricos), además de todas las intervenciones en materia y procesos de su esfera sexual y reproductiva, sean puntos claves de la salud, principal, aunque no exclusivamente, en la edad fértil (15-49 años).

Paradójicamente, el profesional de referencia para esta esfera tan importante de la salud de la mujer, es la matrona, como lo afirman los organismos autorizados mundiales en asuntos de salud. Pero las matronas del SERMAS, si antes estaban mal, con las nuevas reformas se han quedado "asfixiadas" dentro del citado plan, que ya ha sido renombrado como "Plan Empeora" por el descontento que parece generalizado, no ya entre estas, sino además entre la mayoría de los profesionales sanitarios de la Atención Primaria (AP) de Salud de la comunidad.

Volviendo a las matronas, parece increíble que estas profesionales especializadas, con este plan, no solo no hayan mejorado sus especiales y mayoritariamente dificultosas tareas por falta de efectivos, algo que viene de lejos, sino que "de premio" las castiguen rebajándoles el sueldo al no pagarles acorde a su categoría profesional; o sea, al equipo de gobierno que diseñó el plan, les parece normal que una enfermera especialista cobre menos (valor de las TIS) que un enfermero general, o sea, que según una regla de tres simple, sería lo mismo que al médico le pagaran como al celador ¡pero qué suerte que eso no ha pasado!, ¿ por qué será? Por añadidura, a las matronas no se les reconoce la atención prestada a los recién nacidos ni la de las mujeres que sobrepasan la edad fértil, a quienes también procuran cuidados y atenciones, y acompañados de un redoble de tambor, decir que ni siquiera se les paga la ruralidad a cuantas realizan su actividad profesional en la AP rural.

No contentos con el "descontento manifiesto", y a pesar de las reiteradas y razonadas reclamaciones efectuadas por las matronas y sus representantes, como si se tratara de conseguir el órdago, se "sacan de la manga" o Dios sabe de qué "caletre/s alumbrado/s", la solución para hacer frente al reto demográfico en la Comunidad de Madrid anuncian-

do un plan de fertilidad en el que vuelven a dejar a las matronas fuera, incluyendo a enfermería no especializada en el tema. No puedo por menos que decir nuevamente que la gestión de los recursos humanos no es un punto fuerte de la Consejería de Sanidad de Madrid. Y este despropósito cuenta con la aquiescencia de los sindicatos sectoriales, mientras que lo anterior fue una medida tomada por la Consejería de forma unilateral sin el respaldo de las organizaciones sindicales, aunque dicho sea de paso, y a muchas pruebas me remito, solo se me ocurre decir: "tanto monta, monta tanto, Isabel como Fernando".

Estimado Sr. Consejero, creo que se quedó corto alabando el valor de las mujeres en la sanidad, pero permítame decirle que sus palabras a mí me suenan vanas cuando de los más de 6.751.000 de madrileños, más de la mitad son mujeres, 3.521.551, que necesitarán más pronto que tarde cuidados de salud sexual y reproductiva; y más de 51.000 recién nacidos que, durante los primeros 28 días de vida, también necesitarán atención especializada. Para darles a ambos grupos cobertura, disponen de 220 matronas en AP, por cierto, la mayoría explotadas por desproporcionadas cargas de trabajo y tan mal tratadas y peor aún pagadas, que todo junto llega al punto, a mi juicio, de dispensarles un trato vejatorio. ¡Cualquier país del mundo con objetivos claros en salud mataría por tener estas matronas y eso que la mayoría nos superan en número! ¡Seguimos por debajo de la cola de Europa en ratios matrona y, sin embargo, nuestros resultados materno-perinatales son inversamente proporcionales!

No salen las cuentas señor Escudero, a no ser que, como nos han dado a entender en la infinidad de conversaciones con responsables de la AP de Madrid, pretendan "cubrir el expediente" ofreciendo a las mujeres y los recién nacidos de su comunidad una calidad de atención de segunda, tercera o cuarta; porque si como dicen "todos los sanitarios harán de todo", presumiblemente cualquier profesional no especialista, y por tanto sin formación para los cuidados específicos a la mujer y RN, le ocuparan en hacer la parodia de cubrir esta necesidades reales de las mujeres y sus neonatos; o sea, lo que se dice: "dar gato por liebre".

Permítame que le diga que esto es una muestra de indecencia frente a usuarios y profesionales. Su Dirección General de RRHH vuelve a incurrir, porque ya le hemos dado más de un toque de atención anteriormente por el mismo motivo, en una ineficiente gestión de recursos humanos, acción que como empleador público tiene la obligación de ordenar, dirigir y organizar el trabajo de los profesionales sanitarios según sus perfiles competenciales y de titulación. Cuando no es así, como parece que se perfila el caso, la propia Consejería estaría provocando un conflicto entre profesionales no solo no deseable, sino incluso constitutivo de delito de intrusismo a la vez que un quebrantamiento de su obligación con la ciudadanía de ofrecerles la mejor calidad de atención sanitaria posible. Por otra parte, como gestores políticos también están obligados a administrar con mesura los recursos económicos y eso implica, en este caso, revertir el gasto invertido en la formación especializada en beneficio de la población algo que sencillamente se efectúa utilizando los mejores recursos humanos para su asistencia. Claro es que si se mantienen en la afirmación de que "todos los profesionales sanitarios harán de todo", que por cierto no lo cree posible nadie con la cabeza medianamente amueblada, también estarían dilapidando fondos del erario público, ya que no tendrían sentido la inversión en especialidades ni médicas ni enfermeras.

¿A que a nadie se le ocurrió escoger entre Norman Foster para hacer la Torre Hearst de Nueva York o un delineante para abaratar los costos de tamaña obra? Pues salvando las diferencias, esto viene a ser lo mismo, aunque a Norman Foster habría que contratarlo y pagarlo no ya como arquitecto, que lo es, sino con el caché de uno de los mejores del mundo y a las matronas del SERMAS, aunque pocas porque tampoco invierten en su formación, las tiene a disposición para emplearlas en lo que mejor saben hacer: atender a las mujeres y sus recién nacidos, pero recuerde que son profesionales con derechos laborales, no "penadas/os" a trabajos forzados para redimir condena.

Apenas hace un par de años, en 2020, con los efluvios malignos de la COVID encima, fue cuando los políticos presuntamente quisieron "mover ficha" a la vista de las deficiencias observadas en la Sanidad por mor de la pandemia. Reducir las desigualdades en la atención sanitaria y a la vez conseguir la mayor calidad con el menor gasto era un objetivo claro para todos los sistemas autonómicos de salud, pero eso no se consigue con un "totum revolutum".

Pues bien, desde la Asociación Española de Matronas, sin vanas esperanzas pero fieles a la misión que la profesión de matronas nos encomendó como entidad representativa de este grupo profesional, nos personamos con nuestra propuesta a la Comisión para la Reconstrucción-Sanidad presentando un modelo asistencial y de competencias de las matronas en Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer, tanto para AP como para el ámbito de la Atención Hospitalaria, convencidas de la importancia del rol de la matrona. La evidencia de que el trabajo de las matronas es imprescindible en salud no es una afirmación presuntuosa e interesada por parte de las matronas, es un dictamen de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS).

De aquella comisión parece que en una interminable redacción quisieron poner el énfasis en potenciar la medicina y enfermería de familia y la AP como ejes del Sistema Nacional de Salud (SNS), ya que les dedicaron un tema completo convirtiéndose en el punto fuerte del documen-

to. Pero, caramba, ¡qué mal lo han hecho en general!, y la Comunidad de Madrid parece que se va a llevar no "el Oso de Oro" que esto ni es una película, ni estamos en el Festival de Berlín, si acaso, por más castizo y tratándose de esta pesadilla, ganará el Oso y el Madroño chamuscados, como símbolo del desastre.

Parece que no ha habido más afectados antes, durante y después de la COVID que los médicos de AP, que piden y piden para que se les reconozcan sus funciones y responsabilidades, pero resulta que la atención sanitaria no la ejercen solos los galenos, Sr. Consejero, tenga muy presente que sin la enfermería, y la enfermería especializada está para algo, la sanidad no funciona.

Sr. Consejero, maravillosa su frase de colofón al discurso del que hablamos: "Una sanidad sin el talento de mujeres y hombres es una sanidad sin futuro". También en esto acertó, pero déjeme decirle que sigo sin creerme que sintiera nada de lo que usted dijo y menos que valora a las mujeres.

Me quedo con el corazón encogido al pensar que usted, Sr. Ruiz Escudero, o no se entera de lo que pasa en su Consejería, algo que también sería punible, o el otro día en el tan aplaudido discurso hizo una extrema demostración de hipocresía y cinismo dada la desvergüenza empleada a la vista de lo que se ordena y manda desde su consejería y que a la vista está, penaliza directamente a las usuarias, sus hijos y a profesionales como las matronas.

Y le digo más, muchos estamos cansados de lo llamado políticamente correcto, ¡usted estuvo bandera si a eso nos referimos y no supiéramos lo que hay tras el telón!; estamos cansados del feminismo radical cuyo sentido común es más que cuestionable y huimos del postureo, aunque sí que nos sentimos y somos "feministas femeninas", ya que desgraciadamente somos conscientes de que no ha llegado la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

No se olvide de las matronas, Sr. Escudero, trátelas dignamente e invierta en ellas porque además de sus servicios imprescindibles, si quiere ser feminista de verdad, tendría que saber que la primera feminista de la historia, aún sin saberlo, no fue la tan cacareada Hiparquia por obrar en pie de igualdad con su marido, algo inusual para una ateniense de su época. La precursora del feminismo fue realmente la primera partera que, con más corazón que conocimiento, ayudó a otra mujer a parir y a cuidar a su hijo y así sucesivamente todas las mujeres que nos convertimos en matronas profesionales que nos entregamos para que las mujeres tengan derecho en igualdad, a una salud sexual y reproductiva plena.

La filosofía cínica que practicó Hiparquia, dirigiendo su crítica directamente contra los lujos, los honores y las convenciones sociales que alejaban a la sociedad de la época de una vida conforme a la naturaleza, tiene, pasados los siglos, digamos, "su gracia" por ese toque un tanto excéntrico y rompedor; sin embargo, el cinismo político que algunos gobernantes emplean no tiene ninguna.

Rosa Mª Plata Quintanilla
Directora de Matronas hoy

[1] Felipe Calderón Canales
[2] William Aranda Cisternas
[2] Nicolás Barra Marín
[2] Priscila Carreño Valencia
[2] Valeria Esteban Moreno
[2] Camila Hernández González
[2] Francisca Messina Vargas
[2] Javiera Pizarro Fernández
[2] Antonia Toro Belmar

Determinantes sociales en salud que influyen en la realización de la primera toma de PAP (P. Papanicolau) en mujeres, región de Valparaíso, Chile

[1] Magíster en Salud Pública. Académico carrera de Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Andrés Bello. Viña del Mar (Chile).
[2] Licenciado/a en Obstetricia (Matrón/a). Facultad de Medicina Universidad Andrés Bello. Viña del Mar, (Chile).
E-mail: felipe.calderon.canales@gmail.com

Fecha de recepción: 20 de diciembre de 2022.
Fecha de aceptación: 13 de marzo de 2023.

Cómo citar este artículo:
Calderón Canales F, Aranda Cisternas W, Barra Marín N, Carreño Valencia P, Esteban Moreno V, Hernández González C, et al. Determinantes sociales en salud que influyen en la realización de la primera toma de PAP (P. Papanicolau) en mujeres, región de Valparaíso, Chile. Matronas Hoy 2023; 11(1):7-14.

Resumen

Introducción: la toma del examen Papanicolaou (PAP) es la herramienta de tamizaje para la prevención del cáncer cervicouterino que se realiza en atenciones ginecológicas realizadas en la Atención Primaria.

Objetivos: establecer una relación entre la toma del examen con los distintos determinantes sociales de las usuarias.

Método: se lleva a cabo un estudio mediante una encuesta anónima, con fines estudiantiles, mediante difusión por redes sociales de los investigadores, logrando un tamaño muestral de 104 mujeres que se hayan atendido en la región de Valparaíso (Chile). El diseño es observacional descriptivo. El método de elección es cumplir con los criterios de inclusión que se mencionan en la encuesta.

Resultados: los rangos etarios mayoritarios son de 22 y 23 años en la primera toma de PAP. Alrededor del 50% de las encuestadas es perteneciente a FONASA (Fondo Nacional de Salud) B, en donde el 60,6% de la muestra pertenece a las edades de 18 a 21 años. Se puede observar que de manera transversal la gente con distintos grados educacionales se realiza el PAP generalmente entre los 18 y 21 años.

Conclusión: esta investigación es relevante para que los espectadores tomen conciencia de la importancia de la realización del examen para la disminución de la incidencia de cáncer cervicouterino y su prevención. Cabe recalcar que es fundamental la promoción del examen, ya que muchas personas de la población no se han actualizado sobre este tema con respecto al inicio de la toma, su propósito y periodicidad. Las matronas a este respecto tienen un papel fundamental como educadoras sanitarias y promotoras de la salud haciendo prevención primaria y secundaria, en el área de salud sexual y reproductiva de la mujer, que es el marco de sus competencias.

Palabras clave: examen Papanicolaou; citología cervical; cáncer cervicouterino; VPH, matrón/a; prevención primaria y secundaria; cribado; Atención Primaria de salud; campañas informativas.

Abstract

Social drivers in health with impact on conducting the first PAP (Papanicolaou) test in women from the Valparaíso region, Chile

Introduction: *the Papanicolaou (PAP) test is the screening tool for preventing cervical cancer, which is conducted in gynaecological visits at Primary Care.*

Objectives: *to determine a relationship between the exam and the different social drivers of users.*

Method: *a study was conducted through an anonymous survey, with student aims, through social networks of the researchers. A sample size of 104 women managed at the Valparaíso region (Chile) was obtained. The study design was observational and descriptive. The method of choice was to meet the inclusion criteria mentioned in the survey.*

Results: *the main age ranges were 22 and 23 years for the first PAP test conducted. Around 50% of the survey participants belonged to FONASA (National Health Fund) B, where 60.6% of the sample were between 18 and 21 years old. It could be observed in a cross-sectional way that people with different education levels underwent their PAP test generally between 18 and 21 years of age.*

Conclusion: *this research is relevant for the audience to become aware of the importance of the test for a reduction in the incidence of cervical cancer and its prevention. It must be highlighted that promoting this test is essential, because many persons in the population are not updated regarding when to start, the purpose of the test and its periodicity. Midwives play an essential role in this regard, as health educators and promotors, conducting primary and secondary prevention in the sexual and reproductive health area for women, which is the setting of their competence.*

Key words: *Papanicolaou test; cervical cytology; cervical cancer; HPV; midwife; primary and secondary prevention; screening; Primary Care; informative campaigns.*

Introducción

El examen para la detección de cáncer cervicouterino (CaCU), más conocido como Papanicolaou, es una herramienta de tamizaje mediante la cual se extrae un frotis cervical que busca detectar células precancerosas presentes en el cuello del útero. El Papanicolaou (PAP) se aplica a mujeres en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Chile de acuerdo con el esquema de salud pública, el rango etario para la aplicación de este examen es entre los 25 y 64 años; sin embargo, las mujeres menores de 25 años pueden optar a tomarlo tanto en servicio público como privado[1]. De acuerdo a la poca bibliografía y estudios en Chile respecto a la primera toma de este examen, el presente informe tiene como finalidad relacionar los determinantes sociales de las mujeres que residen en la región de Valparaíso con la edad de su primera toma citológica del Papanicolaou, y así mismo identificar si a un menor nivel socioeconómico y educacional se realizan el examen de Papanicolaou con anterioridad al tiempo ideal de tamizaje según normas del Ministerio de Salud (MINSAL), además de saber qué conocimiento se tiene de dicho examen.

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en mujeres jóvenes sexualmente activas[2]. Lo que es considerado un factor de riesgo debido a que incorpora la participación de las parejas sexuales en la transmisión del virus, esto se debe al contacto de los genitales entre sí, los genitales con el ano o el contacto con juguetes sexuales. Los preservativos de barrera disminuyen la probabilidad de contagio, aunque no completamente, puesto que estos no cubren todas las pápulas dependiendo de la ubicación de estas, siendo el contacto con ellas justamente lo que produce la infección.

A nivel mundial, respecto a los estudios que tratan sobre la serología de este virus, señalan que actualmente se ha encontrado una variedad de más de 100 tipos de VPH, en el que 40 de ellos son capaces de infectar el aparato genital y dos cepas que están más relacionadas con los cánceres de cuello uterino: el VPH 16 y VPH 18[3]. Estos estudios hacen destacar los serotipos 16 y 18, como los mayores inductores de CaCU; sin embargo, no se descarta que otras cepas tengan probabilidad de producir la patología.

Estudios realizados indican que la edad promedio de inicio de la actividad sexual varía entre 15,7 y 16,3 años para los hombres y entre 15,5 y 17,1 años para las mujeres[4]. Según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. establece que "la mayoría de las mujeres de 21 a 65 años deberían realizarse los exámenes de Papanicolaou como parte de su atención médica de rutina. Incluso si no eres sexualmente activa, recibiste la vacuna contra el VPH o has atravesado la menopausia, debes realizarte los exámenes de Papanicolaou con regularidad"[5].

Para poder tener una mejor prevención, en el año 2014 se implementó dentro del Programa Nacional de Inmunizaciones la vacuna contra el VPH como estrategia preventiva en donde fueron contempladas solamente niñas de cuarto básico, luego se incorporaron también a niños. La vacunación contempla consta de una aplicación de la primera dosis en cuarto básico y la segunda dosis en quinto básico, la que se aplica de manera gratuita en todas las instituciones educacionales de Chile[6].

Se entiende que la realización de este examen no solo está ligada a la motivación e influencia positiva de las matronas y ginecólogos, sino además son varias las razones que influyen en la adherencia al PAP, entre las que se describen las experiencias previas, la falta de información, influencias familiares y creencias[7]. Pero sin duda es evidente que el papel de la matrona también en atención básica de salud es prioritario como afirma el *Lancet*: "si se puede lograr una mayor cobertura de las intervenciones proporcionadas por matronas, los sistemas de salud estarán en mejores condiciones para brindar una cobertura efectiva de las intervenciones esenciales de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNAH)"[8].

Es por esto, que uno de los factores que se desean buscar en el presente estudio es evaluar cómo estos indicadores extrínsecos a los profesionales de la salud afectan en el inicio y adherencia al tamizaje.

Material y método

Diseño de estudio: el diseño de estudio de este trabajo investigativo es de tipo observacional descriptivo, en el que se dieron a conocer los resultados del instrumento elegido para ser aplicado a las mujeres que cumplan con los criterios de inclusión correspondientes.

Dicho instrumento corresponde a una encuesta, la cual consta de 20 preguntas dentro de las que se encontrarán tópicos tanto de carácter personal, social y económico.

Población: muestra y grupos de control: la población estudiada son mujeres chilenas que residen en la región de Valparaíso y que se hayan realizado al menos una vez en su vida el examen citológico de Papanicolaou, después de haber iniciado actividad sexual. El tamaño muestral se utilizó un criterio por conveniencia, donde se busca como mínimo cinco mujeres de 18 a 30 años respectivamente, teniendo un total de 104 mujeres.

Procedimiento de la obtención de datos: se recabó información y datos relevantes por medio de la revisión de registros preexistentes más una encuesta creada por el grupo de trabajo, fue escogido este método porque permite facilitar el análisis de la edad de inicio de la toma del examen Papanicolaou y el motivo de este. Esta encuesta fue ampliamente difundida a través de redes sociales, para conseguir maximizar el recurso humano y poder así llegar a distintas comunas de la región de Valparaíso.

Resguardos éticos: el presente artículo tiene los resguardos éticos correspondientes con los sujetos de estudio en los procedimientos de investigación para llevarla a cabo de manera responsable como la participación voluntaria, bajo el resguardo al derecho de anonimato, en la información obtenida en los estudios respetando su privacidad.

Resultados

Como parte del plan de investigación para conocer la edad de inicio de la toma de Papanicolau y su relación con respecto a los determinantes sociales, se aplicó una encuesta de carácter anónimo en donde se obtuvieron 104 respuestas, las cuales serán analizadas e interpretadas si existe o no una relación entre variables.

En la Tabla 1 se muestran los valores de la relación de la edad con la primera toma de PAP, en la cual los rangos etarios que más prevalecen son de 22 y 23 años, obteniendo la mayoría de las respuestas con un total de 27 personas entre ambas edades, resultando así un 9,6% cada uno en el rango de primera toma de PAP entre los 18-21 años.

Según el valor P, las variables "Edad" en relación con la "Primera toma de PAP" corresponde a 0,050, por ende, no son estadísticamente significativas al tener un P-valor > o = 0,05.

En la Tabla 2 se muestran los valores con respecto a la primera toma de PAP con relación a la previsión de las encuestadas; en donde se logra reflejar que la mayoría de la población, sobre el 50%, corresponde a usuarias pertenecientes al nivel de previsión FONASA B*, en donde el 60,6% de la muestra pertenece a la población con rango etario entre los 18 a 21 años.

Tabla 1. Edad de las encuestadas con respecto a su primera toma de PAP

Variables	Primera toma de PAP												
Edad	Antes de los 18 años		18-21 años		22-24 años		25-28 años		28 o más años		No recuerdo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
18 años	1	1,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9	5
19 años	2	1,9	5	4,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
20 años	0	0,0	4	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,9	7
21 años	2	1,9	3	2,8	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
22 años	2	1,9	10	9,6	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13
23 años	2	1,9	10	9,6	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	14
24 años	3	2,9	6	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9
25 años	0	0,0	5	4,8	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	7
26 años	1	1,0	2	1,9	1	1,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	6
27 años	0	0,0	3	2,9	2	1,9	1	1,0	0	0,0	0	0,0	6
28 años	1	1,0	3	2,9	4	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8
29 años	1	1,0	6	5,8	1	1,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	9
30 años	0	0,0	4	3,8	1	1,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	6
Total	15	14,4	63	60,6	14	13,5	2	1,9	2	1,9	8	7,7	104
p													0,050

*FONASA: el Fondo Nacional de Salud es el organismo público encargado de otorgar protección y cobertura de salud a sus cotizantes y a todas aquellas personas que carecen de recursos, junto a sus respectivas cargas. Cubre un universo de más de 15 millones de beneficiarios, lo que corresponde al 77% de la población, considerando las proyecciones demográficas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) vigentes a la fecha. Las personas acceden a FONASA de dos maneras:

- Modalidad de Atención Institucional (MAI): se produce en la Red Pública: consultorios de Atención Primaria, Cesfam, Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), Centro de Referencia de Salud, (CRS), hospitales generales y de especialidades, entre otros.
- Modalidad Libre Elección (MLE): se ofrece en Establecimientos de Salud Privados en convenio con Fonasa, como: clínicas, centros médicos, hospitales universitario, laboratorios, etc.

El Tramo B de FONASA corresponde a personas que perciben un ingreso imponible mensual menor o igual a $410.000 y sus prestaciones son Copago Cero en las atenciones de salud en la Red Pública (Modalidad de Atención Institucional/MAI) y acceso a compra de bonos en establecimientos privados en convenio con Fonasa (Modalidad Libre Elección/MLE).

Tabla 2. Relación previsión con la primera toma de PAP

Variables	Primera toma de PAP												
Previsión	Antes de los 18 años		18-21 años		22-24 años		25-28 años		28 o más años		No recuerdo		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
FONASA A	4	3,8	4	3,8	2	1,9	1	1,0	0	0,0	2	1,9	13
FONASA B	7	6,7	31	29,8	7	6,7	1	1,0	1	0,9	5	4,8	52
FONASA C	2	1,9	13	12,5	2	1,9	0	0,0	0	0,0	1	0,9	18
FONASA D	2	1,9	15	14,4	3	2,9	0	0,0	1	0,9	0	0,0	21
Total	15	14,4	63	60,6	14	13,4	2	1,8	2	1,8	8	7,6	104
p													0,586

Según el P-valor, las variables "Previsión", en relación con la "Primera toma de PAP", no son estadísticamente significativas, ya que el P-valor resultó ser > 0,05, con un resultado de 0,586.

En la Tabla 3 se observa un total de 104 respuestas, de las cuales la mayor tendencia se sitúa en el nivel socioeconómico D, siendo un 39,4% de representatividad de la muestra con un total de 41 respuestas; dentro de esta categorización se ve representa predominantemente el rango de 18-21 años con un total de 25 respuestas, los cuales afirman haberse realizado su primera toma de PAP dentro del rango mencionado.

Según el P-valor, las variables "Nivel socioeconómico", en relación con la "Primera toma de PAP", resultó siendo < 0,001, por lo que corresponde que el resultado sea altamente significativo.

Frente a la regularidad en la que asisten a los controles ginecológicos según la edad de las personas encuestadas, existe mayor predominancia a acudir "casi siempre" (dos veces por año) siendo un total de 41 personas (39%), y las personas de 23 años un porcentaje de 7,7%.

Por otra parte, el P-valor indica que las variables "Edad", en relación con la "Regularidad de controles", no son estadísticamente significativas, ya que el valor corresponde a un 0,052, siendo este > 0,05 (Tabla 4).

Tabla 3. Relación frecuencia de toma de PAP con nivel socioeconómico

Variables	Nivel socioeconómico														
Primera toma PAP	E		D		C3		C2		C1B		C1A		AB		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
Antes de los 18 años	6	5,8	6	5,8	3	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15
18-21 años	13	12,5	25	24,0	5	4,8	14	13,5	4	3,9	2	1,9	0	0,0	63
22-25 años	5	4,8	6	5,8	1	1,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14
26-29 años	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
30 o más	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0	2
No recuerdo	2	1,9	3	2,9	0	0,0	2	1,9	0	0,0	1	1,0	0	0,0	8
Total	27	25,7	41	39,4	9	8,7	19	18,3	4	3,9	3	2,9	1	1,0	104
Valor total p															< 0,001

Tabla 4. Relación de la regularidad de los controles ginecológicos por año

Variables	Regularidad de los controles										
Edad (años)	Siempre		Casi siempre		Frecuentemente		Casi nunca		Nunca		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
18	1	1,0	0	0,0	0	0,0	4	3,8	0	0,0	5
19	1	1,0	5	4,8	1	1,0	0	0,0	0	0,0	7
20	3	2,9	1	1,0	1	1,0	1	1,0	1	1,0	7
21	0	0,0	2	1,9	3	2,9	2	1,9	0	0,0	7
22	2	1,9	6	5,8	4	3,8	1	1,0	0	0,0	13
23	0	0,0	8	7,7	3	2,9	3	2,9	0	0,0	14
24	0	0,0	3	2,9	5	4,8	1	1,0	0	0,0	9
25	0	0,0	4	3,8	2	1,9	1	1,0	0	0,0	7
26	0	0,0	3	2,9	2	1,9	1	1,0	0	0,0	6
27	0	0,0	3	2,9	1	1,0	2	1,9	0	0,0	6
28	1	1,0	2	1,9	0	0,0	5	4,8	0	0,0	8
29	2	1,9	3	2,9	3	2,9	1	1,0	0	0,0	9
30	2	1,9	1	1,0	1	1,0	2	1,9	0	0,0	6
Total	12	11,5	41	39,4	26	25	24	23,1	1	1,0	104
Valor total p											0,050

En la Tabla 5 se aprecia que, basado en la relación de la edad de inicio de actividad sexual con la frecuencia en la realización de la toma del PAP, la mayoría de las personas inició su actividad sexual entre los 15 y los 18 años y de este grupo la mayor parte de las personas piensan que la realización del PAP es anual.

El P-valor indica que las variables "Periodicidad examen PAP" y la relación con "Edad de inicio de actividad sexual" resultó con un total de 0,492, lo cual demuestra que las variables están estadísticamente significativas, siendo este valor P< 0,05

Tabla 5. Relación de la edad de inicio de actividad sexual con la periodicidad de la toma del examen PAP

Variables	Regularidad de los controles								
Periodicidad examen PAP	12-15 años		15-18 años		18-21 años		21-24 años		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Total
Cada 6 meses	0	0,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	2
Anualmente	6	5,8	18	17,3	11	10,6	0	0,0	35
Cada 3 años	8	7,7	14	13,5	7	6,7	0	0,0	29
Cada 5 años	1	1,0	2	1,9	0	0,0	0	0,0	3
Me lo he realizado solo una vez	3	2,9	22	21,2	8	7,7	2	1,9	35
Total	18	17,3	58	55,8	26	25	2	1,9	104
Valor total p									0,492

Discusión

La clasificación de los niveles socioeconómicos presenta ciertos tipos de sesgos y/o situaciones o datos que pueden ser adulterados por parte de los encuestados. Si bien en las encuestas hay preguntas que pueden demostrarse de forma tangible y en las que no existiría un margen de error, o bien este sería muy pequeño, hay otras que no son comprobables y quedan solamente al criterio y veracidad de cada individuo encuestado y/o su grupo familiar. Dentro de las mismas problemáticas se encuentran las diferentes perspectivas con que pueden ser aplicadas dichas encuestas, generando el entorpecimiento del estudio "una de ella son los diferentes criterios que pueden seguirse en diversos países o momentos, ya que los algoritmos por los que se mide el nivel socioeconómico van evolucionando, y se van incorporando nuevos factores que pueden causar que una familia pueda estar incluida en niveles distintos en dos momentos diferentes aunque su situación no haya cambiado"[9].

Se rescata de la encuesta variadas respuestas respecto al inicio de la actividad sexual, donde un 55,8% de las encuestadas inició entre los 15 a 18 años (Tabla 5). Se han realizado otros estudios que mencionan que la edad promedio de inicio de la actividad sexual varía entre 15,7 y 16,3 años para los hombres y entre 15,5 y 17,1 años para las mujeres[10]; en los mismos resultados se observa que el 34% de la muestra señala una periodicidad de controles anuales de PAP y el 28% indica una periodicidad de tamizaje cada tres años, lo indicado por la guía AUGE MINSAL[1].

Las indicaciones expuestas por el MINSAL[1] mencionan que no es recomendado realizar el tamizaje a mujeres menores de 20 años ya que los daños potenciales (referente a exponerse a una colposcopia) del tamizaje son mayores que los beneficios; además, menciona que la incidencia de cáncer cervicouterino en menores de 20 años es muy baja, cerca de un 0,4 por 100 mil mujeres. Encontrándose así en los resultados un tamizaje precoz a la edad señalada en un rango etario de 15-18 años.

La actualización de la guía de 2020 de la Sociedad Estadounidense del Cáncer, al igual que el MINSAL, recomienda que las mujeres inicien la detección del cáncer de cuello uterino a los 25 años y añade que se sometan a la prueba primaria del virus del papiloma humano (VPH) cada cinco años hasta los 65 años (preferido); si la prueba primaria de VPH no está disponible, entonces las personas de 25 a 65 años deben someterse a pruebas conjuntas (prueba de VPH en combinación con citología) cada cinco años o citología sola cada tres años (aceptable) (Grado recomendación fuerte)[11].

Es importante considerar que a pesar de las normativas se está incentivando la toma de este examen un año posterior al primer encuentro sexual, siendo importante los resultados, reflejando que un 60,6% de la muestra se tomó el examen entre los 18-21 años; por otra parte, un 56% inició su actividad sexual entre los 15-18 años de edad, este último rango etario tomó su primer examen PAP a los tres años de diferencia de inicio de actividad sexual, lo cual coincide con el tiempo de espera de tres años de periodicidad sexual. Por consiguiente, es también la misma población que en su mayoría indica en la encuesta que el examen se toma anualmente. Se observa así que las mujeres jóvenes mantienen una actividad proactiva y preventiva a la adquisición de la ITS, tomando el incentivo de un tamizaje precoz.

En el estudio se ve reflejado una incongruencia con lo referido por el MINSAL, ya que, en esta guía, el grupo etario de los 18-21 años es el que predomina en cuanto al inicio de la toma del PAP. Hay una diversidad de causas por las que el profesional puede haber encontrado pertinente la toma de este examen a pesar de lo sugerido por la norma, que no necesariamente puede estar en conocimiento del mismo usuario.

Se pueden apreciar los vacíos que se generaron en el estudio por la falta de estas preguntas, de esta manera se deja la instancia para que se realicen posteriores estudios en los que se puede profundizar en estos motivos para generar distintas conclusiones al respecto.

Se sugiere investigar las razones de la toma precoz de examen Papanicolau antes de la edad de tamizaje, ya que el presente estudio buscó la relación del nivel socioeconómico con la toma del examen PAP; sin embargo, se encontró como falencia el identificar el motivo de la toma precoz del examen. Se desconocen los motivos de parte de las usuarias, pudiendo ser muy diversos, tales como conducta de riesgo de múltiples parejas sexuales, recomendación preventiva de parte del profesional de salud, miedo a infecciones de transmisión sexual, pareja sexual infectada que acusó contagió de VPH. La diversidad de alternativas genera una nueva pregunta de investigación que no corresponde al actual estudio, pero da la apertura para la ejecución de otro trabajo de investigación científica.

Teniendo lo anterior en cuenta, el presente estudio arrojó que el inicio de actividad sexual está entre el rango de 15 a 18 años, por ende, la primera toma de PAP se realiza antes del tiempo estimado del MINSAL, predominando el rango de edad entre los 18-21 años, y es por esto, que la población tiende a acudir a controles con mayor frecuencia, con el objetivo de prevenir las conductas de riesgo presentadas en el párrafo anterior.

Según lo evidenciado en relación a la encuesta se puede destacar que la población de estudio tiene un grado educacional elevado, siendo las más seleccionadas: la educación media completa, técnico profesional completo y educación universitaria de pregrado incompleta, según lo

anteriormente mencionado se pudiera creer que esto tiene influencia con respecto a la toma de decisión de realizar este examen PAP, puesto que las personas con un nivel educacional alto tienen mayor acceso a información, como por ejemplo, las/os estudiantes universitarias/os pueden optar a herramientas que les permite acceder a internet gratuito, charlas de sexualidad, stand informativos, campañas de concientización del cáncer, etc. Esto se puede relacionar a un estudio reciente que menciona lo siguiente: "las mujeres con menor educación pueden presentar mayor probabilidad de no acudir a la realización del examen del Papanicolaou, debido a la falta de conocimiento"[12]. Si bien durante los últimos años una gran parte de la población dispone de dispositivos tecnológicos o puede acceder a medios de comunicación como internet, radio, televisión, diario, etc., no hay una difusión a través de estos medios con respecto a la concientización de la importancia de la realización del PAP por lo que, independiente de su grado de nivel educacional, esto puede variar según cómo se utilizan estas herramientas y cuál es el público objetivo de estos.

Conclusión

- En síntesis, los resultados obtenidos tras el estudio permitieron evidenciar que las mujeres de la región de Valparaíso que contaban con un bajo nivel socioeconómico y educacional, se realizaron el examen de Papanicolaou antes del tiempo ideal de tamizaje según los lineamientos del MINSAL. Por lo que se pueden suponer algunas posibles causas personales o una posible influencia profesional que interfieran en que la toma del Papanicolaou sea realizada de manera temprana.
- Se hace indispensable investigar respecto a esta problemática en donde la educación juega un rol fundamental, se hace necesario reformular la impartición de información dado que la formación y concientización de las personas comienza desde edades tempranas como la infancia y la adolescencia, es por esto que es necesario hacer hincapié y reforzar la adherencia a controles en usuarias con mayor probabilidad de desencadenar un CaCU.
- Es importante recalcar que existe poca bibliografía relacionada con el PAP y más aún de la relación de este con las diferentes aristas que pueden influir al momento de la toma del examen. Es por esto, que es de vital importancia que se consideren diferentes tópicos para analizar en futuras investigaciones, tales como la educación sexual, el entorno de la población que acude a consultas ginecológicas y que están en riesgo de adquirir VPH, los determinantes sociales, entre otros.
- Se ha logrado observar que un importante número de la población encuestada tiene bajo conocimiento del examen Papanicolaou. Además de esto, es importante considerar que existen sesgos en la investigación, ya que una gran cantidad de mujeres no fueron parte del estudio debido a que no cumplían con los criterios de inclusión para formar parte de la población objetivo. También es necesario considerar aquellas encuestadas que tenían un desconocimiento absoluto del examen o que no recordaban su primera toma de PAP, por ende, sería interesante tomar este tema para futuros estudios que puedan identificar el porqué no se conocen los detalles de este examen, o los factores que están relacionados a la prueba de tamizaje por lo que es fundamental considerar los aspectos de promoción y prevención de esta enfermedad posiblemente.
- Sería importante que la institución nacional de salud potenciara la labor de matronas/es como profesionales sanitarios de primera línea también en atención básica de salud, y concretamente, en la promoción y prevención de esta y otras enfermedades de transmisión sexual desafortunadamente en alza.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud (MINSAL). Guías Clínicas AUGE Cáncer Cérvico Uterino (CaCU) [internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2015 [citado 13 mar 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf
2. Melo A, Vásquez AM, Andana A, Matamala M, Pino T, Guzmán P, et al. Genotipificación del virus papiloma humano en mujeres bajo 25 años de edad participantes del Programa Nacional del Cáncer Cérvico-uterino en la Región de la Araucanía, Chile. Rev Chilena Infectol [internet]. 2014 [citado 13 mar 2023]; 31(5):542-8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000500005&script=sci_arttext
3. OPS-OMS. MINSAL y OPS/OMS Chile refuerzan importancia de vacunación contra el Virus Papiloma Humano. Paho [internet]. OPS [citado 13 mar 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/10-11-2021-minsal-opsoms-chile-refuerzan-importancia-vacunacion-contra-virus-papiloma
4. González AE, Molina GT, Montero AV, Martínez NV. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. Rev Med Chil [internet]. 2013 [citado 13 mar 2023]; 141(3):313-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-
5. Departamento de Salud y Servicios humanos de EE.UU. OASH (Oficina para la salud de la mujer). Exámenes de VPH y Pa-

panicolaou. Womenshealth.gov. [internet]. [citado 13 mar 2023]. Disponible en: https://espanol.womenshealth.gov/a-z-topics/pap-hpv-tests

6. Ministerio de Salud (MINSAL). Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano [internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2018 [citado 13 mar 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/vacunacion-contra-el-virus-del-papiloma-humano/#:~:text=Para%20prevenir%20este%20tipo%20de,los%20establecimientos%20educacionales%20del%20pa%C3%ADs

7. Urrutia MT, Gajardo M. Características del Papanicolaou y de la atención recibida como factores para adherir (o no) al tamizaje. Estudio cualitativo en mujeres chilenas. Rev. chil. obstet. ginecol. [internet]. 2018 [citado 13 mar 2023]; 83(5):471-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S0717-75262018000500471&tlng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000500471

8. Nove A, Friberg I, de Bernis L, McConville F, Moran A, Najjemba MSC. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. The Lancet Global Health. [internet] 2020 [citado 13 mar 2023]; 9(1). Disponible: https://www.researchgate.net/publication/346601103_Potential_impact_of_midwives_in_preventing_and_reducing_maternal_and_neonatal_mortality_and_stillbirths_a_Lives_Saved_Tool_modelling_study

9. Adasme Díaz N. Determinantes sociales de por qué las mujeres en Chile no se realizan el examen Papanicolaou, según CASEN 2017 [internet]. Memoria para optar al grado de Magíster en Gestión de Sistemas de Salud. Talca: Universidad de Talca; 2021 [citado 13 mar 2023]. Disponible en: http://dspace.utalca.cl/bitstream/1950/12620/3/2021A000296.pdf

10. Poblete M. Estratificación social y clase media en Chile. Bcn.cl. [internet] [citado 13 mar 2023]. Disponible en: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27374/1/BCN_Poblete_Estratificacion_social_y_clase_media_en_Chile_final2.pdf

11. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2020; 70:321-46. Disponible en: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21628

12. Urrutia MT, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev Chil Obstet Ginecol. 2015; 80(2):101-10.

Tu portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

- ***Dicen***: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.
- Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.
- Enferteca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

- Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.
- Programas de posgrado universitarios.

www.enfermeria21.com

Papel clave de matronas y médicos en Atención Primaria frente a la previsible pandemia sexual: enfermedades de transmisión sexual (ETS)

[1] Ana Fernández García
[2] Elena Fernández García
[3] Antonio Herrera Gómez

[1] *Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud (C.S.) La Victoria. Valladolid (España)*
[2] *Matrona. C.S. Vicente Soldevilla. Madrid (España)*
[3] *Matrona. C.S. Puerto de la Torre. Málaga-Guadalhorce, Málaga (España).*

E-mail: anafzgc@gmail.com

Fecha de recepción: 14 de marzo de 2023.
Fecha de aceptación: 20 de marzo de 2023.

Cómo citar este artículo:
Fernández García A, Fernández García E, Herrera Gómez A. Papel clave de matronas y médicos en Atención Primaria frente a la previsible pandemia sexual: enfermedades de transmisión sexual (ETS). Matronas Hoy 2023; 11(1):16-31.

Resumen

Introducción: las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un grave problema de salud a nivel mundial que requiere intervenciones desde el nivel de Atención Primaria para detener su expansión en alza.

Objetivo: efectuar una revisión sistemática de las actuales recomendaciones a nivel internacional y nacional y de las intervenciones realizadas por matronas y médicos de Atención Primara, para la correcta prevención, detección y tratamiento de las ETS en el primer nivel de salud.

Metodología: revisión sistemática tradicional de la literatura disponible, para analizar las recomendaciones científicas más recientes y su aplicación en España según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la recién publicada guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Conclusiones: el uso del preservativo y EPS, el chequeo rutinario y la vacunación son las mejores medidas para frenar las ETS. La educación poblacional es clave para hacer frente a las ETS y en la Atención Primaria de salud están los profesionales más acreditados para la prevención primaria y secundaria. Necesidad de sistemas de información sanitaria homogéneos y ágiles sobre las infecciones de transmisión sexual. Aumentar el liderazgo en la comunidad y la población civil en materia de ETS, enfoques innovadores para la prevención de estas, implementación de servicios destinados a las parejas sexuales de las personas con ETS y tratamiento de las complicaciones y secuelas de las mismas a fin de mejorar su calidad de vida. Adecuada gestión de RR.HH. en el sistema nacional de salud (SNS), lo que implica destinar a la lucha contra las ETS al personal más cualificado (médicos de M FyC y matronas) en número suficiente para poder ofrecer una cobertura total en este nivel; en consecuencia, cubrir la necesidad de formación de más especialistas en estas áreas y oferta de formación continuada para su actualización constante. Financiación real de los programas de lucha frente a las ETS y auditorias.

Palabras clave: ETS-ITS (enfermedades-infecciones de transmisión sexual); prevención; diagnóstico precoz; profilaxis; educación sanitaria; matrona; médico; Atención Primaria de salud.

Abstract

The key role of Primary Care midwives and doctors facing the foreseeable sexual pandemic: sexually transmitted diseases (STDs)

Introduction: *sexually transmitted diseases (STDs) represent a severe health problem at global level, which require interventions from Primary Care in order to stop their increasing growth.*

Objective: *the objective is to conduct a systematic review of the current recommendations at international and national level, and of the interventions conducted by Primary Care midwives and doctors, for an adequate prevention, detection and treatment of STDs at the first level of care.*

Methodology: *a traditional systematic review of the literature available, in order to analyse the most recent scientific recommendations and their application in Spain according to the guidelines of the World Health Organization (WHO) and the recently published guidelines by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE).*

Conclusions: *the use of the condom and health education, routine check-ups and vaccination are the best measures to stop STDs. Social education is key in order to face STDs, and the best professionals accredited for Primary and Secondary Prevention can be found in Primary Care. There is a need for health information systems which are homogeneous and dynamic regarding sexually transmitted infections. The leadership in the community and the civil population regarding STDs should be increased, with innovative approaches for their prevention, implementation of services targeted to the sexual partners of persons with STDs, and treatment of their complications and after-effects, with the aim of improving their quality of life. An adequate management of human resources in the National Health System (NHS), which involves assigning the most qualified staff (Family and Community Medicine doctors and midwives) to the fight against STDs, in sufficient number as to offer complete coverage at this level; in consequence, to cover the need for training more specialists in these areas, and an offer for Continuous Training for their constant updating. There must be real funding of programs to fight against STDs and audits.*

Key words: *STDs / STIs (sexually transmitted diseases / infections); prevention; early diagnosis; prophylaxis; health education; midwife; doctor; Primary Care.*

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son enfermedades que transmite una persona (infectada) a otra, sobre todo, aunque no exclusivamente, a través del contacto sexual (sexo vaginal, anal u oral, sin protección). Otras vías de transmisión son la sangre, los hemoderivados, durante el embarazo o el parto[1] y la lactancia[2].

Cualquier persona sexualmente activa puede contraer una ETS. No es necesario hacer el acto sexual completo para contraer una ETS. Esto se debe a que algunas enfermedades, como por ejemplo el herpes y el VPH, se propagan a través del contacto piel con piel[3].

Las ETS constituyen un grupo heterogéneo de infecciones transmisibles[4]. Actualmente, más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes se transmiten por contacto sexual, incluido el coito vaginal, anal o bucal. Ocho son los agentes patógenos vinculados a la máxima incidencia de ETS. Cuatro de esas infecciones se pueden curar actualmente: la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis y la tricomoniasis. Las otras cuatro son infecciones víricas incurables: la hepatitis B, la infección por el virus del herpes simple (VHS), la infección por el VIH y la infección por el virus del papiloma humano (VPH)[2].

Muchas de estas enfermedades no tienen síntomas por un largo tiempo, pero incluso sin síntomas, pueden hacer daño y transmitirse durante las relaciones sexuales[5].

El devenir de la humanidad se ha visto asolado por las ETS y por ello la ingente búsqueda de tratamiento para su cura y erradicación ha sido una constante en la práctica de la medicina, a pesar de lo cual, aun en el contexto de la medicina moderna, siguen siendo motivo de consulta, frecuente y en aumento, en la Medicina de Atención Primaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que constituyen la causa de enfermedad más importante entre los 15-44 años de edad[6].

En todo el mundo, más de un millón de ETS ocurren cada día, lo cual conlleva que estas personas afectadas se encuentren en riesgo de padecer consecuencias adversas en salud reproductiva y oncogénicas[7].

Las ETS son de gran relevancia, no solo por su alta incidencia y prevalencia, sino como mencionamos anteriormente, por las graves secuelas que pueden ocasionar: infertilidad, cáncer, malformaciones y muerte fetal y aumentar el riesgo de VIH, etc.[2,3,7].

La farmacorresistencia constituye un obstáculo importante para reducir la carga de las ETS en el mundo[2]. La noticia esperanzadora es que en estos últimos años ha habido considerables avances para la detección y el tratamiento.

El papel de matronas y médicos de Atención Primaria es clave para la identificación y el tratamiento de estas ETS, puesto que ambos profesionales sanitarios cualificados se encuentran en primera línea de atención a la población.

Las matronas tienen contacto con las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, desde la adolescencia hasta la senectud. La relación que establecen las mujeres con las matronas/es, sobre todo y destacablemente durante el control de embarazo, parto y puerperio, suele transformarse en una relación profunda y continuada entre ambas, en la que la mujer descube a la matrona como profesional referente para todos los aspectos sobre su salud sexual y reproductiva. Por añadidura, estas mujeres satisfechas y confiadas con los cuidados de la matrona son las que más y mejor eco transmiten a otras mujeres de su entorno, sobre las competencias de las matronas en atención sexual y reproductiva. Durante estas visitas, las matronas constantemente indagan sobre problemas no detectados o transmitidos por la mujer a través de entrevistas clínicas, les imparten Educación para la Salud destinada a prevenir ETS que incluye signos y síntomas que la mujer pueda relacionar con un posible padecimiento de las mismas.

El papel del médico de AP es clave a la hora de derivar pacientes a las matronas para realizar diferentes técnicas de cribado para ETS y, dado que aun las matronas en España carecen de la posibilidad de prescripción autónoma, son ellos los encargados y responsables de instaurar un tratamiento correcto y eficaz para luchar contra las ETS confirmadas por la matrona, en la mayoría de las ocasiones.

Hay quienes hablan de que la próxima pandemia será sexual y no es esta una sentencia alarmista, sino real a la vista del incremento de las infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, que, indefectiblemente, está enlazado con la evolución de la sexualidad: prácticas sexuales de riesgo que va ligado a la forma de concebir el sexo y con quién se mantienen relaciones sexuales y, por otra parte, la deficiente educación sexual.

Este crecimiento general ha afectado a toda la población en su conjunto, pero existe una marcada diferencia de género en las estadísticas nacionales, ya que aunque los hombres registran un mayor número de casos, son las mujeres las que han experimentado un mayor incremento de diagnósticos de ETS[8].

Objetivos

Objetivo general

Revisión sistemática de las actuales recomendaciones a nivel internacional y nacional y de las intervenciones realizadas por matronas y médicos de Atención Primara para la correcta prevención, detección y tratamiento de las ETS, en el primer nivel de salud.

Objetivos específicos

- Mejorar los cribados de detección de ETS a fin de tratar precoz y correctamente las ETS, además, con intervenciones coste-efectivas.
- Aplicar cuidados de salud de calidad en la población afectada por ETS según la medicina basada en la evidencia más actual.
- Promover el cuidado personalizado mediante la continuidad asistencial por los mismos profesionales de Medicina Familiar y Comunitaria y matronas.
- Corroborar la importancia de que los profesionales sanitarios responsables de la detección y el tratamiento de las ETS dispongan de protocolos actualizados.
- Demostrar y señalar la importancia de matronas y médicos de Medicina Familiar y Comunitaria como profesionales sanitarios clave en la lucha contra las ETS.
- Poner en valor el importante papel de la Matrona en Educación para la Salud y su rol fundamental en la prevención de ETS, tarea de importante repercusión social.
- Llamar la atención de políticos y gestores sanitarios sobre la gestión de RR.HH. que les obliga a asignar labores específicas a los profesionales más idóneos, en el caso de las ETS en el nivel primario de salud, matronas y médicos, para lo cual es necesario una plantilla suficiente que cubra todas las necesidades del plan y permita la continuidad de cuidado.

Metodología

Se lleva a cabo una revisión sistemática tradicional de la literatura disponible para analizar las recomendaciones científicas más recientes y su aplicación en España según las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre ETS y la recién publicada guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Se desarrolló la estrategia PEO por ser la más recomendada en revisiones literarias, basándose en palabras y sinónimos clave para identificar la literatura pertinente, centrándose en el tema y aislándolo de la literatura irrelevante.

Bases de datos como Uptodate, sociedades médicas de Medicina familiar y Comunitaria y ginecológicas, fueron consultadas. Es preciso destacar el uso de las siguientes fuentes de búsqueda científica: *Discovery, Science Direct, PubMed, The Lancet, Wiley Online Library Database* y *Google Scholar*. Adicionalmente se realizó una búsqueda manual para amplificar la información.

Como criterios de inclusión se usó el tema de infecciones de transmisión sexual, abordaje en AP por médicos de familia y matronas, últimas recomendaciones y tratamientos, y se excluyeron artículos no respaldados por sociedades científicas y bibliografía que no fuera de evidencia científica actualizada. Se revisaron en total 70 bibliografías entre artículos de revisión, investigación, casos clínicos y protocolos actualizados de diferentes sociedades científicas en el mundo, de los cuales, solo se usaron 50 referencias para este artículo.

Situación actual a nivel mundial de las ETS

Cada día, a nivel mundial, más de un millón de personas contraen una enfermedad de transmisión sexual, la mayor parte son asintomáticos. La mayoría de ETS, un 65%, se producen en hombres; sin embargo, el incremento en mujeres está en torno a más de un 1.000% en una década. En 2020, la OMS estimó que había más de 374 millones de infecciones curables como son clamydia (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7,1 millones) y trichonomas (156 millones)[2].

Más de 500 millones de personas con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años se calcula que puedan tener una infección genital con el virus del herpes simple[9]. El VPH da lugar a 311.000 muertes de cáncer cervical cada año[10]. Al menos un millón de mujeres embarazadas se infectaron con sífilis en 2016, dando lugar a más de 350.000 problemas en nacimientos[11].

En Estados Unidos, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública grave y gran coste para los servicios sanitarios. La tendencia es que continúen subiendo (llevan incrementándose desde 1990), en el 2020 bajaron por la pandemia aunque hay que contemplar que se analizaron a menos personas y hubo menos contactos. Desde 2019 están un 7% más altas en EE.UU. Se detectaron solo en EE.UU. 1,8 millones de casos de clamydia (un aumento del 14% desde 2014), 583.405 casos de gonorrea (un incremento del 63% desde 2014), 115.045 casos de sífilis (un aumento del 71% desde 2014) y como dato bastante alarmante, 1.306 casos de sífilis en recién nacidos (un aumento del 185% desde 2014)[12].

Las ETS en España

Las infecciones de transmisión sexual son la 2ª causa de enfermedad infecciosa en Europa, por detrás de las infecciones respiratorias[13].

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) es la encargada de dar la información epidemiológica sobre las ETS en España[14]. En el Real Decreto de creación de la RENAVE[15] y posterior modificación[16], quedan establecidas como enfermedades de declaración obligatoria (EDO), sometidas a vigilancia epidemiológica a nivel estatal: la infección gonocócica, sífilis y sífilis congénita[14].

En el año 2021 se notificaron 15.338 casos de infección gonocócica (multiplicándose por seis respecto a datos previos), 6.613 casos de sífilis duplicándose las cifras previas, se notificaron cinco casos confirmados de sífilis congénita precoz (menor de dos años de edad), 20.507 casos de infección por *Chlamydia trachomatis* en el conjunto de las dieciséis CC.AA. (tasa: 48,36 casos por 100.000 habitantes, creciendo la clamydia femenina un 144% en todo el territorio nacional). Linfogranuloma venéreo 649 casos en nueve CC.AA. (tasa de incidencia para el conjunto de CC.AA. que disponen de sistema de vigilancia fue de 1,68 casos por 100.000, creciendo un 82% más en todo el territorio español)[14].

La transmisión del VIH ha descendido en España de una manera lenta y progresiva desde 8,58 por 100.000 habitantes en 2010 a 7,46 en 2019, siendo este dato una estimación debido a la pandemia de la COVID-19. Esta tasa es aún superior a la de la media de la Unión Europea[17].

Últimas recomendaciones de abordaje a nivel mundial

La OMS en 2022 lanzó "Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030", cuyo resumen se muestra en la Figura 1.

Destaca la importancia de la prestación de atención a factores epidemiológicos, tecnológicos y cambios contextuales de los últimos años, reforzando el aprendizaje en las áreas más afectadas y creando nuevas oportunidades para la innovación, y aumentando el conocimiento para respuestas efectivas al VIH, hepatitis y ETS.

Las estrategias hacen especial hincapié en centrar la atención en las personas más afectadas y que presentan mayor riesgo de sufrir estas enfermedades para reducir las desigualdades. Destacan en este documento la positiva repercusión de la Atención Primaria y la cobertura sanitaria universal para luchar contra la amenaza de esta futura nueva pandemia[18].

Datos: recomienda compartir los datos y las acciones de cada país con la OMS y sus aliados. Datos sobre las infecciones de transmisión sexual procedentes del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales deberían siempre considerarse.

Atención: a factores epidemiológicos, tecnológicos y cambios contextuales de los últimos años, reforzando el aprendizaje en las áreas más afectadas y creando nuevas oportunidades para la innovación y aumentando el conocimiento para respuestas efectivas al VIH, hepatitis y ETS.

Dirección: centrar la atención en las personas más afectadas y que presentan mayor riesgo de sufrir estas enfermedades para reducir las desigualdades. Destacan en este documento la repercusión de la Atención Primaria y la cobertura sanitaria universal para luchar contra las ETS[18].

Visión: todas las estrategias establecidas en este documento comparten una visión común: poner fin a las epidemias y promover la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y la seguridad sanitaria.

Objetivo global: las estrategias tienen como objetivo poner fin al sida y a las epidemias de hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual para 2030, con una actuación común en los ámbitos de convergencia que no pierda de vista las especificidades de cada enfermedad.

Objetivos comunes: los objetivos comunes se recogen en el Cuadro 1.

Respecto a las ETS los indicadores establecidos en la estrategia, así como las metas relativas se recogen en el Cuadro 2.

Principales cambios estratégicos y operativos necesarios para poner fin a las infecciones de transmisión sexual como amenaza para la salud pública de aquí a 2030 (OMS)

- Crear un entorno que permita a las personas hablar cómodamente sobre su salud sexual, adoptar prácticas sexuales más seguras y solicitar tratamiento contra las ITS.
- Redoblar los esfuerzos de prevención primaria y aumentar el acceso a las pruebas de detección de las ITS.
- Aumentar el acceso a una gestión de los casos de ITS de alta calidad centrada en las personas, a cargo de proveedores de servicios públicos, privados y no gubernamentales.
- Aumentar la integración de los servicios contra las ITS en la atención primaria de salud, la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, la salud de los adolescentes y los servicios relacionados con el VIH.
- Garantizar una financiación suficiente para los servicios relacionados con las ITS como parte de los mecanismos nacionales de financiación sanitaria.
- Reforzar la capacidad de los sistemas nacionales de información sanitaria para garantizar la recopilación y el análisis oportunos de los datos desglosados y fundamentar las políticas sanitarias, las directrices de tratamiento y la asignación de recursos.
- Apoyar la investigación y el desarrollo acelerado de tecnologías de prevención, medios de diagnóstico, tratamientos y vacunas contra las ITS.

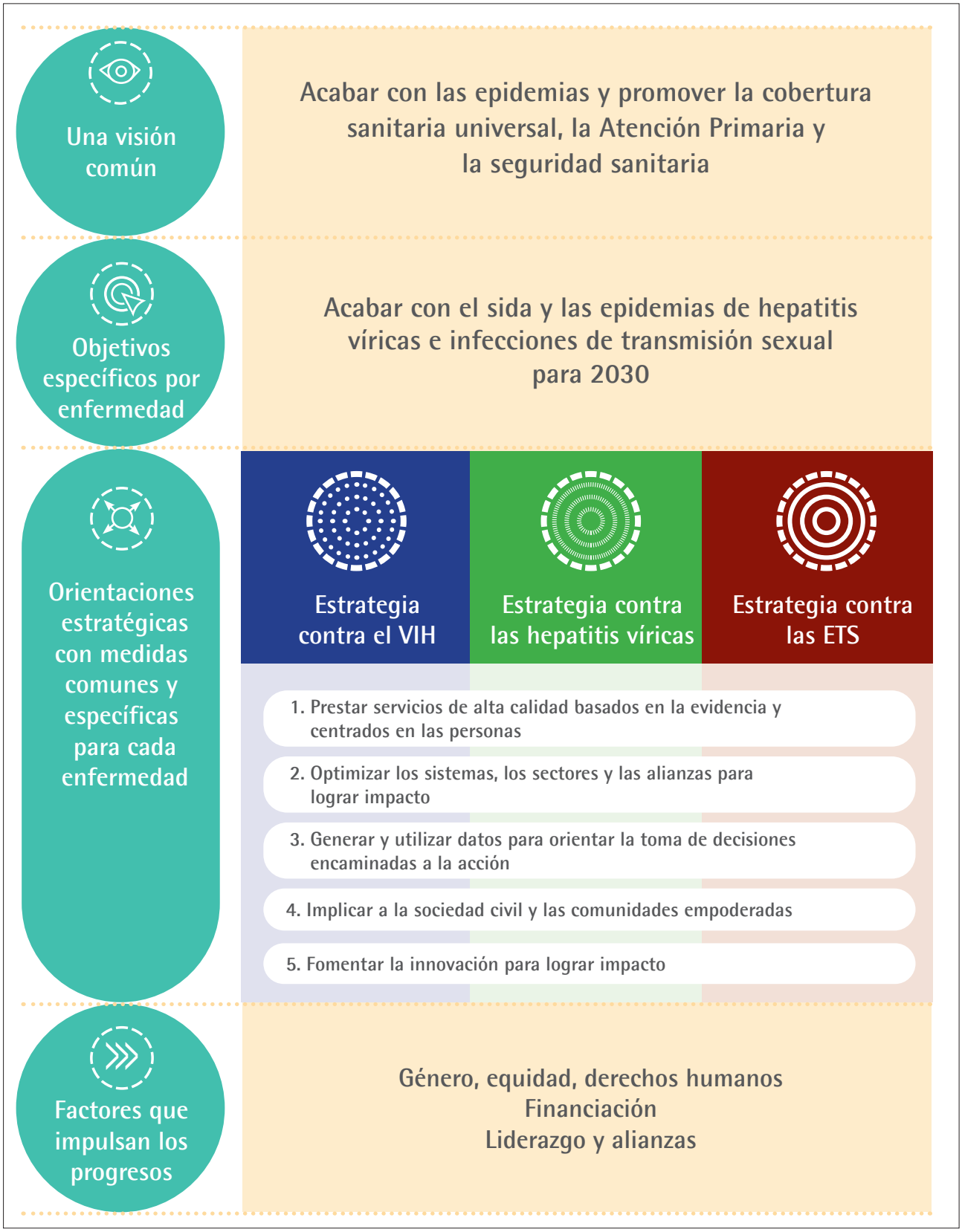


Figura 1. Visión, objetivos y orientaciones estratégicas de los proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2020-2030. Fuente: OMS[18]

Cuadro 1. Resumen de medidas comunes contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2020-2030

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020b	Metas para 2025	Metas para 2030
Comunes	**Reducción de la incidencia:**			
	• Nº nuevos casos infección por VIH y hepatitis víricas/año	4,5 millones	< 1,5 millones	< 500.000
	• Nº nuevos casos sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis en personas de 15 a 49 años/año	374 millones	< 300 millones	< 150 millones
	Vida sana: reducción de la mortalidad y el cáncer:			
	• Nº persona que fallecen por infección VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual/año	2,3 millones	< 1,7 millones	< 1 millón
	• Nº casos de cáncer debidos a infección por VIH, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual/año	1,2 millones	< 900.000	< 700.000

Fuente: OMS[18]

Cuadro 2. Indicadores de impacto y metas relativas a las infecciones de transmisión sexual para 2030

Enfermedad	Indicadores del impacto	Valores de referencia en 2020b	Metas para 2025	Metas para 2030
ETS	Número de nuevos casos de sífilis en personas de 15 a 49 años al año	7,1 millones	5,7 millones	0,71 millones
	Número de nuevos casos de gonorrea en personas de 15 a 49 años al año	82,3 millones	65,8 millones	8,23 millones
	Casos de sífilis congénita por cada 100.000 nacidos vivos al año	425	< 200	< 50
	Porcentaje de niñas totalmente vacunadas contra el VPH antes de cumplir 15 años	14%	50%	90%

Fuente: OMS[18]

Papel de la Atención Primaria frente a las ETS

Como se ha visto, la OMS otorga una importancia capital a la Atención Primaria para la prevención, detección y tratamiento de las ETS.

1er paso: prevención

- **Prevención primaria:** impedir que se adquiera la enfermedad vía vacunación, eliminación y control de los factores de riesgo, educación sanitaria, etc.

- **Prevención secundaria:** detectar precozmente la enfermedad y aplicar el tratamiento adecuado para su curación o frenar el progreso de la enfermedad.
- **Prevención terciaria:** aplicar el tratamiento y a la rehabilitación para ralentizar la progresión de la enfermedad y paralelamente evitar complicaciones superpuestas y mantener la mejor calidad de vida posible.

Como resultado de la utilidad de la tecnología informática en su estado actual, la guía NICE y el documento del Ministerio de Sanidad relativos a las ETS, destacan que para reducir el riesgo de transmisión de estas enfermedades, una herramienta clave puede ser la Educación para la Salud (EpS) *online* y presencial local dentro de las áreas clínicas y fuera de ellas, información sobre ETS y el impacto de drogas y alcohol en ellas[17,19].

2º paso: detección

Acorde a estas recomendaciones, es preciso que los médicos de familia y matronas, que son los profesionales sanitarios que están en primera línea de atención, ante personas que acuden a consulta con factores de riesgo ETS (con sintomatología de infección o aquellos que acuden tras relaciones de riesgo simplemente para despistaje de ITS, más por miedo a una infección que por presentar síntomas claros) realicen una historia clínica completa que contemple todos los aspectos relacionados con su sexualidad (bienestar físico y mental, consumo de drogas, prácticas y conductas sexuales, historia previa de ETS, historia reproductiva: anticoncepción, embarazos y vacunas), para hacer una valoración de riesgo individualizado por una parte, y detectar tras examen y cribado si padecen alguna ETS.

Otra situación idónea para una entrevista clínica en mujeres, valorando la posibilidad de que pudieran estar infectadas por una ETS o tuvieran mayor susceptibilidad a contraerla, sería el momento de la realización del cribado de cáncer de cérvix, asesoramiento de anticoncepción, planificación de embarazo y sexualidad, seguimiento de embarazo/posparto y apoyo durante el climaterio. A esta, y previo consentimiento informado, también se debe realizar un examen físico, siendo imprescindible buscar síntomas y signos relacionados con la clínica y etiología de ETS para asegurar una petición de pruebas rápida y tratamiento inmediato si fueran necesarios. Pero hay que tener en cuenta que las ETS más comunes suelen ser asintomáticas[31].

Empatía, seguridad y no juzgar son elementos clave por parte de los profesionales. Ofrecer traductor si precisa. Promoción de la salud sexual integral desde un enfoque positivo prestando atención a los determinantes sociales, culturales, económicos, de género y diversidad sexual, vulnerabilidad y diversidad en los distintos grupos poblacionales[17,19].

Hay que poner especial atención a la población más vulnerable o grupos de riesgo que, de forma general, estarían englobados en los siguientes grupos, aunque cada país debe definir las poblaciones específicas.

Grupos de riesgo o población más vulnerable frente a las ETS

- **Conductas de riesgo:** hombres que tengan relaciones sexuales con hombres (GBHSH), que tengan múltiples compañeros sexuales y practiquen sexo anal sin protección. Jóvenes menores 25 años activos sexualmente con distintas parejas (y sin protección), prostitución, turismo sexual, drogodependientes, presidiarios, etc.
- **Riesgo de exclusión social:** refugiados, víctimas de violencia sexual, niños y jóvenes sin hogar.
- **Mujeres embarazadas:** la transmisión vertical en este grupo refuerza la importancia de las infecciones en este grupo; en España, de forma protocolizada en el control del embarazo en el primer trimestre, mediante análisis se estudian algunas de estas infecciones.
- **Infección por el sida, VIH:** se sabe que las personas infectadas por el VIH tienen más riesgo por sus conductas, lesiones y estado inmunológico de coinfectarse con otras ETS, además de que estas pueden modificar su clínica por la concomitancia. ONUSIDA considera a los hombres homosexuales y otros hombres que practican sexo con hombres, los trabajadores sexuales y sus clientes, personas transgénero y personas que se inyectan drogas, como los cuatro principales grupos de población clave vulnerable frente al VIH[20].

La guía NICE que lleva por título *Reducir las enfermedades de Transmisión Sexual*[19], además incluye en este grupo a personas de origen familiar negro y especifica que las tasas de ETS son más altas en jóvenes de 15 a 24 años; a su vez, el Plan de Prevención y Control de la Infección por VIH y las ITS, 2021-2030 en España del Ministerio de Sanidad[17], incorpora el enfoque de género y de diversidad sexual; acorde con las definiciones de ONUSIDA, incorporan además a los menores extranjeros no acompañados (MENAS), una realidad en España en el contexto del grupo de riesgo de exclusión social y adicionalmente a las personas que usan drogas en las relaciones sexuales[17].

A propósito de las drogas, la Guía NICE señala que las personas que consumen drogas durante las relaciones sexuales son más propensas a reportar conductas sexuales peligrosas que aquellas que no lo hacen. Por otra parte, es notorio que las aplicaciones de redes sociales y sexuales han facilitado la compra de drogas recreativas[19].

Relacionado con el tema, se destaca el *chemsex*, fenómeno en auge en España, especialmente en las grandes ciudades y que consiste en prácticas de riesgo que pueden facilitar

la transmisión del VIH y otras ETS, además de ocasionar problemas muy graves de salud cardiovascular o mental. El *chemsex* es el uso intencionado de drogas de tipo estimulante y disociativas para tener relaciones sexuales durante horas o varios días.

El uso de drogas inyectables en las sesiones de sexo recibe el nombre de *slamming*, y provoca riesgos relacionados no solo con el tipo de drogas utilizadas y el patrón de uso, sino, y además, con el modo en que se realiza la inyección, riesgo este de infecciones que se prevé en proporciones similares a las de tiempos pasados: la epidemia secundaria de consumo de heroína intravenosa[13,17].

Todas las estrategias de detección son claves para interrumpir la transmisión de la infección y prevenir la reinfección asegurando el tratamiento de las parejas sexuales para el manejo de las ETS. Es necesario que los pacientes cuenten con apoyo y estrategias para informar a la pareja. Las aplicaciones (Grinder, Tinder) y páginas de citas deberían contar con geolocalizadores para notificar a los contactos de manera anónima que han estado en contacto con ETS[19].

Otros factores a considerar son los de afectación por edad y sexo de las ETS, siendo mayor en hombres entre 25 y 34 años y los grupos poblacionales más susceptibles, a excepción de la infección por *Chlamydia trachomatis* que presenta tasas más elevadas en mujeres menores de 25 años.

Entre 2016 y 2019 los casos de ETS en mujeres en España aumentaron un 156%, según las estimaciones del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)[13]. Las crisis sanitarias, sociales y políticas a lo largo de la historia se han asociado a aumentos de ITS[21]. Por tanto, se puede anticipar que el impacto provocado por la COVID-19 incremente los aumentos sostenidos en la incidencia de las ITS en los últimos años, si no se realizan las intervenciones apropiadas[17] (Gráfico 1).

Hay que hacer mención especial al *Mycoplasma genitalium* que se ha considerado ITS emergente durante los últimos 5 a 10 años[24], que se reconoce cada vez más como un problema de salud pública debido a su prevalencia relativamente alta (1% a 2% de la población general) y los altos niveles de resistencia a los antimicrobianos, junto con la gonorrea resistente a los medicamentos ya reconocida[19]. Este patógeno asociado a ITS, de carácter persistente/recurrente[22], ha ganado importancia al descubrir su bien establecida asociación con la uretritis no gonocócica en hombres[24]. A este respecto se le hace responsable del 15% al 20% de la uretritis no gonocócica (UNG) en los hombres, además de balanopostitis, epididimitis aguda, prostatitis crónica[23], y respecto a la afectación en la mujer se le atribuye un aumento de aproximadamente dos veces en el riesgo de

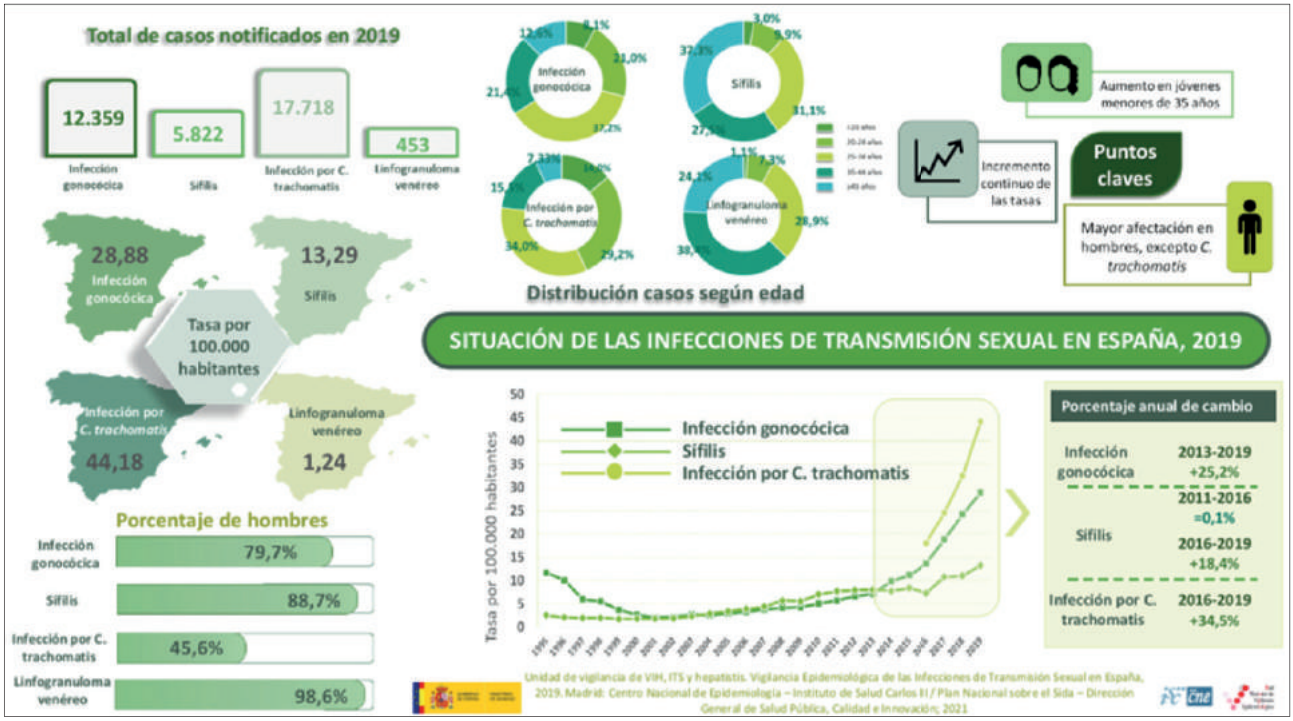


Gráfico 1. Situación epidemiológica de las ITS en España, 2019. Fuente: Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Situación de las Infecciones de Transmisión Sexual en España, 2018. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, PNS, DGSPCI; 2021[13]

cervicitis, enfermedad pélvica inflamatoria, aborto espontáneo, parto prematuro e infertilidad[24].

La prevalencia calculada para el total de la población española es variable: hay estudios que han calculado un 2,7%, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (2,4% en hombres y 2,9% en mujeres)[22], pasando por el 3,34% que cita Asenjo et al.[25] o la prevalencia del 7,4% (66/890; IC del 95%: 5,8% a 9,3%), siendo mayor entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (46/489) en comparación con hombres y mujeres heterosexuales, resultado del trabajo de Huertas et al.[26].

Los autores del presente artículo comparten con el grupo de Asenjo que "la prevalencia obtenida demuestra que es un patógeno a tener en cuenta en nuestro medio y que sus hallazgos enfatizan la necesidad de pruebas de rutina para las infecciones por *M. genitalium* y parecen sugerir la conveniencia de las pruebas de resistencia"[25].

3er paso: tratamiento

La aparición y la diseminación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) han tenido un impacto significativo sobre el manejo y control de las ITS. Simultáneamente ha aumentado la resistencia de varios agentes patógenos transmitidos sexualmente a los agentes antimicrobianos, agravando los problemas terapéuticos[27]. Habíamos mencionado que ocho eran los agentes patógenos vinculados a la máxima incidencia de ITS, a los que hemos de añadir el *Mycoplasma genitalum*, por las razones expuestas, y de ellas la sífilis, la gonorrea, la clamidiosis y la tricomoniasis así como el *Mycoplasma* son curables. Sin embargo, parecen necesarios nuevos tratamientos contra las ITS debido al gran aumento de la farmacorresistencia de las ETS, como la apuntada para el *Mycoplasma* o la *Neisseria Gonorrea*[28].

La aparición y propagación de la resistencia a los antimicrobianos (RAM) en *Neisseria gonorrhoeae* es una grave amenaza para el tratamiento y control de la gonorrea. Los agentes terapéuticos actualmente recomendados en Europa, las cefalosporinas de espectro extendido (ESC) son las últimas opciones que quedan para la monoterapia antimicrobiana empírica eficaz de primera línea. La susceptibilidad a estos antimicrobianos ha disminuido en el pasado, por lo que las guías de tratamiento europeas actuales recomiendan el tratamiento combinado con ESC más azitromicina en un intento de mitigar el desarrollo y/o la propagación de la resistencia a estos antimicrobianos. Por lo tanto, la vigilancia de la susceptibilidad a estos agentes es esencial para garantizar un manejo eficaz de los pacientes y monitorear las tendencias actuales y emergentes de la resistencia a los antimicrobianos. Para estas acciones de control y gestión de la amenaza se creó en 2009, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) asumiera la coordinación del programa Europeo de Vigilancia Antimicrobiana Gonocócica (Euro-GASP).

En 2016, 25 países de la UE/EEE recolectaron y analizaron 2.660 aislamientos de gonococos que mostraron tasas estables de resistencia a cefixima (2,1%), ciprofloxacino y azitromicina (7,5%) en comparación con 2015. No se detectaron aislamientos con resistencia a ceftriaxona en comparación con uno de cada 2015, cinco en 2014 y siete en 2013. Si bien la ausencia de resistencia a la ceftriaxona entre los aislamientos probados en 2016 es alentadora, el nivel persistente de resistencia a la azitromicina es motivo de preocupación, ya que amenaza con reducir la eficacia de la terapia dual recomendada con ceftriaxona y azitromicina[29].

Esto supone un problema grave de salud pública teniendo en cuenta que las infecciones resistentes a antibióticos matan aproximadamente a 700.000 personas cada año, lo que podría ocasionar 10 millones de muertes en los próximos 25 años y dejar pérdidas económicas que superarían los 100 billones de dólares para 2050[30]. La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es una amenaza para la salud y el desarrollo mundiales. La OMS ha declarado que la resistencia a los antimicrobianos es una de las 10 principales amenazas de salud pública a las que se enfrenta la humanidad[31].

Plan nacional frente a las ETS (2021-2030)

El plan del Ministerio de Sanidad[17], alineado con la estrategia de ONUSIDA[37], incluye los siguientes principios rectores que inspirarán las acciones propuestas: cobertura universal de la salud, equidad, apropiación y coordinación y complementariedad (alineamiento de las acciones que en este plan se plantean con otras estrategias y planes que se desarrollan en el ámbito de la salud sexual y reproductiva)[17].

También establece cuatro objetivos estratégicos basados en la prevención, el diagnóstico precoz, el inicio temprano de los antirretrovirales y el manejo de la cronicidad, y la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas. Se acompaña de un bloque de elementos transversales: la igualdad de derechos, de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales sobre la base del pacto social, la mejora de los sistemas de información sanitaria y la mejora de la gobernanza. Como principios rectores del plan se incluyen la cobertura universal de la salud, la equidad, la coordinación y la complementariedad con otros planes y actores, principios sin los que se tiene la constancia de que no es posible alcanzar las cotas aceptables de salud para la ciudadanía y un bloque de elementos trasversales como se muestra en la Figura 2.

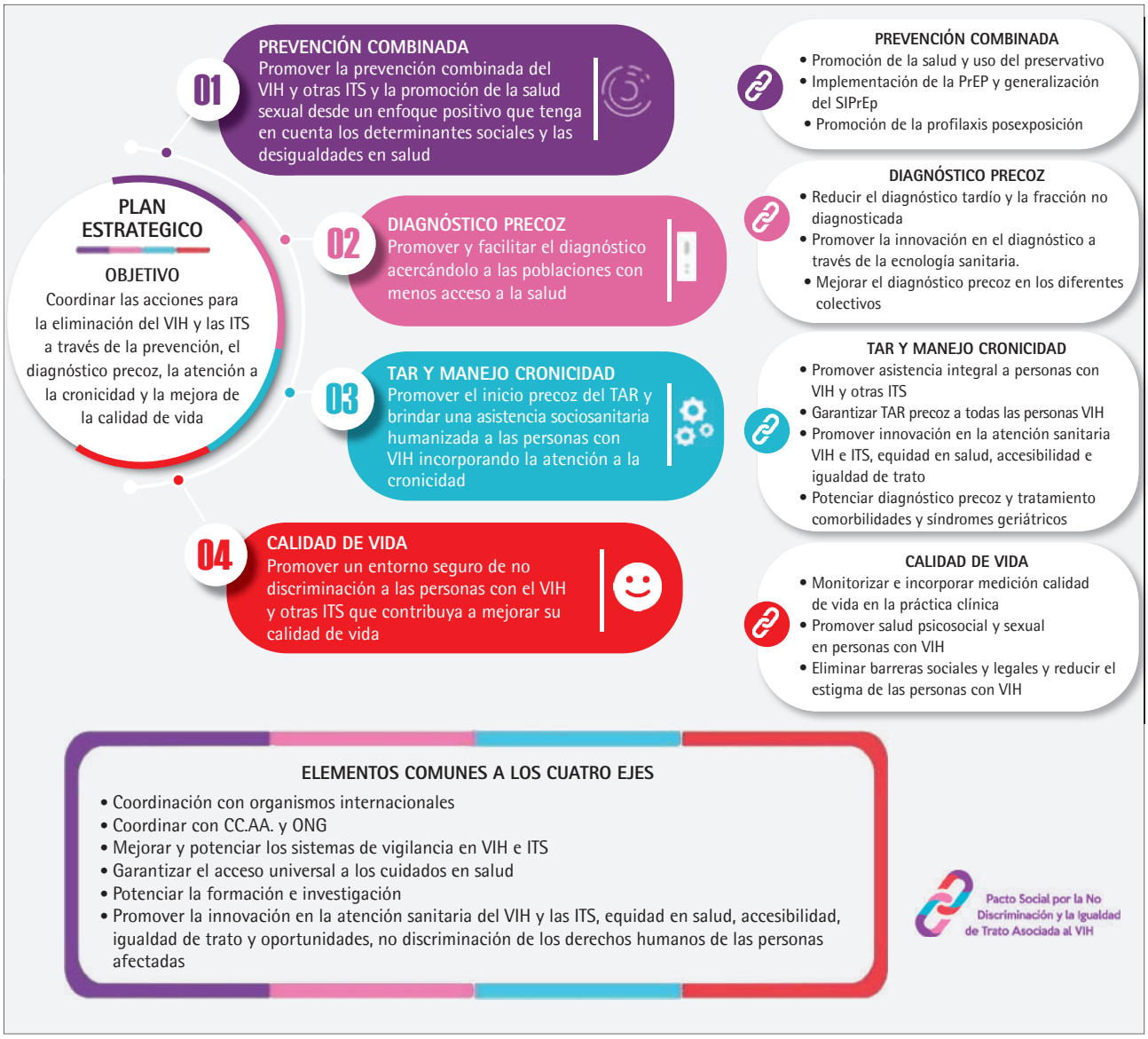


Figura 2. Objetivo general, objetivos estratégicos y líneas de acción del Plan Nacional de Prevención y Control de la Infección por VIH y las ITSD 2021-2030 en España. Fuente: Ministerio de Sanidad[17]

Es imprescindible y urgente mejorar la información epidemiológica en España sobre las ETS, implantar la declaración individualizada en todas las CC.AA., mejorar la cumplimentación de algunas variables, especialmente las relacionadas con el modo de transmisión y que la comparación de las tasas de incidencia por CC.AA. no se vea limitada por las diferencias en los sistemas de vigilancia autonómicos[14]. Numerosos documentos previos al plan del Ministerio de Sanidad admitieron que hasta la fecha los planes de las CC.AA. carecían de un alto grado de heterogeneidad, no contaban con herramientas adecuadas para medir el impacto y se identificaron numerosas áreas de mejora, a destacar la implantación y acciones específicas relacionadas con la asistencia de las ETS.

Recomendaciones para implantar y reforzar en el Sistema Nacional de Salud español

De la presente revisión los autores destacan las siguientes medidas para su implantación urgente en Atención Primaria y así reforzar la atención en este nivel:

Personal de atención

ONUSIDA y la OMS vienen recomendando desde hace más de tres décadas que los servicios de ETS de rutina se integren en la Atención Primaria de salud[32,33], ya que pueden brindar la oportunidad de detectar y tratar casos sospechosos de ITS de manera oportuna, siempre que tengan

una buena formación en ETS[34], como es el caso de las matronas en España.

Las matronas tienen un papel importante en el control de las ITS porque son una fuente principal de información sobre estas enfermedades y porque tienen una alta interacción con las mujeres[35], quienes son más vulnerables a las ITS y sufren más complicaciones que los hombres debido a su sistema genital y desigualdades de género.

Las matronas suelen ser las principales proveedoras de atención para mujeres y bebés y, por lo tanto, están en una posición ideal para desempeñar un papel importante en la educación, la prevención de infecciones y la atención continua. La prevención, a través de la educación, la concientización y el cambio de comportamiento, son la única arma contra la infección por el VIH y resto de ETS. La prevención de nuevas infecciones en bebés nacidos de mujeres que viven con el VIH es un desafío para las matronas y otras personas que atienden a mujeres embarazadas en cualquier parte del mundo. La atención de partería puede marcar la diferencia en la prevención del VIH y las ITS y, por lo tanto, contribuir a mejorar las perspectivas de las mujeres[35].

La "sexualidad humana" y el "asesoramiento sobre comportamientos sexuales que promuevan la salud y prevengan enfermedades" son competencias básicas identificadas en la provisión de atención ginecológica/planificación familiar. Claramente, la base para la preparación de las matronas en la atención relacionada con las ETS está establecida y es una parte inherente del plan de estudios y la práctica básica de la partería[36].

La provisión eficaz de atención relacionada con las ETS se basa en la preparación adecuada de los profesionales de la salud en la atención relacionada con las ETS[36]. En España, las matronas son enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología y, por tanto, el personal que posee los más amplios conocimientos en salud sexual y reproductiva dentro de la enfermería debiera ser siempre el personal enfermero elegido para la atención sexual y reproductiva.

La gestión de RR.HH. debiera conocer las competencias profesionales de los trabajadores para adecuarlas a las necesidades organizacionales y no disponer de otros profesionales sanitarios de menor formación, como la enfermería generalista, para labores especializadas como lo es la atención a las ETS enmarcada dentro de la Salud Sexual y Reproductiva, campo de especialización de las matronas. Sin embargo, es una realidad que ningún programa español frente a las ETS especifica la idoneidad de que sea la matrona el profesional indicado, junto al médico de Atención Primaria, el indicado para desarrollar los programas relacionados.

Continuidad de la atención

Por otra parte, la continuidad de cuidado y atención por la misma matrona y médico de AP es un factor indiscutible para alcanzar los objetivos, pero desgraciadamente, debido a la precariedad laboral de los trabajadores públicos del Sistema Nacional de Salud Español (SNS) y en especial en Atención Primaria, esa continuidad es en la mayoría de los casos inexistente, resultado del bajo número de plazas en las plantillas orgánicas de Atención Primaria, de matronas y médicos de Medicina Familiar y Comunitaria.

En el caso de las matronas, hay que matizar que la histórica baja oferta formativa[38] viene teniendo el efecto de que apenas haya efectivos (matronas) disponibles para cubrir razonablemente la Atención Primaria y todos los programas de la atención sexual y reproductiva que en este nivel de atención se desarrollan. Se cree oportuno hacer visible que la ratio de matronas en España es 0,2 por 1.000 habitantes, situándose a la cola de la ratio media de la UE (0,75/1000 hab), de entre los miembros que aportan datos[39].

Respecto a la tasa de médicos en activo por cada mil habitantes, España en 2020 tenía la mejor ratio de la UE, 4,91 siendo la media comunitaria de 3,8, ya que Grecia no ha trasladado datos a la OCDE en este periodo, y en 2018 ese país tenía la mejor ratio comunitaria (6,1)[39]. Sin embargo, la tasa de médicos de Atención Primaria es 0,8 (incluyen FyC y pediatría) por 1.000 habitantes[40]. Estas dos variables a mejorar son clave para ofrecer desde el SNS un buen programa de salud sexual y reproductiva que incluya un potente programa de atención a las ETS, pero el refuerzo de la Atención Primaria que depende de las CC.AA. no llega para cubrir ni siquiera las necesidades básicas actuales.

Coordinación de los servicios de salud

Es muy necesario el trabajo en equipo multidisciplinario en Atención Primaria (médico-matrona) y la vinculación de estos en la lucha contra las ETS con otros servicios de salud, como por ejemplo ginecología y enfermedades infecciosas y microbiología.

Profilaxis preexposición VIH

El acceso a la profilaxis preexposición para VIH en grupos de riesgo ha demostrado tasas de protección superiores al 90% y crear guías sobre cómo prescribir y actuar correctamente a nivel nacional es una de las propuestas para abordar dentro de la Medicina de Familiar y Comunitaria[17-41].

Profilaxis posexposición frente al VIH

La profilaxis posexposición (PPE) es una medida efectiva para prevenir la infección por el VIH cuando la prevención primaria ha fallado y/o en situaciones de emergencia tales

como las agresiones sexuales o los accidentes laborales en el caso del personal sanitario[17].

Realización de un abordaje multidisciplinar del *chemsex*[17,19]

(Ver prevención primaria.)

Reducción de daños y de riesgos en personas que consumen y que se inyectan droga[s17]

Los servicios de atención a drogodependientes son el entorno idóneo para fomentar la prevención del VIH, las hepatitis y otras ITS en PID y sus parejas sexuales[17].

Cribados

Otro objetivo sería aumentar los cribados en las poblaciones de riesgo, una propuesta de NICE[19] al respecto es el automuestreo remoto, esto es, que la persona recoja una muestra fuera del entorno de la clínica (por ejemplo, un hisopo o una muestra de orina) y la envíe a un laboratorio para su análisis o la autoevaluación, para la cual la persona realiza la prueba y lee e interpreta el resultado por sí misma. Para personas sin síntomas, desde casa, pueden hacerse automuestra con kits dispensables en centros de AP, farmacias, etc., en lugar de ir a los centros de salud, o mediante solicitud *online*, por teléfono, etc., para que estos cribados lleguen al mayor número posible de personas. Para ello, es necesario información a la población sobre el particular, kits de cribado disponibles y accesibles, aumentar la capacidad de los laboratorios para procesar muestras de mayor cantidad y de manera más rápida y consecuentemente aumentar el personal de salud de los laboratorios.

Vacunación

Se debiera promover la prevención primaria mediante el refuerzo de estrategias de vacunación de las ITS prevenibles con vacunas de la hepatitis A, la hepatitis B y el virus del papiloma humano[17]. Es importante destacar que las vacunas contra las ETS, VPH, hepatitis A, hepatitis B en hombres gays, bisexuales y hombres que tengan sexo con hombres y colectivo LGTBI, son indispensables. Para ello es necesario aumentar la financiación de estas a todos los hombres y las mujeres, independientemente de su rango de edad[19].

Es de gran importancia en este punto tratar con amplitud el cáncer de cuello uterino relacionado con el VPH ya que, como se ha dicho, es una enfermedad prevenible y curable a través de la vacunación y programas de detección en mujeres. Está establecido que los programas de cribado cervicouterino bien organizados o la citología generalizada de buena calidad, puede reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino. La introducción de la vacuna contra el VPH también podría reducir efectivamente la carga del cáncer cervicouterino en las próximas décadas[42].

El cáncer de cérvix está asociado a la infección persistente por VPH, relacionándose en torno al 70% de los casos con el VPH[16, 18].

El cáncer de cérvix es el cuarto cáncer más diagnosticado y la cuarta causa principal de muerte por cáncer en mujeres en todo el mundo, y del que sin un control integral se espera que empeoren las tasas de incidencia y la mortalidad por este tipo de cáncer[43].

En el 2020, GLOBOCAN *(WHO Global Cancer Observatory)* estimó que 604.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de cérvix y 342.000 murieron de ello en todo el mundo[44].

En Europa existe una población de 328,21 millones de mujeres en edad de 15 años y mayores que están en riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. 58.169 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cérvix en Europa y 25.989 mueren de ello. El cáncer de cérvix es la cuarta causa en mujeres de muerte por cáncer. Es el segundo tipo de cáncer femenino más común en mujeres de 15 a 44 años en Europa. Países como Bélgica, Dinamarca, Irlanda y Reino Unido son referentes en cuanto a prevención y detección (100%) frente a España que tiene una puntuación menor (74,2%)[42].

En España desde el inicio de vacunación rutinaria contra el VPH en 2007 (11 y 14 años, pero con preferencia a los 14 años), y desde 2018 a grupos de riesgo, se ha observado una reducción en la prevalencia de HPV y en las lesiones precancerosas de cuello uterino de alto grado en poblaciones vacunadas; también ha sido visible el impacto de la vacuna tetravalente contra el VPH en la disminución del número de mujeres con verrugas genitales[45]; sin embargo, murieron por cáncer de cérvix en 2020 855 mujeres, de 1.957 que fueron diagnosticadas[46].

A priori, España no sigue las mismas políticas sanitarias de detección y prevención a nivel nacional (existen diferencias por CC.AA.) ni con las de los países europeos pioneros: programas de cribado mediante citologías regulares y/o test de VPH a mujeres entre 25 y 65 años (prevención secundaria) y vacunación contra el VPH a niñas entre 11 y 14 años (prevención primaria).

La actualización de la guía de 2020 de la Sociedad Estadounidense del Cáncer recomienda que las mujeres inicien la detección del cáncer de cuello uterino a los 25 años y se sometan a la prueba primaria del virus del papiloma humano (VPH) cada cinco años hasta los 65 años (preferido); si la prueba primaria de VPH no está disponible, entonces las personas de 25 a 65 años deben someterse a pruebas conjuntas (prueba de VPH en combinación con citología) cada cinco años o citología sola cada tresaños (aceptable) (grado recomendación fuerte)[47].

La Atención Primaria tiene un importante papel en la prevención del cáncer de cérvix. No solo en la prevención primaria, sino también en la secundaria. La mejora de las coberturas del cribado del cáncer de cérvix requeriría una participación activa de la Atención Primaria e invertir más en desarrollo e investigación[48,49].

Desde la OMS y la UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) se destaca como una de las estrategias principales la necesidad de crear protocolos consistentes de tratamiento y seguimiento de casos tanto en los sistemas sanitarios públicos como privados[33]. Los resultados de todos los informes publicados a fecha de hoy para la estrategia global contra el cáncer de cérvix destacan la importancia de que España y Europa refuerce sus programas y protocolos de concienciación, prevención y detección de VPH y cáncer de cuello uterino. Las estrategias preventivas para el VPH más eficaces serían la vacunación, cribado, evitar factores de riesgo (tabaco y alcohol) y adoptar estilos de vida saludables[50,52,53].

Educación/campañas de prevención

El incremento del número de parejas, implementación de nuevas *apps* para encuentros sexuales, sitios turísticos e incremento de viajes son los condicionantes más destacados para la propagación de ETS. Es necesario tratar, diagnosticar y realizar campañas de prevención y concienciación en edades tempranas, previamente antes de mantener relaciones sexuales.

El uso del preservativo hasta ahora es el medio más eficaz para prevenir el contagio de ETS y destaca su capacidad para limitar las transmisiones. El preservativo proporciona diferentes niveles de protección según el tipo de ETS, esto dependerá de cómo se transmita la enfermedad o infección. Los estudios de laboratorio han demostrado que los condones de látex actúan como una barrera eficaz contra los microorganismos más pequeños de las ETS. Acorde a numerosos estudios epidemiológicos los preservativos de látex usados correctamente son muy eficaces para prevenir la transmisión del VIH, reduce el riesgo de ETS que se trasmiten por secreciones genitales (clamidia, gonorrea y tricomoniasis), reducen el riesgo de contraer enfermedades producidas por úlceras genitales (herpes genital, sífilis y chancroide) si el área infectada está protegida y reducen el riesgo de contraer el VPH y enfermedades asociadas (verrugas genitales y cáncer de cuello uterino)[7,17-19, 51].

Conclusiones

- El uso del preservativo, la EPS, el chequeo rutinario y la vacunación son medidas eficaces para frenar las ETS.
- La Atención Primaria de Salud tiene un papel esencial frente a las ETS promoviendo la Educación para la Salud, clave para hacer frente a las ETS, la detección y el tratamiento precoz de las mismas así como con los programas de vacunación y la captación en grupos de riesgo.
- En Atención Primaria, médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y matronas son los profesionales más acreditados para la prevención primaria y secundaria frente a este grave problema de salud pública.
- Es preciso aumentar el liderazgo en la comunidad y entre la población civil en materia de ETS, dar enfoques innovadores para la prevención de las ETS, implementar servicios destinados a las parejas sexuales de las personas con ETS y tratamiento de las complicaciones y secuelas de las ETS, a fin de mejorar su calidad de vida.
- Hay necesidad imperiosa y urgente de sistemas de información sanitaria homogéneos y ágiles sobre las ETS, con datos del sector público y privado, incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Adecuada gestión de RR.HH. en el SNS lo que implica destinar a la lucha contra las ETS en el nivel primario de salud, al profesional sanitario más cualificado (médicos de M FyC y matronas) y en número suficiente para poder ofrecer una cobertura total en este nivel; en consecuencia, será preciso cubrir la necesidad de formación de más especialistas en estas áreas y ofertarles formación continuada para su actualización constante en el tema que asegure la atención idónea por parte de estos profesionales encargados del programa a nivel primario de salud.
- Financiación de los programas de lucha frente a las ETS y auditorias.

Bibliografía

1. Cárdenas-Chávez AB, Zamora-Rodríguez AR, Yunga-Quimi AX, Salazar-Cárdenas GL. Prevención, atención y control de las enfermedades de transmisión sexual. Dom. Cien. 2021; 7(4):195-216.
2. Organizacin Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades de transmisión sexual: Nota Descriptiva [internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)
3. Ampudia MKM. Enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria. Revista médica sinergia 2020; 5(4):e405-e405.
4. Rosales Ruiz A. Las enfermedades de transmisión sexual, un problema para la sociedad actual [internet]. Jaén: Universidad de Jaén; 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/12885/1/TFG%20Rosales%20Ruiz%2C%20Arantxa.pdf

5. Centros para el control y prevención de las enfermedades (CDC). Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Hojas Informativas. Revisado 2018. CDC [internet] [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/spanish/std-fact-teens-spa.htm

6. Moriano CF. Salud sexual. Panorama actual del medicamento. Bot plus [internet] 2019 [citado 20 mar 2023]; 43(420):4-32. Disponible en: https://botplusweb.farmaceuticos.com/documentos/2019/2/21/131476.pdf

7. World Health Organization (WHO). Report on global sexually transmitted infection surveillance [internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565691

8. Observatorio de Salud Femenina. Blomm. Infecciones de Transmisión Sexual (en mujeres en España). Blomm [internet] 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://bebloomers.com/wp-content/uploads/2022/06/OBSERVATORIO-BLOOM-ITS-EN-MUJERES-EN-ESPANA.pdf

9. James C, Harfouche M, Welton NJ. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. Bull World Health Organ. 2020; 98(5):315-29.

10. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018 Nov; 68(6):394-424. Erratum in: CA Cancer J Clin. 2020 Jul; 70(4):313

11. Unemo M, Lahra MM, Escher M, Eremin S, Cole MJ, Galarza P, et al. WHO global antimicrobial resistance surveillance (GASP/GLASS) for Neisseria gonorrhoeae 2017-2018: a retrospective observational study. Lancet Microbe 2021; 2:e627-36.

12. Centros para el control y prevención de las enfermedades (CDC). Enfermedades de Transmisión sexual. Anuncio. 2020. CDC [internet] [citado 20 mar 20223]. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/statistics/2020/announcement.htm

13. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Recomendaciones para la prevención de ITS [internet]. Madrid: SEMES; 2023 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.semes.org/los-casos-de-its-en-mujeres-en-espana-aumentaron-un-1-073-entre-2012-y-2019/

14. Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2021 [internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2023 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/doc/Vigilancia_ITS_1995_2021.pdf

15. Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 21, de 24 de enero de 1996 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/1996/01/24/pdfs/A02153-02158.pdf

16. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional. Boletín Oficial del Estado (BOE) [internet], núm. 65, de 17 de marzo de 2015 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2015/03/17/pdfs/BOE-A-2015-2837.pdf

17. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DCVIHT). Plan de prevención y control de la infección por VIH y las ITS 2021-2030 en España [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNaISida/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [internet]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779

19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Reducing sexually transmitted infections [internet]. London: NICE; 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng221

20. ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: acabar con las desigualdades, Acabar con el sida [internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf

21. Mohammed H, Blomquist P, Ogaz D, Duffell S, Furegato M, Checchi M, et al. 100 years of STIs in the UK: a review of national surveillance data. Sex Transm Infect. 2018 Dec; 94(8):553-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29654061/

22. Treviño M, Rodríguez-Velasco M, Manso T, Cea M. Mycoplasma genitalium en Atención Primaria: Prevalencia y resistencia a azitromicina en el Área Sanitaria de Santiago de Compostela Rev Esp Quimioter. 2021; 34(5):496-9.

23. Taylor-Robinson D, Jensen JS. Mycoplasma genitalium: From Chrysalis to multicolored butterfly. Clin. Microbiol. Rev. 2011; 24:498-514. Doi: http://doi.org/10.1128/CMR.00006-11

24. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. Clin Infect Dis. 2015; 61(3):418-26.

25. Asenjo A, Kusters JG, Severs TT, Alós JI. Mycoplasma genitalium in Spain: prevalence of genital infection and frequency of resistance to macrolides. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed). 2018; 36(3):169-71.

26. Fernández-Huerta M, Barberá MJ, Esperalba J, Fernández-Naval C, Vall-Mayans M, Arando M, et al. Prevalencia de Mycoplasma genitalium y resistencia a macrólidos entre personas asintomáticas que acuden a un servicio de punto de atención para detección rápida de ITS: a estudio transversal. Sex Transm Infect 2020; 96 (4):300-5.

27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual [internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43188/9243546260_spa.pdf

28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Gonorrea multirresistente. Nota. [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea

29. European Centre for Disease Prevention and Control (CDC). Gonococcal antimicrobial susceptibility surveillance in Europe, 2016 [internet]. Stockholm: ECDC; 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/EURO-GASP-report-2016.pdf

30. OPS-OMS. La resistencia antimicrobiana pone en riesgo la salud mundial. Noticias [internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/3-3-2021-resistencia-antimicrobiana-pone-riesgo-salud-mundial

31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Resistencia a los antimicrobianos [internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance

32. World Health Organization (WHO). Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015: breaking the chain of transmission [internet]. Geneva: WHO; 2007 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43853/9789241563475_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

33. World Health Organization (WHO). Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care [internet]. Geneva: UNAIDS and WHO; 1999 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://data.unaids.org/publications/irc-pub04/una97-6_en.pdf

34. Pourmarzi D, Hajar Sharami S. Midwives' educational needs and knowledge about sexually transmittable infections in the Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal (EMHJ) [internet] 2017 [citado 20 mar 2023]; 23(9). Disponible en: https://www.emro.who.int/emhj-volume-23-2017/volume-23-issue-9/midwives-educational-needs-and-knowledge-about-sexually-transmittable-infections-in-the-islamic-republic-of-iran.html

35. Frontiers of midwifery care: STDs/HIV/AIDS in safe motherhood: report of a collaborative ICM/WHO/UNICEF/UNFPA/UNAIDS pre-congress workshop, Manila, Philippines, 19-22 May 1999 [internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66749/1/WHO_RHR_99.20.pdf

36. Varney Burst H. Sexually transmitted diseases and reproductive health in women. Journal of Nurse-Midwifery 1998; 43(6):431-44.

37. UNAIDS. End Inequalities. End AIDS. Global ADIS Strategy 2021-2026. UNAIDS [internet] 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

38. Orden SND/840/2022, de 26 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2022 para el acceso en el año 2023, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 211, de 2 de septiembre de 2022.

39. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Comparación del Sistema Sanitario Español con los países de la Unión Europea [internet]. Madrid: FADSP; 2023 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2023/02/Informe-Comparativo-Situacion-Sanitaria-Espana-UE.pdf

40. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Informes, Estudios e Investigación 2022 [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf

41. Rivera Hernández MM. Rol del Médico de Familia en la implementación de la estrategia de Profilaxis Pre Exposición al VIH en Costa Rica [internet]. Universidad de Costa Rica; 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/88046

42. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Europe. HPV [internet] 2023 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf

43. Wilailak S, Kengsakul M, Kehoe S. Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. Int J Gynaecol Obstet. 2021; 155 Suppl 1(Suppl 1):102-6.

44. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71:209-9.

45. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on HPV vaccination in EU countries: focus on boys, people living with HIV and 9-valent HPV vaccine introduction, 2020 [internet]. Stockholm: ECDC; 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-on-HPV-vaccination-in-EU-countries2020-03-30.pdf

46. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) [internet], Cáncer de cérvix. Madrid: AECC; 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix

47. Fontham ETH, Wolf AMD, Church TR, Etzioni R, Flowers CR, Herzig A, et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2020; 70:321-46.

48. Ripoll MA, Cañada JL. Estrategia global de prevención frente al VPH: papel de la Atención Primaria SEMERGEN. 2007; 33 Supl 2:42-5.

49. World Health Organization (WHO). 2018c Report EB144/28 Accelerating Cervical Cancer Elimination (30 November 2018) [internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_28-en.pdf

50. Farmer E, Cheng MA, Hung CF, Wu TC. Vaccination strategies for the control and treatment of HPV infection and HPV-associated cancer. Viruses and Human Cancer: From Basic Science to Clinical Prevention 2021; 217:157-95.

51. Centros para el control y prevención de las enfermedades (CDC). Centro Nacional para la Prevención de VIH/sida, Hepatitis Virales, ETS y Tuberculosis. Eficacia de los condones. Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos (2013). CDC [internet] [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.cdc.gov/condomeffectiveness/spanish/brief.html

52. Bruni L, Saura-Lázaro A, Montoliu A, Brotons M, Alemany L, Diallo MS, et al. HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010-2019. Recent Results Cancer Res. 2021; 217:157-95.

53. Choi S, Ismail A, Pappas-Gogos G, Boussios S. HPV and Cervical Cancer: A Review of Epidemiology and Screening Uptake in the UK. Pathogens 2023; 12(2):298.

Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos

[1] Verónica López Orta
[2] Francisco José Garrido Aguilera

[1] Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva (España).
[2] Posgraduado en Enfermería. Hospital Infanta Elena. Huelva (España).

E-mail: frankayamonte@gmail.es

Fecha de recepción: 23 de enero de 2023.
Fecha de aceptación: 9 de marzo de 2023.

Cómo citar este artículo:
López Orta V, Garrido Aguilera FJ. Papel de la matrona en la reproducción asistida. Aspectos psicológicos. Matronas Hoy 2023; 11(1):32-8.

Resumen

Introducción: la reproducción asistida está ganando importancia en la sociedad debido a la dificultad para tener hijos y el retraso en la formación de familias. El proceso es largo y con un importante componente emocional en la mayoría de los casos. Acompañar psicológicamente a los padres es una tarea vital para el éxito de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA).

Objetivos: el trabajo busca hacer una revisión bibliográfica sobre el rol de los profesionales sanitarios en las clínicas de reproducción asistida, y cómo el diagnóstico de infertilidad afecta a la vida de una persona.

Metodología: se realizó una búsqueda bibliográfica (revisión narrativa) de los artículos publicados en bases de datos secundarias: PubMed, Cochrane, Google Académico y Uptodate con los descriptores clave DECS "fertilidad", "técnicas reproductivas", "intervención psicológica", "matrona", "padres", además de en inglés *"reproductive techniques"*, *"midwifery"*, *"parents"*, *"Psychosocial Intervention"*. Como criterio de inclusión, aquellos artículos publicados entre 2015 y 2021, en inglés y español.

Resultados: los tratamientos de fertilidad pueden ser una fuente importante de estrés y alteraciones psicológicas como ansiedad, enfado para las personas que desean ser padres. Estos estados requieren intervención psicológica previa al tratamiento de infertilidad para aumentar el ajuste psicológico de las mujeres y reducir los síntomas de ansiedad.

Conclusiones: se destaca la importancia de tener en cuenta el factor psicológico en este proceso y la necesidad de regulación y estrategias para ayudar a las personas a afrontar la situación a través de programas de intervención psicológica, tanto para los usuarios como para el equipo de profesionales involucrados, y el papel de la matrona como especialista en el área de la salud sexual y reproductiva de la mujer, dentro el equipo de reproducción asistida.

Palabras clave: infertilidad; esterilidad; técnicas de reproducción asistida (TRA); técnicas de reproducción humana asistida (TRHA); intervención psicológica; matrona; padres.

Abstract

The role of the midwife in assisted reproduction. Psychological aspects.

Introduction: *assisted reproduction is gaining importance in society due to the difficulty to have children and the delay in forming a family. The process is long and presents a major emotional burden in the majority of cases. Psychological support for parents is an essential task for the success of assisted human reproduction (AHR) techniques.*

Objectives: *this study intends to conduct a bibliographic review about the role of healthcare professionals in assisted reproduction clinics, and to understand the impact of the infertility diagnosis in the life of a person.*

Methodology: *a bibliographic search (narrative review) of the articles published in secondary databases: PubMed, Cochrane, Academic Google and UpToDate, with the key DeCS descriptors "fertilidad", "técnicas reproductivas", "intervención psicológica" "matrona" "padres", as well as the English descriptors "reproductive techniques", "midwifery", "parents", "psychosocial Intervention". The inclusion criteria were: articles published between 2015 and 2021, in English and Spanish.*

Results: *fertility treatment can be a major source of stress and psychological alterations such as anxiety and anger for persons who want to become parents. These conditions require psychological intervention before the infertility treatment, in order to increase the psychological adjustment of women and reduce their anxiety symptoms.*

Conclusions: *the importance of considering the psychological aspect in this process must be highlighted, as well as the need for regulation and strategies to help people facing the situation through psychological intervention programs, both for users and for the team of professionals involved, and the role of the midwife as a specialist in the area of sexual and reproductive health for women, within the assisted reproduction team.*

Key words: *infertility; sterility; assisted reproduction techniques (ART); assisted human reproduction (AHR) techniques; psychological intervention; midwife; parents.*

Introducción

Las alteraciones de la fertilidad son uno de los principales problemas de salud reproductiva, y en especial en los países desarrollados, en los que el retraso voluntario del plan reproductivo ha determinado un incremento progresivo de la edad de la maternidad, al tiempo que un aumento de la incidencia de disfunciones reproductivas asociadas al envejecimiento germinal[1].

Cada vez es más difícil ignorar el hecho de que un gran número de personas tienen dificultades para tener hijos, las circunstancias sociales y profesionales hacen ostensiblemente difícil ser madre[2]; la transformación de la perspectiva de vida de las mujeres en las sociedades desarrolladas, que se ha traducido en un retraso en el establecimiento de uniones personales estables y un retraso en la formación de familias, el aumento de la demanda de mujeres sin pareja masculina, ya sean parejas homosexuales o mujeres que desean afrontar solas la maternidad, y la creciente confianza en las técnicas y su accesibilidad han provocado un aumento de la demanda de este tipo de atención en los últimos años[3].

Desde el momento en que la mujer busca el embarazo hasta el diagnóstico de infertilidad, la mujer vive un proceso temporal con cuatro subcategorías: "Búsqueda de un deseo vital: ser madre/padre", "Sospecha de la infertilidad: la ausencia de lo que es natural", "En busca de un diagnóstico: conocer y comprender el problema" y "El impacto del diagnóstico: un duelo vital"[4].

La reproducción asistida ha transformado la forma en que cada vez más personas se reproducen, así como los imaginarios sociales sobre la reproducción y su potencial medicalización y comercialización. En España, el sector privado ha recibido la mayor parte de los tratamientos, aunque también hay cobertura pública desde los años ochenta del pasado siglo para quienes cumplan ciertos requisitos, esta ha ido por detrás del sector privado (actualmente cubren un gran número de técnicas), pero hay largas listas de espera y limitaciones de acceso heteronormativas y por edad[5].

Conceptos de esterilidad e infertilidad

Los problemas de concepción a los que nos enfrentamos pueden ser de dos tipos: infertilidad o esterilidad. Los estudios incluyen definir la infertilidad como la incapacidad de producir embarazos capaces de progresar a la viabilidad fetal, mientras que la esterilidad se define como la incapacidad de concebir después de uno o dos años de exposición al embarazo con un número adecuado de relaciones sexuales, dos o tres por semana, lo que equivale a tener relaciones sexuales cada tres o cuatro días sin protección anticonceptiva adicional (evidencia 2b). Este tiempo de investigación puede ser de un año (Sociedad Española de Fertilidad, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Americana de Fertilidad, *The National Institute for Health and Care Excellence* -NICE-) o de dos (Organización Mundial de la Salud, Sociedad Europea de Embriología y Reproducción o la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología). En mujeres > 35 y especialmente en aquellas > 38, las posibilidades de concebir no solo disminuyen de forma natural, sino también con técnicas de reproducción asistida[6].

Existen diferentes tipos de infertilidad:

- Esterilidad primaria: cuando nunca ha habido un embarazo (o aborto).
- Infertilidad secundaria: cuando pasan de 12 a 24 meses después del embarazo sin que se produzca un nuevo embarazo.

Estos son problemas comunes que tiene una de cada seis parejas en edad fértil y es una condición que afecta entre el 8%-12% en todo el mundo para mujeres de 20 a 44 años. En 2017, España fue, con diferencia, el país más activo en FIV de Europa[7].

Actualmente, los trastornos del sistema reproductivo, los síntomas de enfermedades de transmisión sexual y los trastornos hormonales se encuentran entre las causas de infertilidad tanto en hombres como en mujeres. Adicionalmente, el estilo de vida como la obesidad, la nutrición, el tabaquismo y el consumo de alcohol, el uso de teléfonos móviles, la violencia sexual y la ansiedad son considerados como factores causantes de infertilidad[8]. La evaluación de ambos miembros de la pareja es esencial para determinar la causa y el tratamiento adecuado. La infertilidad masculina es la única causa de infertilidad en el 20% de las parejas y en el 50% se encuentra asociada a una causa de infertilidad femenina; en segundo lugar, existe evidencia de la relación entre infertilidad masculina y comorbilidades relacionadas[9].

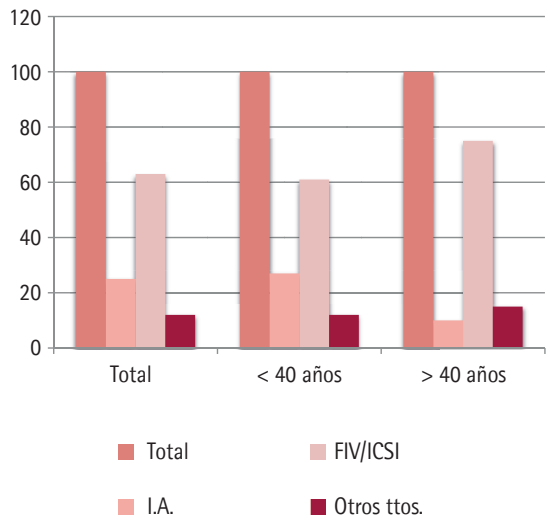
Reproducción medicamente asistida: concepto y técnicas

La reproducción médicamente asistida (RMA) es la reproducción obtenida por inducción de la ovulación, estimulación ovárica controlada, inducción de la ovulación, tecnologías de reproducción asistida (TRA), inseminación intrauterina, intracervical o intravaginal, con semen del esposo/pareja o de un donante[10]. Será necesario adaptar cada tratamiento según cada caso, teniendo en cuenta las ventajas y desventajas, buscando la mayor eficacia y seguridad, teniendo en cuenta el principio de autonomía del paciente para decidir.

- La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia cataloga las diferentes técnicas en[11]:

- Inseminación artificial (IA): consiste en depositar una muestra de esperma en el útero de la mujer con una cánula en el momento de la ovulación. Es un procedimiento sencillo e indoloro. Generalmente se utiliza en casos de ligera alteración en la calidad del esperma, cuando hay problemas con el depósito de los espermatozoides en la vagina o en el caso de mujeres con problemas en el útero como malformaciones o alteraciones del cuello uterino.
- Fecundación *in vitro* e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI): la fecundación *in vitro* (FIV) es un procedimiento que consiste en unir el óvulo y el espermatozoide en el laboratorio para producir un embrión, que luego se transfiere al útero. Se utiliza en casos de problemas en las trompas de Falopio o mala función ovárica, alteraciones en la calidad del esperma y en parejas con repetidos fallos de inseminación artificial. Existe una variante, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), que se utiliza en casos graves de infertilidad masculina, consiste en inyectar un espermatozoide directamente en el óvulo.
- Criotransferencia: más conocida como transferencia de embriones congelados, consiste en congelar en el laboratorio en condiciones óptimas los embriones de un ciclo de FIV que no se hayan empleado. Así, gracias a la criopreservación, estos embriones podrán ser utilizados en un futuro cuando la paciente desee transferirlos sin tener que realizar un nuevo ciclo, o incluso si existen razones médicas que desaconsejen la transferencia de embriones en este momento, ser congelado y transferido cuando la condición de la mujer mejore.
- Donación de óvulos: consiste en realizar una fecundación *in vitro* utilizando el óvulo de una donante al mismo tiempo que el óvulo de la mujer receptora a la que se le transferirán los embriones. Generalmente va dirigido a mujeres mayores de 40 años, con problemas en el funcionamiento de los ovarios o alteraciones genéticas. También en caso de abortos de repetición o cuando las técnicas anteriores no hayan tenido éxito.
- Embrioadopción: es una alternativa reproductiva en la que se adopta un embrión. Este embrión es donado por una mujer o una pareja que, en la mayoría de los casos, han realizado su deseo de procrear y disponen de embriones vitrificados procedentes de ciclos de procreación asistida. El embrión se transfiere al útero de la mujer receptora de una forma muy sencilla. Suele estar indicado cuando otros tratamientos han fallado, problemas de estimulación ovárica o menopausia.

Según la encuesta de Fecundidad de la población de 18 a 55 años del año 2018[15], 639.922 (valor absoluto) fueron las mujeres que se sometieron a un tratamiento de reproducción asistida, lo que equivale a un valor relativo: 5,4% de las mujeres en edad fértil encuestadas (Gráfico 1).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (INE)[15]

Gráfico 1. Encuesta de Fertilidad. Mujeres total nacional, edad al primer tratamiento, tipo de tratamiento

Objetivos

Objetivo general: repasar bases de la reproducción asistida y las diferentes opciones para poder asesorar a las mujeres sobre este tema.

Objetivos específicos:

- Asegurar que los pacientes comprendan las implicaciones de sus opciones de tratamiento, reciban apoyo emocional y puedan enfrentar de manera saludable las consecuencias de la infertilidad-esterilidad.
- Reafirmar el papel de la enfermería especialista en Obstetricia y Ginecología (matrona) en el asesoramiento y consejo de estos métodos.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica (revisión narrativa) de los artículos publicados en las siguientes bases de datos secundarias: PubMed, Cochrane, Google Académico y Uptodate. En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda con los descriptores clave DECS "fertilidad", "técnicas reproductivas", "intervención psicológica", "matrona", "padres", además de en inglés "*reproductive techniques*", "*midwifery*", "*fertility*", "*parents*", "*Psychosocial Intervention*".

Como criterio de inclusión, aquellos artículos publicados entre 2015 y 2021, en inglés y español a título completo donde se analizasen, como objetivo principal, las áreas temáticas siguientes: conceptos y situación actual, experiencias de padres, experiencias de profesionales sanitarios y formación específica del tema, y se aportasen resultados concluyentes. Se excluyeron todos los artículos que no cumplían alguno de los criterios anteriormente expuesto. Se encontraron 173 artículos de los cuales se realizó un cribado tras la lectura de los resúmenes quedando reducido a 37, para el cuerpo principal.

Resultados y discusión

Los tratamientos de fertilidad pueden ser una fuente importante de estrés para las personas que desean ser padres. Durante el proceso es común que surjan alteraciones psicológicas en los pacientes, algunas de las más frecuentes serán:

- Estrés: es una de las alteraciones más habituales y se relaciona con la fertilidad, ya que puede causar deterioro en las relaciones sexuales y en la ovulación. El estrés no solo es consecuencia de la infertilidad, sino que puede incidir en el curso de esta; de hecho, según la bibliografía, los pacientes que reciben apoyo emocional y que disminuyen sus niveles de estrés logran mayores tasas de embarazo, presentan una menor tasa de abandono del tratamiento, necesitan menos ciclos para lograr el embarazo y técnicas menos invasivas y costosas[16]. El estrés también puede ser un factor de riesgo para depresión, ansiedad y otros trastornos psiquiátricos[17].
- Ansiedad: es una respuesta emocional exagerada y desproporcionada a una situación que se percibe como una amenaza. Interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo de circunstancias aversivas o difíciles, e incluso deteriora el funcionamiento cotidiano en lo social, en lo laboral, entre otras áreas[18].
- Angustia: es una emoción compleja, difusa y displacentera que tiene una serie de síntomas físicos que inmovilizan al individuo.
- Enfado: la pregunta "¿por qué a mí?" es una frase muy frecuente en aquellos que buscan una explicación a su infertilidad. Están enfadados, pero no saben explicar bien con quién, si con ellos mismos, con su pareja, con el médico que les ha dado el diagnóstico, o con algún ser superior que los está castigando
- Sensación de "nada tiene sentido en mi vida si no tengo un hijo". Es fundamental para la salud mental de los pacientes tener en marcha otros proyectos además del de tener un hijo.
- Sensación de engaño: ya que estos pacientes suelen llegar con mucha información, que la mayor parte de las veces carece de rigor científico, y cuando no coincide con lo que los médicos comentan se sienten desconfiados y engañados[19].

Es importante que las personas en tratamientos de reproducción asistida mantengan proyectos además del de ser padres y tengan un buen soporte para manejar situaciones difíciles. Es esencial mantenerse juntos como pareja durante el proceso.

El estudio de la infertilidad en la pareja es un proceso difícil y complejo que puede durar meses o años y afectar tanto la sexualidad como la autoestima y la relación de la pareja[20]. Los tratamientos de reproducción asistida también pueden tener un impacto psicológico significativo[21]. La intervención psicológica previa al tratamiento de infertilidad puede ayudar a aumentar el ajuste psicológico de las mujeres y reducir los síntomas de ansiedad[22]. Nos encontramos en un momento de concepción biopsicosocial que enriquece y complejiza el trabajo interdisciplinario, sumando al psicólogo de la salud al tratamiento de fertilidad[23]. Es importante que tanto en el sistema público como en las clínicas privadas se preste atención a los aspectos psicológicos y psicosociales de los pacientes.

La mayoría de los programas de intervención se centran en:

1. Evaluación del estado actual de los pacientes: mediante entrevista, valorar la manera en que la infertilidad y el tratamiento en reproducción asistida han afectado a los pacientes de forma individual y de pareja. Conocer los componentes más relevantes de su historia personal, sus hábitos de vida, su relación de pareja, sus relaciones sociales, sus recursos personales y de su estado emocional.

   Se pueden utilizar instrumentos como:

   - Inventario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para determinar los niveles ansiedad inicial[24].
   - El Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en infertilidad (DERA) permite detectar personas con vulnerabilidad a desarrollar posibles alteraciones emocionales que inciden en la reproducción y evalúa al mismo tiempo los recursos personales e interpersonales de mujeres y hombres, lo que facilita la orientación terapéutica individual y de pareja[25].
   - Autorregistros diarios sobre las situaciones que le generan cualquier tipo de malestar emocional[26].

   Cada miembro de una pareja maneja los desafíos relacionados con la reproducción de manera diferente, con las mujeres a menudo mostrando tristeza y buscando apoyo social, mientras que los hombres a veces

tienden a evitar el tema y buscar refugio en su trabajo. Es esencial que ambos miembros de la pareja se comuniquen abierta y respetuosamente para superar estos desafíos juntos.

2. Ayudar a la pareja en la toma de decisión: es importante proporcionar información veraz y completa acerca de los tratamientos de reproducción asistida, incluyendo opciones, eficacia, ventajas y desventajas. Además, es importante informar sobre los procesos emocionales experimentados durante el proceso y el impacto en la vida personal, de pareja y social. Es necesario desmitificar ideas erróneas y ayudar a las personas a valorar su estado emocional y tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.

3. Permitirse expresar sus sentimientos y emociones: eliminar la evitación y reforzamiento negativo, haciendo que comuniquen su situación, expresen sus sentimientos, se comuniquen más con su pareja, y al mismo tiempo obtener reforzamiento positivo de tipo social, que normalicen su vida diaria y haga menos aversiva toda la situación que viven.

4. Discutir los asuntos específicos del tratamiento y desarrollar formas de afrontamiento positivas: las estrategias para combatir los estados emocionales relacionados con los tratamientos de fertilidad deben incluir técnicas de relajación y respiración, actividades físicas, control de pensamientos negativos, mejora de hábitos de vida, aumento de la percepción de control de la situación, entrenamiento en solución de problemas, manejo asertivo de situaciones difíciles y búsqueda activa de información y soluciones.

El entrenamiento centrado en las emociones y el problema ha demostrado ser efectivo para reducir el índice de depresión y estrés y mejorar el bienestar general. Es importante enseñar la autorregulación de las emociones teniendo en cuenta que el tipo de tarea desempeña un papel importante[27]. Además, la narrativa y la psicoterapia pueden ser herramientas útiles para ayudar a las parejas a asumir la infertilidad y movilizar y resignificar las significaciones previas[28].

Los tratamientos de fertilidad pueden ser estresantes, por lo que es importante contar con apoyo psicológico para manejar las emociones relacionadas con la infertilidad. Los profesionales de la salud deben trabajar en equipo para brindar información precisa y apoyo en la toma de decisiones. El papel del psicólogo es importante para identificar problemas emocionales y aumentar el control de la situación[29].

Dadas las características que definen a las enfermeras y matronas tales como la motivación, la volición, la expresión, el afecto y la imaginación, unidas a los conocimientos específicos en los tratamientos, y gracias al trabajo en las técnicas asertivas, se puede concluir que son los profesionales sanitarios idóneos para prevenir, detectar y disminuir la ansiedad de las personas infértiles[30], lo que puede contribuir a un embarazo más rápido y exitoso[31].

En unidades de reproducción asistida, la presencia de matronas especialistas es importante para brindar atención integral y resolver dudas durante todo el proceso. Aunque se reconoce su importancia, su participación en investigaciones y artículos médicos es escasa[32]. Paradójicamente, la matrona es la profesional sanitaria mejor preparada y con más experiencia para prestar atención y apoyo a las familias (mujeres y hombres) en su proyecto parental (desde el consejo reproductivo a la atención a la gestación, el parto y posparto y el recién nacido). La matrona debe estar presente en debates sociales y políticos en torno a técnicas de reproducción asistida. Está preparada para estar en los dos lados del escenario, al lado de los padres intencionales y al lado de las mujeres gestantes[33].

Es necesario que los profesionales de la salud conozcan las guías de psicoterapia en infertilidad y diseñen intervenciones específicas para cada caso, atendiendo las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes[34].

Regulacion ético-jurídica de la reproducción asistida

España cuenta con una regulación legal rigurosa para garantizar la seguridad y calidad en los tratamientos de reproducción asistida, así como la protección de datos y la regulación del comercio de células y tejidos[35]. Sin embargo, existen controversias jurídicas y bioéticas (p. ej.: selección de embriones no portadores de enfermedades en el caso del diagnóstico genético preimplantatorio, la selección del sexo, la fecundación *in vitro* mixta, procreación *post mortem*, entre otros) en la regulación de la reproducción asistida y es necesaria una adecuada regulación para evitar vulneraciones de derechos humanos[36].

La normativa ha variado mucho durante dos décadas desde la Ley 35/1988 sobre TRHA, modificada posteriormente por la Ley 45/2003, hasta la Ley 14/2006 sobre TRHA, con algunas aclaraciones en la posterior Ley 2/2010 de salud reproductiva y de IVE, intentando complacer, por un lado, las demandas de la ciudadanía y, por otro, poner límite a ciertas prácticas claramente fuera de toda ética[37].

En España, la Ley 14/2006 de 26 de mayo admite como destinataria de las técnicas a cualquier mujer, que sea mayor de 18 años, capaz, independientemente de su orientación sexual, permitiendo que sean usuarias de estas técnicas las "mujeres solas" o en unión homosexual[33]. Fuera del Sistema Nacional de Salud, a pesar de contar con un gran

número de clínicas, no se ofrecen ayudas económicas para costear los tratamientos de infertilidad

Conclusiones

- La reproducción asistida es un tema cada vez más relevante en la sociedad debido a la dificultad para tener hijos y el retraso en la formación de familias.
- Es importante destacar la importancia del factor psicológico en este proceso y la necesidad de regulación y estrategias para ayudar a las personas a afrontar la situación.
- El estrés, la ansiedad, la angustia y el enfado son algunas de las alteraciones psicológicas comunes en el proceso de reproducción asistida, por lo que es fundamental contar con programas adecuados de intervención psicológica, tanto para los usuarios como para el equipo de profesionales involucrados.
- Es necesario cuidar tanto al paciente como al "cuidador", ya que el proceso puede ser frustrante para todas las partes involucradas.
- La matrona debiera estar siempre incorporada en el equipo multidisciplinar de reproducción asistida como profesional enfermero idóneo por su condición de especialista en el área de salud sexual y reproductiva.
- Es importante tener en cuenta que la realidad de las TRA es mucho más compleja de lo que se presenta en los medios de comunicación y requiere de una mayor atención por parte de los profesionales sanitarios y los poderes públicos para adaptarse a las nuevas demandas sociales.

Bibliografía

1. Matorras Weinig R (ed.). Sef. Libro Blanco Sociosanitario. La infertilidad en España: situación actual y perspectivas 2011 [internet]. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2011 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.sefertilidad.net/docs/biblioteca/libros/libroBlanco.pdf
2. Flores Anarte L. Las técnicas de reproducción asistida en España: ¿mercantilización de la maternidad o empoderamiento femenino? Barcelona: Ed. Tirant Blanch; 2016.
3. Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Saber más sobre fertilidad y reproducción asistida. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad; 2011.
4. Rujas Bracamonte S, Martínez M, Serrano-Gallardo P. Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida. Rev Esp Salud Pública. 2021; 95:e1-13.
5. Lafuente-Funes S. La reproducción asistida en el contexto español: la ovodonación como motor de un modelo de negocio heteronormativo. Política y Sociedad. [internet] 2019 [citado 20 mar 2023]; 56(3). Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/60620/4564456552396
6. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Estudio de la pareja con disfunción reproductiva. Prog Obstet Ginecol. 2017; 60(3):267-73.
7. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ART fact sheet [Comunicado de prensa]. ESHRE [internet] 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.eshre.eu/Press-Room/Resources
8. Pulla LAÁ, Villacis CJC, Arias JIG, García EAC, Merino RMP. Causas y consecuencias de la infertilidad en las mujeres. RECIMUNDO. 2021; 5(3):324-32.
9. Palma C, Vantman D. Infertilidad masculina: causas y diagnóstico. Rev médica Clín Las Condes 2021; 32(2):180-8. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.01.004
10. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, De Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Vanderpoel S, et al. Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA). Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asistida_TRA.pdf
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Técnicas de reproducción asistida [internet]. Sego.es. [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://sego.es/mujeres/Reproduccion_asistida.pdf
12. Tomás PR, Gómez MB, Urdinola HII, Romero ES, de Segura RG, Plumé MV. La inseminación artificial (IA): ¿Qué es y cuál es su precio? Reproducción Asistida ORG [internet] 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.reproduccionasistida.org/inseminacion-artificial-ia/
13. Gutiérrez SA, Salgado S, Arroyo MD, Moffa MEB, Navarro JR, Paraíso B, et al. La reproducción asistida: tipos, precio y Seguridad Social. Reproducción Asistida ORG [internet] 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.reproduccionasistida.org/reproduccion-asistida/
14. Reus R, Gómez MB, Moffa MEB, Gómez JJE, Campos GQ, de la Llata ES, et al. Transferencia de embriones congelados: ¿Cuál es la tasa de éxito? Reproducción Asistida ORG [internet] 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.reproduccionasistida.org/transferencia-de-embriones-congelados/
15. Instituto Nacional de Estadística (INE). Mujeres que se han sometido alguna vez o están sometiéndose a un tratamiento de reproducción asistida, tipo de tratamiento y edad al primer tratamiento [internet]. Madrid: INE; 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/up/H05SxLDoi3

16. Dlabach S. La incidencia de los factores psicológicos en la infertilidad. En: XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXVII Jornadas de Investigación XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2020. [internet] [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.aacademica.org/000-007/97.pdf

17. Cruz S, Coelho D. Resiliencia al estrés en reproducción humana asistida [Tesis doctoral]. 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=6tXrPVXhXtY%3D

18. Kuaik ID, De La Iglesia G. Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. Summa Psicológica UST. 2019; 16(1):42-50.

19. De reproasistidaonline VT las E. 5 pautas para afrontar la infertilidad en pareja [internet]. Giuliana Baccino, PhD. 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://reproduccionasistidaonline.es/2018/09/03/5-pautas-para-afrontar-el-estres-que-conlleva-la-infertilidad/

20. Ojeda MBG, Isa L, Poch F, Argibay SG, Young E. De esto no se habla: Los tratamientos de fertilidad y su impacto en la sexualidad de las parejas. Revista Reproducción. 2021; (1).

21. Moreno-Rosset C, Aparicio C, Ramírez-Ucles M, Díaz I. Estados emocionales y afectivos en infertilidad: un estudio comparativo con personas fértiles. Psicología Conductual/Psicología Conductual. 2011; 19(3):683-704.

22. Heredia Carrasco A. Aspectos psicológicos relacionados con la reproducción asistida: de la fecundación *in vitro* hasta la donación de gametos. Granada: Universidad de Granada; 2020.

23. Blicher JS. Psicofertilidad: abordaje biopsicosocial en tratamiento de fertilidad (Tesis de doctorado). Buenos Aires: Universidad de Belgrado; 2020.

24. Moreno-Rosset C, Ávila-Espada A, De Castro-Pita FJ, Rodríguez-Muñoz MF. Programa de Apoyo Psicológico en Infertilidad (papi). Primeros datos sobre efectividad clínica a través del estudio de un caso. Revista Argentina de Clínica Psicológica. 2015; 24(1):5-12.

25. Domínguez Cabañero EM. Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. Trabajo Final de Máster Universitario en Psicología General Sanitaria. 2018-2019 [internet]. Castellón de la Plana: Universidad Jaume I; 2018 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/183817

26. Heredia A, Padilla F, García-Retamero R. Efectividad de una intervención psicológica enfocada en el manejo del estrés para mujeres previo a la FIV. Revista de Psicología Reproductiva e Infantil. 2020; 38(2):113-26.

27. Báez-Estradas M, Alonso-Tapia J. Entrenamiento en estrategias de autorregulación de la motivación y la volición: efecto en el aprendizaje. Anales de Psicología/Annals of Psychology. 2017; 33(2):292-300.

28. Parada Muñoz LM. Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Diversitas. 2006; 2(1):149-58.

29. Abelaira PM. ¿Cuál es el aporte diferencial de un/a psicólogo/a dentro de un equipo interdisciplinario que trabaja en reproducción asistida? En: XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXVII Jornadas de Investigación XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. 2020 [internet] [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.aacademica.org/000-007/93.pdf

30. Donís Vela L. Unidades de reproducción asistida: implicación enfermera en los aspectos emocionales [internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2021 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47834/TFG-H2285.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Hernández Marcos C. Papel de la enfermera en la consulta de esterilidad: caso clínico [internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13268/TFG-L880.pdf?sequence=1&isAllowed=y

32. Elevancini I, Díaz de la Vega C, Aliaga C. Nuevos desafíos en el rol de matronas/matrones en Medicina Reproductiva. Rev médica Clín Las Condes 2021; 32(2):221-5. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.10.003

33. Plaza A. La matrona en el escenario de la gestación subrogada. Matronas profesión. 2017; 18:4-4.

34. Morales C. Intervención cognitivo conductual en estrés, ansiedad y depresión en usuarios de reproducción asistida. Maestría en Psicología [internet]. Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez; 2019 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: http://erecursos.uacj.mx/handle/20.500.11961/5370

35. Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. Normativa [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://cnrha.sanidad.gob.es/normativa/home.htm

36. Enguer Gonsálbez P, Ramón Fernández F. Dilemas bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida en la sociedad actual en España. Revista Latinoamericana de Bioética 2018: 18(1):104-35.

37. Seguí AG, Sarrías JA. Las técnicas de reproducción humana asistida y su regulación legislativa española. Therapeía: estudios y propuestas en ciencias de la salud. 2017; 75-96.

[1] Ignacia Arredondo Gajardo
[1] Dayana Barría Valenzuela
[1] Francisca Cerda Araneda
[1] Rodrigo Flores Canales
[1] Valeria Rojas Baeza
[2] Maricela Pino Álvarez

Efectos del consumo de marihuana en la fertilidad masculina: una revisión de la literatura, 2011-2021

[1] *Matronas. Escuela de Obstetricia sede Santiago Universidad San Sebastián. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Chile.*

[2] *Matrona. Escuela de Obstetricia y Puericultura. Universidad de las Américas, Campus Providencia. Facultad de Salud y Ciencias Sociales. Chile.*

E-mail: mpino@udla.cl

Fecha de recepción: 22 de febrero de 2023.
Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2023.

Cómo citar este artículo:
Arredondo Gajardo I, Barría Valenzuela D, Cerda Araneda F, Flores Canales R, Rojas Baeza V, Pino Álvarez M. Efectos del consumo de marihuana en la fertilidad masculina: una revisión de la literatura, 2011-2021. Matronas Hoy 2023; 11(1):39-51.

Resumen

Introducción: la infertilidad es un problema de salud mundial que afecta a millones de personas: 48 millones de parejas y 186 millones de personas. La infertilidad masculina es tema de estudio por el alza que viene experimentando, al punto de equipararse a la infertilidad de la mujer, y según los expertos pronto superará el porcentaje de esta. Además de factores físicos, disrupción endocrina que están en la base de la etiología de la infertilidad masculina, es sabido que el consumo de sustancias como la marihuana pueden incidir sobre ella produciendo alteración de patrones y parámetros espermáticos como la morfología, motilidad y viabilidad normal del espermatozoide.

Objetivo: analizar la literatura científica publicada entre los años 2011-2021 respecto al efecto de la marihuana en la fertilidad masculina, específicamente en la morfología y motilidad espermática, y en los niveles de testosterona.

Metodología: revisión bibliográfica tipo narrativa, en la cual se realizó una búsqueda de artículos en las siguientes bases de datos: ScienceDirect, PubMed y Lilacs, con los siguientes descriptores MeSH: *marijuana use; infertility, male; semen quality; testosterone.*

Resultados: de acuerdo con la literatura internacional, respecto a la morfología y a la motilidad espermática, en la mayoría de los artículos seleccionados se concluyó que existen efectos deletéreos, observándose aumento en el recuento de formas espermáticas anormales, detectándose incluso teratozoospermia, y una reducción de la motilidad con casos severos de astenozoospermia. En cuanto a los niveles de testosterona, los resultados no fueron concluyentes, ya que se encontraron artículos con niveles de testosterona aumentados, disminuidos y en otro no se detectó alteraciones en los varones consumidores de marihuana.

Conclusión: los efectos del consumo de la marihuana han sido estudiados ampliamente en diversos sistemas; no obstante, en el área de reproducción humana han sido escasas las investigaciones que han profundizado sus efectos sobre los gametos y las posibles repercusiones en la fertilidad. En esta investigación se busca responder preliminarmente, basándonos en la literatura internacional, cómo afecta el consumo de dicha sustancia en la fertilidad masculina, encontrándose que el consumo afecta a los parámetros de motilidad, morfología y niveles de testosterona plasmáticos en varones usuarios de THC de manera habitual.

Palabras clave: marihuana; cannabis THC; infertilidad masculina; esterilidad; calidad seminal; motilidad; morfología; espermatozoides; consejo preconcepcional; Educación para la Salud; matrón/a.

Abstract

Effects of the use of marijuana on male fertility: a literature review, 2011-2021

Introduction: *infertility is a global health problem which affects millions of people: 48 million couples and 186 million persons. Male infertility is a subject of study due to its recent increase, to the point of equating female infertility, and according to experts, it will soon exceed the female rate. As well as physical factors, the endocrine disruption which is the basis of male infertility, it is well known that using substances such as marijuana may have an impact on it, causing the alteration of spermatic patterns and parameters such as its morphology, and the normal motility and viability of spermatozoids.*

Objective: *to analyse the scientific literature published between 2011 and 2021 regarding the impact of marijuana on male fertility, specifically on spermatic morphology and motility, and on testosterone levels.*

Methodology: *a narrative-type bibliographic review, where a search of articles was conducted in the following databases: ScienceDirect, PubMed, and Lilacs, with the following MeSH descriptors in English: marijuana use; infertility, male; semen quality; testosterone.*

Results: *according to international literature regarding spermatic morphology and motility, the conclusion in most of the articles selected was that there were deleterious effects; an increase in the count of abnormal spermatic forms was observed, and even teratozoospermia was detected, as well as a reduction in motility with severe cases of asthenozoospermia. Regarding testosterone levels, results were not conclusive, because some articles were found with an increase or a reduction in testosterone levels, and in another article no alterations were detected in male users of marijuana.*

Conclusion: *the effects of marijuana use have been widely studied in different systems; however, in the human reproduction area there has been limited in-depth research about its effects on gametes and its potential consequences on fertility. The goal of this research was to give a preliminary answer, based on international literature, to the impact of using said substance on male fertility; the findings stated that its use had an impact on motility and morphology parameters and on plasma levels of testosterone in male usual consumers of THC.*

Key words: *marijuana; THC cannabis; male infertility; sterility; semen quality; motility; morphology; spermatozoids; preconception counselling; Health Education; midwife.*

Introducción

La marihuana es una droga derivada de la planta Cannabis Sativa, la cual ha sido utilizada durante más de 4.000 años con fines médicos y religiosos[1].

Durante los últimos años, su uso se ha expandido a lo largo del mundo, por ejemplo, en Estados Unidos encabeza las listas de las drogas ilícitas más consumidas, superando el consumo de tabaco en la población joven, de hecho muestran que el consumo de drogas es tan normativo como el tabaquismo de cigarrillos en los jóvenes[2]. El público percibe ampliamente que el cannabis es seguro y su popularidad está creciendo[3]. Mientras que en Europa casi la mitad de la población la ha consumido en algún momento[2,4]; en Chile, la prevalencia de uso de marihuana alguna vez en la vida muestra una variación significativa al alza, pasando de 34,8% en 2018 a 38,2% en 2020, siendo el consumo en varones significativamente superior al de las mujeres[5].

Se han realizado diversos estudios acerca de la epidemiología del uso y consumo excesivo de la marihuana, de su composición, preparación y de sus efectos en los múltiples parámetros fisiológicos del ser humano, ya que, a pesar de parecer una planta inocua, su consumo produce diversos efectos a corto y a largo plazo en distintos sistemas del organismo humano: en el sistema nervioso central, en el sistema cardiovascular, en el sistema respiratorio, en el sistema inmunológico, en el sistema endocrino y reproductor[4].

El consumo de cannabis por los adolescentes y jóvenes produce efectos negativos sobre su salud biopsicosocial, ya sea de modo temporal, porque esta sustancia disminuye la función normal del cerebro, por efecto inmediato del consumo y como depresor del sistema nervioso central, o de forma permanente, cuando el tóxico ha generado cambios estructurales y daños graves en el tejido cerebral[4-6]. En el estudio de Segarra et al.[7], del año 2006, se describió que a nivel neurológico se producen alteraciones cognitivas y de la capacidad de aprendizaje y, también, en el procesamiento de la información visual y auditiva. A nivel reproductivo algunos de los efectos cannabinoides alteran el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), así como las hormonas responsables del sistema reproductor y la maduración sexual. El efecto sobre las hormonas sexuales se manifiesta con efectos inhibitorios sobre el deseo y la excitación sexual, y con disminución de la fertilidad.

La infertilidad es un problema de salud mundial que afecta a millones de personas. Los datos disponibles indican que entre 48 millones de parejas y 186 millones de personas tienen infertilidad en el mundo[8].

Esta patología corresponde a la imposibilidad de establecer un embarazo clínico después de 12 meses de embarazo regular, relaciones sexuales sin protección. La esterilidad o infertilidad es un trastorno del aparato reproductor (masculino o femenino) consistente en la incapacidad para lograr el embarazo después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección[8].

The international glossary on infertility and fertility care es un conjunto de términos y definiciones consensuados y basados en la evidencia que se utilizan en la atención de la infertilidad y la fertilidad. En él se hace alusión a que la infertilidad masculina es causada principalmente por factores que abarcan: función o parámetros anormales del semen; anormalidades anatómicas, endocrinas, genéticas, funcionales o inmunológicas del sistema reproductivo; enfermedad crónica; y condiciones sexuales incompatibles con la capacidad de depositar semen en la vagina[9]. También existen otros factores que pueden afectar la fertilidad masculina, como la medicación y el consumo de sustancias como la marihuana. En función de este último punto es importante destacar que el consumo de marihuana se ha asociado a la alteración de patrones y parámetros espermáticos como la morfología, motilidad y viabilidad normal del espermatozoide[10], características que nos permiten evaluar su funcionalidad y calidad a través de un análisis de laboratorio denominado espermiograma[11].

En cuanto al eje hipotálamo-hipófisis-gónada (HHG), el consumo de esta sustancia puede ocasionar una disminución en la producción de testosterona, deteriorando la espermatogénesis e inhibiendo la motilidad hiperactiva de los espermatozoides, la capacitación espermática y la reacción acrosómica[13].

Uno de los componentes más activos del cannabis, el delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), se une a receptores de cannabinoides denominados CB1 y CB2, que son diana de los endocannabinoides, los cuales corresponden a un grupo de mediadores lipídicos endógenos y bioactivos que actúan modulando la función espermática y la reproducción de los machos de mamíferos. Se han caracterizado cuatro endocanabinoides, siendo la N-arachidonoylethanolamina o anandamida (AEA) y el 2-arachidonilglicerol, los más encontrados en el cuerpo humano. Estos actúan en los receptores cannabinoides, receptor cannabinoide tipo 1 (CB1) y receptor cannabinoide tipo 2 (CB2) e imitan diversas acciones biológicas producidas por los cannabinoides que proceden de la marihuana o cannabis[14].

Se ha demostrado que la expresión de receptores de endocannabinoides (CB1) es diferente en ambos sexos, por lo que, al momento de consumir marihuana, el eje HHG de los varones es más sensible a sufrir modificaciones[12], generándose así alteraciones en la secreción de hormonas gonadales e hipofisarias como la *Follicle-stimulating hormone* (FSH) y *Luteinizing hormone* (LH)[14].

Objetivos

Por la relevancia del tema planteado que deviene del incremento del consumo de la marihuana en la población, sus efectos reportados a nivel de la salud reproductiva masculina y la relevancia de la promoción y Educación en Salud sobre estilos de vida saludable y prevención de hábitos nocivos en la población, es que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo afecta el consumo de marihuana en la fertilidad masculina según la literatura científica publicada entre los años 2011-2021?

Para responder a esta pregunta base se plantearon los siguientes objetivos de investigación:

- Describir el efecto del consumo de marihuana en la morfología del espermatozoide.
- Describir el efecto del consumo de marihuana en la motilidad del espermatozoide.
- Identificar las alteraciones producidas por el consumo de marihuana en los niveles de testosterona.

Metodología

Para la búsqueda de artículos se utilizaron las siguientes bases de datos: ScienceDirect, PubMed y Lilacs, con los siguientes descriptores MeSH *(Medical Subject Headings)*: *marijuana use, infertility, male, semen quality, testosterone*. En cuanto a los operadores booleanos, fue empleado *"AND"*, con las siguientes combinaciones de descriptores: *Marijuana Use AND Infertility, Male, Marijuana Use AND Infertility, Male AND Semen Quality, Marijuana Use AND Testosterone, Marijuana Use AND Semen Quality AND Testosterone*.

Para conseguir una búsqueda más precisa y útil, se utilizaron los siguientes filtros:

- Artículos publicados entre los años 2011-2021.
- Artículos en inglés.

Para delimitar los resultados a textos que aporten información más específica se emplearon los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos originales.
- Artículos relacionados con fertilidad masculina.
- Artículos relacionados con el consumo de marihuana.
- Artículos relacionados con espermatozoides.
- Artículos relacionados con testosterona.

Se descartaron artículos que fueran revisiones sistemáticas, artículos sobre infertilidad relacionados con otras drogas ilícitas que no fueran la marihuana, artículos de años anteriores al intervalo de tiempo determinado (salvo tres elegidos por su pertinencia: 37, 38 y 39) y artículos referentes a personas con patologías de base como hipertensión, diabetes y obesidad.

Un total de 437 artículos fueron encontrados en las bases de datos anteriormente descritas al aplicar los filtros por criterios de inclusión. La bibliografía se redujo a un total de 10 artículos que responden a los objetivos planteados. Se incluyen artículos de tipo prospectivo, transversal, caso-control, longitudinal y retrospectivo.

Resultados

Efectos del consumo de marihuana en la morfología del espermatozoide

La Tabla 1 agrupa cinco artículos seleccionados para responder al objetivo uno, el cual busca identificar los efectos del consumo de marihuana en la morfología del espermatozoide. Se observa que en cuatro artículos se menciona que el consumo de marihuana puede tener efectos deletéreos en la morfología del espermatozoide, observándose un aumento en el recuento de formas anormales en el espermiograma, algunos autores incluso diagnostican teratozoospermia[14-18].

En un artículo se menciona que si bien el THC, componente principal de la marihuana, traspasa la barrera hemato-testicular y produce algunas alteraciones en parámetros del espermiograma, no hay hallazgos suficientes para indicar que produce alteraciones en la morfología de esta célula, de hecho, la morfología espermática de siete de los varones consumidores de marihuana se encontró dentro de los límites de normalidad establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[18].

Efectos del consumo de marihuana en la motilidad del espermatozoide

La Tabla 1 contiene siete artículos seleccionados para conocer los efectos del consumo de marihuana en la motilidad espermática. En cinco trabajos se indica que el consumo de marihuana produce efectos deletéreos en la motilidad del espermatozoide, causando reducción de esta e incluso astenozoospermia en los casos más severos[15,18-21].

Este efecto sobre la motilidad espermática sería dependiente del tiempo de consumo de marihuana ya que, en uno de los trabajos, se expuso espermatozoides normales en condiciones *in vitro* al exocannabinoide, metilanandamida (Meth-AEA), análogo sintético de la anandamida, el cual ejerció una reducción inmediata de la motilidad desde un 71% a 39% en 15 minutos.

Tabla 1. Resumen de artículos analizados en esta revisión

Título/fecha/país	Resultado principal	Referencia artículo
Association Between Use of Marijuana and Male Reproductive Hormones and Semen Quality: A Study Among 1,215 Healthy Young Men[14] **Septiembre 2015, Dinamarca**	Estudio prospectivo cuantitativo. Muestra: 1.221 hombres daneses > 18 años, 1.215 respondieron a un cuestionario de salud. Se les tomó una muestra sanguínea y espermiograma. El 45,4% había fumado marihuana en los últimos tres meses y el 61% fumaba menos de una vez por semana. El 10,9% había usado otras drogas recreativas distintas de la marihuana y un 9,6% había consumido tanto marihuana como otras drogas en los últimos tres meses. El porcentaje de formas **morfológicamente** normales fue más bajo en hombres que fumaban marihuana más de una vez por semana, además de la disminución en la calidad del semen. La concentración y el recuento total de espermatozoides en los hombres que fumaban marihuana más de una vez por semana fue de un 28% y un 29% más bajos respectivamente, en comparación con los hombres que no fumaban marihuana	Gundersen TD, Jørgensen, N, Andersson AM, Bang A K, Nordkap L, Skakkebæk N. E, Priskorn L, Juul A, Jensen TK. (2015, 16 agosto). Association Between Use of Marijuana and Male Reproductive Hormones and Semen Quality: A Study Among 1,215 Healthy Young Men. American Journal of Epidemiology, 182(6):473-81
E*valuation of the impact of marijuana use on semen quality: a prospective analysis*[15] **Julio 2021, EE.UU.**	Estudio transversal prospectivo, en el que 409 hombres estadounidenses fueron sometidos a una toma de muestra de semen y a un cuestionario sobre salud reproductiva y consumo de marihuana. De estos, 174 (43%) reportaron uso de marihuana, de los cuales 71 (17%) eran consumidores actuales y 103 (25%) habían consumido anteriormente. La duración media del consumo de marihuana fue de 9,4 años, la edad media de los que alguna vez consumieron y de los que nunca consumieron fue de 35 y 36,3 años respectivamente. La mayoría de los usuarios tenía un IMC > 25. Los parámetros del semen fueron similares entre los grupos de usuarios, con la excepción de un porcentaje más bajo de formas normales en el grupo de consumidores. Los usuarios actuales tenían más probabilidades de tener un volumen seminal por debajo de la referencia de la OMS y una mayor proporción con morfología anormal. Tanto los consumidores actuales como los pasados demostraron que tenían probabilidades significativamente mayores de tener una morfología anormal y un volumen de semen por debajo del valor de referencia de la OMS	Hehemann MC, Raheem OA, Rajanahally S, Holt S, Chen T, Fustok JN, et al. Evaluation of the impact of marijuana use on semen quality: a prospective analysis. Ther Adv Urol [internet]. 2021 [citado 20 mar 2023]; 13. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367341/
Modifiable and non-modifiable risk factors for poor sperm morphology[16] **Junio 2014, Reino Unido (UK)**	Estudio caso-control, en el cual se seleccionaron 2.249 varones ≥ 18 años, que habían intentado concebir un embarazo espontáneo sin métodos anticonceptivos durante al menos 12 meses sin éxito, que acudieron a clínicas de fertilidad para realizarse un análisis de parámetros seminales, autoinformando consumo de drogas y/o sustancias. También se informaron noxas ocupacionales. Como resultado se observó que los factores de riesgo para un deterioro en la morfología espermática correspondían a: muestras obtenidas en verano y consumo de cannabis por tres meses previos a la obtención de la muestra. Se observa que los hombres que llevaban más de seis días de abstinencia tienen una mejor morfología espermática que los otros casos	Pacey AA, Povey AC, Clyma JA, McNamee R, Moore HD, Baillie H, et al. Modifiable and non-modifiable risk factors for poor sperm morphology. Hum Reprod 2014; 29(8):1629-36

Tabla 1. Resumen de artículos analizados en esta revisión *(continuación)*

Título/fecha/país	Resultado principal	Referencia artículo
Cannabis consumption might exert deleterious effects on sperm nuclear quality in infertile males[17] **Noviembre 2019, Francia**	Estudio transversal retrospectivo en el cual se seleccionaron 54 varones que consultaron por infertilidad de factor masculino tras 12 meses de intento de embarazo espontáneo y que presentaron al menos un parámetro del espermiograma alterado. Se les consultó si eran consumidores o no de marihuana. En el estudio, 27 hombres infértiles consumidores de marihuana fueron comparados con 27 hombres infértiles que no eran consumidores. Los análisis se realizaron en muestras de semen, utilizando las técnicas de: fluorescencia *in situ* e hibridación para evaluar alteraciones del número cromosómico, terminal deoxynucleotidyl transferase-mediated dUTP nick-end labelling para investigar la fragmentación del ADN, tinción azul de anilina para examinar la condensación de la cromatina y *Motile Sperm Organelle Morphology Examination* (MSOME) para detectar vacuolas en las cabezas de los espermatozoides. El 59% de los consumidores de cannabis presentó teratozoospermia (recuento aumentado de espermatozoides con forma anormal) junto a oligozoospermia en el 44% de los casos. Se concluyó que el consumo de cannabis podría tener efectos deletéreos sobre la calidad del núcleo celular espermático en hombres infértiles, ya que aumenta las anomalías cromosómicas numéricas y la fragmentación del ADN. Además, se indica que el consumo de cannabis produce alteraciones en la espermatogénesis, desde la meiosis hasta la espermatogénesis propiamente, alterando la maduración de los espermatozoides	Verhaeghe F, di Pizio P, Bichara C, Berby B, Rives A, Jumeau F, et al. Cannabis consumption might exert deleterious effects on sperm nuclear quality in infertile men. Reprod Biomed Online 2020 Feb; 40(2):270-80
Delta-9 THC can be detected and quantified in the semen of men who are chronic users of inhaled cannabis[18] **Abril 2020, EE.UU.**	Estudio piloto de prueba de concepto, en el cual 12 varones participantes se presentaron una sola vez en Brigham and Women's Hospital (BWH). Los usuarios fueron seleccionados a través de entrevistas telefónicas, y se les pidió que planificaran un periodo de abstinencia de 48 a 72 horas desde su última eyaculación antes de la visita, y que consumieran cannabis dentro de las 24 horas de su visita al estudio. Se les pidió a los participantes que completaran una encuesta escrita que detalla su consumo de marihuana, además de una muestra de orina y una de semen, y luego, una muestra de suero por punción venosa. En promedio, la edad de los participantes fue de 27 años, el IMC de 24,7, el consumo de marihuana fue de 10 horas antes de su visita al estudio, y la abstinencia fue de 53 horas aproximadamente. La mayoría de los participantes se considera consumidor habitual de marihuana durante al menos cinco años. 10 de 12 participantes consumieron marihuana al menos cinco veces en la semana previa al estudio, y todos dijeron consumir entre 25 y 30 días del último mes. Respecto a la morfología, se observó que 7 de 12 de los participantes presentaron más del 4% de espermatozoides de formas normales (la mediana de morfología fue de 5,5%)	Lee MS, Lanes A, Ginsburg ES, Fox JH. Delta-9 THC can be detected and quantified in the semen of men who are chronic users of inhaled cannabis. J Assist Reprod Genet 2020 Jun 1; 37(6):1497-504

Tabla 1. Resumen de artículos analizados en esta revisión *(continuación)*

Título/fecha/país	Resultado principal	Referencia artículo
Anandamide modulates human sperm motility: implications for men with asthenozoospermia and oligoasthenoteratozoospermia[19] **Mayo 2013, Reino Unido (UK)**	Estudio prospectivo cuantitativo, en el que se obtuvo semen de 86 hombres, de los cuales 45 eran normozoospermia, 11 asthenozoospermia, 22 oligoasthenoteratozoospermia y 8 teratozoospermia. Se tomaron muestras de esperma a los 15, 30, 45, 60 y 90 minutos después de la adición de metanandamida AEA para demostrar un efecto dependiente del tiempo sobre la motilidad de los espermatozoides. La motilidad de los espermatozoides en las muestras control disminuyó ligeramente del 71 al 64%. Mientras que la Meth-AEA ejerció una disminución rápida y significativa de la motilidad de los espermatozoides, con una reducción inmediata del 71% al 39% en 15 minutos, y una reducción adicional al 26% a los 90 minutos. El efecto inhibidor de la Meth-AEA en la motilidad de los espermatozoides fue reversible después del lavado de las células. El aumento de las concentraciones de Meth-AEA mostró que las concentraciones de hasta 10 nM no ejercieron ningún efecto sobre la motilidad progresiva de los espermatozoides. El pretratamiento de la suspensión de esperma con JTE-907 (potente antagonista de CB2) durante 15 minutos antes de la adición de Meth-AEA (1 mM) no evitó la reducción de la motilidad espermática. Mientras que la preincubación con AM251 (potente antagonista de CB1) evitó la reducción de la motilidad espermática	Amoako AA, Marczylo TH, Marczylo EL, Elson J, Willets JM, Taylor AH, et al. Anandamide modulates human sperm motility: implications for men with asthenozoospermia and oligoasthenoterato-zoospermia. Hum Reprod 2013; 28(8):2058-66
Marijuana smoking and markers of testicular function among men from a fertility center[20] **Febrero 2019, EE.UU.**	Estudio longitudinal que incluyó a 662 hombres subfértiles registrados en una clínica de fertilidad, a quienes se les aplicó un cuestionario de salud autoinformado sobre hábitos nocivos y del estilo de vida, y de los cuales se obtuvieron 1.143 muestras de semen y 317 muestras sanguíneas. De las muestras obtenidas, se realizaron análisis de espermiograma, medición hormonas sexuales y análisis de la integridad del ADN. Del estudio se obtuvo que los fumadores de marihuana tienden a tener una mayor concentración espermática versus quienes nunca han consumido la sustancia y se sigue un patrón similar en relación con el conteo total de espermatozoides, por otra parte, los parámetros de motilidad y concentración espermática de los fumadores fueron menores a los valores de referencia indicados por la OMS, y junto con esto, los fumadores de marihuana poseen niveles significativamente más bajos de FSH En el análisis de ADN no se observaron alteraciones en los fumadores. Debido a esto, los autores indican que no hay información concluyente para indicar si el consumo de marihuana afecta o no a la fertilidad masculina	Nassan FL, Arvizu M, Mínguez-Alarcón L, Williams PL, Attaman J, Petrozza J, et al. Marijuana smoking and markers of testicular function among men from a fertility centre. Hum Reprod 2019; 34(4):715
Relationship between seminal plasma levels of anandamide congeners	Corresponde a un estudio prospectivo cuantitativo, donde se tomaron alícuotas de 10 Ml de esperma 15, 30, 45, 60 y 90 minutos después de la adición de PEA u OEA para examinar el efecto dependiente del tiempo de estos sobre la motilidad del esperma.	Elson J, Taylor AH, Willets JM, Konje JC. Relationship between seminal plasma levels of anandamide congeners

Tabla 1. Resumen de artículos analizados en esta revisión *(continuación)*

Título/fecha/país	Resultado principal	Referencia artículo
palmitoylethanolamide and oleoylethanolamide and semen quality[21] **Septiembre 2014, Reino Unido (UK)**	Las curvas de dosis-respuesta se construyeron incubando alícuotas de esperma sin (muestra control) o con concentraciones crecientes de PEA u OEA (1 nM-10 mM) durante 30 minutos. Después de 15 a 90 minutos de incubación, la PEA ejerció un aumento significativo en la motilidad progresiva de los espermatozoides (77% a los 15 minutos; 81% a los 30 minutos; 81% a los 45 minutos; 80% a los 60 minutos; 80% a los 90 minutos). Mientras que los espermatozoides control en los tiempos correspondientes mostraron una disminución significativa (70% a los 15 minutos; 70% a los 30 minutos; 69% a los 45 minutos; 69% a los 60 minutos; 67% a los 90 minutos). La OEA también indujo un aumento significativo dependiente del tiempo en la motilidad progresiva de los espermatozoides (74% a los 15 minutos; 77% a los 30 minutos; 79% a los 45 minutos; 79% a los 60 minutos; 76% a los 90 minutos), en comparación con las muestras control (69% a los 15 minutos; 69% a los 30 minutos; 69% a los 45 minutos; 67% a los 60 minutos; 67% a los 90 minutos). La exposición de los espermatozoides a dosis crecientes de PEA u OEA (10 nM-10 mM) durante 30 minutos resultó en un aumento significativo dependiente de la dosis en el porcentaje de motilidad progresiva de los espermatozoides	palmitoylethanolamide and oleoylethanolamide and semen quality. Fertil Steril. 2014 Nov 1; 102(5):1260-7
The effect of tetrahydrocannabinol on testosterone among men in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination SurveyB[22] **Febrero 2020, EE.UU.**	Corresponde a un estudio transversal en el cual participaron 5.146 hombres ≥ 18 años, quienes respondieron un cuestionario sobre uso de sustancias y estilo de vida, y se sometieron a pruebas de laboratorio para identificar si eran consumidores habituales de THC (mínimo una vez al mes, durante el último año). Los resultados obtenidos fueron: de los 5.146 participantes, 3.027 habían consumido THC al menos una vez en su vida y de ellos, el 49,3% indicó ser conconsumidor regular de la sustancia; entre los análisis, se midió edad, comorbilidades, IMC, uso de sustancias (drogas, alcohol y tabaco), nivel de ejercicio físico y raza. Finalmente se demostró que había una diferencia pequeña pero estadísticamente significativa en los niveles de testosterona, los cuales se encontraron aumentados en quienes reportaban ser consumidores de THC independiente de la frecuencia del uso y quienes indicaron que la usaban dos o tres veces por semana, tuvieron un aumento mayor de testosterona (+ 66,77 ng/dL) en comparación a quienes no consumen. Mientras que los hombres que consumían > 25 veces al mes demostraron un aumento menor (+ 33 ng/dL)	Fantus RJ, Lokeshwar SD, Kohn TP, Ramasamy R. The effect of tetrahydrocannabinol on testosterone among men in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. World J Urol 2020 Dec 1; 38(12):3275-82
Gonadal and Cortisol Hormone Profile among Male Chronic Khat Marijuana and Heroin abuses[23]	Corresponde a un estudio caso-control en el cual participaron 171 hombres (148 usuarios de drogas y 23 controles). Se realizaron análisis mediante las técnicas electroquimioluminiscencia e inmunoensayo, junto a un cuestionario sociodemográfico aplicado mediante entrevista. Como resultado se obtuvo que la mediana etaria para consumo de drogas es 27 años; la mediana de los niveles de estradiol en los consumidores de marihuana fue de	Yibrah M, Negesso AE, Gebregziabher A, Challa F, Mudi K, Tesfay F, et al. Gonadal and Cortisol Hormone Profile among Male Chronic Khat, Marijuana, and Heroin

Tabla 1. Resumen de artículos analizados en esta revisión *(continuación)*

Título/fecha/país	Resultado principal	Referencia artículo
Noviembre 2019, Etiopía	44 pg/ml, significativamente más alto que el grupo control, la mediana de los niveles de LH en consumidores de marihuana fue 5 UI/L y fue significativamente más bajo que el grupo de control, la mediana de los niveles de testosterona en consumidores de marihuana fue 6,3 ng/ml y fue significativamente más bajo que el grupo control y finalmente las hormonas FSH y cortisol no demostraron diferencias significativas entre los consumidores de marihuana y el grupo control. Por lo que se cree que la disminución de la testosterona podría atribuirse a la inhibición de la hormona liberadora de gonadotropina en el hipotálamo por el efecto de 9-tetrahidrocannabinol (THC)	Abuses. Int J Endocrinol. 2019; 2019:4178241

Junto a esto se demostró que la preincubación de esperma con antagonista de receptores CB1 (AM251), un potente antagonista de receptores CB1, evitó la reducción de la motilidad espermática al adicionar Meth-AEA a la muestra, y que el efecto inhibidor del exocannabinoide en la motilidad de los espermatozoides fue reversible después de pasar por un procedimiento de lavado de células a los 15 minutos de incubación; sin embargo, cuando el tiempo de incubación supera los 90 minutos se produce un efecto irreversible sobre la motilidad de los espermatozoides[20].

En contraposición, solo dos artículos mencionan que la motilidad espermática se encontraba dentro de los límites de normalidad de la OMS, sugiriendo que el consumo de marihuana sería un factor protector contra la motilidad espermática anormal con tendencia a mejorar la motilidad progresiva normal[16]. Mientras que en el segundo artículo se hace referencia a dos congéneres de la anandamida, palmitoiletanolamida (PEA) y oleoiletanolamida (OEA), los cuales no activan los clásicos receptores de AEA, CB1 y CB2[22]. Se sugiere que actúan como "sustratos alternativos" que poseen actividades antioxidantes, antiinflamatorias y antimicrobianas que podrían proteger a los espermatozoides del daño oxidativo y mejorar su hiperactivación. Los autores explican que al exponer a las muestras de semen a dosis crecientes de PEA y OEA durante 15 a 90 minutos hubo un aumento significativo en el porcentaje de motilidad progresiva de los espermatozoides, un incremento dependiente de la dosis administrada. A los 90 minutos de aplicada PEA, el porcentaje de motilidad fue de un 80%, y al aplicar OEA, el porcentaje fue de un 76%, en comparación con las muestras control, que pasados los 90 minutos el porcentaje de motilidad fue de un 67%[22].

Alteraciones producidas por el consumo de marihuana en los niveles de testosterona

La Tabla 1 agrupa un total de cuatro artículos seleccionados para responder el objetivo relacionado con las alteraciones producidas por el consumo de marihuana en los niveles de testosterona. En tres investigaciones se menciona que el consumo de marihuana altera los rangos normales de testosterona plasmáticos. En dos de ellos los niveles estaban elevados en los varones consumidores de marihuana, siendo el aumento mayor en aquellos que consumían de dos a tres veces por semana en comparación a los consumidores de más de 25 veces al mes, ya que los niveles fueron 66,77 ng/dL y 33 ng/dL respectivamente[15,23]. Mientras que en el tercer artículo se encontraron niveles de testosterona plasmáticos disminuidos en relación con los parámetros internacionales, explicada por la inhibición de la hormona liberadora de gonadotropina en el hipotálamo por efecto del exocannabinoide THC[24].

En contraposición, en un artículo se encontró que los niveles de testosterona plasmáticos se situaban dentro de los parámetros internacionales de normalidad[19].

Discusión

El cannabis, o más conocido como marihuana, encabeza la lista de las drogas más utilizadas en el mundo. Hasta el año 2020 se estimaba que 209 millones de personas eran consumidoras de cannabis, representando el 4% de la población global, y que, durante la última década, debido a los periodos de confinamiento de la pandemia por COVID-19, el consumo de esta sustancia se ha elevado en un 23%, siendo la población consumidora de marihuana un 70% de varones[24].

Si bien los estudios de los efectos del consumo de marihuana en las distintas dimensiones del ser humano han sido de gran relevancia, sobre todo a nivel del sistema nervioso, los efectos que esta sustancia produce en el desarrollo reproductivo masculino se han ido convirtiendo en un área de preocupación, ya que según estudios epidemiológicos y experimentales se ha demostrado que el consumo de marihuana se ha asociado a una bajada en los niveles de testosterona, a menor cantidad de espermatozoides, y una disminución en la motilidad, viabilidad y alteración de la morfología, parámetros que pueden llegar a tener implicaciones negativas a largo plazo, contribuyendo de esta forma a la infertilidad masculina[25].

En la revisión de los artículos de este estudio se observó que, en general, el consumo de marihuana tiene efectos deletéreos en la morfología de los espermatozoides, documentándose en algunos casos teratozoospermia o reducción de los espermatozoides morfológicamente normales[15,16,18]. Por otra parte, el consumo por más de tres meses y la edad menor a 30 años son factores de riesgo para el deterioro de la morfología espermática[17]. Resultados similares a lo obtenido por Fronczack et al.[25] y Payne et al.[26] en sus trabajos respectivamente.

Entre las probables causas de las alteraciones de la morfología, en el estudio realizado por Verhaeghe et al.[18], que investigó el efecto del consumo de cannabis en la integridad nuclear espermática de hombres infértiles, el 59% de estos presentó teratozoospermia, y se observó que las tasas de aneuploidía, diploidía, anomalías cromosómicas totales, y fragmentación del ADN fueron significativamente mayores en usuarios consumidores de marihuana, demostrando que esta sustancia podría tener efectos nocivos sobre la calidad nuclear del esperma. De hecho, estos resultados son coincidentes con diversos estudios, que señalan la correlación existente entre los parámetros espermáticos anormales en la morfología y el daño a nivel de ADN espermático[27,28]. Las alteraciones producidas en el ADN espermático y en la tasa de aneuploidía podrían ser ocasionadas por la toxicidad directa de THC al unirse a los receptores endocannabinoides en las células intratubulares de los testículos, considerando que la marihuana puede inducir un efecto perjudicial en el ambiente postesticular a nivel del epidídimo al aumentar la producción local de ROS (especies reactivas de oxígeno) cuyo incremento se ha asociado a alteraciones en la morfología y a la pérdida de la motilidad espermática[11]; sin embargo, los autores destacan que sus hallazgos deben ser validados con estudios prospectivos con muestras más grandes y considerando más variables y muestras[17].

El sistema endocannabinoide se encuentra constituido por los receptores CB1 y CB2 ubicados en numerosas células como las neuronas, las células inmunitarias, endoteliales, vasculares, musculares, células que forman parte de los testículos, y en la cabeza y la pieza media de los espermatozoides[29-32]. A través de este sistema se podría explicar el efecto deletéreo de la marihuana en la morfología de los espermatozoides[18]. Tal como se observa en el estudio de Amoako et al.[19], quienes mostraron que el consumo de marihuana induce efectos perjudiciales en la espermatogénesis desde la meiosis, donde aumenta la tasa de no disyunción en meiosis I, hasta la espermiogénesis y, potencialmente, en los espermatozoides en la maduración postesticular, debido a la desregularización exógena de CB1 durante el tránsito epididimario, ya que CB1 preserva la integridad del ADN de los espermatozoides en este tránsito, regula las etapas posmeióticas, controlando la diferenciación en la espermiogénesis, características comunes asociadas a los espermatozoides de varones consumidores de marihuana con astenozoospermia y oligoastenoteratozoospermia.

Respecto de los efectos de la marihuana sobre la motilidad espermática se observó que existen alteraciones, lo cual coincide con las revisiones sistemáticas de Payne et al.[26] (2019) y de Srinivasan et al.[33] (2021), quienes exponen que la evidencia más extensa obtenida fue en relación con la motilidad espermática, concluyendo que el consumo de marihuana reduce este parámetro, tal como se encontró en cinco de los estudios revisados en este trabajo[15,18-21,33].

Como menciona Srinivasan y su grupo de investigación en el artículo *The Effect of Marijuana on the Incidence and Evolution of Male Infertility*, debido a la señalización ejercida por el receptor CB1, es que el consumo de marihuana podría tener un efecto inhibidor en la motilidad espermática, especialmente en aquellos consumidores recientes y de altas dosis de THC. Barbonetti et al.[34] en un estudio realizado en 2010 explican lo anterior debido a que CB1 establece un vínculo con la actividad mitocondrial de los espermatozoides generando una reducción significativa del potencial transmembrana mitocondrial y, por ende, un deterioro en la motilidad de los espermatozoides. En su estudio, cuando los espermatozoides estuvieron bajo un bloqueo de glucólisis, la introducción de Met-AEA, análogo sintético de la endocannabinoide anandamida, alteró negativamente la motilidad de los espermatozoides.

En la misma línea, un estudio que utilizó muestras de esperma lavadas y muestras de esperma puras, profundizó el vínculo entre el cannabis y la disfunción mitocondrial del espermatozoide, ya que al adicionar THC a las muestras de semen y medir la concentración de oxígeno como marcador de respiración, se observó que la respiración mitocondrial disminuyó inmediatamente, efecto dependiente de la concentración, la dosis o el tiempo de exposición de THC al cual se expuso el espermatozoide, presentándose en algunos casos irreversibilidad o astenozoospermia, relacionado principalmente al consumo crónico de la sustancia[18-20,35]. Si bien el efecto negativo sobre la motilidad espermática se presentó en muestras lavadas y puras, el efecto fue más

pronunciado en aquellas muestras de esperma lavadas, lo que sugiere que el plasma seminal contiene algunos factores protectores[35].

En contraste a lo señalado anteriormente, Hehemann et al.[15], en el año 2021, concluyen que si bien el consumo de marihuana podría tener un efecto perjudicial en la calidad del semen, esta sustancia podría ser un factor protector contra la motilidad anormal de los espermatozoides, con tendencia a mejorar las posibilidades de presentar una motilidad progresiva normal, entendiéndose como la capacidad del espermatozoide de avanzar y recorrer las tubas uterinas hasta llegar al óvulo, sugiriendo que el consumo de marihuana tiene un efecto parcialmente pro espermatogénico. En la misma línea, Nassan et al.[20] hacen énfasis en que el uso moderado de marihuana se podría relacionar con una mejor función testicular, pero que esta situación se revierte al aumentar la dosis de la sustancia, lo que sugiere que si bien la marihuana tiene un efecto de hiperactivación espermática inicial, con el aumento de dosis y frecuencia en el consumo de marihuana la motilidad hiperactivada de los espermatozoides se va deteriorando[20].

Un hallazgo importante analizado en el artículo de Amoako et al.[19], en el año 2013, en el cual se tomó esperma de 86 varones, de los cuales 11 presentaban astenozoospermia, 22 oligoastenoteratozoospermia y ocho teratozoospermia en distintos momentos posterior a la administración de Meth-AEA, con el fin de demostrar un efecto dependiente del tiempo sobre la motilidad de los espermatozoides. Si bien la adición de Meth-AEA a las muestras ejerció una disminución rápida y significativa en la motilidad de los espermatozoides, el efecto inhibidor de esta sustancia sobre la motilidad fue reversible después de un proceso de lavado de las células, además de demostrar que la preincubación de las muestras de semen con AM251, el cual corresponde a un potente antagonista de receptores CB1, evitó la reducción de la motilidad de los espermatozoides; mientras que el pretratamiento con JTE-907, un potente antagonista de CB2, no evitó la reducción de la motilidad, lo que indica que los efectos de Meth-AEA sobre la motilidad de los espermatozoides están relacionados con el funcionamiento de los receptores CB1[19]. Adicionalmente, estos investigadores evaluaron los mecanismos moleculares por los cuales la Meth-AEA modulaba negativamente la motilidad espermática, mediante el estudio de su efecto sobre la actividad mitocondrial, explicando que al disminuir la actividad mitocondrial también lo haría el suministro de energía, lo que afectaría a múltiples funciones espermáticas, incluyendo la motilidad, lo que es similar a lo descrito por Barbonetti et al.[34], quienes describen que la marihuana inhibe la motilidad espermática mediante la inhibición mitocondrial y la respiración celular.

En relación a los efectos del consumo de marihuana en los niveles de testosterona plasmáticos, los resultados no fueron concluyentes, ya que si bien la mayoría de los autores señalan que el consumo de cannabis produce cambios en los niveles de testosterona, los autores discrepan en sus resultados, ya que en algunos se indica que aumentan, mientras que en otro señalan que disminuyen[15,23,24], y solo uno de los autores señala que no existen modificaciones en los niveles de testosterona en usuarios consumidores de dicha sustancia[19]. Resultado concordante con lo descrito por Payne et al.[26] (2019) en su revisión bibliográfica que señala que a pesar de que en la mayoría de los estudios observados en humanos los niveles de testosterona se ven modificados por el consumo de cannabis, en el suyo no lo hacen significativamente.

El mecanismo biológico por el cual la marihuana ejerce un efecto sobre el sistema hormonal es por la respuesta de los receptores endocannabinoides al THC, ya que los receptores CB1 se encuentran ubicados en las células de Leydig de los testículos, las cuales son principal fuente de síntesis de testosterona en varones, y en la hipófisis anterior que produce las hormonas FSH y LH, mediante el estímulo de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) hipotalámico[36]. Como menciona Fronczak et al. (2012), los estudios humanos realizados por Cone et al.[37] (1986) y el grupo de Vescovi[38] (1992) concluyen sistemáticamente que el THC tiene un efecto negativo en la fisiología reproductiva masculina, observándose alteraciones a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, y una disminución en la secreción de LH, lo que podría explicar la bajada en los niveles de testosterona. Este resultado se pudo encontrar en uno de los estudios, donde los niveles plasmáticos de testosterona y LH fueron menores a los rangos normales[24].

En concordancia con los autores anteriores, Payne et al.[26] (2019), en su revisión bibliográfica, mencionan que en modelos tanto animales como humanos el cannabis reduce constantemente a LH. Kolodny et al[39]. encontraron una reducción significativa de los niveles de testosterona entre usuarios crónicos y exclusivos de marihuana, en comparación con los controles de la misma edad que nunca habían consumido la sustancia, destacando que la reducción fue dependiente de la dosis; sin embargo, no observaron una diferencia significativa en los niveles de LH en el plasma de los hombres fumadores crónicos.

En contraste, dos de los estudios analizados presentaron resultados distintos a lo descrito: Gundersen et al.[14] (2015) y Fantus et al.[22] (2020) describen que si bien varios estudios demuestran que el consumo de marihuana produce una disminución en los niveles de testosterona y LH, en su estudio el nivel de testosterona correlacionado al THC se encontraba sobre los rangos de normalidad, enfatizando que este resultado no se pudo aislar del efecto del tabaco, puesto que esta sustancia aumenta los niveles de testosterona y que estos resultados pueden no ser causales. Por otro lado, Lee et al.[18] (2020), en su estudio con 12 usuarios,

obtuvieron un participante con niveles bajos de LH, pero todos en su cohorte presentaron niveles de testosterona normales, lo que justificaron mencionando el pequeño tamaño de su muestra.

Un descubrimiento importante realizado por Thistle et al.[36] (2017), en su estudio de cohorte con 1.577 hombres estadounidenses, es que si bien no encontraron diferencias significativas en los niveles plasmáticos de testosterona entre los usuarios consumidores y no consumidores de marihuana, lograron identificar que el consumo reciente podría tener una relación más fuerte con los niveles de testosterona que la frecuencia con la que se consume.

La interpretación de los diferentes textos analizados en este trabajo, en relación con los efectos del consumo de marihuana en la fertilidad masculina, indica:

- Una importante alteración en el eje reproductivo masculino, ya que los parámetros de morfología, motilidad y niveles de testosterona plasmáticos se vieron alterados producto del consumo crónico en la mayoría de los casos, lo que es considerado significativo para el futuro de investigaciones en el área de la reproducción humana.
- De esta manera se abren grandes posibilidades para estudiar en profundidad a la población susceptible a la noxa y analizar cuáles podrían ser las consecuencias a largo plazo, tanto en el individuo como en dicha población a nivel mundial, teniendo como antecedente la prevalencia del consumo de la sustancia, el inicio precoz del consumo y la etapa del ciclo vital en la que principalmente se consume, pudiendo afectar y/o alterar otras áreas del desarrollo.
- Una limitación de gran importancia, obtenida en esta investigación, es la escasa información que existe en la literatura internacional respecto a los efectos del consumo de cannabis en áreas distintas al deterioro de la función cognitiva, respiratoria, cardiovascular, entre otras; esto asociándose al estigma que existe hacia el consumo de la sustancia, junto a sesgos culturales, psicosociales y/o políticos ligados al marco legal vigente en las diversas naciones, lo que podría impedir que se realicen estudios más exhaustivos en materia de reproducción humana.
- Derivado de lo antes mencionado es interesante pensar en futuras investigaciones, como el planteamiento de una vía alternativa, que llegaría a mejorar e incluso revertir el deterioro en la motilidad producida por el consumo de THC en el gameto masculino, como así lo plantea Amoako et al.[21] en su estudio en el que introduce congéneres de AEA, denominados PEA y OEA. Estas moléculas se encuentran disminuidas en cuantía en el semen de hombres con asthenozoospermia y oligoasthenozoospermia, lo cual podría otorgar indicios de una estrecha relación entre motilidad espermática y dichos compuestos. Su importancia radica en su capacidad de activar vías alternas a las que activan los receptores CB1 y CB2, junto a su potente efecto antioxidante, antiinflamatorio y antimicrobiano, lo que podría traducirse en un biomarcador de fertilidad masculina por su efecto protector del ambiente espermático. Según el estudio mencionado, PEA y OEA mejoran la motilidad espermática progresivamente dependiendo del tiempo de incubación, los autores obtuvieron mediante pruebas *in vitro* que, una vez añadidos los congéneres a las muestras seminales e incubándolas por 15-30-45-60-90 minutos, el porcentaje de incremento en la motilidad correspondió a 77%, 81%, 81%, 80% y 80% respectivamente, y la muestra control sufrió un drástico descenso entre los 67% y 70%, indicando a su vez que esta mejora es dosis dependiente.
- En cuanto al rol de la matronería respecto al efecto del consumo de marihuana en la fertilidad masculina, destaca la relación que tiene con el control preconcepcional, ya que la labor previa de educar y preparar a las personas previa a una gestación es una tarea propia de matronas/es, por lo cual debe plantearse desde una perspectiva actualizada e integral ahondar en las conductas que se han establecido en la población durante al menos las últimas dos décadas, en sus repercusiones y/o posibles beneficios. De esta manera, se plantean nuevos desafíos para matronas/es, entre ellos, el mantenimiento actualizado de sus conocimientos, permitiendo que una mayor parte de la población tenga acceso a este conocimiento y consecuentemente, goce de buena salud sexual y reproductiva.
- Las estrategias propuestas para la realización de controles preconcepcionales consisten en enfocar el control en la anamnesis, realizando preguntas dirigidas a las prácticas y hábitos que tienen los usuarios, para así brindar durante la consulta la educación y promover hábitos saludables, y prevención de hábitos nocivos para la salud, con el fin de informar a los usuarios acerca de los riesgos y/o beneficios que estas prácticas traen consigo, y ofrecer las alternativas a las cuales pueden optar para tomar una decisión de manera informada y consciente al momento de generar un cambio o no.
- Para un correcto asesoramiento preconcepcional es imprescindible la formación integral y especializada de los profesionales en el área de fertilidad, y que estos mantengan los conocimientos actualizados, en este caso, sobre el uso de drogas como la marihuana, las consecuencias y/o beneficios que esta tiene en la salud sexual y reproductiva de los varones, la búsqueda de patologías crónicas prevalentes y sus repercusiones en la fertilidad masculina. El objetivo es que el profesional sea capaz de explicar y transmitir la información de manera clara y concisa a los usuarios, para que, a través de una consejería efectiva e inteligible, la pareja o la

persona puedan tomar las mejores decisiones respecto a hábitos que afecten directamente su salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

- El consumo de marihuana por los adolescentes y jóvenes produce efectos negativos sobre su salud biopsicosocial, temporal, o de forma permanente, cuando el tóxico ha generado cambios estructurales y daños graves en el tejido cerebral.
- El consumo de marihuana afecta la morfología espermática dependiendo del tiempo de uso y la edad de inicio del consumo.
- Existe una asociación entre el consumo de marihuana y la disminución de la motilidad espermática.
- La frecuencia con la que se consume marihuana define la existencia de alteraciones en los niveles de testosterona sérica, si bien las modificaciones no son importantes sí producen consecuencias negativas, por la modificación del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-gónada.
- El rol de matronas/es es fundamental para promover hábitos de vida saludable, permitiendo que las personas tomen las mejores decisiones, considerando que estas tendrán una repercusión en su salud sexual y reproductiva.
- Son precisas campañas de concientización social desde la Educación para la Salud en la Atención Primaria de Salud y fundamentalmente dirigida por matronas/es, hasta la divulgación por medios de comunicación social para alertar de los perjuicios de la marihuana.

Bibliografía

1. Abel EL. Marihuana The First Twelve Thousand Years, by. Springer 2010.
2. López MF, Compton WM, Volkow ND. Changes in Cigarette and Illicit Drug Use Among US Teenagers. Arch Pediatr Adolesc Med 2009 Sep 7; 163(9):869-70.
3. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. The Lancet. 2009 Jan; 6(1-2):39-45.
4. Díaz Fernández R, Sierra Berdejo M, Salavera C. Cannabis: una sustancia que afecta al desarrollo de las habilidades de comunicación y al uso del lenguaje de los adolescentes consumidores. Revisión sobre algunos aspectos. Boletín Aelfa 2011 Apr 1; 11(1):26-32.
5. Observatorio Nacional de Drogas (OND). Décimo Cuarto Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2020. OND [internet] 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2022/01/Estudio-PG2020.pdf
6. Compton MT, Manseau MW. The Complex Connection between Cannabis and Schizophrenia. The Complex Connection between Cannabis and Schizophrenia. 2018 Jan 1; 1-347.
7. Robert Segarra A, Torres Giménez A, Tejero Pociello A, Campo López C, Pérez de los Cobos J. Efectos esperados y adversos del consumo de cannabis en sujetos dependientes de los tetrahidrocannabinoides. Trastor Adict 2006 Jul 1; 8(3):148-54.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Esterilidad. Nota descriptiva [internet]. Geneva: OMS; 2020 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infertility
9. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, et al. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Fertil Steril 2017 Sep 1; 108(3):393-406.
10. Mackenna A (ed.). Reproducción Humana e Infertilidad. Reproducción Humana e Infertilidad. Santiago: Mediterráneo; 2013.
11. Vásquez F, Echeverri DV. Espermograma y su utilidad clínica Clinical utility of espermogram. Barranquilla (Col). 2007; 23(2):220-30.
12. Hsiao P, Clavijo RI. Adverse Effects of Cannabis on Male Reproduction. Eur Urol Focus 2018 Apr 1; 4(3):324-8.
13. Du Plessis SS, Agarwal A, Syriac A. Marijuana, phytocannabinoids, the endocannabinoid system, and male fertility. J Assist Reprod Genet 2015 Nov 1; 32(11):1575-88.
14. Gundersen TD, Jørgensen N, Andersson AM, Bang AK, Nordkap L, Skakkebæk NE, et al. Association Between Use of Marijuana and Male Reproductive Hormones and Semen Quality: A Study Among 1,215 Healthy Young Men. Am J Epidemiol 2015 Sep 15; 182(6):473-81.
15. Hehemann MC, Raheem OA, Rajanahally S, Holt S, Chen T, Fustok JN, et al. Evaluation of the impact of marijuana use on semen quality: a prospective analysis. Ther Adv Urol [internet]. 2021 [citado 20 mar 2023];13. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367341/
16. Pacey AA, Povey AC, Clyma JA, McNamee R, Moore HD, Baillie H, et al. Modifiable and non-modifiable risk factors for poor sperm morphology. Hum Reprod 2014; 29(8):1629-36.
17. Verhaeghe F, di Pizio P, Bichara C, Berby B, Rives A, Jumeau F, et al. Cannabis consumption might exert deleterious effects on sperm nuclear quality in infertile men. Reprod Biomed Online 2020 Feb; 40(2):270-80.
18. Lee MS, Lanes A, Ginsburg ES, Fox JH. Delta-9 THC can be detected and quantified in the semen of men who are chronic

users of inhaled cannabis. J Assist Reprod Genet 2020 Jun 1; 37(6):1497-504.

19. Amoako AA, Marczylo TH, Marczylo EL, Elson J, Willets JM, Taylor AH, et al. Anandamide modulates human sperm motility: implications for men with asthenozoospermia and oligoasthenoteratozoospermia. Hum Reprod 2013; 28(8):2058-66.

20. Nassan FL, Arvizu M, Mínguez-Alarcón L, Williams PL, Attaman J, Petrozza J, et al. Marijuana smoking and markers of testicular function among men from a fertility centre. Hum Reprod 2019; 34(4):715.

21. Amoako AA, Marczylo TH, Elson J, Taylor AH, Willets JM, Konje JC. Relationship between seminal plasma levels of anandamide congeners palmitoylethanolamide and oleoylethanolamide and semen quality. Fertil Steril. 2014 Nov 1; 102(5):1260-7.

22. Fantus RJ, Lokeshwar SD, Kohn TP, Ramasamy R. The effect of tetrahydrocannabinol on testosterone among men in the United States: results from the National Health and Nutrition Examination Survey. World J Urol 2020 Dec 1; 38(12):3275-82.

23. Yibrah M, Negesso AE, Gebregziabher A, Challa F, Mudi K, Tesfay F, et al. Gonadal and Cortisol Hormone Profile among Male Chronic Khat, Marijuana, and Heroin Abuses. Int J Endocrinol. 2019; 2019:4178241.

24. United Nations. World Drug Report 2022 [internet]. UN 2022 [citado 20 mar 2023]. Disponible en: https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html

25. Fronczak CM, Kim ED, Barqawi AB. The insults of illicit drug use on male fertility. J Androl. 2012 Jul; 33(4):515-28.

26. Payne KS, Mazur DJ, Hotaling JM, Pastuszak AW. Cannabis and Male Fertility: A Systematic Review. J Urol 2019 Oct 1; 202(4):674-81.

27. Gutiérrez Gutiérrez R. Daño al ADN espermático: aspectos clínicos y biológicos. Rev cuba endocrinol [internet]. 2007 [citado 20 mar 2023]; 18(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000200008&tlng=es&tnrm=iso&ttlng=es

28. Cruz I, Colmenares M, Berrueta-Carrillo L, Gómez-Pérez R, Montes H, Berrueta L, et al. Evaluación de la calidad del espermatozoide humano: comparación entre la integridad del ADN espermático y variables del semen. Invest Clin. 2010; 51(1):87-99.

29. Howlett AC, Barth F, Bonner TI, Cabral G, Casellas P, Devane WA, et al. International Union of Pharmacology. XXVII. Classification of cannabinoid receptors. Pharmacol Rev 2002; 54(2):161-202.

30. Munro S, Thomas KL, Abu-Shaar M. Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. Nature 1993; 365(6441):61-5.

31. Schuel H, Burkman LJ, Lippes J, Crickard K, Mahony MC, Giuffrida A, et al. Evidence that anandamide-signaling regulates human sperm functions required for fertilization. Mol Reprod Dev 2002; 63(3):376-87.

32. Rossato M, Popa FI, Ferigo M, Clari G, Foresta C. Human sperm express cannabinoid receptor Cb1, the activation of which inhibits motility, acrosome reaction, and mitochondrial function. J Clin Endocrinol Metab 2005 Feb; 90(2):984-91.

33. Srinivasan M, Hamouda RK, Ambedkar B, Arzoun HI, Sahib I, Fondeur J, et al. The Effect of Marijuana on the Incidence and Evolution of Male Infertility: A Systematic Review. Cureus 2021 Dec 3; 13(12).

34. Barbonetti A, Vassallo MRC, Fortunato D, Francavilla S, Maccarrone M, Francavilla F. Energetic Metabolism and Human Sperm Motility: Impact of CB1 Receptor Activation. Endocrinology 2010 Dec;151(12):5882.

35. Badawy ZS, Chohan KR, Whyte DA, Penefsky HS, Brown OM, Souid AK. Cannabinoids inhibit the respiration of human sperm. Fertil Steril 2009 Jun; 91(6):2471-6.

36. Thistle JE, Graubard BI, Braunlin M, Vesper H, Trabert B, Cook MB, et al. Marijuana use and serum testosterone concentrations among U.S. males. Andrology 2017 Jul 1; 5(4):732-8.

37. Cone EJ, Johnson RE, Moore JD, Roache JD. Acute effects of smoking marijuana on hormones, subjective effects and performance in male human subjects. Pharmacol Biochem Behav 1986; 24(6):1749-54.

38. Vescovi PP, Pedrazzoni M, Michelini M, Maninetti L, Bernardelli F, Passeri M. Chronic effects of marihuana smoking on luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone and prolactin levels in human males. Drug Alcohol Depend 1992; 30(1):59-63.

39. Kolodny RC, Masters WH, Kolodner RM, Toro G. Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marihuana use. N Engl J Med 1974 Apr 18; 290(16):872-4.

Enferteca
grupo paradigma

La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentr@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360°:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.

enferteca.com

grupo paradigma
Soluciones para el mundo enfermero

ARTÍCULO ESPECIAL

La Historia clínica, su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio

Juan Siso Martín

Doctor en Derecho Público. Profesor honorario de la Universidad Rey Juan Carlos Facultad de Ciencias de la Salud (Madrid). Director Académico del Instituto Superior de derecho y Economía (ISDE) en el Área Big Data de Derecho Sanitario. Miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Contacto: paracelso.2000@gmail.com

Fecha de recepción: 9 de marzo de 2023.
Fecha de aceptación: 10 de marzo de 2023.

Cómo citar este artículo:
Siso Martín J. La Historia clínica, su importancia en el proceso de responsabilidad sanitaria y su valor como medio probatorio. Matronas Hoy 2023; 11(1):53-67.

NOTA: el presente texto forma parte de la materia impartida por el autor en el Curso "Responsabilidad sanitaria y la nueva configuración legal de la imprudencia médica", destinada a Fiscales e impartido en el Centro de Estudios Jurídicos del Ministerio de Justicia.

Desde la AEM hemos solicitado al Doctor Siso su permiso para reproducir el texto y difundirlo a través de esta revista fundamentalmente entre profesionales sanitarios matronas, habida cuenta de que como tales están obligadas/os registrar en la Historia clínica sus acciones en el transcurso de su atención profesional. En consecuencia, deben en todo momento tener presente la trascendencia de "este conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial", como la define la Ley 41/2002. Al margen de la utilidad clínica, cobra especial relevancia la Historia como elemento probatorio cuando el profesional se ve inmerso en un proceso judicial.

No podemos olvidar que la Obstetricia y la Ginecología es una especialidad de riesgo y que el número de demandas contra matronas y obstetras se ha elevado sustancialmente en los últimos años, sin que eso suponga *a priori* que todas las acciones demandadas no estuvieran sujetas a *lex artis*, entendido este como criterio valorativo de la existencia o no de responsabilidad, o criterio de normalidad en la prestación asistencial sanitaria. Sin embargo, en cualquier caso, una vez iniciado un proceso judicial contra un profesional sanitario es en la Historia donde se pueden encontrar elementos de apoyo para la exculpación o inculpación de los imputados y de ahí la doble importancia de la Historia clínica.

Resumen

Introducción: el conjunto documental de la Historia clínica, cuya existencia en todo proceso de atención asistencial es obligatoria, además de su finalidad principal que es la asistencial, puede tener otras utilidades con repercusiones jurídicas, entre las cuales es importante destacar su papel primordial como prueba en procesos de responsabilidad asistencial.

Objetivo: como objetivo general está el instruir sobre todas las implicaciones de la Historia clínica, tanto a los profesionales sanitarios que dejarán constancia del cumplimiento formal y protocolario de los cuidados y las técnicas previstas efectuadas en el proceso de atención asistencial, como a los del cuerpo jurídico que, en caso de demanda contra los primeros, serán los juzgadores encargados de determinar si la praxis efectuada fue ajustada a *lex artis* o no.

Como objetivos específicos están: describir la importancia de la Historia clínica en el proceso de responsabilidad sanitaria, establecer el valor procesal de la Historia clínica como instrumento probatorio, exponer los conflictos de derechos protegidos que pueden surgir al acceder a la Historia clínica para utilizarla como prueba y explorar las implicaciones de la Historia clínica en los procesos de responsabilidad penal.

Metodología: revisión de conceptos y normativas jurídicas referidas a la Historia clínica con exposición de jurisprudencia relacionada.

Conclusiones: los profesionales sanitarios que prestan asistencia están obligados a cumplimentar la Historia clínica con verdad, con datos adecuados y rigor científico. La Historia clínica tiene un valor importante, además del asistencial, en los procesos de responsabilidad asistencial. La inexistencia de Historia clínica o una defectuosa cumplimentación genera responsabilidad contra la institución sanitaria depositaria, o cuando menos un perjuicio de su posición en la consideración procesal. El derecho de protección de la confidencialidad de la información contenida en la Historia debe ser preservado sin olvidar la necesaria observancia del principio de colaboración con la justicia. Un profesional demandado no puede negarse a una petición de aportación de pruebas salvo en el caso de acogerse a la obligación de no declarar contra sí mismo. Por otra parte, el mismo puede acceder al contenido de la Historia para extraer medios para su defensa, con las debidas cautelas de protección de la intimidad del paciente.

Palabras clave: profesionales sanitarios; matrona; Historia clínica; prueba; judicialización; responsabilidad sanitaria.

Abstract

Clinical record, its importance in the healthcare liability procedure and its value as piece of evidence

Introduction: *the Clinical Record, which is a compulsory set of documents in any healthcare process, has a primary healthcare objective, but may also be useful from the legal point of view, and it is important to highlight its essential role as evidence in healthcare liability procedures.*

Objective: *its overall objective is to instruct about all the implications of the Clinical Record, both for healthcare professionals, who will provide a written record of the formal compliance under protocol of all care activities and foreseen techniques conducted during the healthcare process, as well as for those in the legal staff who, in case of lawsuit against the former, will be the judges in charge of determining whether the praxis was conducted according to lex artis or not.*

The specific objectives are: to describe the importance of the Clinical Record in the healthcare liability procedure, to determine the procedural value of the Clinical Record as an instrument of evidence, to present the conflicts regarding protected rights that might arise when accessing the Clinical Record in order to use it as evidence, and to explore the implications of the Clinical Record in Criminal Liability procedures.

Methodology: *a review of concepts and legal rules regarding the Clinical Record with presentation of related legal precedents.*

Conclusions: *healthcare professionals who provide patient care are required to complete the Clinical Record with the truth, adequate data, and scientific rigour. The Clinical Record has an important value, as well as for healthcare, in Healthcare Liability Procedures. The lack of Clinical Record or its inadequate completion generates liability against the depositary healthcare institution, or at least it is damaging for its position in procedural consideration. The confidentiality protection right regarding the information contained in the Clinical Record must be preserved, without forgetting the need to observe the principle of collaboration with justice. A professional who has been sued cannot refuse to provide evidence as requested, except in the case of invoking the duty not to declare against themselves. On the other hand, they can also access the Clinical Record contents in order to extract means for their defence, with due caution to protect the patient's intimacy.*

Key words: *healthcare professionals; midwife; Clinical Record; evidence; judicialization; healthcare liability.*

Importancia de la Historia clínica en el proceso de responsabilidad sanitaria

Unas precisiones previas. La Historia clínica como documento asistencial y como documento jurídico

La Historia clínica es un conjunto documental (en el más amplio sentido de la palabra) concebido con una finalidad principal, la asistencial. Se dirige a contener el relato de la atención que recibe un paciente y poder atender a sus necesidades clínicas. Tiene, además, otras utilidades con repercusiones jurídicas pudiendo citarse las siguientes:

- Prestaciones de Seguridad Social (incapacidad temporal o permanente); examen, por la Inspección sanitaria, de las actuaciones registradas en la Historia; evaluación de la calidad asistencial en las actuaciones registradas; instrumento base del dictamen pericial que pueda resultar procedente; investigación y docencia, a través del contenido de la actividad recogida; compañías de Seguros (responsabilidades económicas a cargo de las mismas); se-

guridad pública (investigaciones de acciones delictivas); administración de Justicia. Procesos ante los Tribunales.

A este último apartado es al que dedicamos nuestra atención en estas páginas, aludiendo a la Historia clínica como valioso elemento para el desarrollo de la actividad judicial, aunque lleno de dificultades y controversia.

Ambas aplicaciones mencionadas, la clínico asistencial y la jurídico procesal, se imbrican perfectamente y de hecho aparecen en simultaneidad en el espacio jurídico, como se verá a continuación.

Hemos de comenzar enfatizando que la Historia clínica tiene un papel protagónico fundamental, y en ocasiones definitivo, en todos los procesos de responsabilidad asistencial. Se trata de un documento de existencia obligatoria y, por consiguiente, siempre va a estar sujeto a la posibilidad de que un juez ordene su exhibición procesal.

Se puede considerar como documento, en sentido procesal, aquel medio de prueba constituido por cualquier soporte material, que incorpora la expresión escrita o gráfica de un pensamiento, criterio o decisión o acto humano. De este modo, en el concreto espacio clínico pueden ser incorporados al proceso los informes, radiografías, fotografías e imágenes en cualquier soporte.

En este sentido amplio la Ley 41/2002, de 14 noviembre 2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LBAP), en su artículo 3, al exponer sus definiciones contiene la de información clínica como "todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla".

La dispersión normativa regulatoria de la Historia clínica

Conviene destacar que a la existencia, uso y disponibilidad de la Historia clínica le son aplicables varias normas de diferente rango, procedencia (estatal y autonómica) y ámbito jurídico (administrativo, penal, procesal...) como vamos a ver enseguida.

Confluyen en el tratamiento de la Historia clínica, en sus distintos aspectos, varias normas en nuestro Ordenamiento Jurídico. Con carácter principal la LBAP Capítulo V, artículos 11 a 19), así como el Código Deontológico Médico de julio de 2011 (CDM) y también el Código Deontológico de la Enfermería Española, aprobado por Resolución 32/89, reguladora de las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de esta profesión en España..

Contienen, también, preceptos relacionados con el asunto que nos ocupa, de forma destacada, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), así como la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo, relativo a la protección de datos de las personas físicas. Se irá dando cuenta de los correspondientes preceptos a lo largo de este documento.

Pese a la trascendencia de la utilización de la Historia clínica en el ámbito jurídico aún cabe calificar de dispersa e incompleta su regulación, como venimos expresando y como afirma el Profesor Flores Prada, de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. A esta dispersión, producto de la política legislativa descoordinada de las comunidades autónomas en materia de formalización de la Historia clínica, alude expresamente la Exposición de Motivos que precede al Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, al señalar que "Las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias en materia de gestión de la atención sanitaria, han venido implantando diferentes modelos y soluciones de Historia clínica o historia de salud para el uso interno de sus respectivos centros o servicios que, en los últimos años, ha sustituido el soporte tradicional en papel por el digital o electrónico"[1].

La importancia fundamental de este Real Decreto radica en la ordenación del contenido mínimo de la documentación clínica, que queda estructurada en ocho documentos (informe de alta, de consulta externa, de urgencias, de Atención Primaria, de resultado de pruebas de laboratorio, de resultado de pruebas de imagen, de cuidados de enfermería y de Historia Clínica resumida). Esta ordenación parcelada es importante, no solo por lo que aporta de claridad estructural a la documentación clínica, sino porque permite concretar y seleccionar los contenidos que puedan resultar de interés en un proceso, estando además disponible un resumen de la Historia clínica. Es de esperar que todo ello contribuya a evitar la perniciosa práctica de solicitar (por elevación) la información clínica completa, manteniéndose en límites razonables y proporcionales la intimidad del paciente y la reserva sobre otros datos de la Historia clínica no relevantes para el proceso en cuestión[2].

Informes médicos, informes clínicos e informes periciales

Bajo el amplio término de informes médicos se engloban, como subtipos de aquellos, los conceptos de informes clínicos e informes periciales, con su diferente naturaleza y utilidad procesal.

Se van a analizar los mencionados subtipos de informe médico. Se pueden encontrar, en dicho concepto de informe clínico, los siguientes elementos caracterizadores y diferenciadores; por otra parte, de otro concepto próximo pero netamente distinto, el de informe pericial.

- **Elemento subjetivo:** se refiere al profesional emisor del informe. Es el sujeto que expresa su análisis, valoración y criterio respecto de la asistencia. Aun cuando el informe clínico sea emitido por el centro sanitario en el que se ha dispensado dicha asistencia, es imprescindible la identificación de quien lo suscribe como profesional sanitario responsable de su contenido.

  A diferencia del informe pericial, el autor del informe clínico es quien dispensó la asistencia o el responsable del equipo asistencial. En el informe clínico la actuación del profesional es asistencial, mientras que la del perito tiene naturaleza analítica de la asistencia dispensada.

- **Elemento objetivo:** se trata del contenido de la información, que ha de atender al aspecto salud de las personas, pero bajo puntos de vista extremadamente amplios, como historia de salud, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, etc. También se diferencia el informe clínico del informe pericial por su contenido, pues el primero se contrae al relato de la asistencia llevada a cabo, mientras que en el segundo se ciñe a la pericia misma, la valoración del perito emisor. Conviene distinguir, por otra parte, en lo atinente al contenido, el concepto de informe clínico del de Historia clínica, siendo el primero de ellos mucho más limitado y parcial, aun cuando pueda ser elaborado, precisamente, a partir de la Historia. De hecho, esta última incorpora un conjunto de informes clínicos. En cualquiera de estos dos cuerpos documentales la temática que contienen es la asistencial referida a un individuo, con exposición de las acciones realizadas y criterios que las sustentan.

- **Elemento finalista:** se dirige el informe clínico a ilustrar, al propio paciente o a otros profesionales que accedan al contenido de aquel, sobre el estado de salud de una persona y sobre las acciones asistenciales realizadas a aquella, por quienes se llevaron a cabo y en qué circunstancias. Se describe este elemento en los informes médicos, no en los informes médico-legales, en cuyo grupo se encontrarían los informes periciales, cuya finalidad no es la asistencial, como sucede con los informes médicos, elaborados en el curso de la asistencia sanitaria y que aun cuando puedan utilizarse en un proceso no es esta la finalidad para la que fueron emitidos, sino la puramente asistencial. La finalidad de los informes periciales se encuentra en el terreno probatorio o ilustrativo del criterio judicial.

- **Elemento temporal:** el informe clínico es, normalmente, anterior al proceso, el informe pericial suele ser emitido durante el transcurso del procedimiento judicial. La relación clínica es anterior al proceso, mientras que la del perito con el tribunal surge, precisamente, con motivo del proceso. Esta diferencia trae consigo que el autor del informe clínico puede comparecer como testigo-perito, pero no como perito, en sentido propio. Queda perfectamente diferenciado, así, el informe clínico del informe pericial, por quién es su sujeto emisor, cuál es su contenido, por la finalidad que cada uno persigue y por el momento en el que cada uno tiene origen y cometidos.

El informe clínico no es un documento dirigido al juez, ni destinado en principio a aportar información al proceso, como hemos visto, aun cuando pueda ser de extrema utilidad en aquel como elemento probatorio.

Los informes clínicos tienen, pues, carácter de prueba documental ordinaria para su posible aportación al proceso, quedando sometidos al régimen de los soportes elaborados fuera o al margen del procedimiento judicial, susceptibles de contener información apta para la demostración de las alegaciones formuladas por las partes.

Es preciso apuntar ahora, sin perjuicio de mayores precisiones que haremos más adelante, que deben ser solicitados, como elementos probatorios, informes clínicos, no la Historia clínica completa, en aquellos casos en los que los pronunciamientos del informe arrojen luz u ofrezcan solución al problema planteado, con esta aportación parcial de la documentación sanitaria. Bajo los principios de austeridad se evitan conflictos adicionales por información excesiva e incluso no pertinente.

Valor procesal de la Historia clínica como instrumento probatorio

¿Por qué es tan valiosa en este ámbito?

La Historia clínica es un documento asistencial con implicaciones jurídicas, o dicho de otra manera constituye un documento asistencial legal. Explicitada su naturaleza y sus utilidades interesa, ahora, destacar su valor jurídico probatorio.

Reúne condiciones que la hacen codiciable en este sentido: su carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinador de las distintas atenciones recibidas y pruebas realizadas, así como su rigor científico y la presunción de veracidad de cuanto allí se contiene. Por si fuera poco, está elaborada por los propios protagonistas de la historia. ¿Se puede pedir más a un medio probatorio?

Es el documento más adecuado para evidenciar una posible negligencia sanitaria, pero también constituye el mejor medio de defensa para que el profesional sanitario pueda demostrar la inexactitud de las bases de la acusación contra él presentada, permitiendo, en su caso, desvirtuar los argumentos incriminatorios que se presenten en una denuncia o en una imputación contra el profesional de la Medicina. Es el documento más importante y la prueba capital que se puede aportar a un juicio de responsabilidad asistencial.

Su consideración como elemento probatorio se manifiesta en varios aspectos. Muestra la autenticidad de la relación asistencial misma (entre el paciente y el profesional sani-

tario o entre aquel y la institución asistencial, o entre el profesional y el centro asistencial) y evidencia, asimismo, la relación entre todas las partes mencionadas. La prueba no se ciñe solo a la existencia y nacimiento de los mencionados vínculos, sino también al desenvolvimiento de la relación y a cuantos aspectos contiene la misma. Deberá contener todas las menciones de anamnesis, diagnóstico, pruebas realizadas y sus resultados, diagnóstico principal y diferenciales, así como las prescripciones realizadas, el pronóstico y las pautas de evolución del paciente. Una historia bien elaborada contendrá no solo datos objetivos, sino también, aquellos criterios de opinión, estudio y valoración de los profesionales que han intervenido en la asistencia al paciente.

Cualquiera de las partes en un proceso quiere contar con la Historia clínica, o una copia fidedigna de la misma, para estructurar y respaldar el arsenal probatorio que fundamentará su pretensión acusatoria o defensiva en el juicio oral. Cobra especial relevancia la Historia como elemento probatorio en aquellos casos en los que se ha operado la inversión de la carga de la prueba, es decir, cuando este instrumento documental ha de ser utilizado por el profesional o el medio sanitario para encontrar elementos de apoyo a su exculpación.

Su valor como instrumento probatorio

La creciente judicialización de las actuaciones clínicas, fundamentalmente en el campo de la responsabilidad sanitaria, han convertido a la Historia clínica, y a la documentación clínica en general, en una fuente de prueba esencial en el proceso[3].

Las pruebas tienen como finalidad primordial general servir de fuente de conocimiento del hecho pasado que se investiga. En el plano estrictamente judicial han de posibilitar al juez acceder al conocimiento de aquello que se le plantea para su valoración jurídica y que desconoce, por ser un hecho pasado o una realidad ya ocurrida y respecto de la cual no ha tenido percepción directa alguna. La Historia clínica tiene el carácter de prueba preconstituida, con la importancia y problemática que suscita esta naturaleza y que iremos viendo.

La fase probatoria, normalmente, es la más relevante del procedimiento. La prueba es considerada una garantía dentro de todo proceso. Es un derecho del que gozan las partes intervinientes, quienes pueden presentar y pedir los medios de prueba, válidos en Derecho, que se consideren pertinentes para la validación o consolidación de los hechos que se pretenden en un proceso.

El contenido de la Historia clínica, como elemento probatorio, es el reflejo de la actividad asistencial y, lo que no consta en este acervo documental, se presume no realizado, aunque pueda ello desvirtuarse al demostrarse por otros medios probatorios. Así se ha declarado por el Tribunal Supremo en numerosas ocasiones desde hace largo tiempo, sirviendo como muestra la declaración contenida en la Sentencia de la Sala Primera del citado órgano de 5 de junio de 1998, con el siguiente tenor literal: "*El error de la Audiencia ha sido estimar como intocable, como hechos probados, lo que se dice en la Historia clínica sin apercibirse que tal historia no es más que el relato de un proceso médico, que puede o no ser verídico confrontado con los demás medios probatorios. No haciéndolo, o si se ha hecho no se manifiesta cómo lo ha sido, queda la Historia clínica como verdad irrefutable, lo que no puede admitirse*"[4].

Otra sentencia posterior, del mismo Tribunal y Sala[5], haciendo referencia a la que se acaba de comentar expone que: *"El historial médico no hace fe por sí mismo de los datos que contiene, los cuales pueden ser contrastados con los demás medios probatorios, pues no tienen carácter intocable, como declara la STS de 5 de junio de 1998, ya que la historia no es más que el relato de un proceso médico que puede, o no, ser verídico y que debe ser confrontado con los demás medios probatorios incluso, a falta de norma específica, sí se les reconoce el carácter de documentos administrativos como señala hoy el artículo 319.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil".*

Este criterio de valoración de la Historia clínica como prueba documental, a la par que su relativización junto a otros medios probatorios, es objeto de exposición en reiterada jurisprudencia, como se recoge en la emitida por la Sala Cuarta del Tribunal Supremo el 27 de noviembre de 2012[6] cuando expone que: en reciente sentencia de 24 de enero de 2012 (recurso 1052/2009), reiterando la de 6 de abril de 2011 (recurso 186/2007) hemos expresado que *"la prueba documental no tiene prevalencia sobre las demás y la veracidad intrínseca de un documento público puede ser desvirtuada por otro medio de prueba, especialmente si se trata de un documento del mismo carácter (sentencias de 10 de junio de 2003 (casación 285/99, FJ 4ºC), 29 de setiembre de 2004 (casación 3641/00, FJ 5ºA), y 16 de marzo de 2005 (casación 3149/01. FJ 2º). Más en particular, en lo que se refiere a los documentos públicos y a los privados no impugnados, ha de precisarse que hacen prueba plena del hecho, acto o estado de las cosas que reflejan".*

En el mismo sentido se pronunció la Sala 1ª de lo Civil del TS[7]. La Historia clínica no se configura como única prueba del proceso, cuestión aparte de su relevancia. Del mismo modo se señala en la STS de 5 de enero de 1998, diciendo que debe ser confrontada con los demás medios probatorios, ya sean testificales, documentales o de cualquier otra índole que se aporten al proceso.

El juzgador acudirá, para confirmar el relato contenido en la Historia o para ponerlo en contradicción a cualquiera de los instrumentos mencionados en la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)[8] como elementos pro-

batorios: 1º Interrogatorio de las partes. 2º Documentos públicos. 3º Documentos privados. 4º Dictamen de peritos. 5º Reconocimiento judicial. 6º Interrogatorio de testigos

A partir del documento que contiene la Historia clínica, en los procesos por responsabilidad asistencial se practican otra serie de medios de prueba, de cualquier índole, como los que acabamos de mencionar. Este despliegue de actividad probatoria sería imposible, o al menos muy difícil organizarlo e instrumentarlo, si no se cuenta con la Historia clínica como punto de partida. No olvidemos que montar la prueba y organizar la estrategia procesal, en función de ello, son las líneas maestras de cualquier proceso de responsabilidad sanitaria, sea de acusación o de defensa de quien ha intervenido como profesional en la asistencia.

Hay una precisión muy interesante que citar, para concluir este apartado acerca del valor de la Historia como elemento probatorio y que se contiene en una Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, Sala de lo Contencioso Administrativo[9], cuando expone que: *"Sobre la naturaleza y fuerza probatoria de la Historia clínica en un proceso, podemos señalar que, aun cuando sea elaborada por médicos ligados a los servicios públicos de salud mediante una relación jurídica de naturaleza pública, no tiene un carácter asimilable al de los papeles o libros privados pero tampoco ostenta el carácter de documento público determinante de plenitud de prueba respecto de los extremos que dispone la Ley, pues, aunque quien la emita tenga la condición de funcionario, en ella se plasma la realización de actos médicos (...). Es decir, el historial médico no hace fe por sí mismo de los datos que contiene".*

En efecto la Historia clínica, como conjunto documental y los informes que la integran no tienen la consideración jurídico-procesal de documento público, aunque hayan sido elaborados en el curso de la asistencia prestada en los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud. Así se señala por el Tribunal Supremo.

Negada su fuerza probatoria como documento público, queda asignarle naturaleza de documento oficial o administrativo o de documento privado. Podría parecer razonable asignar la categoría de documento oficial o administrativo a la Historia clínica. Una suerte de *tertium genus** aparte de los documentos públicos o privados, que podría acoger documentos que no son estrictamente privados, pero tampoco son públicos, siendo su fuerza probatoria mayor que la de un documento privado, pero menor que la de un documento público. El antes citado alto Tribunal, sin embargo, además de negar la calificación de documento público a los elementos mencionados, les ha privado, de forma cuestionable, en alguna ocasión, incluso de su consideración como documentos oficiales o administrativos**[10].

En el caso de la Historia clínica, considerándola como documento oficial, su fuerza probatoria es la de una presunción *iuris tantum****, es decir, destructible por otra documentación que pudiera constituir medio de desvirtuación o contradicción de lo plasmado en la Historia. Su valor probatorio, pues, no alcanza al del documento público, pero supera al del documento privado, que no goza de la presunción de veracidad mencionada.

Hemos de precisar que las referencias que estamos haciendo se circunscriben a los documentos producidos en centros sanitarios públicos, pues los emitidos en el sector privado son documentos privados, sin otra posible consideración. Es de aplicación la precisión del artículo. 326 LEC en el sentido de que los documentos privados harán prueba plena en el proceso, en los términos del art. 319, cuando su autenticidad no sea impugnada por las partes a quien perjudique. Si el documento resulta impugnado y de la impugnación resulta la autenticidad del mismo, hace prueba plena. Si de la impugnación no puede deducirse su autenticidad, se valorará conforme a las reglas de la sana crítica.

Casos en los que procede la aportación documental en la Historia clínica como prueba

En procedimientos de diligencias preliminares de juicio

Este momento procesal tiene como finalidad esencial y específica el obtener la necesaria y adecuada información sobre determinadas cuestiones al objeto del correcto planteamiento de un proceso ulterior.

* Según la Enciclopedia jurídica, *tertium genus* es la denominación que se aplica para caracterizar una posición distinta entre dos clásicas y al parecer irreducibles o únicas.

** Es evidente que un centro o establecimiento sanitario público no es un órgano de la Administración pública en sentido jurídico y, por tanto, los informes médicos que se emitan en el mismo ni siquiera pueden tener la consideración de documentos público administrativo. En definitiva, no estamos ante unos documentos fehacientes, porque no los expide un fedatario público. Tampoco estamos ante unos documentos que constituyan prueba tasada (expresión que obviamente hay que tomar en sentido de prueba legal y no en el sentido de prueba valorada según una pauta previamente establecida, cuyos antecedentes hay ejemplos en la historia de la procesalística). Por tanto, ni siquiera cabe decir que estamos ante una prueba hipervaluada por el legislador (de la que sigue habiendo todavía algunos casos en nuestro derecho) que goce de mayor eficacia probatoria que las demás (en el bien entendido que la hipervaloración de una prueba determinada no implica limitación del principio de apreciación conjunta de la prueba con arreglo a las reglas de la sana crítica).

*** Según el Diccionario panhispánico del español jurídico, *Iuris tantum* es la presunción solo de derecho que ordena admitir como probado en juicio un hecho, mientras que no se tenga prueba de lo contrario.

La antigua Ley de Enjuiciamiento Civil de 1881 mostraba una palmaria falta de medios para dotar de efectividad a las diligencias preliminares, lo que había conducido a su infrautilización. A partir de la vigencia de la actual Ley de Enjuiciamiento se ha apostado por esta medida previa, sentando las bases para que las diligencias preliminares cumplan la función a la que están llamadas: la preparación del proceso.

En la redacción original del artículo 256 de la LEC no aparecía el término "Historia clínica" a pesar de que este documento podía solicitarse mediante un procedimiento de diligencias preliminares a interponerse judicialmente. En la reforma operada en esta norma, en junio de 2006, se introdujo un párrafo específico (1.5 bis) que recogía la mención: "Todo juicio podrá prepararse... por la petición de la Historia clínica al centro sanitario o profesional que la custodie, en las condiciones y con el contenido que establece la Ley".

En la fase de diligencias previas o durante la instrucción del sumario en un proceso penal

Su aportación es, a veces, graciable para el medio sanitario, pudiendo ser sustituido el envío de la Historia por un informe clínico expresivo de aquellos aspectos que se desean aclarar, como cuando se solicita para la instrucción del forense. En otras ocasiones la aportación de este instrumento documental es preceptiva, como cuando constituye el propio cuerpo del delito o contiene extremos de detalle de la comisión de un acto delictivo.

Se puede concluir este apartado afirmando que la configuración del secreto médico en el vigente ordenamiento jurídico tendría un carácter relativo, existiendo casos en los que está expresamente prevista la posibilidad (obligación en ciertos supuestos) de compartir la información contenida en la Historia clínica. Esta posición supone que si bien la regla general es la preservación de los datos clínicos generados en el curso de la relación asistencial sanitaria, excepcionalmente se permite la aportación de dicha información al proceso, en unos casos debido a un deber legal expreso, en otros mediando la autorización expresa del paciente o, finalmente, cuando la autoridad judicial, ponderando los intereses en conflicto, acuerde motivadamente la necesidad de incorporar documentación clínica al proceso. En este último caso, la aportación procederá, aun con la oposición del paciente al que la información se refiere o la del personal responsable de la custodia de la información clínica requerida.

Quién aporta la Historia clínica, como prueba, al proceso

Con carácter general la aportación al proceso de informes clínicos, o de la propia Historia clínica, puede producirse fundamentalmente por tres vías: de oficio (por el juez); a instancia de la parte que no los posee pero que los considera necesarios y solicita su incorporación al proceso y, finalmente, mediante aportación de la representación legal del paciente, que pudiendo disponer de dicha documentación y considerándola favorable a sus intereses la incorpora al proceso. Veamos cada caso.

Aportación de oficio, por decisión judicial

El juez está facultado para ordenar la aportación al proceso de cualquier fuente de prueba y para acordar la práctica de los medios de prueba que considere pertinentes para la correcta solución del conflicto planteado, estando obligados los destinatarios de dicha petición a facilitar la documentación, en cumplimiento de la normativa procesal y extraprocesal vigente.

En el proceso penal los informes se pueden solicitar por varias razones: a) por constituir el cuerpo del delito, b) por suponer ilustración acerca de los hechos de la asistencia recogidos o c) para valorar la capacidad el encausado.

Existe el citado deber de colaboración con la Justicia, junto con el de proteger la intimidad del paciente. Acerca de la ordenación de la coexistencia y cumplimiento de ambos deberes haremos, por su importancia, tratamiento específico de esta relevante temática.

Aportación a petición de parte

La motivación de esta petición es, evidentemente, la de mostrar la licitud de sus pretensiones y obtener la prueba que avale la razón de sus pedimentos.

Se entiende necesario que la petición judicial venga debidamente motivada y concrete los documentos de la Historia clínica que sea preciso conocer para su actuación e investigación (en aquellos casos en los que el objeto probatorio esté constituido por la documentación clínica) procediéndose por el centro al envío de una copia de los mismos o a facilitar el acceso dentro del propio centro. En palabras de Sarrato Martínez, en esencia, se trata de garantizar el principio de "intervención mínima", aplicado en este caso al contenido de la información clínica que sea "estrictamente necesario" facilitar a terceros para el cumplimiento de finalidades judiciales.

El juez valorará la adecuación de esta petición y los derechos en juego que condiciona, en su caso, la estimación de la misma, cuando el dictamen sea útil y pertinente, y precise el acceso a la Historia clínica de una de las partes, deberá ser facilitado judicialmente dicho acceso. Se hará incluso contra la oposición del titular de la información, si bien garantizando debidamente el secreto de dichos datos y la limitación del acceso a la información clínica indis-

pensable en ejecución de los principios de austeridad e intervención mínima legalmente garantizados.

No puede olvidarse destacar la importancia de esta aportación y el uso de estos documentos a efectos probatorios, de modo que una denegación injustificada o errónea de una prueba de documentación clínica (propuesta en tiempo y forma, pertinente y útil) podría ser alegada como motivadora de indefensión y motivar el acceso a un recurso de casación por quebrantamiento de formas o de amparo por indefensión y vulneración el artículo 24 de la Constitución española, garante del principio de tutela judicial efectiva****[11].

Aportación por el propio paciente de su Historia clínica

Es incuestionable la capacidad del paciente al acceso a su propia documentación clínica (con las limitaciones legales, mencionadas en la LBAP, de los datos de tercero y las anotaciones subjetivas), como también lo es la posibilidad de solicitar, en tiempo y forma, con las mismas limitaciones, la aportación procesal de la Historia clínica.

En aquellos casos en los que la documentación clínica se refiera a menores o incapaces, habrá de utilizarse la vía de la representación legal, igual que en otros supuestos ordinarios de sustitución o suplemento de la voluntad de estas personas.

Qué sucede cuando falta la Historia clínica o es defectuosa la que se aporta al proceso

En aquellos casos en los que la historia no existe, o está confeccionada defectuosamente, se genera responsabilidad hacia el centro sanitario depositario de la misma. La excesiva demora o las dificultades puestas al tribunal para el acceso a la documentación clínica funcionan siempre en contra del centro sanitario. Es inevitable que estas situaciones sean consideradas como graves inconvenientes para obtener un proceso claro y sin dilaciones en sede judicial. Vamos a ver la relevancia de este asunto.

Bajo el principio general de que quien afirma es quien debe probar, la actividad probatoria corresponde, con carácter general, a la acusación. Se conoce como prueba directa aquella que tiene por objeto destruir la presunción de inocencia, de buen hacer, en otro orden de cosas, de la parte demandada. Sin embargo, cuando el medio sanitario demandado o el profesional no ponen a disposición del Tribunal la documentación clínica, se produce una inversión de la carga de la prueba. Son entonces aquellos sujetos mencionados a quienes les corresponde aportar al proceso todos aquellos medios probatorios que le permitan acreditar la ausencia de responsabilidad en la producción del daño.

El Tribunal Supremo condenó a un profesional sanitario por carecer de Historia clínica del paciente. En la resolución judicial se afirma que: no solo es mucho más dificultosa la prueba, sino que evidencia una falta de, cuando menos, rigurosidad profesional por parte del propio médico y del mismo centro hospitalario. El Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha condenó al Servicio de Salud Público a indemnizar con 40.000 euros a los demandantes por la omisión de un médico de primaria de recoger en la Historia clínica los síntomas con los que acudió el paciente al centro sanitario. Este hecho constituye, en apreciación del Tribunal, una clara negligencia sanitaria, invirtiéndose la carga de la prueba y trasladándose a la Administración la obligación de probar los hechos. El fallo de la sentencia hace una interesantísima apreciación, destacando que la condena no es por la existencia de una mala práctica médica, que estrictamente no quedó probada, sino por la pérdida de una oportunidad de tratamiento.

En alguna ocasión el análisis judicial de la situación, lo que detecta es ausencia de este medio probatorio o incluso su manipulación, aspectos particularmente graves. Así en el caso analizado por la Audiencia Provincial de Baleares, en sentencia de 31 de julio de 2012, se pudo constatar que no había intención de entregar la Historia clínica a los interesados por parte, en este caso, de una clínica privada. El informe pericial refleja que se manipuló la Historia clínica, que la parte demandada no actuó de forma correcta en la confección del expediente médico y en el correspondiente control y posterior entrega de la información. Fue tal la manipulación que se llevó a cabo en el conjunto documental de la Historia clínica que fue modificada, e incluso había desaparecido parte de ella.

Este tipo de conducta tiene, como es evidente, consecuencias penales. La Audiencia Provincial de Valladolid, Sección 4ª, en su Sentencia de 7 de enero de 2009, determinó que por estar la Historia clínica incompleta, el médico es condenado a un año de prisión, tres años de inhabilitación para el ejercicio profesional y a pagar a los

**** Según la sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2000: *"La Historia clínica completa del recurrente era sin duda pertinente, dado que tiene referencias a aspectos, tales como las curas de desintoxicación y duración de la adicción, que son relevantes para establecer los presupuestos de la eventual aplicación del art. 21.1 y 2 CP. Como es sabido la jurisprudencia de esta Sala otorga significación, a los efectos de establecer la capacidad de culpabilidad o su disminución, a la larga duración de la dependencia de drogas que causan grave daño a la salud. Consecuentemente, el recurrente ha sido privado del derecho a valerse de pruebas pertinentes que le garantiza el art. 24.2 CE y por tal razón la sentencia incurre en el quebrantamiento de forma que prevé el art. 850.1 LECrim".*

herederos de la fallecida la cantidad de 200.000 euros. En este caso, el acusado no cumplimentó la Historia clínica del modo reglamentario, no efectuó diagnóstico alguno, no solicitó pruebas ante síntoma claro, lo que le llevó a su pasividad, inactividad, omisión, negligencia, a no proporcionar a la paciente el tratamiento adecuado a su caso concreto.

Como afirma Aurelio Luna Maldonado[12], un hecho que ocurre en todos los Servicios de Documentación Clínica es la pérdida de alguna Historia clínica. Se admite como normal una tasa de pérdida de historias clínicas en torno al 0,5 por mil. Intentar evitar al 100% la pérdida de la Historia clínica supone una misión imposible, pero puede corregirse parcialmente con un sistema de control de flujo de documentos lo más estricto posible y, en su caso, determinar a quién habría que exigir responsabilidades. No sería de aplicación, afirma este autor, la consideración de infidelidad en la custodia de documentos, en el caso de la pérdida fortuita, pero en el supuesto de un incumplimiento de las normas de manejo de la información, según el Reglamento de uso de la Historia clínica que debe tener elaborado cada Servicio de Documentación clínica, o de una negligencia en su custodia, podría incurrir en una falta de imprudencia contemplada en el actual Código Penal.

La falta de custodia de la documentación clínica ha sido considerada como responsabilidad civil[13]. La custodia y conservación de la información contenida en la Historia clínica, según las conclusiones del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica, Ministerio de Sanidad y Consumo (1997), debe asegurarse durante el tiempo necesario para alcanzar el propósito que justificó su recogida y en cualquier caso, la conservación debe orientarse a preservar la información clínica y no necesariamente el soporte original.

Acceso procesal a la información contenida en la Historia clínica

Es evidente que los datos sanitarios contenidos en la Historia clínica tienen el carácter de información sensible y objeto de especial protección por la normativa administrativa general de protección de datos y por la sectorial sanitaria.

El principio general, contenido en la norma citada, en primer lugar exige el consentimiento del interesado al que se refieren los datos para poder proceder a la cesión de los mismos a un tercero. La comunicación, a los procesos judiciales, de la información contenida en la Historia clínica tiene el carácter legal de cesión en materia de protección de datos personales. Sin embargo, no se precisa del consentimiento del interesado en aquellos casos en los que la información a ceder tenga como destinatarios el Defensor del Pueblo, el Ministerio Fiscal o los Jueces o Tribunales o el Tribunal de Cuentas, en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas.

Esta excepción para ser aplicada precisa de una garantía. Se entiende necesario que la petición judicial venga motivada y concrete los documentos de la Historia clínica que sea preciso conocer para su actuación e investigación, procediéndose por el medio sanitario en el que se encuentre la Historia al envío de una copia de los mismos o a facilitar el acceso dentro del propio centro. Cautelas todas ellas necesarias, como vamos a ver seguidamente.

Conflictos de derechos protegidos que pueden surgir al acceder a la Historia clínica para utilizarla como prueba

Entre cumplir la obligación de colaborar con la justicia y la de proteger la intimidad del paciente

La Administración de Justicia puede solicitar la aportación de la documentación clínica en supuestos concretos, en aplicación del criterio contenido en la Exposición de Motivos de la LEC: El derecho de todos a una tutela judicial efectiva, expresado en el apartado primero del artículo 24 de la Constitución, coincide con el anhelo y la necesidad social de una Justicia civil nueva, caracterizada precisamente por la efectividad. Es de aplicación, asimismo, el antes mencionado artículo 256.1 LEC.

Siendo evidente esta posibilidad procesal, la primera cuestión que se plantea, siempre que se trata el tema de la Historia clínica como prueba en el ámbito judicial, es la de si la petición de aquella por el órgano de esta naturaleza, tiene carácter absoluto, es decir, si se ha de proceder a su entrega inmediata e incondicionada, en cumplimiento del inexcusable deber de colaboración con la Justicia y haciendo abstracción de deberes de otra índole, o si es posible y conveniente poner en juego algunas cautelas previas a la entrega solicitada.

Comenzaré anticipando la respuesta, en el sentido de que no hay tal potestad judicial incondicionada (con las matizaciones que más adelante se citarán) y ello se explica de la siguiente forma: es frecuente, en la vivencia de los profesionales y en la aplicación a ella del Derecho Sanitario, que aparezcan, con carácter general, dos bienes jurídicos protegibles o dos obligaciones coincidentes y sobre lo que hay que determinar, si es posible, la coexistencia de ambos (y determinar el modo en que esto suceda), o si debe prevalecer uno sobre el otro, cual y por qué. En este caso de solicitud de la Historia clínica aparecen en liza, por un lado, la obligación, antes mencionada, de colaborar con la Justicia y, por otra parte, la obligación de confidencialidad que se le debe al paciente, respecto de la información contenida en la Historia clínica.

Las personas y entidades están obligadas a prestar la colaboración requerida por los jueces y Tribunales y en este sentido lo expresan la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (LOPJ). Sin embargo, es preciso tener en cuenta que sobre el médico y el centro sanitario pesa, también, el deber de confidencialidad, contenido en la LBAP, y que ante una petición inconcreta de la autoridad judicial, deberá oponerse la petición de aclaración del motivo y alcance de la información requerida, pues de no producirse esta necesaria puntualización se podría incurrir, por el centro sanitario depositario de la Historia, en vulneraciones en la intimidad personal del titular de la documentación solicitada. Los datos de salud a facilitar han de someterse a los principios de cautela de la normativa de protección de datos personales, en el sentido de que los que se aporten deberán ser "adecuados, pertinentes y no excesivos". Sobre este último término giran las apreciaciones que estamos haciendo.

La LBAP da acogida al criterio de protección de la confidencialidad de la información contenida en la Historia (aún sin olvidar la necesaria observancia del principio de colaboración con la Justicia) cuando, en el sentido que ha sido expresado con anterioridad, establece que el acceso judicial debe de limitarse a los fines precisados en cada caso concreto.

Una petición de un tribunal civil, concretada en la Historia clínica de un herido en accidente de tráfico, para dilucidar las responsabilidades económicas de dicho siniestro, debe tener (en principio) como respuesta el envío de la Historia desde la fecha del ingreso hospitalario motivado por el accidente, pero nunca tal historia completa, pues podría contener datos innecesarios y quebrantar la obligación de confidencialidad del centro sanitario hacia su paciente. Imagínense episodios sanitarios, de su pasado, que el paciente no quiere que se conozcan (un aborto, una enfermedad de transmisión sexual, un trastorno psiquiátrico, por ejemplo).

Este criterio general de protección de la intimidad del paciente debe ser objeto, en su caso, de apreciaciones concretas y admitir salvedades, como acertadamente arguye Juan Calixto Galán Cáceres (fiscal jefe de la Fiscalía Provincial de Badajoz y eminente jurista en Derecho Sanitario) cuando afirma[14] que: *"pueden existir extremos clínicos en la Historia clínica anterior del paciente, que se hayan visto influidos como consecuencia del accidente ocurrido y en tal sentido interesaran a la autoridad judicial y a las partes, a los efectos de su oportuna valoración jurídica, evaluando el antes y el después del accidente a efectos médico legales que procedan".*

No hay que olvidar, por otra parte, que la aportación de la Historia clínica como prueba suele ser motivada por petición de parte, a la que el juez puede responder afirmativamente y que no se sabe en dónde puede acabar este cuerpo documental.

Esta relativización es aplicable al conjunto de los órdenes jurisdiccionales (civil, contencioso y social, pero no al penal, a donde debe ser remitida, sin dilación, la Historia solicitada, tanto en caso de que el inculpado sea el profesional, como si lo es el paciente titular de la Historia si el inculpado es el médico, y la historia se refiere, precisamente, al paciente perjudicado, la solución tiene cierta complejidad. Se arguye, algunas veces, como criterio impeditivo de la entrega de la historia el derecho del profesional a no declarar contra sí mismo y la no obligatoriedad, tampoco, del centro sanitario, en cuanto mero depositario de aquella. No podemos estar de acuerdo con estos planteamientos, pues entendemos prioritario el derecho del paciente perjudicado a la tutela judicial efectiva, que conlleva la utilización de los medios de prueba pertinentes, entre los que destaca, evidentemente, la Historia clínica, que, no hay que olvidar que, interpretada objetiva y cabalmente, puede servir tanto para inculpar como para exculpar al profesional sanitario, en razón a las acciones y omisiones de aquel reflejadas en la historia.

Se plantea, también, la cuestión de que el órgano judicial, a veces, además de pedir la Historia completa, la pide en su formato original. Rigen aquí las mismas matizaciones ya expresadas con anterioridad, respecto a la entrega sin paliativos al orden jurisdiccional penal y la conducta de atenuación de este rigor en los otros órdenes, procurando satisfacer la pretensión del tribunal con fotocopia (de la parte afectada de la Historia), opción legalmente posible, como es sabido, quedando el original en el centro sanitario.

Conflicto de bienes jurídicos protegidos

Pueden entrar en contraposición dos bienes jurídicos protegidos y por ello dos intereses diferentes, como se ha expresado con anterioridad: proteger la intimidad del paciente y servir a los intereses generales de la Justicia.

La protección legal de ambos intereses se contiene en los preceptos que seguidamente se señalan, en el espacio normativo general, no haciéndose mención del ámbito deontológico de los Códigos profesionales de quienes intervienen en la atención sanitaria a usuarios y pacientes.

Deber de confidencialidad y secreto profesional que protege la información del paciente

- Constitución española: Artículo 18.1. *"Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen".*
- La Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente: Artículo 7.1. *"Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y*

a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. 2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior".

Artículo 14.2. *"Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información...".*

- Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos personales y garantía de derechos digitales. Artículo 5. Deber de confidencialidad del titular del fichero. Artículo 5.1. *"Los responsables y encargados del tratamiento de datos, así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este, estarán sujetas al deber de confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f) del Reglamento (UE) 2016/679. 2. La obligación general señalada en el apartado anterior será complementaria de los deberes de secreto profesional de conformidad con su normativa aplicable. 3. Las obligaciones establecidas en los apartados anteriores se mantendrán aun cuando hubiese finalizado la relación del obligado con el responsable o encargado del tratamiento".*

Obligación de colaborar con los jueces y Tribunales de Justicia

- Constitución española: Artículo 118: *"Es obligado cumplir las sentencias y demás resoluciones firmes de los Jueces y Tribunales, así como prestar la colaboración requerida por estos en el curso del proceso y en la ejecución de lo resuelto".*
- Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial: Artículo 17.1: *"Todas las personas y entidades públicas y privadas están obligadas a prestar, en la forma que la ley establezca, la colaboración requerida por los Jueces y Tribunales en el curso del proceso y en la ejecución de lo resuelto, con las excepciones que establezcan la Constitución y las leyes, y sin perjuicio del resarcimiento de los gastos y del abono de las remuneraciones debidas que procedan conforme a la ley".*
- Ley de Enjuiciamiento Criminal, Real Decreto de 14 de septiembre de 1882: *"Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio si se tratare de un delito flagrante".*

Es obvia la obligación de confidencialidad que recae sobre el medio sanitario en el que se encuentra la Historia clínica y que tiene por objeto la protección de la intimidad del paciente en relación con cuanta información sobre su salud se contiene en el mencionado documento. No es menos obvio, por otra parte, que siendo la Historia el relato completo y complejo de cuanto ha sucedido en la relación asistencial y conteniendo el detalle de las conductas de los profesionales, pueden, estos, necesitar de dicho relato cuando convenga a su defensa. Este derecho, conectado con la tutela judicial efectiva, no olvidemos que tiene el mismo rango de reconocimiento constitucional que el de intimidad.

Otros posibles conflictos: el derecho del profesional a defenderse y el del paciente a su intimidad

Es incuestionable el derecho de acceso del paciente a su propia Historia clínica, como ejercicio de un reconocimiento constitucional y por consiguiente inalienable y objeto de amplio desarrollo normativo. No hay óbice, tampoco, al acceso a este documento por parte de los órganos encartados en el proceso judicial, bajo la normativa antes mencionada. Hay que hacer matizaciones; sin embargo, cuando quien necesita acceder a la Historia es el profesional, a efectos de instrumentar su defensa como acusado.

Es preciso establecer un equilibrio entre ambos derechos (del paciente y del profesional) que permita respetar la libertad y la dignidad de los pacientes tanto como el derecho a la defensa e igualdad del profesional de la salud implicado. Como instrumento para lograr este equilibrio se sugiere la aplicación del llamado "Test de proporcionalidad"[15], instrumento que se compone de tres conceptos parciales:

1. La adecuación de los medios escogidos para la consecución del fin perseguido.
2. La necesidad de la utilización de esos medios para el logro del fin (esto es, que no exista otro medio que pueda conducir al fin y que sacrifique en menor medida los principios constitucionales afectados por el uso de esos medios).
3. La proporcionalidad en sentido estricto entre medios y fin, es decir, que el principio satisfecho por el logro de este fin no sacrifique principios constitucionales más importantes. Igualmente no puede olvidarse el criterio de la razonabilidad que opera en los conflictos de intereses constitucionales, entendiendo por razonabilidad el criterio de conveniencia de una determinada acción en las circunstancias especiales que condiciona una conducta.

Con la adecuada aplicación de las cautelas expresadas cabe considerar la posibilidad de levantar la reserva de la Historia clínica a efectos de garantizar el ejercicio legítimo del derecho de defensa. Esta consideración permite

que se revise la obligación de reserva de la Historia clínica y la determinación de las personas respecto de las cuales puede levantarse por considerar que ambos derechos mencionados merecen ser objeto de protección procesal.

No debemos olvidar la obligación legal general de preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que quede garantizado el anonimato de la persona a quien se refiere la información, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no disociarlos. Se exceptúan, de estos planteamientos generales, aquellos supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

La Historia clínica en los procesos de responsabilidad penal

¿Puede invocar el profesional sanitario su derecho a no declarar contra sí mismo?

Se puede plantear esta cuestión cuando el profesional o el centro sanitario demandado son quienes tienen a su disposición la documentación clínica que puede contener datos inculpatorios a utilizar por el demandante en el proceso para el que ha solicitado, precisamente, la Historia como prueba documental.

La aportación de la Historia clínica no parece que pueda considerarse equivalente a una confesión de culpabilidad, habiendo sido elaborada con anterioridad a la iniciación de las diligencias criminales en contra del profesional sanitario[16]. No puede olvidarse, sin embargo, que el carácter de la Historia clínica, como documento de detalle pormenorizado de las personas que han intervenido, de las actuaciones realizadas y de los criterios aplicados puede servir, según los casos, en apoyo para la defensa o para la acusación.

En un proceso de índole penal es incuestionable la obligación de aportar sin demora el conjunto documental de la Historia clínica, particularmente cuando esta constituye el propio cuerpo del delito, como en los casos de falsificación documental, en aplicación del artículo 335 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: *"Si por tratarse de un delito de falsificación cometida en documentos o efectos existentes en dependencias del Estado, hubiere imprescindible necesidad de tenerlos a la vista para su reconocimiento pericial y examen por parte del Juez o Tribunal, se reclamarán a las correspondientes Autoridades, sin perjuicio de devolverlos a los respectivos Centros oficiales, después de terminada la causa".*

Protección penal de la información sanitaria de los pacientes

Hemos visto aquellos casos en los que la Historia clínica es el cuerpo documental cuyo examen es el objeto de la prueba, por su carácter ilustrativo de la asistencia prestada, pero hay ocasiones en las que el delito, de existir, no se evidencia en el contenido de la Historia, sino que la acción ilícita es, meramente, el acceso indebido a la misma. Son aquellos casos en los que la conducta antijurídica está constituida por un acceso no autorizado.

Se trata de los supuestos a los que aluden los artículos 197 y siguientes del Código Penal, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (CP). En concreto el 197 bis 1 recoge que: *"El que por cualquier medio o procedimiento, vulnerando las medidas de seguridad establecidas para impedirlo, y sin estar debidamente autorizado, acceda o facilite a otro el acceso al conjunto o una parte de un sistema de información o se mantenga en él en contra de la voluntad de quien tenga el legítimo derecho a excluirlo, será castigado con pena de prisión de seis meses a dos años".*

Esta conducta encuentra particular acomodo agravatorio en el caso de acceso indebido a una Historia clínica, por la índole de la información que contiene (datos de salud) y por la condición de la persona que lo hace, un profesional sanitario. Es de destacar que cuando este sujeto desempeña un puesto de trabajo en la sanidad pública, tiene, a efectos penales, como es sabido, la condición de funcionario y las sanciones pueden llevar aparejada, aparte de la privación de libertad, inhabilitación profesional de hasta 12 años, sanción que, en sus grados superiores, arrastra la pérdida del puesto de trabajo en la sanidad pública. El texto del artículo 198 es explícito: *"La autoridad o funcionario público que, fuera de los casos permitidos por la Ley, sin mediar causa legal por delito, y prevaliéndose de su cargo, realizare cualquiera de las conductas descritas en el artículo anterior, será castigado con las penas respectivamente previstas en el mismo, en su mitad superior y, además, con la de inhabilitación absoluta por tiempo de seis a doce años".*

Es de destacar que estos delitos son perseguibles a instancia de parte, si bien tienen naturaleza pública cuando el escenario es la sanidad pública, como recoge el artículo 201: *"1. Para proceder por los delitos previstos en este capítulo será necesaria denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquella sea menor de edad, persona con discapacidad necesitada de especial protección o una persona desvalida, también podrá denunciar el Ministerio Fiscal. 2. No será precisa la denuncia exigida en el apartado anterior para proceder por los hechos descritos en el artículo 198 de este Código, ni cuando la comisión del delito afecte a los intereses generales o a una pluralidad de personas".*

No podemos omitir estas menciones, por su relevancia, aun cuando no aluden a la Historia clínica como prueba y para

concluir haremos somera mención a dos asuntos, objeto de sentencia, que muestran la dureza del tratamiento penal del acceso indebido a datos de salud de las personas.

Un investigador privado se hacía pasar por médico para obtener, telefónicamente, de profesionales sanitarios a quienes se dirigía, datos confidenciales de pacientes. Esta información, referida en algunos casos a menores, la vendía a otros investigadores privados, para hacerla llegar finalmente a aseguradoras con intereses económicos en su obtención. El acusado ofrecía este servicio por entre 200 y 400 euros por cada historial accedido. Se le acusó de 23 delitos contra la intimidad de las personas y la petición del Ministerio Fiscal fue de 108 años de prisión.

En otras ocasiones el acceso indebido lo protagoniza un profesional sanitario, como sucedió en el caso juzgado respecto de un médico que trabajaba en determinada zona básica de salud de Palma de Mallorca. Accedió a historias clínicas de pacientes de algunos compañeros sin mediar autorización de ellos ni relación asistencial con dichos pacientes. Utilizó en 25 ocasiones su condición de profesional de la sanidad pública y clave personal de acceso con el fin de conocer información relevante en salud de aquellas personas. Se consideró acción delictiva el simple acceso y conocimiento de la información protegida, sin título jurídico suficiente. Le fue impuesta pena de prisión e inhabilitación profesional. La clave jurídica de la condena es que, aun cuando por su condición profesional podía tener acceso a los archivos clínicos, carecía de derecho en esas concretas ocasiones al faltarle el principio de vinculación. Es decir, no tenía relación profesional con esos pacientes concretos. No estaban "vinculados" con él.

Conclusiones

El conjunto documental de la Historia clínica ha sido concebido con una finalidad principal: la asistencial. Se dirige, así, a contener el relato de la atención que recibe un paciente y poder atender, con este instrumento, sus necesidades clínicas. Tiene, además de esta orientación asistencial, otras utilidades con repercusiones jurídicas, entre las cuales debemos citar su primordial papel, en el terreno procesal, como prueba.

La Historia tiene un papel protagónico fundamental y en ocasiones definitivo en todos los procesos de responsabilidad médica. Se trata de un documento de existencia obligatoria y, por consiguiente, siempre va a estar sujeto a la posibilidad de que un juez ordene su exhibición procesal. Reúne condiciones que la hacen codiciable: su carácter descriptivo en las anotaciones, aglutinador de las distintas atenciones recibidas, así como su rigor científico y la presunción de veracidad de cuánto contiene. Por si fuera poco, está elaborada por los propios protagonistas de la historia. ¿Se puede pedir más a un medio probatorio?

Este conjunto documental tiene el carácter de prueba pre-constituida, con sobresaliente valor en la fase probatoria, normalmente la más relevante del procedimiento. La prueba es considerada una garantía procesal. Es un derecho del que gozan las partes intervinientes, quienes pueden presentar y pedir los medios que se consideren pertinentes para avalar sus pretensiones. De hecho el motivo de esa incorporación documental al proceso puede ser la decisión del juzgador o la petición de la parte demandante o de la demandada, con propósitos diferentes para cada una, como es evidente.

Goza la Historia de una presunción *iuris tantum* de veracidad, es decir, destructible por otro medio probatorio. Su valor, pues, en este terreno no alcanza al del documento público, pero supera al del documento privado, que no goza de la presunción de veracidad mencionada.

La Historia, como prueba, puede ser aportada al juicio en las Diligencias Preliminares, Diligencias Previas o en la fase del Sumario en el proceso penal. Es normal la disposición de la Historia en el centro sanitario. En aquellos casos en los que la Historia no existe, o está confeccionada defectuosamente, se genera responsabilidad hacia el establecimiento depositario de la misma, o cuando menos un perjuicio de su posición en la consideración procesal.

En caso de solicitud de la Historia clínica aparecen en liza, para su cumplimiento, por un lado, la obligación de colaborar con la Justicia y, por otra parte, la obligación de confidencialidad que se le debe al paciente, respecto de la información contenida en la Historia clínica y que se debe facilitar al Tribunal. Los datos de salud han de someterse, para su cesión, a los principios de cautela de la normativa de protección de datos personales, en el sentido de que los que se aporten deberán ser "adecuados, pertinentes y no excesivos".

Cuando la prueba está a disposición del profesional demandado, no puede este negarse a una petición de aportación de la misma, so pretexto de acogerse a la obligación de no declarar contra sí mismo. Puede, por otra parte, acceder al contenido de la Historia para extraer medios para su defensa, con las debidas cautelas de protección de la intimidad del paciente.

Bibliografía

1. Flores Prada I. Algunas consideraciones sobre el régimen jurídico-procesal de los informes clínicos. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. 2013; (15-17):17-39.

2. Sarrato Martínez L. El régimen legal de acceso a la Historia clínica y sus garantías [internet]. Revista Jurídica de Castilla y León. 2009 [citado 16 mar 2023]; 17:199. Disponible en: https://www.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionPublica/es/Plantilla100Detalle/1248367026092/Publicacion/1230980609319/Redaccion

3. Gómez Piqueras C. La Historia clínica. Aspectos conflictivos resueltos por la Agencia Española de Protección de Datos. En: AA.VV. El derecho a la protección de datos en la Historia clínica y en la receta electrónica. Pamplona: Aranzadi; 2009. p. 145.

4. Sentencia Dictada en el recurso de casación nº 878/1994 interpuesto frente a la sentencia de apelación que revocó parcialmente la sentencia de instancia.

5. Sentencia del Tribunal Supremo I1ade 14 de febrero de 2006, dictada en el recurso de casación nº 2249/1999.

6. Sentencia Dictada en el recurso de casación nº 5938/2011.

7. Auto 190/13 de 8 de enero.

8. Artículo 299.1 de la misma.

9. Sentencia Dictada el 13 de julio de 2012 en recurso contencioso administrativo no2742/2008.

10. Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de marzo de 2005.

11. Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2000.

12. Luna Maldonado A. Problemas médico legales del manejo de la historia clínica. Universidad de Murcia, E-30100. Facultad de Medicina. España. Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. 2000; 5(1):39-47.

13. Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 1997.

14. Galán JC. Medicina y responsabilidad legal. Medicina y Derecho, dos mundos en convergencia. Badajoz; 2014.

15. Escobar Bustamante I, Hernández Beltrán HM. El acceso a la historia clínica en el proceso acusatorio. Revista Médico Legal Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación [internet] 2009 [citado 16 mar 2023]; Año XV Nº1. Disponible en: https://docplayer.es/15186922-El-acceso-a-la-historia-clinica-en-el-proceso-penal-acusatorio.html

Bibliografía de consulta

Aguiar Guevara R. Tratado de derecho médico. Caracas: Legis Editores; 2001.

Albanese S, Zuppi AL. Los derechos de los pacientes en el complejo sistema asistencial. En: La Ley, Tomo V. Revista Jurídica Argentina 1989-B, 764. p. 223-38.

Álvarez Cienfuegos Suárez JM. El nuevo Código Penal y su repercusión en el secreto y la Historia clínica. El secreto y el nuevo Código Penal. Madrid: III Congreso Nacional de Derecho Sanitario; 1996.

Angel Yágüez R. Problemas Legales de la Historia clínica en el marco hospitalario en Los Derechos del Enfermo. Murcia: Conserjería de Sanidad y Consumo; 1987.

Aponte A. Manual para el juez de control de garantías. Bogotá: Consejo Superior de la Judicatura; 2004

Ayerra Lazcano JM. Regulación general de la Historia clínica. Revista Derecho y Salud. 2003; 11(1).

Batista Miranda JE, Contreras García C. El secreto profesional y la prensa. MedClin Barcelona 1988; (91):783-5.

Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson; 1999.

Beltrán Aguirre JL. Derecho Sanitario de Navarra. Colección Pro Libertate. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2005.

Blas Orbán C. Responsabilidad profesional del médico: enfoque para el siglo XXI. Barcelona: JM. Bosch; 2003.

Cámera J. Aspectos Médico-Legales vinculados con la Historia clínica. Revista Argentina de residentes de cirugía. 1998; 3(1).

Cantero Rivas R. La Historia clínica: de documento médico a documento médico-legal. Todo Hospital. Derecho Sanitario 1997; 142.

Carneluttl F. Instituciones de Derecho Procesal Civil. México: Oxford University Press; 2003.

Chacón Pinzón AJ. Fundamentos de responsabilidad médica. Bogotá: Jurídicas Gustavo Ibáñez; 2003.

Criado Del Río MT. Aspectos médico legales de la Historia clínica. Madrid: Ed. Colex; 1999.

Curiel J, Estévez J. Manual para la Gestión Sanitaria y de la Historia clínica Hospitalaria. Aspectos médico legales de la Historia clínica. Madrid: Editores Médicos; 2000.

Curiel Herrero J. La Historia clínica, su almacenamiento y custodia en los hospitales. Todo hospital 1997; 133:29-36.

Díaz-Regañón García-Alcalá J. El Régimen de la Prueba en la Responsabilidad Civil Médica. Pamplona: Editorial Aranzadi; 1996.

Documento Final del Grupo de Expertos en Información y Documentación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.

Fernández Acebo MD. La tutela de los derechos fundamentales a la intimidad e integridad física frente a la actuación de los poderes públicos sobre el cuerpo humano: una perspectiva constitucional sobre las intervenciones corporales y otras diligencias de investigación. A Coruña: Universidad de La Coruña; 2013.

Fernández Costales J. El contrato de servicios médicos. Madrid: Editorial Civitas; 1988.

Flores Prada I. Algunas consideraciones sobre el régimen jurídico procesal de los informes clínicos. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología 2013; 15.

Fuster R. Confidencialidad y Propiedad de la Historia clínica. Revista Todo Hospital 1992; 86.

García Hernández T. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. Madrid: La Ley; 1999.

García Valencia JI. Aproximación al sistema penal acusatorio. Bogotá: Gustavo Ibáñez; 2003.

Gay Montalvo E. Aspectos Jurídicos. El derecho a la salud y la Documentación Clínica del enfermo. Revista Todo Hospital 1987; 42.

Gil Membrado C. La Historia clínica. Deberes del responsable del tratamiento y derechos del paciente. Granada: Comares; 2010.

Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Mas-Son; 1998.

Gómez Piqueras C. La Historia clínica. Aspectos conflictivos resueltos por la Agencia Española de Protección de Datos. En: El derecho a la protección de datos en la Historia clínica y en la receta electrónica. Pamplona: Aranzadi; 2009.

Gómez Rivero. La protección penal de los datos sanitarios. Granada: Comares; 2007.

Guerrero Zaplana J. Los derechos a la intimidad y a la protección de datos de los pacientes a los eventos adversos. Madrid: XII Congreso Nacional de Derecho Sanitario; 2005.

Gutiérrez Barrenengoa A, Monje Balmaseda O. La diligencia preliminar de petición de la Historia clínica. En: Androher S, Montalvo F (coords.). Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina. Madrid: Thomson Aranzadi; 2009.

Heitzmann MT. El secreto médico: actitud y toma de decisiones en la práctica clínica. Madrid: Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid; 1999.

Jaramillo Díaz JG. Proyecto de sistema procesal penal tipo acusatorio. Medellín: Librería Jurídica Sánchez; 2004.

Jiménez D. Historia clínica. Aspectos Éticos y Legales. Rev. Calidad asistencial 2001; 16.

Laín Entralgo P. La Historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Madrid: Tricastela; 1998.

Larios Risco D. En Marco Jurídico de las Profesiones Sanitarias. Valladolid: Lex Nova; 2007.

León Sanz P. La implantación de los derechos del paciente. Pamlona: Eunsa; 2004.

Lorda PS, Concheiro Carro L. El Consentimiento Informado: teoría y práctica. Med Clin (Barcelona) 1993; 100(7).

Luna Maldonado A, Osuna Carrillo E. Problemas procesales de la utilización de la Historia clínica. Med Clin 1986; 87.

Luna Maldonado A. Problemas Médico-Legales del manejo de la Historia clínica. Revista. Latinoamericana. Derecho. Médico. Medicina. Legal. 2000; 39-47.

Manteca Valdelande V. Derechos del paciente: evolución y regulación normativa. Revista vasca de Administración pública. 2004; 68.

Marín Pérez A. Recomendación 2/2004 de la APDCM sobre custodia, archivo y seguridad de los datos de carácter personal de las historias clínicas no informatizadas. Revista de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid 2004; 11.

Martínez Cabrera MB. Aspectos Médico Legales de la Historia clínica. Málaga: Festiness Andalucía; 2011.

Martínez-Calcerrada L, De Lorenzo y Montero R. Derecho Médico. Tomo I. Madrid: Ed. Colex; 2001.

Martínez-Calcerrada L. La responsabilidad civil profesional. Madrid: Ed. Colex; 1996.

Molina Arrubla CM. El secreto profesional en el derecho penal colombiano. Bogotá: Leyer; 1998.

Mosquera Moreno LA. Introducción al proceso penal acusatorio. Medellín: Litografía Glacial; 2003.

Muerza Esparza J. La Reforma Procesal Civil de junio de 2006. En Actualidad Jurídica. Aranzadi 2007; núm. 721.

Orozco Pardo G. Problemática jurídica de la información sanitaria. La Historia clínica. Cuadernos de Bioética 2016; XVII.

Perello Domenech I. El Principio de proporcionalidad y la jurisprudencia constitucional. Jueces para la Democracia 1997; núm. 28.

Ramallo Machín AC. ADN: Huellas Genéticas en el Proceso Penal. A Coruña: Universidad de La Coruña; 2015.

Ramírez Gómez JF. La prueba documental. 5ª ed. Medellín: Señal editora; 1994.

Requejo Naveros MT. El secreto profesional del médico y su protección jurídico-penal. Una perspectiva histórica. Revista de Ciencias jurídicas y sociales 2007; núm. 6.

Roda García L, Galán Cortés JC. Las historias clínicas y su incorporación a los expedientes judiciales. Actualidad del Derecho Sanitario 1997; núm. 33.

Romeo Casabona C, Castellano Arroyo M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la Historia clínica. Revista Derecho y Salud. 1993; 1(1).

Royo Jara J. La protección del derecho a la propia imagen. Madrid: Ed. Colex; 1987.

Sánchez Gómez A. Contrato de Servicios Médicos y Contrato de Servicios Hospitalarios. Madrid: Editorial Tecnos; 1998.

Sarrato Martínez L. El régimen legal de acceso a la Historia clínica y sus garantías. Revista jurídica de Castilla y León. 2009; 17.

Sarrato Martínez L. Delimitación jurídica y contenido de la denominada "lexartis" médica. Actualidad jurídica Aranzadi. 2007; núm. 728.

Siso Martín J. Historia clínica. Su significado en la asistencia sanitaria. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos. Ministerio de Justicia; 2013.

Siso Martín J. Las variables jurídicas del ejercicio de la Medicina. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2008.

Siso Martín J. Responsabilidad sanitaria y legalidad en la práctica clínica. Un apunte jurídico dirigido a profesionales sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2003.

Vázquez Ferreyra RA. La prueba de la relación causal en la responsabilidad civil. Hacia un alivio de la carga probatoria. IUS ET VERITAS 1997; 8(14):83-9.

Evolución de las unidades docentes de matronas

Rosa Mª Plata Quintanilla
Presidente de la Asociación Española de Matronas. Delegada ICM Europa Sur desde 2003.
Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

En esta sección se pretende poner a la vista, fundamentalmente de los nuevos profesionales que se incorporan a la profesión, hechos y situaciones que la han condicionado. Ya hablamos con anterioridad del cierre de las antiguas escuelas de matrona y la consecuente deshonra que sufrió España cuando, además, fue condenada por el Tribunal Europeo por no adecuar en tiempo y forma a las normativas comunitarias la formación de matronas; en otro número relatábamos las pretensiones de los ginecólogos por el control de las nuevas unidades docentes de matronas al momento de reiniciar la formación tras el cierre de las antiguas escuelas de matronas. Por eso, el Comité Editorial ha creído interesante en esta ocasión hacer un resumen de la evolución de las Unidades Docentes desde 1993 hasta la fecha.

Situación actual de las unidades docentes de matronas (UD ENFOBG-UDM)

En 1992 se publica la primera oferta formativa con el modelo actual (EIR), y es al año siguiente, 1993, cuando se reinicia la formación de matronas con el nuevo programa formativo[1]. Desde entonces hasta 2009 se crean 25 UD ENFOBG (Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico-Ginecológicas) en todo el territorio nacional (Imagen 1).

Imagen 1. Arranque de la formación de Matronas 1993 (UD ENFOBG)

Inicialmente se acreditaron 174 plazas y en aquel primer año se ofertaron todas. Al año siguiente con una UD ENFOBG más incorporada (la de Galicia) se acreditaron 201 plazas, de las que únicamente se ofertaron 86. A partir de ese año, en ningún otro se han ofertado todas las plazas acreditadas. La oferta depende exclusivamente de las comunidades autónomas que son las que costean el monto de la formación.

El gobierno central, a través de la Comisión Nacional de la especialidad del Ministerio de Sanidad, tiene la misión de velar porque se cumplan las exigencias teórico-prácticas exigidas en el programa formativo, por ello son requeridos sus dictámenes sobre la idoneidad de nuevas solicitudes de acreditación de UD ENFOBG o nuevos dispositivos asociados a UD ENFOBG existentes (hospitales, centros de salud, etc.).

La tarea de la CN ENFOBG (Comisión Nacional de la Especialidad Obstétrico-Ginecológica) es muy importante como aseguradora "teórica" de que todos los dispositivos en los que se imparta la formación para matronas sean adecuados para una completa formación de especialistas. Y cuando se matiza que su capacidad es "teórica", quiere decir que los vocales de la comisión evalúan sobre papel los requerimientos, pero en ningún caso pueden comprobar la veracidad de los datos presentados. La CN ENFOBG, carente de poder ejecutivo, solo tiene la posibilidad de elevar al Ministerio de Sanidad la petición de una auditoría sobre aquellas unidades que ya fueron acreditadas y cuestionadas por algún motivo de supuesto incumplimiento o funcionamiento irregular, acción que por el coste elevado es infrecuente que el ministerio la acometa.

El Decreto de 2008[2] en su Artículo 7 introduce el concepto de unidades docentes multiprofesionales: *"En las especialidades multidisciplinares que se citan en el apartado 5 del anexo I existirá una unidad docente por cada especialidad en la que se formarán todos los titulados que pueden acceder a plazas en formación de la especialidad de que se trate".*

Por ello, a partir de 2011[3] se empiezan a crear Unidades Multiprofesionales de Obstetricia y Ginecología (UDM), cambiando la dinámica de la formación de matronas, aunque en la teoría debieran cumplir requisitos de acreditación comunes y los específicos de las especialidades que se formaran en las mismas. En nuestro caso, estas UU.DD. agrupan a MIR de Ginecología-Obstetricia y a EIR Matronas (Imagen 2).

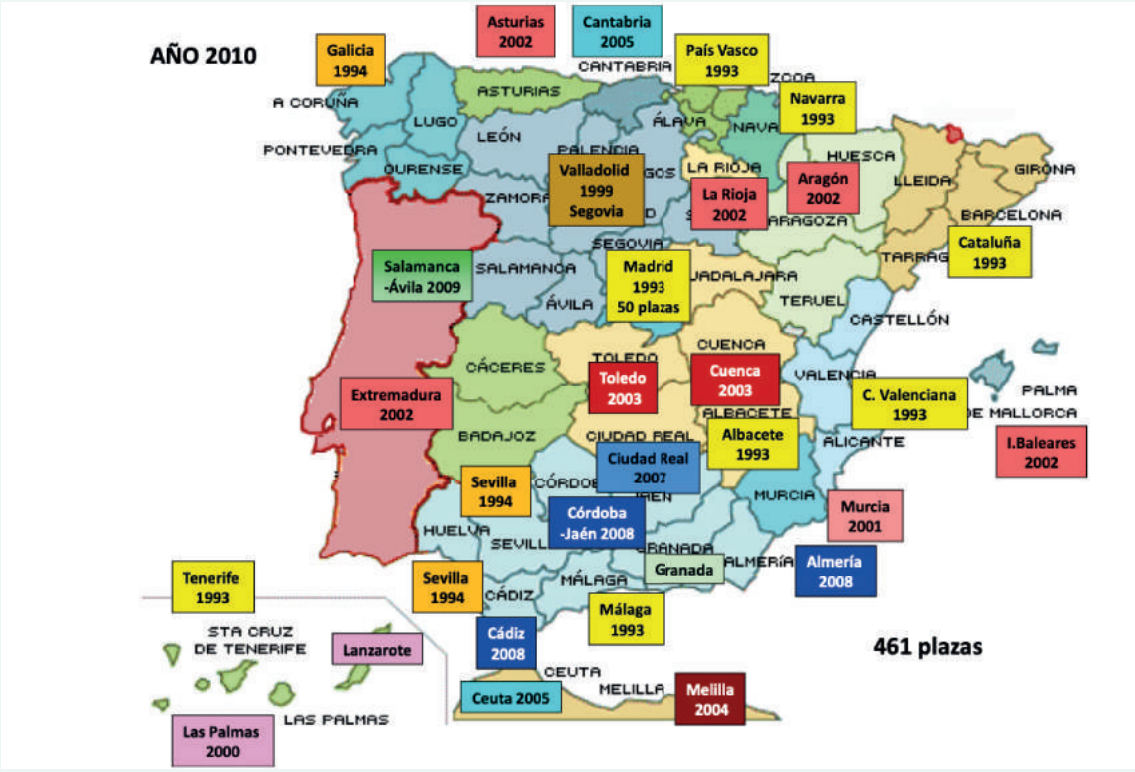


Imagen 2. Cronología de apertura de Unidades Docentes de Enfermería Obstétrico Ginecológica (UD ENFOBG) hasta 2010, a partir de las cuales se reinicia la reconversión UDM (Unidades Docentes Multidisciplinares) e inclusión de nuevas

Las cuatro primeras UDM de Obstetricia y Ginecología se crean en Andalucía. La Unidad Docente de Matronas de Almería se modifica en 2011: Poniente y la Inmaculada se mantienen como estaban y se añade la de Torrecárdenas como UDM. La Unidad Docente de matronas de Granada, creada en 1994, desaparece y se transforma en tres UDM: Virgen de las Nieves , Motril y San Cecilio.

Para el año en curso 2023-2024 esta es la relación existente de UD ENFOBG y UDM para formación de matronas (Cuadro 1):

Cuadro 1. Relación entre UD ENFOBG y UDM

	UD ENFOBG/UDM	Plazas acreditadas	Plazas ofertadas
ALMERÍA	UD ENFOBG ALMERÍA. H. La Inmaculada	1	1
	UDM OBST. Y GINEC. C. H. Torrecárdenas de Almería	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. de Poniente	2	2
CÁDIZ	UD ENFOBG H. Universitario Puerta del Mar	6	5
	UD ENFOBG H. de Jerez de La Frontera	5	5
	UD ENFOBG H. Universitario de Puerto Real	5	4
	UD ENFOBG H. Punta de Europa de Algeciras	3	3
	UD ENFOBG H. de la Línea de la Concepción	1	1
CÓRDOBA	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Reina Sofía de Córdoba	4	4
GRANADA	UDM OBST. Y GINEC.A H. Universitario Virgen de las Nieves	6	6
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario San Cecilio	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. A.G.S. Sur de Granada-H. General Básico Santa Ana	2	2
JAÉN	UD ENFOBG CÓRDOBA-JAÉN. C.H. de Jaén	4	4
MÁLAGA	UD ENFOBG. H. Regional Universitario de Málaga	8	6
	UD ENFOBG H. Universitario Virgen de la Victoria	2	2
	UD ENFOBG H. de Antequera	2	2
	UD ENFOBG H. de La Axarquía	2	2
	UD ENFOBG. AGS Serranía de Ronda-H. de la Serranía	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. del H. Costa del Sol	2	2
SEVILLA	UD ENFOBG SEVILLA. Área Sanitaria de Osuna	2	1
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Ntra. Sra de Valme	5	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Virgen Macarena	5	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Virgen del Rocío	10	10
TOTAL C.A. DE ANDALUCÍA*		**86**	**77**
	UDM OBST. Y GINEC. del H. Universitario San Jorge	2	2
	UD ENFOBG H. Univesitario Miguel Servet	5	5
	UD ENFOBG H. Clínico Universitario Lozano Blesa	3	3
TOTAL C.A. DE ARAGÓN		**10**	**10**
LAS PALMAS	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Insular de Gran Canaria	10	10
	UDM OBST. Y. GINEC. del C.H.U. Insular Mat-Infantil de G. Canaria. H. Dr. José Molina Orosa	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. del C.H.U. Insular Mat-Infantil de G. Canaria. H. General de Fuerteventura	2	2

Cuadro 1. Relación entre UD ENFOBG y UDM *(continuación)*			
	UD ENFOBG/UDM	**Plazas acreditadas**	**Plazas ofertadas**
STA.CRUZ TENERIFE	UD ENFOBG H. Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria	10	8
	UD ENFOBG H. Universitario de Canarias	5	4
TOTAL C.A. DE CANARIAS		**30**	**27**
CANTABRIA	UD ENFOBG de Cantabria	10	6
TOTAL C.A. DE CANTABRIA		**10**	**6**
ALBACETE	UD ENFOBG del SESCAM de Albacete	15	5
CIUDAD REAL	UD ENFOBG del SESCAM La Mancha Centro	6	3
CUENCA	UD ENFOBG del SESCAM de Cuenca	5	2
GUADALAJARA	UDM OBST. Y GINEC. del H. Universitario de Guadalajara	2	2
TOLEDO	UD ENFOBG del SESCAM de Toledo	16	4
TOTAL C.A. CASTILLA-LA MANCHA		**44**	**16**
BARCELONA	UDM OBST. Y GINEC. Consorci Sanitari de L´Anoia. H. D ´Igualada	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. Vall D´Hebron	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. H. Clínic de Barcelona	6	6
	UDM OBST. Y GINEC. H. del Mar - Parc de Salut Mar	3	2
	UDM OBST.A Y GINEC. Consorci Sanitari del Maresm	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. de la Santa Creu I Sant Pau	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. Althaia. Xarxa Assistencial Universitària Manresa	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. A H. Sant Joan de Déu	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitari Germans Trias I Pujol	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. Consorci Sanitari Integral	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. Fundació Privada H. Asil de Granollers	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. Consorci Hospitalari de Vic	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. Corporació Sanitària Parc Taulí	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. Consorci Sanitari de Terrassa	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitari Mútua Terrassa	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. A Parc Sanitari Sant Joan de Déu	1	1
GERONA	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitari de Girona Doctor Josep Trueta	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. H. de Palamós	1	1
	UDM OBST. Y GINEC. H. de Figueres. Fundació Salut Empordà	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. Santa Caterina	2	2
LERIDA	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitari Arnau de Vilanova de Lleida	3	3
TARRAGONA	UDM OBST.Y GINEC. H. Universitari de Tarragona Joan XXIII	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. H. de Tortosa Verge de La Cinta	3	3
TOTAL C.A. CATALUÑA		**72**	**71**
BADAJOZ	UD ENFOBG Servicio Extremeño de Salud. H. Universitario Infanta Cristina	7	4
	UD ENFOBG Servicio Extremeño de Salud. H. de Mérida	2	2

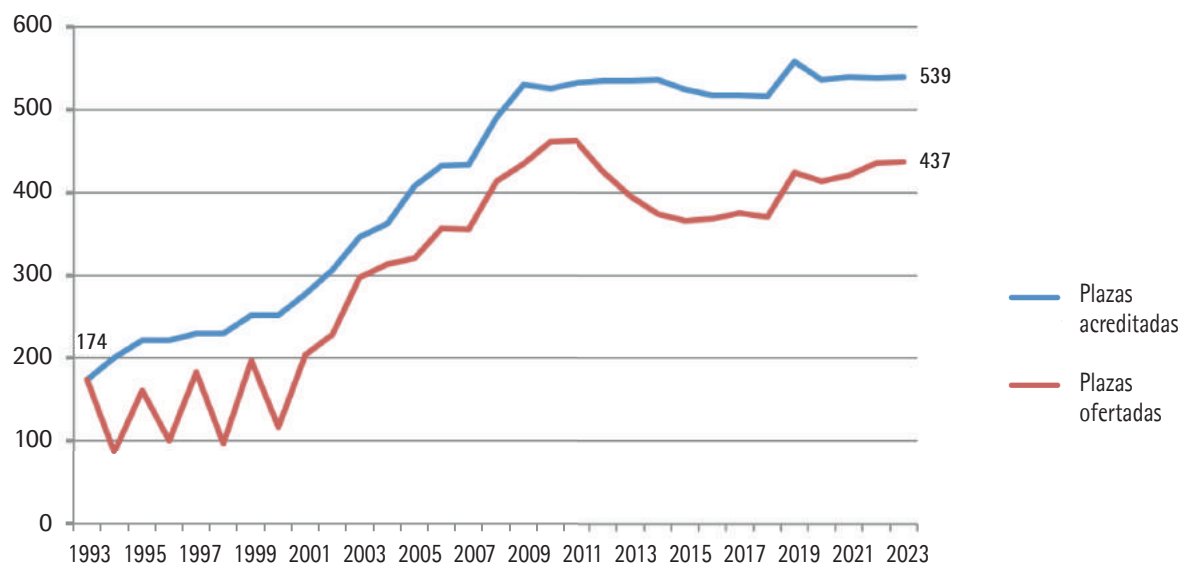
Cuadro 1. Relación entre UD ENFOBG y UDM *(continuación)*			
	UD ENFOBG/UDM	**Plazas acreditadas**	**Plazas ofertadas**
CÁCERES	UD ENFOBG Servicio Extremeño de Salud. C.H. de Cáceres	2	2
TOTAL C.A. EXTREMADURA		**11**	**8**
LA CORUÑA	UD ENFOBG -SERGAS- C. H. Universitario A Coruña	4	3
	UD ENFOBG -SERGAS- C. H. Universitario de Ferrol	2	2
	UD ENFOBG -SERGAS-C. H. Universitario de Santiago de Compostela	3	2
LUGO	UD ENFOBG -SERGAS- C.H. Universitario de Lugo	2	2
ORENSE	UD ENFOBG -SERGAS- C.H. de Ourense	2	2
PONTEVEDRA	UD ENFOBG -SERGAS- C.H. Universitario de Pontevedra	2	2
	UD ENFOBG SERGAS. C. H. Universitario. Eoxi Vigo	5	5
TOTAL C.A. GALICIA		**20**	**18**
MURCIA	UDM OBST. Y GINEC. Murcia.	10	8
	UDM OBST. Y GINEC. Cartagena	6	4
	UDM DE OBST. Y GINEC. Lorca	4	2
	UDM DE OBST. Y GINEC. San Javier	2	1
TOTAL C.A. MURCIA		**22**	**15**
LA RIOJA	UD ENFOBG Servicio Riojano de Salud	4	4
TOTAL C.A. LA RIOJA		**4**	**4**
I. BALEARES	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Son Espases	5	4
	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario Son Llàtzer	4	4
	UDM OBST. Y GINEC. H. Comarcal de Inca	3	2
	UDM OBST. Y GINEC. A H. de Manacor	3	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. Can Misses	3	2
	UDM OBST. Y GINEC. Illes Balears. H. Mateu Orfila	2	2
TOTAL C.A. I. BALEARES		**20**	**16**
ÁLAVA	UD ENFOBG H. Universitario Araba	4	4
VIZCAYA	UD ENFOBG H. Universitario Cruces	7	7
	UD ENFOBG H. Universitario Basurto	5	5
GUIPUZCOA	UD ENFOBG H. Universitario Donostia 200401	8	8
TOTAL C.A. PAIS VASCO		**24**	**24**
ASTURIAS	UD ENFOBG H. Universitario de Cabueñes	3	3
	UD ENFOBG H. Universitario Central de Asturias	3	3
TOTAL C.A. P. ASTURIAS		**6**	**6**
ÁVILA	UD ENFOBG de Salamanca-Ávila. C.A. de Ávila	3	3
LEÓN	UDM DE OBST. Y GINEC. del Complejo Asistencial Universitario de León	2	2
SALAMANCA	UD ENFOBG de Salamanca-Ávila. C.A. Salamanca	5	5
SEGOVIA	UD ENFOBG Complejo Asistencial de Segovia	2	2

Cuadro 1. Relación entre UD ENFOBG y UDM *(continuación)*			
	UD ENFOBG/UDM	**Plazas acreditadas**	**Plazas ofertadas**
VALLADOLID	UD ENFOBG H. Clínico universitario	5	5
	UD ENFOBG H. del Río Hortega	5	5
TOTAL C.A. C. LEÓN		**22**	**22**
MADRID	UDM OBST. Y GINEC. H. Universitario de Fuenlabrada	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. General Universitario Gregorio Marañón	6	6
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Infanta Leonor	1	1
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Infanta Sofía	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H Universitario Infanta Cristina de Parla	1	1
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. de Torrejón	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Fundación Jiménez Díaz	1	
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Severo Ochoa	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. de Móstoles	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Puerta de Hierro	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. U.12 de Octubre	9	9
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. de Getafe	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. La Paz	10	10
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Clínico San Carlos	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Príncipe de Asturias	3	3
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Fundación Alcorcón	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. Central de la Defensa Gómez Ulla	1	0
TOTAL C.A. MADRID		**54**	**53**
	UD ENFOBG Clínica Universidad de Navarra 310401	4	
	UDM OBST. Y GINEC. Ginecología del H.U. de Navarra	4	4
TOTAL C.A. NAVARRA		**8**	**4**
ALICANTE	UD ENFOBG (EVES). H. General U. de Alicante	9	5
	UD ENFOBG (EVES). H. General U. de Elche	8	3
	UD ENFOBG (EVES). H. de la Vega Baja	8	2
	UD ENFOBG (EVES). H.U. de Sant Joan	5	3
	UD ENFOBG (EVES). H. Marina Baixa de Villajoyosa	3	2
	UD ENFOBG (EVES). H. Virgen de Los Lirios de Alcoy	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. del H. de Torrevieja Dr. Manuel García Gea	1	1
	UDM OBST. Y GINEC. Dep. de Denia	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. del H. G. U. de Elda Virgen de la Salud	3	2
	UDM OBST. Y GINEC. del H. U. del Vinalopó	3	1
CASTELLÓN	UD ENFOBG (EVES). H. G. U. de Castellón	7	2
	UD ENFOBG (EVES). H. de la Plana	2	2

Cuadro 1. Relación entre UD ENFOBG y UDM *(continuación)*			
	UD ENFOBG/UDM	**Plazas acreditadas**	**Plazas ofertadas**
VALENCIA	UD ENFOBG (EVES). H. Universitario Doctor Peset	4	4
	UD ENFOBG (EVES). H. Clínico Universitario	4	3
	UD ENFOBG (EVES). H. Gral. U. de Valencia	5	4
	UD ENFOBG (EVES). H. U. La Ribera	5	3
	UD ENFOBG (EVES). H. Lluis Alcanyis	4	3
	UD ENFOBG (EVES). H. Francesc De Borja	2	2
	UDM OBST. Y GINEC. H. U. Y Politècnic La Fe	10	5
	UDM OBSTETRICIA Y GINEC. H. de Manises	1	1
TOTAL C.A. VALENCIA		**88**	**52**
CEUTA	UD ENFOBG -INGESA- H. U. de Ceuta 510401. 4 4	4	4
TOTAL CI. A CEUTA		**4**	**4**
MELILLA	UD ENFOBG de la Ciudad de Melilla	4	4
TOTAL CI. A MELILLA		**4**	**4**

Actualmente quedan tan solo ya seis UD ENFOBG frente a las 73 Unidades Docentes Multidisciplinares, de las que, por otra parte preocupa que no en todas ellas se esté garantizando la impartición reglada y exigente de la totalidad de los contenidos teóricos del programa formativo que, como se recordará, es un monto del 26% del las 3.600 horas del programa, lo que equivale a 936 horas teóricas.

Respecto a la oferta de plazas esta ha sido irregular en el transcurso de los casi 30 años, quedando constantemente la oferta por debajo de las plazas acreditadas, menos el primer año (Gráfico 1).



Fuente: elaboración propia

Gráfico 1. Histórico plazas formativas matronas (acreditadas/ofertadas) 1993-2023

Se tiene constancia de que todos los años la CN ENFOBG ha emitido informes advirtiendo de la carencia de matronas en España instando al menos a que los gobiernos autonómicos se comprometieran a ofertar las plazas acreditadas, algo que como es evidente no se ha producido.

Parece que ni las llamadas de atención mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ni las situaciones de precariedad experimentadas, máximas en algunas CC.AA., sensibilizan a los políticos para aumentar la formación en matronas y el peligro de que el SNS se quede a falta de estas profesionales crece año a año.

Inquieta profundamente que pudiera haber quienes pensaran que la A. Primaria prestada por matronas la pudieran desempeñar algunos de los miles de enfermeros especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, sobre todo, a la vista de su proliferación portentosa, aunque su programa formativo, que aun con contenidos relativos a la salud reproductiva y supuestas competencias, no les habilite para el desempeño de las tareas de atención a la salud sexual y reproductiva. De hecho, el programa formativo de estos especialistas fue recurrido por la Asociación Española de Matronas, en su día, tras su publicación, Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio[6].

Solo hace falta observar al respecto que, desde que en 2010 se inicia la formación de estos especialistas, acreditaron 144 plazas (de las que ofertaron 132) y en 2023 han ofertado 847[4], eso sin contar con los miles de enfermeros que han obtenido su titulación de especialista en Enfermería F y C, por la vía extraordinaria.

En resumen, la oferta para Enfermería Familiar y Comunitaria vía EIR en 10 años ha superado el 640%; la de matronas en 30 años, de las 174 iniciales han pasado a 437 plazas, lo que supone un incremento de poco más del 250%, sin contar con que ya en 1993 el déficit de matronas por el bajo número históricamente formado, por la ampliación de las actividades de estas al integrarse en AP en la década de los años 80 y por los siete años en que no hubo ninguna titulación tras el cierre de las Antiguas Escuelas de Matronas, era una realidad de consecuencias presentes y futuras.

Los gobiernos autonómicos tienen que sensibilizarse con este urgente problema del que insistentemente ha venido informando la AEM (y otras asociaciones) advirtiendo que la falta histórica de matronas tendría un punto de inflexión mucho más grave, cuando se vieran incapaces de cubrir el relevo generacional que ya se anunciaba.

Según el informe Lucina[5], realizado por la Asociación Española de Matronas en 2004, aunque su objetivo principal fue arrojar una visión sobre la salud de las matronas españolas, se recogieron datos sociodemográficos y de situación laboral que permitieron proyectar, no con la exactitud que requiere el asunto al tratarse de una muestra, pero sí para hacer una aproximación bastante certera a falta de Registro de Profesionales, de las bajas por jubilación (y hablamos de 65 años con lo cual se escapaban las anticipadas de 63 que ha habido) que se producirían en los años siguientes y requerirían de efectivos disponibles para su cobertura. Solo mencionar que desde el año 2004 se calculaba que se producirían aproximadamente un 36% de jubilaciones de los efectivos del grupo de matronas del SNS, cerca de un 18%-20% más abandonarían la profesión por jubilación entre el año 2022 y los cinco años siguientes, sin que el número de plazas de formación que posibilite la reposición siguiera el mismo ritmo.

España se sitúa al final de los países europeos en número de matronas x 100.000, solo por delante de Eslovenia y Rumania, mientras las autoridades mundiales en Salud insisten en la necesidad de incrementar el número de estas/os profesionales en todo el mundo[7] (Gráfico 2).

El reciente informe "El estado de las Matronas en el Mundo 2021[7] (OMS, UNFPA, ICM) recuerda:

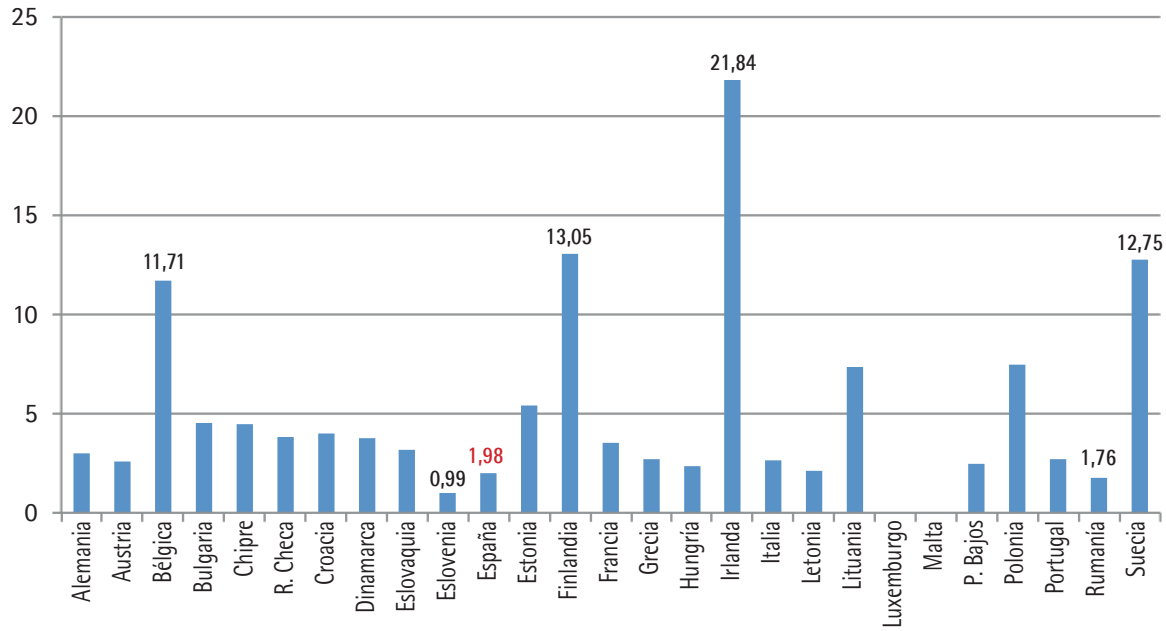
"Mejorar la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA) requiere un mayor compromiso e inversión en matronas."

"No hay suficiente inversión en personal sanitario en su conjunto, y en las matronas en particular, a pesar de los datos recientes de Lancet Global Health *que muestran que las matronas tienen un enorme impacto en la mejora de la salud y la prevención de muertes."*

Por su parte el Lancet afirma: *"Las intervenciones de planificación familiar que pueden ser realizadas por matronas tienen el mayor impacto, además las intervenciones periconceptivas, prenatales, durante el parto y posnatales realizadas por matronas también son una contribución sustancial. Si se puede lograr una mayor cobertura de las intervenciones proporcionadas por matronas, los sistemas de salud estarán en mejores condiciones para brindar una cobertura efectiva de las intervenciones esenciales de SSRMNAH"*[8].

La OMS afirma *"que la salud de las mujeres y las niñas está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales. Detectar y cubrir las necesidades sanitarias de la mujer es su derecho y un deber del Estado, que además debe reconocer las aportaciones de las mujeres a la salud de la sociedad en su función productiva y reproductiva, como consumidoras y, al mismo nivel de importancia, como prestadoras de asistencia sanitaria".* Por ello, la atención a la salud de la mujer se ha convertido en un objetivo prioritario y urgente como ha dictaminado la OMS, que insta a su vez a que todos los países mundiales actúen en consecuencia[9].

Hay consenso mundial en que la atención a la salud de la mujer debe hacerse con un enfoque que englobe su ciclo



Fuente: *National Health Workforce Accounts, update* 2020. Elaboración propia

Gráfico 2. Matronas x 100.000 habitantes Europa 2021

vital al completo, lo que permitirá advertir de qué forma las intervenciones en la infancia, la adolescencia, la etapa reproductiva y hasta el final de su vida, influyen en el estado de salud ulterior y en las de generaciones futuras.

De ahí que las enfermedades y los problemas que afectan exclusivamente a las mujeres (ginecológicos), además de todas las intervenciones en materia y procesos de su esfera sexual y reproductiva, son puntos claves de la salud de la mujer, y la matrona es el especialista enfermero cualificado en esta área.

Por tanto, y como medida urgente que paliaría mínimamente la grave situación de carencia de matronas actual y para un futuro inmediato en España, sería ofertar todas las plazas acreditadas en la próxima Oferta Formativa de FSEP para Matronas. Esto representaría un pequeño margen de mejora (23%), pero en la situación actual no es desdeñable la diferencia de 103 plazas más, que sería el total de las acreditadas (538). Ineludiblemente sería incrementar de forma paulatina y progresiva esta oferta inicial hasta conseguir la plantilla horizonte necesaria para una perfecta atención, tanto en el ámbito hospitalario como en el de AP (centros de salud, comunidad, familia y domicilio) de la salud sexual y reproductiva de las mujeres españolas y la de sus neonatos hasta el 28 día de vida, sin sobresaturar el mercado laboral.

En ningún caso, la solución es disminuir la calidad de la formación de matronas: necesitamos más matronas, pero tan bien formadas como lo han venido siendo en este país, que apostó por cumplir estándares superiores a los exigidos en la Directiva Europea[10], que no consideró deseable imponer una vía de formación unificada de matrona en todos los Estados miembros. Recordemos que esta directiva regulaba la formación de matrona, por lo menos, a través de una de las formaciones siguientes: a) una formación específica a tiempo completo como matrona de, por lo menos, tres años de estudios teóricos y prácticos (vía I), que deberá referirse como mínimo al programa que figura en el punto 5.5.1 del anexo V, o b) una formación específica a tiempo completo de matrona de dieciocho meses (vía II), que deberá referirse como mínimo al programa señalado en el punto 5.5.1 del anexo V y que no haya sido objeto de una enseñanza equivalente en el marco de la formación de enfermero responsable de cuidados generales.

En España, desde que se diseñó este ambicioso y completo programa formativo para la especialización de matronas (1992), se han producido muchos cambios en el panorama universitario español y europeo que, de haber sido conocidos en el momento del planteamiento del mismo, hubieran determinado otra vía formativa con toda probabilidad. Finalmente a través del sistema de formación

sanitaria especializada de España se configuró la profesión de matrona como una especialidad de enfermería y, como tal, aparece relacionada en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril sobre especialidades de enfermería e implica que tras un ciclo de grado de enfermería de cuatro años, mediante acceso EIR, se requiere una formación de dos años y 3.600 horas teórico-prácticas a tiempo completo en instituciones sanitarias acreditadas que garanticen su completa formación.

Nota importante: en los 30 años desde que se reiniciara la formación de matronas en 1993, han quedado sin ofertar 3.044 plazas acreditadas. En este periodo se han podido formar 9.769 matronas, pero la gestión y el compromiso de las CC.AA., alertadas constantemente de la falta de matronas, quedan en entredicho porque, al menos, hubieran podido formar hasta 12.813 matronas y la situación actual sería menos precaria.

Bibliografía

1. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 129, de 28 de mayo de 2009. Sec. III. p. 44697.
2. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 45, de 21 de febrero de 2008.
3. Orden SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 230, de 22 de septiembre de 2010. Sec. II.B. p.80254.
4. Orden SND/840/2022, de 26 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2022 para el acceso en el año 2023, a plazas de formación sanitaria especializada para las titulaciones universitarias de grado/licenciatura/diplomatura de Medicina, Farmacia, Enfermería y del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 211, de 2 de septiembre de 2022. Sec. II.B. p. 122047.
5. Asociación Española de Matronas (AEM). Informe Lucina. La salud de las Matronas. Madrid: AEM; 2004.
6. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 157, de 29 de junio de 2010.
7. UNFPAS, ICM, WHO. The State of the World's Midwifery (SoWMy) 2021. UNFPA [internet] [citado 16 mar 2023]. Disponible en: https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021
8. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. The Lancet Global Health. 2020; 9(1). Doi: https//doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30397-1
9. World Health Organization (WHO). Strategy on women's health and well-being in the WHO European Region [internet]. Geneva: WHO; 2016 [citado 16 mar 2023]. Disponible en: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/333912/strategy-womens-health-en.pdf
10. Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales [internet] [citado 16 mar 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/doue/2005/255/L00022-00142.pdf

M.ª DEL CARMEN NAVARRO JIMÉNEZ

Matrona docente en la universidad y primera directora de la UDM de Granada

Nuestra entrevistada de este número es una matrona con largo recorrido profesional, en el que destaca toda su labor como docente en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Granada. Ha sido directora de la Unidad Docente de Matronas (UDENFOBG) de Granada; durante un tiempo lo simultaneó con la Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) "Virgen de las Nieves" del Servicio Público Andaluz de Salud, adscrita a la Universidad de Granada. Mª del Carmen ha sido una profesora muy querida para cientos de alumnos que han pasado no solo por la UDENFOBG sino por la Escuela de Enfermería de la Universidad Granada. Siendo hija de matrona, la profesión la vivió muy de cerca y desde muy niña, algo que le hizo elegir, según ella, esta profesión tan gratificante

P. Hola, Mª del Carmen, por fin ha llegado el momento tan esperado de poder entrevistarte. Sabes que lo teníamos pendiente y que por diferentes circunstancias no ha podido ser antes, pero aquí estamos. Me hace mucha ilusión poder tener un rato para que nos cuentes algunas cosas que me parecen súper interesantes que he leído de tu vida curricular y me gustaría que compartiésemos con las compañeras que nos puedan o quieran leer. ¿Cómo quieres que te llame, Mª Carmen o Carmen? ¿Cómo te sientes más identificada?

Respuesta: Me siento más identificada con Mari Carmen.

P. Para empezar, me contaste que eres hija de una matrona, no creo que todo el mundo lo sepa. ¿Fue esto lo que marcó tu decisión de ser matrona?

R. Cuando decidí ser matrona no lo hice conscientemente porque mi madre lo fuera, tan solo me gustaba e interesaba, de hecho, no lo comuniqué a mi familia hasta que no estuve matriculada. Si bien es cierto que tenía y tengo muchos recuerdos y anécdotas de la infancia relacionadas con la profesión de mi madre, como por ejemplo el de una noche de Navidad a mis 5 o 6 años en la que, estando preparada toda la familia para ir a Misa del Gallo, justo en el momento de salir, llamó al timbre de casa un señor cuya mujer estaba de parto, con lo cual mi madre se fue a atenderla y el resto de la familia salimos como estaba previsto a la catedral.

P. Además tienes una hermana enfermera. ¿Crees que tu madre fue un modelo a seguir? Seguro que tienes mil anécdotas, ¿podrías compartir alguna con nosotras?

R. Sí, fue un modelo a seguir, pero no solo como matrona, yo considero que era una mujer muy adelantada a su época en todos los aspectos. Estaba tan implicada profesionalmente que intentaba siempre estar al día y aumentar sus conocimientos, de hecho, a mediados de los 50, viajó a París para realizar una estancia de mes y medio en la Maternidad de San Antonio para formarse en lo que entonces empezaba a ser un nuevo aspecto en los cuidados a la mujer embarazada, concretamente lo que entonces se llamaba "preparación al parto sin dolor", origen e inicio de la actual Educación Maternal.

P. He leído que no te hiciste matrona nada más acabar enfermería, bueno la ATS del momento. ¿Cómo fue ese paso después de unos años siendo enfermera?

R. Antes de hacer la especialidad de Matrona estuve trabajando como enfermera en la planta de Oncología Ginecológica del Hospital Materno Infantil "Virgen de las Nieves" de Granada. Es cierto que pasó algún tiempo hasta que tomé la decisión, pero no fue por nada concreto, y puedo decir que me siento muy orgullosa de ser matrona, es una profesión no solo muy especial, sino que es muy gratificante, aunque también es cierto que tiene en el ejercicio profesional momentos muy estresantes, pero que compensan cuando todo se resuelve favorablemente.

Finalización Carrera ATS

P. De los 45 años que le has dedicado a la profesión, más de 30 han sido dentro del mundo de la docencia; he entrevistado ya a unas cuantas compañeras con ese mismo perfil... ¿Qué tiene la docencia que atrae tanto dentro de nuestro colectivo?

R. La docencia tiene un gran atractivo porque te estimula y obliga a mantenerte no solo actualizada profesional y científicamente, sino también es muy satisfactoria al estar permanentemente en contacto con gente muy joven con inquietudes. No solo he ejercido la docencia, también he trabajado en la asistencia como matrona en paritorio en el Hospital Materno Infantil "Virgen de las Nieves" de Granada, que simultaneé con la docencia a tiempo parcial, hasta que conseguí la plaza de Profesora Titular en la Universidad de Granada y solicité la excedencia en la asistencia.

II Jornadas Nacionales para Estudiantes de Enfermería. Granada 1984

P. Estuviste 20 años como vocal de Andalucía en la Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) ¿Puedes contarme algo de esa época?, ¿qué se hacía en esa asociación?

R. La AEED fue una asociación pionera y líder de los avances de la enfermería en España en la segunda mitad del siglo XX y tuvo un papel muy importante y decisivo en el cambio de los estudios en nuestro país y en la integración de la enfermería en la universidad. Trajo y dio a conocer en España a líderes de la Enfermería Internacional, como Dorothea Orem, Virginia Henderson o Linda Calpenito, entre otras. La asociación trabajaba y publicaba documentos profesionales en los que se trataba de profundizar y reflexionar sobre distintos aspectos de la enfermería. Anualmente se celebraban jornadas en las que se debatían y analizaban los problemas de actualidad de la enfermería y las perspectivas de futuro; a las mismas asistían como invitadas enfermeras de prestigio a nivel internacional. También se organizaban cursos de distintas materias para la actualización de los profesionales, según las corrientes de las distintas teorías y modelos de enfermería.

La AEED la formaban dirigentes de las distintas escuelas de España y enfermeras en general. En ella estaban las líderes y referentes de la enfermería en esos años, como Mª Paz Mompart, Rosa María Blasco, Rosa María Alberdi, Pilar Antón, Pilar Arroyo, Magdalena Santo Tomás, etc.

Compañeras de la AEED

P. Leyendo parte de tu trayectoria, me ha llamado muchísimo la atención todos tus trabajos fuera de España, en Cuba, Ecuador, Marruecos, etc. ¿En qué consistían estos proyectos?

R. Mi colaboración y estancias en distintas universidades latinoamericanas siempre han sido dentro del marco de los convenios que la Universidad de Granada tiene con diferentes universidades, y ha consistido generalmente en

asesoramiento sobre los estudios de Matrona o sobre la Especialidad de Enfermería Comunitaria y también relacionados con las rotaciones externas de los EIR de Matronas o estancias de prácticas de los alumnos de Enfermería en esos centros.

P. Has viajado mucho para formarte y participar en congresos fuera de España, ¿crees que es importante conocer nuestra profesión más allá de nuestras fronteras? ¿Qué te ha aportado a ti compartir estas experiencias?

R. Creo que es muy importante conocer la realidad de cómo se forman los profesionales en distintos países, no solo en Europa, y también dar a conocer lo que se hace aquí que, en muchas ocasiones, podemos comprobar que tenemos más formación y competencias de los que nosotras mismas creemos.

Policlínico Cienfuegos (Cuba)

P. ¿Crees que esto te inspiró para fomentar entre tus alumnos la formación fuera con rotatorios externos?

R. Las rotaciones externas pienso que son fundamentales no solo para conocer lo que se hace en otros sitios, sino también para completar una educación integral en el conocimiento de otras culturas y pueblos, lo que, en mi opinión, enriquece mucho la formación y a la propia persona.

P. Me consta que también has estado en organismos públicos a nivel autonómico andaluz, como la Dirección General de ordenación Funcional de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. ¿Cuál era tu cometido?

R. Fue un asesoramiento puntual sobre la enfermería y la matronería en un momento en el que en la Junta de Andalucía estaba con revisiones para actualizar el funcionamiento de las Escuelas de Enfermería.

P. Fuiste la directora/coordinadora de la UDM de la Universidad de Granada durante todo el tiempo que estuvo en funcionamiento. ¿Puedes contarme cómo fue este proceso hasta su cierre en 2011? Creo que hay compañeras que no saben cómo ocurrió.

R. La UDM de la Universidad de Granada era una unidad mixta, universidad y Servicio Andaluz de Salud, se acreditó y empezó a funcionar mediante un convenio entre ambos organismos. Para su puesta en funcionamiento, la universidad hizo una convocatoria expresa para contratar profesorado, matronas, para impartir las distintas materias teóricas que debían recibir los EIR, según lo especificado en el Plan de Estudios. Todo el profesorado de la unidad docente, especialmente las matronas, tuvimos mucho interés en programar actividades complementarias novedosas y de actualidad, para que la formación fuera lo más amplia y completa posible, como por ejemplo cursos sobre "Embarazo, Agua y Actividad física", conferencias de temas de actualidad como las impartidas por el profesor Lorente de la Universidad de Granada, experto en violencia de género, etc. También tuvimos especial interés en que nuestros residentes realizaran rotaciones externas, no solo en hospitales españoles, sino también en otros países, como Cuba, Perú, Ecuador y Marruecos, entre otros. En la UDM se formaron 16 promociones de matronas durante el tiempo que estuvo funcionando. La Unidad Docente de Matronas de Granada dejó de funcionar al producirse el cambio de legislación en el que aparecen las Unidades Docentes Multiprofesionales y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía decidió que no hubiera Unidades de Matronas mixtas (universidad–SAS) y que todas las Unidades Docentes pertenecieran solamente al Sistema de Salud.

P. Por cierto, ¿y qué opinión tienes de las Unidades Docentes Multiprofesionales (UDM) respecto a la formación de matronas?

R. Personalmente no estoy de acuerdo con las unidades multiprofesionales porque, aunque se podría considerar como una optimización de recursos, habría que valorar otros aspectos muy importantes. La relación entre profesiones muy distintas en un mismo ámbito de formación podría alterar la orientación y filosofía profesional, en este caso de las matronas. También habría que valorar que la especialidad de matrona es la única con directivas comunitarias y que el plan de estudios exige el cumplimiento de una serie de horas y la impartición de unas materias teóricas que deben recibir. El resto de especialidades de distintos profesionales no tienen la exigencia de estos requisitos, claramente demostrados necesarios.

P. En otra de tus facetas has pertenecido al comité de redacción de la editorial de algunas revistas como *Rol de*

***Enfermería*. Como experta te pregunto, ¿cuál crees que es el nivel de investigación y publicación de las matronas? ¿Podemos sentirnos orgullosas?**

R. Considero que actualmente el nivel de investigación y publicación de las matronas en los últimos años ha mejorado muchísimo, se están leyendo muchas tesis doctorales y publicando artículos sobre investigaciones realmente interesantes y en revistas de impacto. Tenemos que sentirnos muy orgullosas por el gran esfuerzo que están realizando muchas de nuestras compañeras para conseguir sus objetivos y llevar a cabo investigaciones propias que puedan no solo aumentar nuestro cuerpo de conocimientos, sino también conseguir un mayor reconocimiento de nuestra profesión.

P. Y volviendo un poco a ti, creo que en tu faceta personal el enriquecimiento cultural es importante. ¿Cuáles son tus hobbies, a qué dedicas ahora tu tiempo libre, como diría la letra de aquella canción?

R. Mi principal hobby son los viajes, porque me llama la atención y me interesa conocer distintas culturas. También la lectura y dentro de ella, la historia. Así mismo, tengo una pequeña colección de objetos antiguos relacionados con nuestra profesión, la enfermería y la medicina, que he ido adquiriendo en los distintos viajes que he realizado y que pienso donar al incipiente museo que se está formando en la Facultad de Ciencias de la Salud y al de Historia de la Medicina de la Universidad de Granada. Además, tengo una pequeña colección de belenes artesanales en miniatura de distintos países del mundo.

P. ¿Tienes algún proyecto entre manos? Me ha dicho un pajarito que hay algo relacionado con los libros...

R: En relación con los libros tengo algunos del siglo XVIII y XIX y la primera mitad del siglo XX, sobre la Obstetricia, el Arte de partear. Mi intención es, sobre todo los más antiguos, donarlos a la Biblioteca General de la Universidad de Granada para que se conserven adecuadamente, dada su antigüedad.

P. Mª Carmen, se me hace corta esta entrevista, pero hay una pregunta obligada que hago a casi todas las personas que entrevisto. ¿Cómo ves el futuro de la profesión de matrona? ¿Qué añadirías o qué quitarías? ¿Cuál crees que es nuestra situación actual?

R. El futuro lo veo con preocupación, porque al ser un colectivo no muy numeroso, en ocasiones no podemos ejercer la fuerza que necesitaríamos para avanzar en muchos sentidos; por otra parte, juega en nuestra contra los bajos índices de natalidad y el que no se nos reconozca y facilite el desarrollar nuestras competencias y funciones en los distintos ámbitos y puestos de trabajo para los que nos faculta nuestra formación, según las directivas comunitarias. Personalmente pienso que hay que hacer mucho más hincapié en la formación teórica que se imparte en las unidades docentes y que al menos se cumplan el número de horas de las distintas materias que se especifican en el plan de estudios. Creo que es muy importante que se amplíe el número de plazas para los EIR de matronas, lo que puede servir para que no se utilice el argumento de que algunos puestos no se cubren por falta de matronas. Actualmente, estamos en un momento delicado por la escasez de profesionales y el poco interés que al parecer demuestran las administraciones por solucionar el déficit de matronas.

Alumnos de la E.U de Enfermería de Granada

P. No sé si se me ha quedado alguna pregunta por plantearte o hay alguna aportación más que quieras hacer y como experta docente. ¿Te gustaría compartir algún mensaje para las nuevas promociones o para las compañeras que actualmente siguen el camino de la docencia?

R. A las nuevas promociones les diría que la ilusión y la curiosidad son fundamentales en el camino profesional; y a las que se quieran dedicar a la docencia, que es una carrera de fondo y de largo recorrido, pero que con constancia se consiguen todos los objetivos que nos proponemos. Para finalizar, me gustaría hacerlo con una frase que en reiteradas ocasiones he dicho a los residentes de matrona: *"En cada nacimiento una comadrona competente puede dar a la vida todas sus posibilidades"*. No quiero terminar sin agradecer muy especialmente a la Asociación Española de Matronas la deferencia que ha tenido de acordarse de mí para hacer esta entrevista. Gracias de todo corazón.

Nuevo curso de recuperación de suelo pélvico

La gran demanda generada por el Curso de Recuperación del suelo Pélvico, organizado por la Asociación Española de Matronas (AEM) e impartido por Lola Serrano Raya, ha dado lugar a una nueva edición en los días 25, 26 y 27 enero en Madrid. Como en ediciones anteriores, el clima generado en el espacio de estudio y prácticas ha sido magnífico y de plena satisfacción para las matronas asistentes.

La demanda del mismo desde que la AEM lo ofertara por primera vez confirma que es un curso necesario para complementar los conocimientos de matrona, poniendo énfasis en la prevención del deterioro del suelo pélvico manteniendo inalteradas las funciones de sostén, de continencia, reproductiva y sexual y evitar posibles trastornos que deterioren la vida de las mujeres (y hombres).

Próximamente se organizará un nuevo curso.

Asistentes al curso

Asistentes al curso

La Asociación Española de Matronas y cerveceros de España lanzan una nueva edición de la campaña contra el consumo de alcohol en el embarazo y lactancia

La Asociación Española de Matronas (AEM) y Cerveceros de España han lanzado un año más la campaña "Porque él bebe lo que tú bebes", una iniciativa de concienciación dirigida a mujeres embarazadas y aquellas que dan lactancia materna a sus hijos. El parón de dos años impuesto por la pandemia detuvo esta iniciativa, pero en el momento que ha sido posible retomarla se ha hecho para seguir concienciando de los riesgos del consumo de alcohol por parte de la madre para el feto y/o recién nacido.

En este taller han participado Charo Sánchez Garzón, miembro de la Junta de la Asociación Española de Matronas, y Andrea Calderón, dietista-nutricionista de la Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación (SEDCA), quienes han transmitido a las mujeres asistentes pautas de nutrición saludables y equilibradas para una correcta alimentación durante los periodos de gestación y lactancia.

La jornada contó con la participación de la *influencer* Ruxanda, conocida como *"alwaysjuntis"* quien, como madre, ha incidido en el mensaje de la importancia del cuidado materno en ambos periodos. La nutricionista ha recordado a las asistentes que las necesidades especiales que se generan en estos periodos requieren un extra calórico de unas 500 Kc. Además de cumplimentar necesidades aumentadas de nutrientes como el calcio o el hierro entre otros. En relación con la hidratación, la experta ha afirmado la necesidad de las madres que lacten de asegurar una adecuada ingesta líquida, matizando que si bien el agua es la mejor opción para conseguir los niveles adecuados de hidratación, las madres también pueden decantarse por infusiones, leche o cerveza 0,0.

Charo Sánchez, miembro del comité de la Asociación Española de Matronas, como matrona se ha centrado en la alimentación correcta como base para la salud del niño, puesto que "una alimentación equilibrada proporciona los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del bebé, la calidad de la placenta, mantiene el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y posparto, previene anemias y activa la producción de la leche". No es noticia, pero entendemos que hay que seguir advirtiendo de que el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo puede generar daños en el crecimiento de los órganos del feto o en su desarrollo cerebral, en ocasiones irreversibles. Se enumeran problemas cardiacos, renales, óseos, el tan temido trastorno del espectro alcohólico fetal (discapacidades físico-intelectuales), pero también cabe la posibilidad de que se produzcan abortos espontáneos e incluso la muerte fetal, o en los peores casos, incluso un aborto espontáneo o una muerte fetal. Y el peligro continúa en el periodo de lactancia, pudiendo ocasionar graves problemas de salud en el recién nacido como una reducción de la capacidad cognitiva, la posibilidad de desarrollar posibles retrasos en el crecimiento, un empeoramiento del razonamiento no verbal, incluso reducción en la producción de leche materna con el consiguiente déficit alimentario del recién nacido, etc.

Existe la alternativa para las madres que eran consumidoras de cerveza anteriormente, de cambiarla por "cerveza 0,0", que además cuenta con una interesante composición nutricional y compuestos fenólicos con poder antioxidante.

La Fundación Alcohol y Sociedad y la Asociación Española de Matronas renuevan su compromiso con la prevención del consumo cero de alcohol en mujeres embarazadas

Ambas entidades renovaron el convenio que mantienen desde 2019 para promover iniciativas que contribuyan a fomentar el consumo cero de bebidas alcohólicas en mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia.

La Asociación Española de Matronas y la Fundación Alcohol y Sociedad (FAS) han renovado el acuerdo de colaboración suscrito en 2019 para concienciar a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia sobre la incompatibilidad del consumo de alcohol en esta etapa de su vida. Aunque los datos sobre incidencia del síndrome alcohólico fetal en España son mínimos, ambas entidades quieren seguir aportando información para que esta tendencia positiva se mantenga en España.

"En la Fundación Alcohol y Sociedad trabajamos desde 2000 para prevenir el consumo de alcohol en menores de edad a través de la educación, por lo que este acuerdo de colaboración va a servir para que ahondemos más en este objetivo, fijándonos también en los nonatos y en las madres gestantes y en periodo de lactancia", señaló la Directora de Relaciones Institucionales de la Fundación Alcohol y Sociedad, Silvia Jato, tras la firma del acuerdo. De este modo, la Fundación Alcohol y Sociedad refuerza su labor prioritaria de proteger a los menores de edad.

La Asociación Española de Matronas ha puesto el acento en el cuidado y protección que necesitan las madres gestantes y lactantes, que han de vigilar sus hábitos alimentarios y de consumo en esta etapa de su vida. Así, la Presidenta de la Asociación Española de Matronas, Rosa María Plata, ha recordado que "consumir cualquier tipo de bebida alcohólica durante el embarazo puede conducir a un aborto espontáneo o una variedad de discapacidades conocidas como trastornos del espectro alcohólico fetal, por lo que es necesario contar con información y apostar por un consumo cero de alcohol en esta etapa de la vida".

El trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF) es un conjunto de patologías que afectan el normal desarrollo del feto durante el embarazo, ocasionadas por el consumo de alcohol durante la etapa prenatal, dado que los niveles de alcohol en la sangre de la madre pasan a través del cordón umbilical. Para la Directora de Relaciones Institucionales de FAS "es vital concienciar de la necesidad de realizar un consumo cero de alcohol durante el embarazo, y desterrar ese falso mito de que el consumo de pequeñas cantidades no hace daño. No hay ninguna cantidad ni ningún tipo de bebida alcohólica que podamos considerar seguro durante la gestación", especifica.

La Fundación Alcohol y Sociedad es una entidad sin ánimo de lucro, creada en el año 2000, con el objetivo principal de eliminar hábitos indebidos en el consumo de alcohol. Financiada por la Federación Española de Espirituosos (Espirituosos España), trabaja de forma independiente con vocación de servicio público, para ofrecer a la sociedad información rigurosa junto a soluciones realistas y viables a través de todos sus proyectos.

Silvia Jato, Directora de Relaciones Institucionales de la Fundación Alcohol y Sociedad, Rosa Mª Plata, Presidenta de la AEM, y Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, Presidenta emérita y actual Vocal de Relaciones Institucionales de la AEM

La AEM se retira del grupo de expertos convocados por el CGE para la realización de las guías de prescripción en atención sexual y reproductiva/embarazo, parto y posparto

La historia de la prescripción enfermera en España es tan larga como indignante. Tras el Real Decreto 954/2015, cuyo texto significó a todas luces una ofensa para la profesión enfermera, en 2018 se modificó por el RD1302/2018, en el que por fin se regulaba la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros con plena seguridad jurídica.

Pero aún era necesario elaborar y validar protocolos y guías de práctica clínica y asistencial para la indicación, el uso y la autorización de dispensación por parte de los enfermeros de medicamentos sujetos a prescripción médica. Según lo dispuesto en el Art. 6 del citado RD que dice que: *"La elaboración de los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial se efectuaría en el seno de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, garantizándose a los efectos de elaboración de estos protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, la representación tanto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como de las comunidades autónomas, las mutualidades de funcionarios, el Ministerio de Defensa y los Consejos Generales de los Colegios Oficiales de Enfermeros y de Médicos, del modo siguiente:*

a) Tres miembros en representación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, designados por la persona titular del Ministerio.

b) Tres miembros en representación de las comunidades autónomas, designados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (en la actualidad Cataluña, Galicia, P. Vasco - según nos informa el Vicepresidente del CGE, José Luis Cobos).

c) Un miembro en representación de las mutualidades de funcionarios (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas y Mutualidad General Judicial), designado por ellas.

d) Un miembro del Cuerpo Militar de Sanidad del Ministerio de Defensa, designado por la Inspección General de Sanidad de la Defensa.

e) Cuatro miembros en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, designados por el Consejo.

f) Cuatro miembros en representación del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, designados por el Consejo.

Pues bien, hasta este año 2023, la citada Comisión, ha validado las Guías para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte las enfermeras de:

Ostomías, quemaduras, heridas, hipertensión y diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.

A la Asociación Española de Matronas (AEM) nos parecía que se estaba demorando en el tiempo la Prescripción que se entendía sería específica para matronas como se deducía del RD que hacía una inclusión relativa en la Disposición adicional primera. "*Particularidad relativa al personal especialista en enfermería obstétrico-ginecológica".*

Fue en octubre de 2019 cuando llegó a la AEM la petición por parte del Consejo General de Enfermería (CGE) de colaboración en las Guías de Atención Sexual y Reproductiva/Embarazo, parto y puerperio y correspondiendo a esta, hicimos nuestra aportación del completo listado de medicamentos para prescripción autónoma de matronas al CGE, tanto para uso en Atención Primaria como en Especializada, así como los Protocolos Hospitalarios de Prescripción colaborativa en la asistencia al parto. Sin embargo, no se había reanudado esta tarea hasta octubre de 2022, cuando se formó un grupo de trabajo de expertas: por parte de la AEM, Mª Ángeles Rodríguez Rozalén y Rosa Mª Plata, otras dos vocales por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Gemma Falguera y Mª José Caravaca, dos vocales del CGE, Montserrat Angulo y Mª Sol Montenegro y al frente, José Luis Cobos, Vicepresidente III del CGE, delegados en la Comisión Interterritorial de Farmacia para este asunto, sin saber qué otros tres miembros más del CGE lo son también.

En una primera reunión virtual, el 20 de octubre 2022, el citado representante del CGE nos presentó el formato de guía, nos informó que su inicio era prácticamente común a todas las guías distinguiéndose principalmente a partir del punto 3 en que se incluían los criterios específicos y a renglón seguido, se incorporaría el listado de medicamentos elaborado y consensuado por el grupo de matronas y ya remitido al CGE.

De entrada, el grupo indicó la pertinencia que desde el título, cuando se mencionara enfermera/o siempre especificara especialista en enfermería Obstétrico-ginecológica (Matrona) en atención a sus competencias específicas. Se añadieron puntualizaciones como la suscrita en la disposición adicional primera del RD de prescripción que *"reconoce la particularidad relativa al personal especialista en enfermería obstétrico-ginecológica, sin perjuicio de lo dispuesto en el Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n.º 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI)".*

La sorpresa que nos hemos ido llevando a medida que han avanzado las conversaciones ha sido que el Vicepresidente III José Luis Cobos, nuestro interlocutor, insista en que no se puede especificar en el documento que los medicamentos determinados para uso en los procesos relacionados con la atención sexual y reproductiva, embarazo parto y posparto, sean de prescripción exclusiva para matronas.

En este punto el representante del CGE esgrime razones como que *"estas guías no se hacen para saber qué medicamentos puede prescribir determinado perfil profesional sino lo que determina el proceso y lo que hay que hacer.... que este es el sentido en el que va la Comisión y motivo por lo que cuestionan las CC.AA. la necesidad de ceñir las guías solo al ámbito de las matronas".*

El citado Vicepresidente del CGE ha dado otras razones, a nuestro juicio tan insustanciales como graves, como que *"las CC.AA. están avisando de que no tienen matronas en determinados ámbitos y podrían utilizar a otros profesionales".* Afirmación inquietante y que todas las integrantes han rebatido recordando que la falta de matronas depende de la falta de inversión en formación de las CC.AA., siendo así que ellas mismas generarían intrusismo profesional, con acciones de atribución de competencias a quienes no son especialistas. Ha dado a entender que con la aquiescencia de las matronas representantes o sin ellas, sacarían las guías. Y cierto es que sorprende pensar que tengan mayor peso específico los tres representantes de CC.AA. que el resto de los miembros.

Por otra parte, más sorprendidas cuando ha insistido en que él (representante del CGE) *"no está representado a un colectivo específico, refiriéndose a las matronas, sino que representa al colectivo enfermero".* Recordándoles las asistentes que igual de colegiados somos las matronas que el resto de la enfermería, aunque en número proporcionalmente minoritario dentro del colectivo y que las competencias sobre Salud Sexual y Reproductiva son exclusivamente de las matronas por su formación especialista en esta materia.

Si bien en un principio pareció que dejamos claro que nuestra condición de especialistas sujetas a normativa Europea y la especificidad que contemplaba la Disposición Adicional Primera del RD, enmarcaban perfectamente el desarrollo de la prescripción autónoma para el colectivo de matronas, a medida que se han sucedido las conversaciones a las representantes de la AEM nos parece que ha dado un giro peligroso del que desconocemos si hay alguna intencionalidad encubierta que pudiera ir en detrimento del colectivo ante tal negativa.

Nos parece absolutamente intolerante que en esta guía que contempla procesos cuyas competencias son atribuidas a las matronas, se redacte de forma que se niega contemplar la especificidad de las competencias de las mismas, lo que a nuestro juicio, es una actuación con "patente de corso" para dejar abierta la puerta a la entrada de enfermeros generalistas (o de F y C) en el terreno competencial de las matronas, algo que ya venimos sufriendo en Atención Primaria, siempre con la excusa de que no hay matronas. Tanto más cuanto que en el artículo 9 del mismo decreto se relacionan los requisitos que deben reunir las enfermeras y los enfermeros para obtener la acreditación, diferenciando las exigibles para los enfermeros de cuidados generales y en el ámbito de los cuidados especializados determina además del título de Graduado en Enfermería, de Diplomado en Enfermería o de Ayudante Técnico Sanitario, o equivalente, el título de Enfermero Especialista a que se refiere el artículo 2.1 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

En la última reunión de febrero de 2023 (asistencia mixta presencial y virtual), el Vicepresidente propone la prioridad de sacar la guía de Atención Sexual y Reproductiva antes de la del Embarazo, parto y posparto, sin saber el porqué de esta prioridad, aunque lo presumimos y con las mismas explicaciones esgrimidas tiempo atrás que no convencieron a nadie, mantiene la imposibilidad de que estas guías sean específicas para la prescripción autónoma de matronas. Por tanto, nos queda la duda de si esta maniobra no estaba orquestada de antemano por el CGE y ha sido una engañifa para que el grupo elaborara el listado de medicamentos y, a partir de ahí, actuar como viniera en gana, duda que no es única porque nos hacemos otras tan grandes o mayores:

- Dudas sobre la defensa del colectivo matronas, porque no tenemos claro que el CGE defienda tampoco en esta

ocasión esta especialidad como otras, a pesar de que se les llene la boca hablando de la importancia de las especialidades enfermeras, ni tampoco las CC.AA. que las forma o el Ministerio de Sanidad que las autoriza y regula, la respete.

- Dudas sobre la representatividad, porque entendemos que en la Comisión todos los votos valdrán igual, y no pensamos que solo los médicos y CC.AA. tengan el poder decisorio, al final son cuatro de la OMC contra cuatro del CGE, tres de las CC.AA. y tres del Ministerio, que tendrían que velar por el cumplimiento de las competencias profesionales. Así que solo nos queda pensar si va a ser el miembro en representación de las mutualidades de funcionarios o el del Cuerpo Militar de Sanidad los que diriman la partida en este "mercado persa".

- Dudas sobre la legalidad, sin entender que los servicios de salud de los propios gobiernos autonómicos, no sabemos si por ignorancia o por interés, conculquen los derechos de unos profesionales restringiendo sus competencias en el desarrollo de su desempeño laboral, cediéndoselas a profesionales sin la adecuada formación y preparación para el desempeño de tareas específicas de especialistas. Es un hecho la participación de enfermeros generalistas en algunas CC.AA. en el Programa de Salud de la Mujer y no tienen la formación necesaria para ello.

- Dudas sobre el sentido de las especialidades, si como parece se aceptaría, de forma ilógica y peligrosa, que todos los enfermeros que no tienen por otra parte definidas sus competencias frente a las matronas, que desde hace cuatro décadas las tienen reguladas por Directiva Europea, hagan de todo, cabe preguntarse ¿para qué sirven el gasto en especialidades enfermeras?

- Dudas sobre la gestión de RR.HH. y la responsabilidad de las CC.AA. cuando son ellos los encargados de la inversión en los programas formativos de especialistas y, a sabiendas de la falta histórica de matronas, han mantenido la inveterada actitud de no invertir en su formación. Desde el año 1992 hasta la fecha solo en la primera convocatoria de plazas de formación ofertaron todas las plazas acreditadas. En los años sucesivos, no.

La AEM, que siempre ha defendido y lo sigue haciendo los intereses de las matronas, ante la sucesión de hechos se ve obligada a manifestar públicamente que abandona esta comisión ante el perjuicio potencialmente percibido contra las matronas. Si como nos confirmó el Sr. Cobos, estas guías saldrán con la aprobación o sin ella de las matronas del grupo, la AEM declara que nunca será con su aquiescencia, por intuir, como decimos, que de continuar de nuestra colaboración en este asunto, el resultado podría ser lesivo para el conjunto de la profesión de matronas.

Montserrat Angulo Perea, Vocal del CGE, Rosa Mª Plata y Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, representantes de la AEM a la salida de la reunión en el CGE

La AEM denuncia ante los ministerios de Sanidad y Educación la propuesta privada de formación de matronas

La AEM ha enviado sendas cartas a las titulares de los Ministerios de Sanidad, Sra. Darias, y de Educación y Formación Profesional, Sra. Alegría, ante el conocimiento de la Universidad Catalana Ramón Llul en asociación con la universidad también privada belga Tomas More.

La noticia conocida el día 7 de marzo ha hecho saltar todas las alarmas de las matronas, que han expresado su rechazo a título individual y asociativo mediante manifiestos contra esta iniciativa. La AEM ha preferido la vía más directa para dejar constancia de esta operación en los ministerios responsables de la formación de matronas en España. Nos consta que también la propia CN Enfobg elevó de inmediato sus quejas a la Dirección General de Formación Sanitaria Especializada.

En el momento de redactar esta noticia parece que la Universidad Ramon Llul ha dado un paso atrás, y la formación anunciada en la página web de la universidad belga Tomas More ha sido retirada.

Madrid, 9 de marzo de 2023

Sra. Dña. Carolina Darías San Sebastián
Ministra de Sanidad y Consumo
Paseo Prado 18, 28014, Madrid

Estimada Señora:

Nos dirigimos a Ud. en nombre de la Asociación Española de Matronas (AEM) para solicitar su intervención en relación a un problema denunciado por diferentes medios que, estamos seguras puede comprometer la formación de las/os especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (MATRONAS) en nuestro país y por extensión, la asistencia obstétrico-ginecológica de nuestras mujeres.

Se trata de una iniciativa de la Universidad Ramón Llul en colaboración con la Universidad privada belga "Thomas More" para titular a las futuras especialistas mediante la figura de Máster de "trayectoria abreviada" (bi-certificada) que, evidentemente, crearía un agravio comparativo con las/os especialistas que consiguen su titulación en el marco de la normativa española y, al mismo tiempo, nos inquieta en alto grado la duda razonable sobre el cumplimiento del programa formativo que, en el modelo español, sí garantiza la adquisición de las competencias y habilidades requeridas para el ejercicio de esta profesión.

La citada iniciativa, no especifica el cómo y el dónde se impartiría el programa teórico-practico que debe cumplir un/a enfermera-o residente para adquirir los conocimientos exigidos en nuestro modelo según Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo y lo previsto en la DIRECTIVA 2005/36/CE.

Ya tenemos un antecedente, desde 2014, en el que la Universidad Privada europea Semmelweis (Hungría), empezó a expedir titulaciones de matrona, sin que sus alumnas/os adquiriesen ni alcanzasen los mínimos objetivos formativos exigidos.

Este desafortunado asunto que mencionamos, tras múltiples gestiones de esta Asociación Española de Matronas, otras asociaciones y la propia Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica- (MATRONA), ante la Dirección General de Formación Sanitaria Especializada, no se resolvió satisfactoriamente invalidando esos títulos.

Como resultado de ello, enfermeras/os españoles matriculados en la citada Universidad húngara y no engañados por la irregular oferta de la misma, pero deseosos a cualquier precio de un título de matrona, han empleado "subterfugios" para conseguir el rotatorio de prácticas que no ofertaba su Universidad, en hospitales españoles y de esta forma "normalizar" una formación a todas luces irregular por incompleta.

Este dislate que no tuvo freno legal, ya que finalmente Europa reconoció y aceptó la titulación de esta Universidad como acorde con los estándares europeos, sembró la indignación entre las matronas españolas y como consecuencia, la campaña de desprestigio que se extendió

sobre la formación de Matronas en la Semmelweis, consiguió que algunas comisiones de docencia alertadas sobre el particular, no aceptaran las "rotaciones solicitadas por estos enfermeros españoles" frente a las que ignorantes de la artimaña orquestada por esta Universidad privada, las aprobaron. Esta decisión equivocada, fue en detrimento directo de los residentes españoles en formación que hubieron de compartir su tiempo y espacio de prácticas con los foráneos, sin ni siquiera tener claro el marco de la legalidad (responsabilidad) en el caso de que hubiera sucedido algún incidente en el desempeño de sus prácticas en hospitales españoles; finalmente, consiguieron el cometido de lograr su titulación y la U. Semmelweiss, mantener abierto este nicho de mercado que le reporta pingues beneficios.

Indudablemente esta que apuntamos no ha sido solución al problema, solo pequeñas escaramuzas porque existe el derecho de libre circulación de profesionales y el reconocimiento mutuo de los títulos de formación en EU. La gravedad y trascendencia de este problema, lejos de suposiciones, lo sufrimos en el SNS cuando algunas/os matronas/es titulados en esa Universidad, se incorporan al mundo laboral en España, y se evidencia que, como es exigible, no están capacitadas/os para la atención adecuada y segura a las mujeres y sus neonatos, consecuencia de una formación teórica y práctica deficientes, y con claro perjuicio para el SNS.

La Iniciativa denunciada hoy consideramos que es un peligro inminente y por ello, desde la AEM rogamos tomen rápidas y oportunas medidas para detener este, creemos, fraude; ponemos en tela de juicio que la pregonada y real intencionalidad de ambas Universidades sea la de solucionar la escasez histórica de matronas de la que venimos informando, por otra parte, las representaciones institucionales de matronas, desde hace años sin lograr soluciones efectivas desde el gobierno central ni los autonómicos. La solución no pasa en ningún caso por lanzar al mercado laboral más matronas para cubrir el déficit real a expensas de rebajar su formación.

Nos intranquiliza igualmente la existencia de rumores de que esta no es una iniciativa única, sino la primera, porque parece que pretenden emularla otras universidades catalanas y de diferentes CC.AA. implementando similar acceso para formación de matronas.

Dar vía libre a este plan auguraría el deterioro de la calidad de la formación de estas/os especialistas, buque insignia de la formación sanitaria especializada en nuestro país. Por efecto dominó, causaría nefastas consecuencias en la asistencia obstétrico-ginecológica en España la que, gracias a una formación de excelencia y al esfuerzo de los profesionales del área en la que las matronas tienen un papel destacado, ha logrado posicionarse entre las primeras del mundo.

En espera de su respuesta le enviamos saludos muy cordiales

Rosa M.ª Plata Quintanilla
Presidenta AEM Relaciones Institucionales AEM

M.ª Angeles Rodriguez Rozalén

Comunicado URGENTE

Como sabe el compromiso de las personas que formamos parte del Grupo Impulsor es MUY ALTO en cuanto al colectivo y sus reivindicaciones. Desde que hemos iniciado el camino no hemos parado de buscar información y buscar acciones que conduzcan a un reconocimiento de la especialidad.

Este fin de semana, y después de varios comentarios al hilo, hemos descubierto los "planes" que se han tramado para paliar la falta de planificación de la profesión.

Este fin de semana un miembro del grupo impulsor comentando el tema del déficit con alguien EXTERNO, ha "levantado la liebre" cuando se le respondió que existía un plan alternativo vía MÁSTER a la falta de profesionales. Tirando del hilo hemos descubierto que ante la alarma hace tiempo que se está vehiculizando formar vía maestría (Universidad Catalana Ramon Llull privada) y a través de una universidad Belga (Thomas More) enfermeras vía mixta (telemática y presencial) y con prácticas presenciales en los nuestros hospitales y que, evidentemente,

formaremos nosotros. El supuesto Máster que todavía no se ha publicitado, pero parece que en septiembre de este año se quiere poner ya en funcionamiento, debe servir para que vía UE se reconozca como ESPECIALISTAS a las personas formadas. Desconocemos el contenido del programa, pero las que nos hemos formado vía EIR sabemos por supuesto que es un RETROCESO para la profesión.

EXPONEMOS:

1.- En vez de PRIVATIZAR y REBAJAR la profesión debería haberse pedido a las profesionales movilizaciones para EXIGIR más plazas al Gobierno Central. Si es necesario, es necesario exigir que se convoquen durante dos años el doble de plazas de la especialidad de enfermería obstétrico-ginecológica.

2.- La VIA MÁSTER para acceder a la especialidad VÍA PRIVADA hace un flaco favor en tanto que rebaja con mucho la formación y a la larga, puede suponer el fin de la vía EIR.

Ha habido a nivel nacional 104 plazas acreditadas y NO OFERTADAS. Alumnos por máster 37 (104 equivalen a cuatro Máster).

3.- Esta NO es la vía para formar a profesionales. En el Estado el marco está claro: GRADO + EIR + Residencia y con un programa sólido.

Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Programa oficial de la especialidad de Enfermería Obstetrico Ginecologica (Matrona)

Denominación oficial de la especialidad Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Duración: dos años.

Formación previa: Diplomado/Graduado U. en Enfermería.

4.- El Reconocimiento de la Especialidad está sujeto la DIRECTIVA 2013/55/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 20 de noviembre de 2013 por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) n o 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior ("Reglamento IMI").

1. Los títulos de formación de matrona mencionados en el anexo V, punto 5.5.2, serán objeto de reconocimiento automático en virtud del artículo 21 si satisfacen uno de los criterios siguientes:

   a) Una formación de matrona de por lo menos tres años a tiempo completo, que podrá expresarse además en créditos ECTS equivalentes, y que comprenda al menos 4 600 horas de formación teórica y práctica, con al menos una tercera parte de la duración mínima dedicada a una práctica clínica;

   b) Una formación de matrona de por lo menos dos años a tiempo completo, que podrá expresarse además en créditos ECTS equivalentes, y que comprenda al menos 3600 horas, subordinada a la posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados generales contemplado en el anexo V, punto 5.2.2;

   c) Una formación de matrona de por lo menos dieciocho meses a tiempo completo, que podrá expresarse además en créditos ECTS equivalentes, que comprenda al menos 3000 horas, subordinada a la posesión de un título de formación de enfermero responsable de cuidados gene rales contemplado en el anexo V, punto 5.2.2, y seguida de una práctica profesional de un año por la que se haya expedido una certificación con arreglo al apartado 2.

Es hora de decidir qué hacemos si queremos detener lo que puede ser el fin de nuestra profesión tal y como la conocemos.

ACL se ha pronunciado y es el momento de sumar. ACL debemos ser todas, dará fuerza y a nosotros un paraguas de representación. https://www.llevadores.cat/acl/associa-t-a-l-acl

Por si quiere entrar a mirar, le dejamos el enlace de la Thomas More University, https://www.thomasmore.edu

Noticia (traducida) difundida por "Llevadores pel canvi", grupo impulsado desde la Asociación Catalana de Llevadores, que alertó de la iniciativa de la futura formación privada de Matronas

Alegaciones de la AEM al Proyecto de Ley de Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud

Revisada la legislación nacional y Directivas Comunitarias relacionadas con el procedimiento de elaboración de la norma denominada Anteproyecto de Ley de Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, actualmente en consulta pública, la Asociación español de Matronas, Asociación Científica de implantación nacional, por medio de la presente procede a realizar las APORTACIONES en forma de SOLICITUD (incluimos desarrollo del articulado propuesto en Código QR debido a la extensión del análisis de los artículos de la citada Ley).

SOLICITAMOS:

UNO:

Que el contenido del artículo 6, punto 2, apartado a) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, relativo a la Clasificación del personal estatutario, que actualmente especifica que el personal estatutario sanitario se clasifica: "2. Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal estatutario sanitario se clasifica de la siguiente forma: a) Personal de formación universitaria: quienes ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de una profesión sanitaria que exija una concreta titulación de carácter universitario, o un título de tal carácter acompañado de un título de especialista. Este personal se divide en: 1.º Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud, 2.º Licenciados sanitarios, 3.º Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud, 4.º Diplomados sanitarios", se modifique adecuando su clasificación en función del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior, asignando a las Matronas la categoría que les corresponde por su cualificación como nivel 7 del Marco Europeo de Cualificaciones.

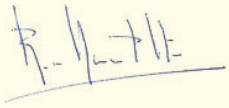
DOS:

Revisión de la Planificación y ordenación del personal que resuelva la necesidad de incrementar el número de matronas.

TRES:

Revisión e incremento del complemento Específico para las Especialistas Obstétrico-Ginecológicas-MATRONAS que compense el agravio de tantos años y reconozca de manera justa el desempeño de esta profesión.

Firmado:



Rosa M.ª Plata Quintanilla
Presidente Asociación española de Matronas

Nota: para la lectura del texto completo, acceder a material suplementario.

Nueva Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica

El RD 992/1987, por el que se regulaba la obtención del título de Enfermero especialista y se creaban las especialidades de Enfermería, incluía la creación de las comisiones nacionales de las especialidades citadas. Obviamente, la Comisión Nacional (CN) de más larga trayectoria, por ser la primera, es la de matronas. Esta CN fue creada por la entidad previa al Consejo Nacional de Especialidades, que fue denominada "Comité Asesor de Especialidades" dependiente del Ministerio de Educación, que además se encargó de la elaboración del actual Plan Formativo de la Especialidad. Miembros integrantes de aquel Comité Asesor de Especialidades fueron algunas matronas que posteriormente pasaron a pertenecer a la nueva entidad formada, la Comisión Nacional de la Especialidad de Matronas. Mª Ángeles Rodríguez Rozalén, miembro de ese Comité Asesor de Especialidades y representante de la única Asociación Científica de Matronas, formó parte de esa primera CN en la que fue elegida presidenta de la misma en dos mandatos consecutivos, máximo permitido. La continuidad del trabajo de la AEM en la Comisión Nacional ha persistido y varias de sus miembros han presidido la mencionada CN.

En junio de este año se ha renovado la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica, a falta de los vocales que ha de nombrar el Ministerio de Universidades y, en el momento de redactar esta noticia, han de ser sustituidos dos vocales por el turno de CC.AA. que en enero 2023 han transmitido su renuncia voluntaria por motivos personales.

Tras varias reuniones virtuales para informar sobre las solicitudes de acreditación, que este año, de forma extraordinaria por la situación ocasionado por la COVID-19, se han abierto dos plazos, se procedió a la elección de Presidente, siendo elegida Rosa Mª Plata, representante de la AEM, Vicepresidente y Presidente en funciones en esta CN y en la Comisión Delegada de Enfermería a la que hubo de aportar el Informe Propuesta de oferta de plazas de FSE (Especialidad E. Obstétrico Ginecológica (Matrona) para la convocatoria 2022/2023) .

Finalmente, el pasado 23 de febrero se reunió por primera vez de forma presencial en el Ministerio de Sanidad esta Comisión que ha quedado constituida por:

Por turno CRHSNS:

- Sacramento Candau Cáceres. Coordinadora UDM "Virgen del Rocío" (Sevilla).
- Mª Jesús Gutiérrez Martín. Coordinadora de la UDM Valladolid-Segovia.
- Cándido Manuel Ruiz Palacio, Secretario de la Comisión de Docencia de la Especialidad. de Matronas (Asturias) y Tutor de la misma. Solicitud de cese voluntario: enero 2023.
- Isabel Cascales Sánchez. Jefa de Estudios de la UDM Islas Baleares. Solicitud de cese voluntario: enero 2023.

Por designación del Consejo General de Enfermería:

- Montserrat Angulo Perea.

Por Asociaciones Científicas de Matronas:

- Rosa Mª Plata Quintanilla. Presidenta de la AEM.
- Cristina Franco Antonio. Departamento de Enfermería Universidad de Extremadura. Presidente APMEX por designación de FAME.

Por turno de residentes:

- Jesús Moya Carramolino. Residente "Vall de Hebrón" (Barcelona).
- Judit Rincón Morán. Residente Hospital de Getafe (Madrid).

Se trasladaron a los representantes de la Dirección General de Formación Especializada problemáticas relacionadas con la formación y las acreditaciones de Unidades Multidisciplinares y se procedió a la elección de Vicepresidente. A propuesta de la Presidente y con el voto favorable de los asistentes, salió elegida Mª Jesús Gutiérrez Martín.

Miembros de la Comisión asistentes a la reunión presencial de la CN ENfog en el Ministerio de Sanidad el pasado febrero

Próximas convocatorias de Posgrados con Acreditación ECTS

Máster de Formación Permanente en Urgencias y Emergencias

- **Modalidad:** online
- **Duración:** 1.500 horas

Máster de Formación Permanente en Cuidados en Pacientes Crónicos

- **Modalidad:** online
- **Duración:** 1.500 horas

Experto en Úlceras y Heridas Crónicas

- **Modalidad:** online
- **Duración:** 650 horas

Fechas de inicio desde el 20/03/2023

DAE FORMACIÓN

www.daeformacion.com/postgrado