



SEDRA

Federación de Planificación Familiar

Desniveles en la ruta

El estado de la atención a la anticoncepción
en las comunidades autónomas



Desniveles en la ruta

El estado de la atención a la anticoncepción
en las comunidades autónomas

Este informe ha podido realizarse gracias a la contribución desinteresada de personas de todas las comunidades autónomas - profesionales del ámbito sanitario y personal técnico y gestor de las administraciones públicas-, que han participado como informantes clave. A ellas y ellos queremos darles las gracias por ofrecernos tanta información valiosa.

También queremos agradecer su colaboración a las sociedades científicas y profesionales, con quienes compartimos camino y esfuerzos, y de las que hemos recibido asesoramiento en la realización del informe: Sociedad Española de Contracepción (SEC), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) y Federación de Asociaciones de Matronas de España, así como las sociedades autonómicas que forman parte de cada una de ellas.

Índice

Introducción 04

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Andalucía 08

Aragón 20

Principado de Asturias 29

Islas Baleares 40

Canarias 48

Cantabria 59

Castilla y León 68

Castilla-La Mancha 78

Cataluña 86

Comunidad Valenciana 95

Extremadura 104

Galicia 113

Comunidad de Madrid 122

Región de Murcia 132

Comunidad Foral de Navarra 141

País Vasco 151

La Rioja 159

Conclusiones 169

Recomendaciones 181

Introducción

CONTEXTO

La salud sexual y reproductiva es un ámbito central de la salud, especialmente la de las mujeres. Así lo reconocen todos los organismos internacionales relacionados con la salud, y también los que trabajan por la igualdad entre los sexos. Por ello, la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente* tiene entre sus metas la siguiente: “Garantizar el acceso universal a la información, los servicios y los bienes relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar”. Una meta que también forma parte de la Agenda 2030 que los Estados del mundo se han comprometido a cumplir para el año 2030.

La salud sexual y reproductiva está recogida en la legislación española, una de las más avanzadas de Europa en este ámbito. La *Ley de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo de 2023* -que ha modificado la ley del año 2010-, constituye su marco regulador. En ella se establece que los poderes públicos deben garantizar la información y la educación afectivo-sexual, así como el acceso a la planificación familiar. Para ello es fundamental no sólo ofrecer servicios de calidad, sino también promover su conocimiento entre la población, empoderando a las personas para que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente en el caso de aquellas personas que tienen más dificultades para poder acceder a dichos servicios.

Hablamos de derechos basados en el reconocimiento y respeto de la capacidad para decidir libre y responsablemente, sin discriminación,

coerción o violencia, si se desea o no tener hijas e hijos, su número, momento y frecuencia. La anticoncepción es un aspecto fundamental para el cumplimiento de esos derechos, y para garantizar el derecho a la autonomía y el bienestar general de las personas. El acceso a servicios de información, asesoramiento y atención adecuados, así como a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y asequibles, permite a las mujeres y a las parejas tomar decisiones informadas sobre su reproducción, lo que tiene un impacto positivo en su salud física, mental y social, a la vez que contribuye a la reducción de embarazos no planificados.

Las comunidades autónomas tienen importantes competencias en el diseño y puesta en marcha de las políticas y medidas que hagan posible la atención a la anticoncepción como un ámbito central de la salud sexual y reproductiva. Unas competencias que desde la publicación de la primera ley que regula este ámbito se han asumido desde enfoques y modelos de atención muy heterogéneos. Así, cada comunidad autónoma otorga a la salud sexual -y en concreto, a la anticoncepción- una importancia muy desigual, así como una diversidad de modelos de gestión que producen inequidades que sufren las mujeres. Como ya se planteaba en la *Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva* de 2011, publicada en el marco de la Ley de salud sexual y reproductiva de 2010, *“parece que, en el ámbito de la salud sexual, el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la reducción de aquellas inequidades en salud vinculadas directa o indirectamente con esta dimensión continúa siendo un reto”*. La misma estrategia se erigió como el elemento central de un diagnóstico que reconocía *“la variabilidad territorial en la atención a la salud sexual”*.

En este contexto, y con el objetivo de mostrar con datos y evidencias lo que llevamos años afirmando -que existen enormes desigualdades en la atención de la anticoncepción entre las comunidades autónomas- SEDRA-Federación de Planificación Familiar ha realizado esta investigación. Tomando como referencia el Atlas Europeo de la Anticoncepción que desde hace unos años publica el Foro Parlamentario Europeo por los Derechos Sexuales y Reproductivos, así como el diagnóstico sobre la salud sexual que se enmarca en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, hemos querido analizar la situación de la atención de la anticoncepción en las comunidades autónomas. Para ello hemos analizado de forma sistemática la documentación pública y nos hemos apoyado en el conocimiento de las personas que están en el día a día de la atención.

El resultado es este informe que no trata de señalar con afán punitivista, sino de contribuir a la mejora de estrategias, planes y servicios, y por tanto a la aplicación de unas políticas públicas más equitativas y eficaces, que eliminen además las inequidades en el acceso y la calidad de la atención entre comunidades autónomas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo central de este estudio es conocer la situación de la atención a la anticoncepción en las comunidades autónomas del Estado español.

Para ello hemos contestado a diversas preguntas sobre aspectos de dicha atención que consideramos fundamentales:

- Qué políticas públicas regulan la atención a la anticoncepción en cada comunidad autónoma.
- Qué servicios de anticoncepción existen en cada territorio y cómo funciona el circuito de atención en cada uno de ellos.
- En qué medida es accesible la información sobre la anticoncepción en los servicios de salud autonómicos.
- Cuál es la situación de la accesibilidad universal a los métodos anticonceptivos de larga duración y a la anticoncepción de urgencia en las diferentes comunidades autónomas.
- En qué medida los servicios autonómicos de salud disponen de un programa de formación sobre anticoncepción y de instrumentos de mejora de la práctica asistencial en esta materia.

METODOLOGÍA

Para poder elaborar el diagnóstico en cada comunidad autónoma, se ha recogido y analizado material empírico mediante diversas técnicas:

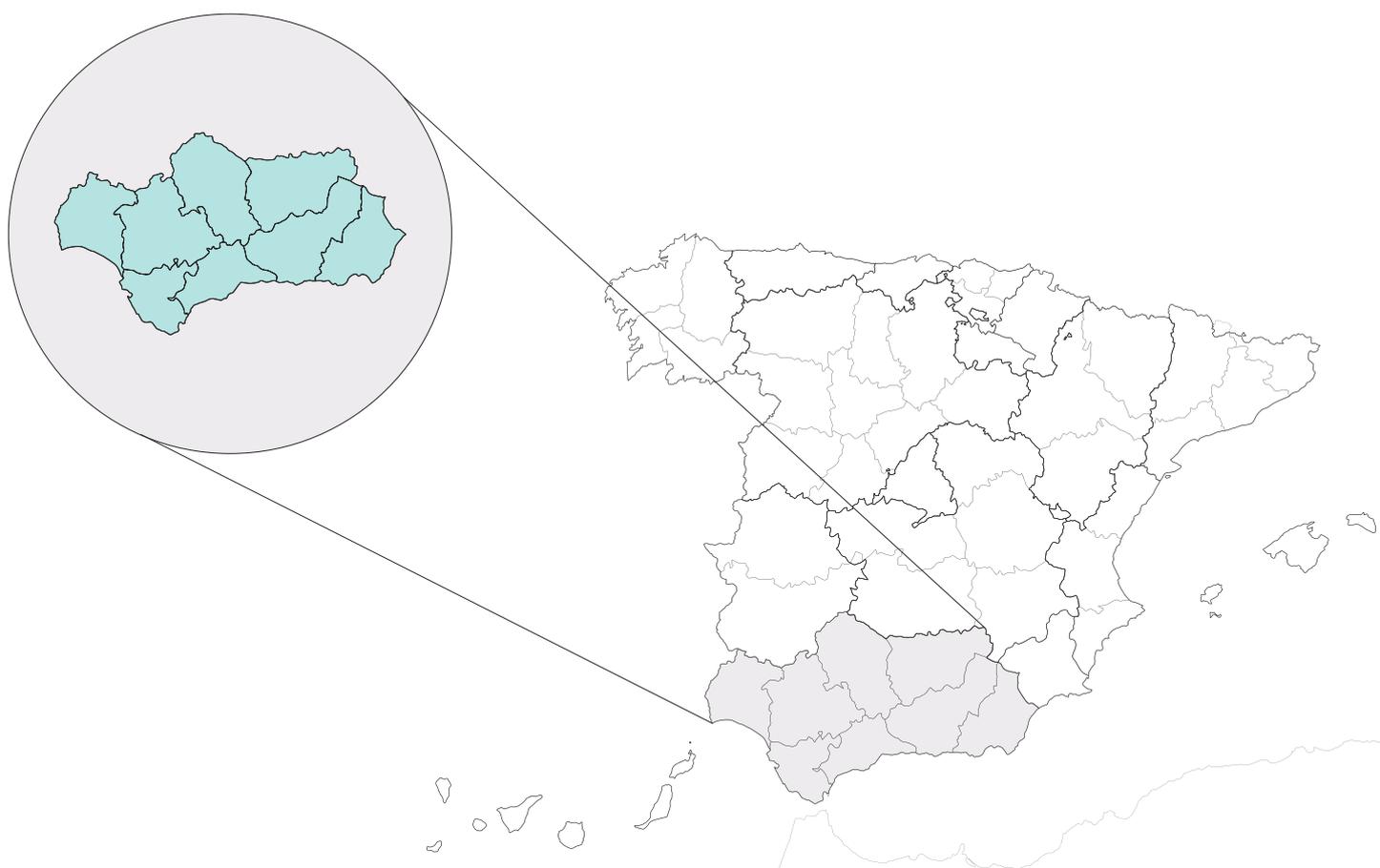
- Se ha diseñado y aplicado un cuestionario con treinta y cinco preguntas dirigidas a conocer la percepción que sobre los servicios sanitarios de atención a la anticoncepción tienen las y los profesionales que trabajan en servicios públicos de salud.
- Se han realizado entrevistas individuales semiestructuradas a personas informantes vinculadas con la atención a la anticoncepción en cada comunidad autónoma. Son personas que además de estar profesionalmente vinculadas con los servicios sanitarios relacionados, tienen conocimiento del circuito de atención o una posición dentro de dicho circuito que hace que puedan aportar una visión enriquecedora acerca de la realidad de la atención a la anticoncepción en su territorio.
- Se ha analizado la documentación pública disponible en cada comunidad autónoma.

La información recogida se ha ordenado por comunidad autónoma y con base en los siguientes indicadores/categorías:

- Existencia de políticas de atención a la anticoncepción
- Servicios específicos de atención a la anticoncepción
- Organización y funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción
- Accesibilidad de la información sobre anticoncepción
- Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos
- Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia
- Formación continuada sobre anticoncepción dirigida a profesionales
- Instrumentos de mejora de la práctica asistencial.

Por último, el estudio ofrece unas conclusiones generales dirigidas a resaltar los datos más significativos, así como buenas prácticas y recomendaciones para la mejora de la atención a la anticoncepción en el Estado.

Andalucía



Andalucía

Pese a que en el año 2021 la Consejería de Salud y Familias de Andalucía informó de que la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica estaba llevando a cabo la elaboración de una Estrategia en Salud Sexual y Salud Reproductiva, ésta aún no ha visto la luz.

En consecuencia, desde la perspectiva de las y los profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS), en Andalucía la organización y funcionamiento de la atención a la anticoncepción no consigue dar respuesta a las necesidades de la población por tres motivos. En primer lugar, porque las y los profesionales de atención primaria disponen de un tiempo de atención muy reducido que les impide realizar adecuadamente las intervenciones en esta materia. En segundo lugar, porque los tiempos de espera desde que la persona usuaria es derivada a atención especializada son muy largos. En tercer y último lugar, porque aunque el objetivo del servicio de salud al situar la atención primaria como el nivel de referencia en materia de anticoncepción era mejorar la calidad y accesibilidad a la atención, la falta de formación de las y los profesionales parece estar dificultando la implantación de un modelo de organización asistencial que, por otro lado, ha eliminado de su circuito todos los servicios específicos de atención a la anticoncepción.

Por todo esto, las personas entrevistadas concluyen que la situación de Andalucía en materia de anticoncepción *"es regular tirando a mal, cuando podía seguir bien como hace 20 años o haber mejorado. No solo no es así, sino que encima hemos ido para atrás [...] La clave estaría en mejorar el acceso con profesionales específicos y con las carteras ampliadas para todos los equipos que participan de la anticoncepción, mejorar la formación y mejorar la continuidad asistencial"*.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

En septiembre de 2021, la Consejería de Salud y Familias de Andalucía informó de que la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, con el apoyo metodológico de la Escuela Andaluza de Salud Pública, estaba elaborando una Estrategia en Salud Sexual y Salud Reproductiva con los siguientes objetivos:

- Promocionar la salud sexual y la salud reproductiva de la población andaluza.
- Garantizar la prevención de riesgos y una atención sanitaria de calidad en esta materia.
- Asegurar la calidad de la formación e investigación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Andalucía, para sustentar las prácticas sanitarias basadas en la mejor evidencia científica.

Desde la publicación de esta noticia en el portal de la Junta de Andalucía han pasado tres años, y se desconoce el estado en el que se encuentra dicha estrategia. En palabras de las personas entrevistadas vinculadas al servicio de salud, *“lo único que se sabe acerca de la estrategia es que ésta se encuentra parada”*.

No obstante, cabe señalar que esta afirmación contrasta con la percepción de las y los profesionales encuestados, quienes, en más de un 50% de los casos, dicen conocer la existencia de un programa dirigido al abordaje específico de la atención a la anticoncepción.

En lo que sí parece haber unanimidad entre las personas participantes es que en Andalucía la anticoncepción no constituye un área prioritaria de intervención. Así, expresan que las acciones dirigidas a la mejora de la atención a la anticoncepción en esta comunidad autónoma parecen resultar más de la motivación y el compromiso de las y los profesionales que de las políticas públicas existentes, y así lo expresa una de las personas entrevistadas: *“Ha habido mucha protesta, los profesionales han intentado mantener los servicios”*.

Andalucía se encuentra en un proceso de tránsito en lo que a organización asistencial de la anticoncepción se refiere. Ello tiene que ver con la centralización de la atención a la anticoncepción en el primer nivel asistencial y el cierre de casi todos los centros de atención a la salud sexual y reproductiva de este territorio, que, hasta su eliminación, llevaban en activo desde 1985 bajo la antigua denominación de Centros de Orientación Familiar (COF).

Tal y como aparece indicado en la web del Servicio Andaluz de Salud, actualmente los consultorios y centros de salud de atención primaria son los centros de referencia para recibir asesoramiento profesional sobre anticoncepción, sexo seguro e interrupción voluntaria del embarazo. Así lo atestigua su Cartera de Servicios de Atención Primaria, dentro de la cual aparecen las siguientes actividades asistenciales: consejo anticonceptivo; anticoncepción, según criterios de evidencia, incluyendo anticoncepción hormonal combinada, anticoncepción hormonal de sólo gestágenos y dispositivos intrauterinos; anticoncepción de urgencia, facilitando la prescripción de un método eficaz inmediatamente después de la urgencia; interrupción voluntaria del embarazo; y consejo anticonceptivo en el marco del puerperio.

Sobre la centralización de la atención en atención primaria en salud y la eliminación de los servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva, dentro del Servicio Andaluz de Salud existen dos opiniones muy diferenciadas:

Por una parte, hay profesionales que consideran que el hecho de que ahora no se exija a las y los profesionales de atención primaria la formación en materia de anticoncepción, que en el pasado era requisito para las y los que trabajaban en los centros específicos, pone en evidencia que *“estábamos mejor hace 20 años”*.

Por otra parte, hay profesionales que consideran que esta transición puede ser correcta y adecuada si *“una vez podamos asumirlo en la Cartera de atención primaria, podemos ir erradicando los servicios [...] habrá que realizar una formación mayor y específica y revisar para asumir estas especificidades”*.

Dicho de otro modo, mientras que una parte de las y los profesionales aboga por el mantenimiento de los servicios específicos de atención a

la anticoncepción, al considerarlos importantes para el mantenimiento de la calidad de la atención; otra parte considera que, si bien hay que potenciar la formación de las y los profesionales de atención primaria, la centralización de los servicios de anticoncepción en este nivel asistencial -en concordancia con lo establecido en la cartera de servicios andaluza-, brinda una oportunidad de mejora de la atención tanto en términos de accesibilidad como de calidad. Además, esta información conecta con el hecho de que tan solo el 10% de las personas encuestadas dice conocer la existencia de este tipo de servicios específicos.

Cabe señalar que a día de hoy el único servicio específico de atención a la anticoncepción que se encuentra activo en Andalucía es la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Distrito Sanitario Málaga Guadalhorce, que abre de lunes a viernes y en la que trabaja un equipo multidisciplinar compuesto por una médica, una enfermera, una trabajadora social y una administrativa. Asimismo, y como comenta una de las personas entrevistadas:

“Desde 2020, la fusión del Centro de Orientación Sexual de Jóvenes (COSJ) y la Unidad de Promoción de Salud (UPAS) dio lugar al surgimiento de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva. Antes de eso, el COSJ tenía por objetivo promocionar una sexualidad sana y responsable en la juventud. Era un dispositivo educativo-sanitario [...] La fusión de ambos dispositivos tuvo lugar tras la jubilación de la única médica de familia del UPAS, lo que ha provocado que las intervenciones de prevención de ITS hayan desplazado a las intervenciones en anticoncepción dentro de este dispositivo [...] Se siguen dando charlas de educación sexual a jóvenes para promocionar que conozcan el recurso. Sin embargo, la sala de espera es tan variopinta que la gente no se siente tan cómoda como en el centro de salud”.

Por otro lado, aunque no se enmarcaría dentro de lo que se entiende como servicio específico, en Andalucía se encuentra el programa Forma Joven, cuyo objetivo es acercar actividades de promoción de la salud y prevención de los riesgos asociados a la salud a los entornos donde conviven adolescentes y jóvenes, para impulsar su elección de estilos de vida saludables.

Este programa se relaciona con la anticoncepción en dos aspectos. En primer lugar, acerca la información sobre salud sexual y anticoncepción a las personas jóvenes, quienes pueden acudir al espacio habilitado dentro de su centro educativo y *“plantear sus dudas y problemas a la enfermera escolar, quien puede resolver la demanda o derivar si es necesario a la consulta de la matrona o enfermera del centro de salud de referencia”*. Y en segundo lugar, promueve la salud sexual a través de intervenciones grupales de educación para la salud sexual en las que la anticoncepción tiene un papel muy relevante.

Tal y como se estipula en la Cartera de Servicios de Atención Primaria en Salud de Andalucía, el primer nivel asistencial constituye la puerta de entrada al circuito de atención a la anticoncepción. De las opciones de que disponen las personas usuarias para iniciar el proceso de atención, éstas suelen acudir con mayor frecuencia a las consultas de la matrona de atención primaria y a las consultas de medicina de familia.

No obstante, destaca el hecho de que, aunque la profesional de referencia es la matrona y, en aquellos centros donde no hay matrona, el equipo médico-enfermera es el que hace la intervención, cuando las personas usuarias tienen una demanda relacionada con la anticoncepción, solicitan con mayor frecuencia cita previa con medicina de familia que con la matrona. Esto puede deberse a que, como sostiene otra de las personas entrevistadas, *“la figura de la matrona, que sería la profesional más vinculada a este tema, ha quedado reducida a la atención de embarazo, parto y puerperio”*.

Otro de los aspectos que podrían influir en la decisión de las personas usuarias a la hora de elegir acudir a la consulta de uno u otro profesional estaría relacionada con la prescripción de métodos anticonceptivos. Diversas personas entrevistadas lo expresan así:

“Es cierto que por las condiciones de prescripción, matronas y enfermeras no pueden prescribir todos los fármacos o dispositivos que pueden necesitarse para la anticoncepción [...] La población sabe que si va a necesitar un fármaco tiene que ir al médico [salvo] en relación a la dispensación de anticoncepción hormonal oral porque en Andalucía la persona usuaria puede comprar en muchas ocasiones el tipo de anticoncepción oral que le parezca en la farmacia sin receta”.

El hecho de que, en la práctica, no sea necesaria la prescripción para la dispensación de los anticonceptivos hormonales orales también podría ser una de las razones por las cuales las personas usuarias consideran que no necesitan acudir a la matrona para recibir la información y el consejo anticonceptivo pertinente, lo que provoca que *“muchas personas no tomen adecuadamente los anticonceptivos orales”* o que soliciten la información del método en la farmacia, donde *“a veces lo explican mejor”*.

En consecuencia, aunque el Servicio Andaluz de Salud tiene por objetivo situar a la matrona como el perfil profesional de referencia en materia de anticoncepción, parece que la falta de competencias en prescripción y el desconocimiento de la población usuaria sobre las funciones de la matrona más allá del seguimiento del parto y el puerperio son dos barreras importantes para la consolidación de este perfil profesional como referente en estos servicios.

En cuanto al resto de servicios que integran la atención a la anticoncepción en Andalucía, se encuentran los siguientes: la consulta de enfermería de atención primaria, la consulta de ginecología-obstetricia de atención especializada, la consulta de urología de atención especializada, las urgencias de ginecología y la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva.

Respecto a las intervenciones en materia de anticoncepción por niveles asistenciales, en atención primaria se realizan por norma general las siguientes intervenciones: la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo; el consejo anticonceptivo y la provisión de información anticonceptiva; el seguimiento de la anticoncepción hormonal oral; y la administración y seguimiento de la inyección anticonceptiva. Por su parte, en la atención especializada se abordan aquellas situaciones excepcionales o casos complejos que desde atención primaria no pueden ser atendidos adecuadamente. En consecuencia, en el segundo nivel asistencial se realizan el consejo anticonceptivo y el seguimiento de la anticoncepción en situaciones de riesgo o complejidad, y otras intervenciones como la ligadura y oclusión de trompas de Falopio.

Sobre las intervenciones relacionadas con la colocación y seguimiento de los métodos anticonceptivos de larga duración, la Cartera de Servicios del Servicio Andaluz de Salud establece que estas intervenciones pueden enmarcarse en las actividades asistenciales tanto de atención primaria como de atención especializada. Las personas entrevistadas refieren que *“depende de los equipos en base a sus competencias [...] Si en un centro de salud no se ponen DIU y hay que derivar, la espera para la colocación del dispositivo puede ser de hasta seis meses”*. Una de las personas entrevistadas afirma lo siguiente:

“Hace 20 años había un nivel asistencial 1 (atención primaria); un nivel 2 en el que los gines de atención especializada se desplazaban a los centros de salud y de forma ambulatoria realizaban la colocación de los DIU de toda su zona y llevaban la anticoncepción oral con patologías, y también hacían control ecográfico del embarazo; y un nivel 3, que era la consulta de ginecología [...] Ahora las listas de espera son eternas”.

Más del 50% de las personas encuestadas coinciden en que sería necesario mejorar tanto la accesibilidad como la continuidad asistencial del circuito de atención a la anticoncepción; de hecho, uno de los

problemas a los que más se refieren tiene que ver con la derivación de las personas usuarias entre niveles asistenciales. Para resolver este problema, el Servicio Andaluz de Salud ha decidido implementar la teleconsulta, que una de las personas entrevistadas describe así:

“Permite una comunicación directa, síncrona [...] yo le envío la duda que quiero resolver al profesional de atención especializada con la información específica y clínica para informar sobre el caso, las pruebas que tenga hechas [...] Entonces esa consulta se resuelve, a veces, sin necesidad de tener que hacer una derivación al ámbito hospitalario, ya que la comunicación se hace de esta manera entre profesionales”.

Aun así, el 100% de las y los profesionales encuestados refieren tener un conocimiento de muy escaso a regular sobre el tipo de servicios y el funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción en Andalucía.

Acceso

Accesibilidad a la información

Aunque en Andalucía el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales para garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción, cuando las personas usuarias solicitan información sobre anticoncepción recurren a las y los profesionales de atención primaria, salvo que tengan una situación de riesgo o patología que precise de un abordaje especializado en el segundo nivel asistencial.

Además del acceso a la información a través de la solicitud de una cita directa con la matrona, la o el médico y la enfermera de atención primaria, las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud disponen de una plataforma digital donde pueden consultar diversos documentos con información actualizada sobre anticoncepción, algunos elaborados por el propio SAS y otros procedentes de otras entidades u organismos como la Sociedad Española de Contracepción (SEC). Sin embargo, más del 75% de las personas encuestadas afirman desconocer la existencia de una web de estas características dentro del organismo autonómico de salud, aun cuando ésta dispone de un listado en el que aparecen el conjunto de métodos anticonceptivos disponibles en el mercado español,

tiene contenidos basados en la evidencia científica, que se actualizan con relativa frecuencia y son entendibles, y cuenta con un diseño accesible.

Por último, y respecto a los materiales de divulgación, diversas personas entrevistadas suscriben la opinión expresada por una de ellas:

“Existen expositores de hace mil años en diferentes idiomas, con baja calidad de traducción, obsoleto. Hasta donde yo sé no se ha hecho nada más. Los materiales utilizados suelen ser de la industria farmacéutica [...] La enfermera escolar también dispone de materiales específicos desarrollados por la consejería, se utilizan folletos, se hacen folletos ad hoc para los jóvenes”.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Andalucía los métodos anticonceptivos de larga duración no son gratuitos para todas las personas usuarias. En palabras de las personas entrevistadas *“los dispositivos son gratuitos con base en unos criterios que se resuelven en la valoración específica de consulta de planificación familiar, aunque depende del área sanitaria”*. Dicho de otro modo, cada área sanitaria posee unos criterios para la gratuidad de la colocación del implante subcutáneo y los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre. Esto explicaría la variabilidad de las respuestas de las personas encuestadas al preguntar sobre los colectivos de personas que pueden verse beneficiados con esta medida. No obstante, y pese a la heterogeneidad de respuestas, más del 50% de personas encuestadas han marcado la opción de personas en situación de vulnerabilidad.

Generalmente, las personas usuarias en situación de riesgo social son las que suelen beneficiarse de la eliminación del coste de los anticonceptivos de larga duración. Además, otras personas usuarias que por indicación clínica necesiten usar estos anticonceptivos también pueden beneficiarse de esta medida.

Por otro lado, si la persona usuaria no cumple con los criterios para la gratuidad, tiene que asumir el coste del método y solicitar cita para que las y los profesionales del Servicio Andaluz de Salud habilitados para ello realicen la colocación del dispositivo de forma gratuita.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

Tal y como aparece reflejado en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Andalucía, la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita a toda mujer que la demande tanto en consulta de atención primaria como en las urgencias de los diferentes servicios del Sistema Andaluz de Salud.

Asimismo, dentro de cartera también se contempla que, de forma paralela a la dispensación de la anticoncepción gratuita, se facilite información sobre los mecanismos de acción y los métodos anticonceptivos más adecuados para que, si la usuaria así lo desea, se le prescriba el método anticonceptivo de su elección después de la urgencia.

En este sentido, parece que la gran mayoría de personas procedentes del Sistema Andaluz de Salud que han participado en el estudio tienen clara esta premisa. De hecho, más del 75% de las personas encuestadas afirman conocer que la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en todos los centros de salud y los servicios de urgencias de los diferentes niveles asistenciales de Andalucía.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Si en algo coinciden la mayoría de personas procedentes del Sistema Andaluz de Salud que han participado en este estudio es en que *“hay que mejorar la formación en anticoncepción de las y los profesionales de Andalucía, en especial de los que desarrollan su labor asistencial en el primer nivel asistencial”*. No obstante, es difícil delimitar el nivel de conocimientos de los equipos profesionales andaluces en materia de anticoncepción, dado que las formaciones sobre anticoncepción cambian dependiendo del área de salud y del perfil profesional.

Por su parte, del total de personas encuestadas vinculadas al Sistema

Andaluz de Salud, más del 50% afirman haber realizado en algún momento de su vida una formación en anticoncepción gestionada por el SAS. En este sentido, la mayoría de profesionales expresaron haberse encontrado entre bastante satisfechos y muy satisfechos para con los contenidos de las formaciones recibidas, los cuales, según una de las personas entrevistadas:

“Son de base salvo que sean temas que tienen que ver con el fármaco [...] Tenemos un curso anual que se hace desde el programa de farmacia y la estrategia de uso racional del medicamento en el que se revisa la indicación, el uso del fármaco. Lo que tiene que ver con consejo anticonceptivo, educación y todo esto pues depende del proyecto al que se vincule pero claro, ahora estamos en impasse por lo de la transición con el programa de salud sexual y reproductiva [...] La formación se abre a todo el equipo, incluso no solo con el consejo anticonceptivo, sino también con el tema de manejo de fármacos aunque generalmente, las matronas y enfermeras son las que van [...] Debería existir una formación específica para los equipos de Atención Primaria para que asuman ese salto de complejidad. Que yo sepa todavía no se ha hecho”.

Esta visión también la comparte otra de las personas vinculadas al SAS que ha sido entrevistada. En su opinión *“falta formación a los profesionales y actualización, se hacen muy pocos cursos (...) Las formaciones deberían tener en cuenta las características socioculturales de las personas para garantizar que los profesionales puedan explicar adaptada y adecuadamente el consejo a las diferentes personas usuarias”.*

Dicho de otro modo, dentro del Sistema Andaluz de Salud existen algunas formaciones sobre anticoncepción, aunque para las personas vinculadas al SAS que han participado en esta investigación los contenidos de estas formaciones tienen poca especificidad o se orientan a cuestiones más vinculadas con las características farmacológicas de los métodos anticonceptivos que a aspectos como el desarrollo de habilidades para la realización de un adecuado consejo anticonceptivo adaptado a las características de la persona usuaria. Por otro lado, algunas de las personas encuestadas refieren haber asistido a cursos de formación relacionados con la colocación y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración, siendo en su mayoría personal de medicina familiar y comunitaria y especialistas en ginecología y obstetricia.

Para finalizar, cabe señalar las propuestas de mejora que según las personas entrevistadas permitirían mejorar la formación de las y los profesionales del Sistema Andaluz de Salud y, por tanto, la calidad de sus intervenciones.

“Habría que intentar que la información que sé de esté lo más actualizada posible tanto en un tema como en el otro. Luego, habría que introducir contenidos que tienen que ver con ámbitos específicos como grupos de mayor riesgo, población infantil/adolescente, mujeres, población diversa; porque cambia la atención. Luego también habría que enseñar cuál es la

organización de los equipos sanitarios en el sistema para que la respuesta pueda ser accesible, coordinada y, sobre todo, efectiva. También habría que hablar de los medios de comunicación interprofesional y de quién hace qué, cuáles son las carteras, las cuales tendrían que conocer todos los profesionales del equipo. Está muy bien conocer cómo realmente están configuradas las carteras y qué profesionales tienen que hacer qué cosa. Al estructurarlo seguro que actuamos mucho mejor de cara a la persona”.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Según una de las personas entrevistadas “no existen instrumentos de mejora de la práctica asistencial, más allá de los desarrollados por las sociedades científicas a nivel nacional”. Por su parte, el 68% de las personas encuestadas vinculadas al Sistema Andaluz de Salud también negaron que dentro del organismo autónomo de salud andaluz se hubiesen desarrollado este tipo de documentos.

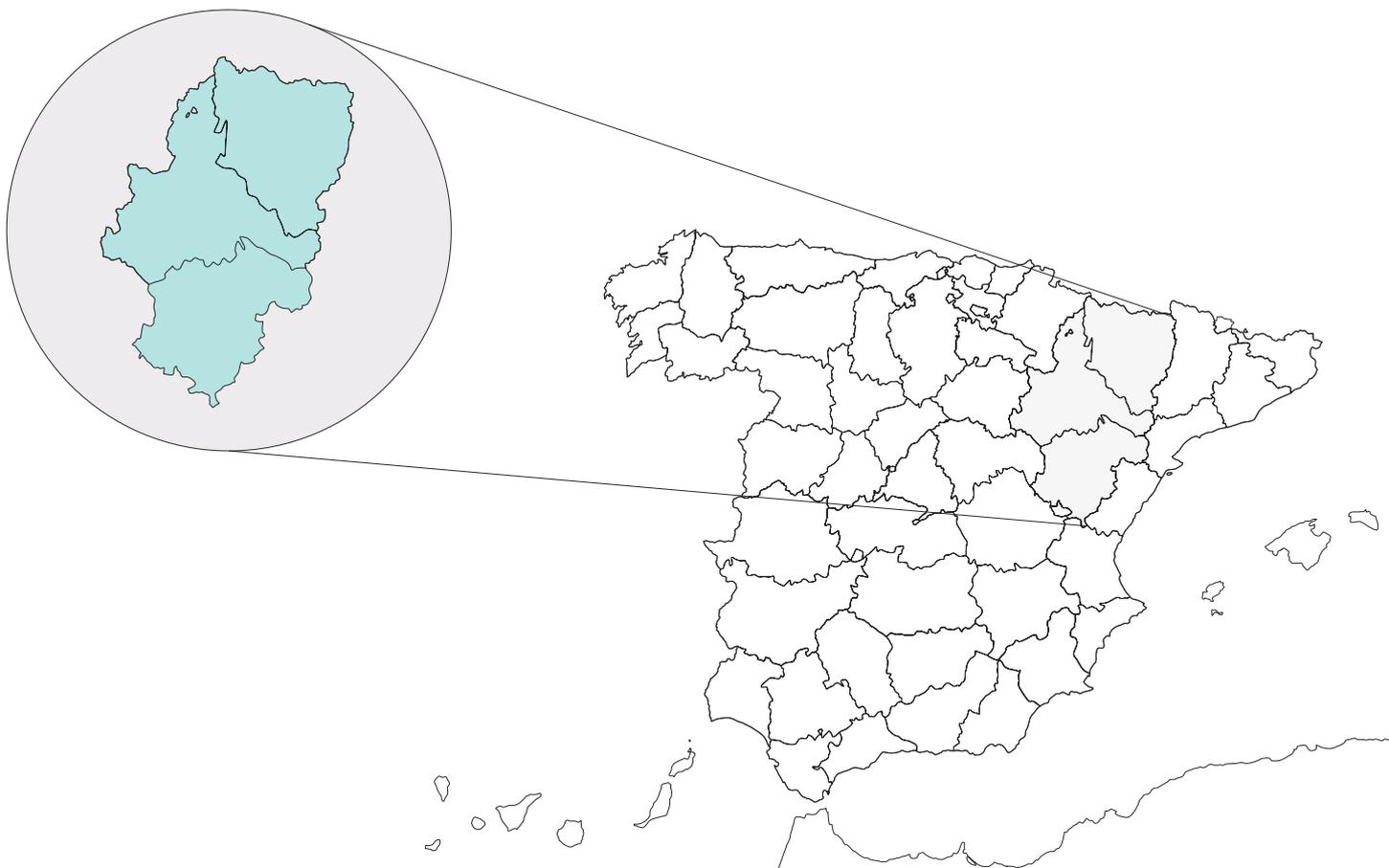
En este sentido cabe destacar que del 32% de personas vinculadas al Sistema Andaluz de Salud que afirman conocer algún instrumento para la práctica asistencial elaborado por este organismo, solo dos personas mencionan alguno de los documentos en cuestión. Para ambas, los instrumentos de mejora de la práctica asistencial son “*muy antiguos y desfasados*”.

Sin embargo, en la plataforma web del Servicio Andaluz de Salud se encuentra publicado desde 2020 un protocolo asistencial de consulta de reorientación de la demanda en anticoncepción con el objetivo de diseñar un instrumento de soporte para la toma de decisiones clínicas y apoyo a las recomendaciones de autocuidados llevadas a cabo por la enfermera de atención primaria en salud de cara a la dispensación de la anticoncepción de urgencia.

Por último, una de las personas entrevistadas afirma que desde la consejería se empezó a desarrollar un instrumento para la práctica asistencial con la colaboración de la Sociedad de Matronas de Andalucía, dado que “*lo que está, está obsoleto*”. Sin embargo, éste terminó por no ver la luz. Con todo, la misma persona concluye:

“Todas las sociedades científicas que representan a los diferentes grupos profesionales han de estar presentes y dar el soporte y esas buenas prácticas, para mejorar todos los aspectos que tienen que ver con la atención: la accesibilidad, la continuidad, la calidad, la seguridad”.

Aragón



Aragón

Tras el diseño e implantación de su *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva (2016)*, Aragón se ha convertido en uno de los referentes nacionales en materia de atención a la anticoncepción, sobre todo por la reducción de las inequidades relacionadas con esta cuestión.

Pionero en su campo, este programa destaca por haber introducido las siguientes medidas para mejorar tanto el nivel de accesibilidad como la calidad de su atención a la anticoncepción: establecimiento de la consulta de matrona de atención primaria en salud como puerta de entrada al circuito en anticoncepción; fortalecimiento de la coordinación entre niveles asistenciales; y aumento y promoción de la formación en materia de anticoncepción de las y los profesionales sanitarios, y en especial, de los pertenecientes al primer nivel asistencial.

Actualmente, aunque desde el Sistema Aragonés de Salud (SAS) hay satisfacción por el trabajo realizado, las personas vinculadas con los servicios y que han participado en la provisión de la información para este estudio expresan su objetivo de seguir mejorando su modelo de atención a la anticoncepción:

“Se puede estar orgulloso del trabajo que se desarrolla en esta materia en Aragón, aunque hay que intentar mejorar día a día [...] nuestras miras tienen que ser más amplias”.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde mayo de 2016, Aragón dispone de un programa específico de atención a la anticoncepción bajo el nombre de *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*.

Este programa nace en el marco de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, con la finalidad de unificar la asistencia anticonceptiva y de reducir las inequidades en atención anticonceptiva existentes en este territorio. Tal y como se señala en el propio programa, sus principales objetivos son:

- Garantizar una asistencia anticonceptiva de calidad y equitativa a toda la población femenina en edad fértil de Aragón.
- Definir las competencias y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia anticonceptiva.
- Homogenizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva.
- Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / Atención Especializada).
- Promover la utilización de guías y protocolos.
- Establecer un plan de formación continuada.

Para las y los profesionales del SAS, la existencia de este programa da cuenta del importante lugar que ocupa la anticoncepción en la agenda de salud pública de su organismo autonómico de salud. De hecho, del total de profesionales del SAS que contestaron al cuestionario, más del 50% afirman que la anticoncepción constituye un área prioritaria de intervención en Aragón.

Asimismo, destaca el conocimiento que muchas y muchos de los profesionales del Servicio Aragonés de Salud tienen del *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*. Del total de personas encuestadas, el 57,8% conocen la existencia de dicho programa y, de ellas, el 37,3% saben que dicho programa está vinculado a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Por otro lado, y con relación a las características intrínsecas del programa, éste parece haber respondido óptimamente a las necesidades de la población. En palabras de dos de las personas entrevistadas vinculadas al Servicio Aragonés de Salud:

“El programa da bastantes respuestas a las necesidades de la población. En el plano científico, en términos de formación continuada, instrumentos de mejora de la práctica asistencial, etc., ya se había hecho un muy buen trabajo. Asimismo, la actual estrategia, en sus inicios tuvo el objetivo de resolver los problemas de inequidad y accesibilidad en atención a la anticoncepción que se estaban produciendo en este territorio y el objetivo se ha cumplido”.

Sin embargo, las personas entrevistadas también apuntan a la necesidad de actualizar un programa que no ha sido revisado desde su elaboración en 2016, hace 8 años.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

De acuerdo con el *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*, actualmente en Aragón no existen servicios específicos de atención a la anticoncepción.

No obstante, algunas de las personas encuestadas vinculadas al Servicio Aragonés de Salud mencionan la existencia de algunos recursos municipales de promoción de la salud en los que se desarrollan intervenciones vinculadas con la anticoncepción, siendo el Centro Municipal de Promoción de la Salud Amparo Poch el que más se repite en las respuestas por ser un recurso en el que se desarrollan intervenciones de promoción de la salud sexual dirigidas a jóvenes de entre 15 y 25 años residentes en Zaragoza.

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tal y como aparece reflejado en el *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*, en Aragón la asistencia en materia de anticoncepción se organiza en torno a la consulta de la matrona de atención primaria en salud, quien, en los últimos años, ha visto consolidada su posición como profesional referente en esta materia. Prueba de ello es que más del 80% de las personas encuestadas pertenecientes al Servicio Aragonés de Salud considera que, en términos generales, las personas usuarias suelen solicitar primero cita con la matrona, o en su defecto con medicina de atención primaria, cuando tienen alguna demanda relacionada con la anticoncepción.

Asimismo, para las personas entrevistadas pertenecientes al Servicio Aragonés de Salud, el buen conocimiento de la población de Aragón sobre las funciones y competencias de la matrona es fruto del esfuerzo realizado por el programa en materia de difusión de sus contenidos. El desarrollo de campañas informativas acerca del circuito y de los servicios de atención a la anticoncepción dirigidas a estudiantes de colegios e institutos públicos de Aragón es una buena práctica que ha permitido mejorar el nivel de conocimientos de la población diana del programa en anticoncepción y, por tanto, el acceso a la atención.

En cuanto a las intervenciones realizadas en atención primaria en salud, generalmente suelen ir dirigidas a personas usuarias que no tienen problemas de salud o que no se encuentran en situaciones de riesgo que requieran de una atención especializada. Las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en este nivel asistencial son el consejo anticonceptivo, la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, la provisión de información anticonceptiva y la colocación y seguimiento del implante subcutáneo.

En caso de que se dé alguna situación excepcional, desde el primer nivel asistencial se procede a la derivación de la persona a atención especializada, en donde, además de la realización del consejo anticonceptivo y el seguimiento de la anticoncepción en situaciones de riesgo o complejidad, también se lleva a cabo la colocación del dispositivo intrauterino (DIU) y las intervenciones de ligadura y oclusión de trompas de Falopio.

Respecto a la derivación y la coordinación entre niveles asistenciales, hay que destacar que aunque el recurso que da inicio al proceso de derivación entre niveles es la interconsulta -al igual que en el resto de comunidades autónomas de España- en Aragón, con el objetivo de mejorar la calidad de los procesos de derivación y garantizar la continuidad asistencial, se ha apostado por tecnologizar esta herramienta y crear lo que dentro del circuito se conoce como interconsulta virtual.

A grandes rasgos, podría definirse la interconsulta virtual como el canal de comunicación que permite a las y los profesionales de atención primaria en salud trasladar sus demandas de forma directa y rápida a las y los profesionales de atención especializada. Para iniciar el proceso de interconsulta virtual, la o el profesional de atención primaria ha de solicitar la interconsulta a través de la Historia Clínica Electrónica del paciente, una plataforma virtual de formato único que permite dar continuidad al proceso asistencial. Una vez la interconsulta virtual es solicitada, los profesionales de atención especializada poseen un máximo de siete días para resolver la petición de interconsulta y, en los casos que así lo precisen, gestionar la cita de derivación vía ordinaria o preferente.

Cabe señalar que la exitosa aplicación de esta medida ha permitido no solo reducir las listas de espera de las intervenciones en materia de anticoncepción más demandadas por las personas usuarias (consejo anticonceptivo, prescripción de métodos anticonceptivos, colocación y/o retirada de métodos anticonceptivos de larga duración), sino, además, tal y como concluye una de las personas entrevistadas, *“convertir la coordinación entre niveles asistenciales en uno de los puntos fuertes del programa”*.

Acceso

Accesibilidad a la información

Aunque en Aragón el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales con el fin de garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción, la matrona de atención primaria es el perfil profesional referente en esta cuestión, salvo que la persona usuaria tenga una situación de riesgo o patología que precise de un abordaje especializado por parte de profesionales de ginecología del segundo nivel asistencial.

Además de la accesibilidad de la información a través de la posibilidad de solicitar cita directa con la matrona de atención primaria, las personas usuarias del Servicio Aragonés de Salud disponen de una plataforma digital donde pueden consultar diversos documentos con información actualizada sobre anticoncepción; algunos elaborados por el propio SAS y otros procedentes de otras entidades u organismos como la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

No obstante, aunque para las personas entrevistadas vinculadas al Servicio Aragonés de Salud esta plataforma constituye uno de los pilares de la accesibilidad a la información, más del 50% de las personas encuestadas afirman que no existe una web en anticoncepción dentro del SAS o que desconocen su existencia. Esto podría indicar que, pese a que la información se encuentra accesible en la teoría, a efectos prácticos falta difundir la existencia de esta plataforma, tanto entre las y los profesionales sanitarios del Servicio Aragonés de Salud, como de las propias personas usuarias.

Por último, cabe mencionar el compromiso de las personas responsables del programa con la elaboración de materiales divulgativos sobre anticoncepción dirigidos a poblaciones específicas como personas con discapacidad o personas racializadas.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Aragón los métodos anticonceptivos de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias; tanto los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre como el implante subcutáneo.

Esta medida ha sido fundamental para garantizar el acceso a la anticoncepción en esta comunidad autónoma. Sin embargo, atendiendo a los datos de la encuesta, parece que el 47% de las personas encuestadas procedentes del Servicio Aragonés de Salud desconocen a quién va dirigida esta iniciativa o, en su defecto, asumen que ésta tan solo está dirigida a las personas en situación de vulnerabilidad.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en el servicio autonómico de salud. Alrededor del 70% de las personas encuestadas que desarrollan su labor asistencial en el Servicio Aragonés de Salud tienen conocimiento de ello.

Dentro de los servicios de atención que dispensan la anticoncepción de urgencia de forma gratuita se encuentran las urgencias de los centros de salud, las urgencias hospitalarias y los puntos de atención continuada.

La dispensación de la anticoncepción de urgencia gratuita constituye otra de las iniciativas que el Servicio Aragonés de Salud ha implementado con el objetivo de garantizar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Dentro del programa del Servicio Aragonés de Salud existe un curso de actualización en materia de anticoncepción, que suele realizarse dos veces al año y está dirigido a todos los perfiles profesionales, aunque el carácter general de sus contenidos parece encontrarse más enfocado a mejorar las competencias de las y los profesionales de atención primaria en salud, quienes constituyen la puerta de entrada al circuito de anticoncepción. Según las personas entrevistadas vinculadas al programa, los contenidos se actualizan anualmente. No obstante, como consecuencia de la pandemia del COVID-19, este año va a presentarse un nuevo formato, más moderno y didáctico, en el que la modalidad telemática se fusionará con la presencial.

Del total de personas encuestadas, más del 50% tiene conocimiento de la existencia de los cursos de formación continuada sobre anticoncepción ofertados por el Servicio Aragonés de Salud. Además del curso de actualización en anticoncepción previamente mencionado, las y los

encuestados hacen alusión a otros cursos de carácter más específico, como por ejemplo el curso de colocación y retirada de implantes subcutáneos.

Sobre el nivel de satisfacción con las formaciones en materia de anticoncepción, más del 75% de profesionales del SAS que responden a esta pregunta afirman encontrarse bastante satisfechos/as o muy satisfechos/as con los contenidos aprendidos.

Calidad

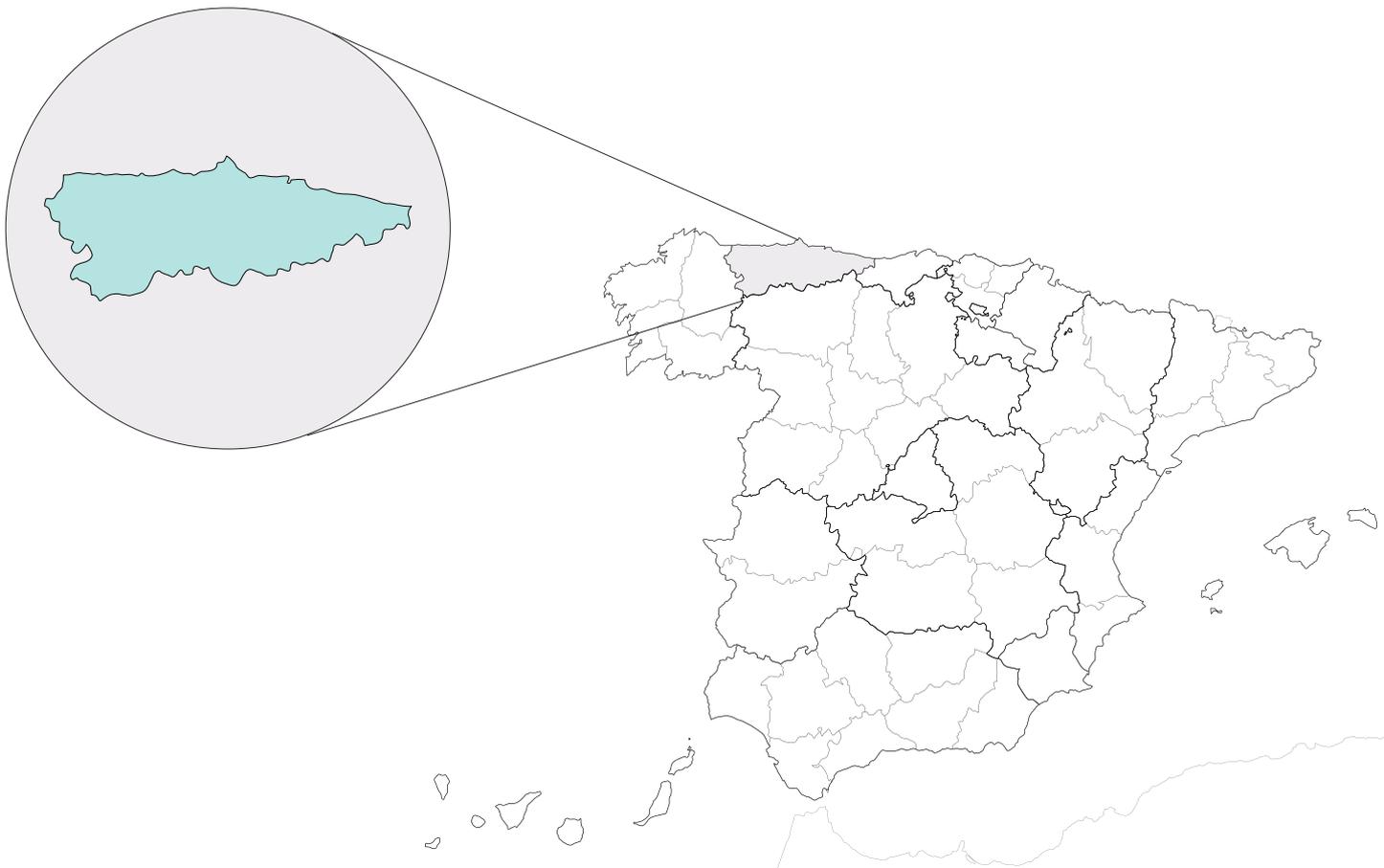
Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Además de garantizar la continuidad de la atención, la Historia Clínica Electrónica también es la plataforma que recoge el conjunto de instrumentos de mejora de la práctica clínica elaborados por el Servicio Aragonés de Salud. Asimismo, las y los profesionales pueden consultar este tipo de documentos a través de la Intranet propia del sector donde desarrollan su labor profesional, a lo que hay que sumar los canales de *Telegram* específicos de cada sector.

En opinión de las personas entrevistadas, "los profesionales sí que usan estos instrumentos. Sobre todo se entra mucho en la intranet. Todos los profesionales agradecen mucho los contenidos divulgativos. Los profesionales actúan en base a la evidencia científica y, por tanto, consultan todos estos materiales".

Sin embargo, hay que señalar que, del total de personas encuestadas del Servicio Aragonés de Salud, más del 80% expresan no conocer ninguna plataforma digital donde puedan consultar los instrumentos mencionados. También contrasta con la percepción de las profesionales entrevistadas el hecho de que, del reducido porcentaje de profesionales que afirman conocer o haber recurrido en su práctica asistencial a algún instrumento de mejora de dicha práctica (40%), la inmensa mayoría tan solo manifiesta conocer o haber empleado el documento del propio *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva de Aragón*.

Principado de Asturias



Principado de Asturias

A partir del desarrollo de la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018*, y con el objetivo de mejorar la accesibilidad y calidad del circuito de atención a la anticoncepción, en Asturias se han implementado en los últimos años diversos cambios en la organización y estructuración de las competencias profesionales y las actividades asistenciales vinculadas con este ámbito. Sin embargo, tal y como refiere una de las personas informantes, *“Asturias tiene bastante que mejorar. La situación actual se resumiría en esa desigualdad que hay en las diferentes áreas sanitarias. Es necesario más personal, sobre todo matronas, y más formación para conseguir esa equidad en las diferentes áreas sanitarias”*.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Tal y como aparece reflejado en el Portal de Salud del Principado de Asturias, el documento de referencia en materia de atención a la anticoncepción del Servicio de Salud del Principado de Asturias es la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018*, que tiene los siguientes objetivos dirigidos a responder a los mandatos de la Ley 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:

- **Objetivo general:** garantizar una atención anticonceptiva de calidad, accesible y equitativa a la población en edad fértil del Principado de Asturias. Definir las competencias y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios implicados en la asistencia anticonceptiva.
- **Objetivos específicos:**
 1. Establecer una oferta de servicios común desde los dispositivos sanitarios, basada en la promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.
 2. Identificar las competencias y responsabilidades del personal sanitario implicado en la asistencia anticonceptiva.
 3. Homogenizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva, potenciando la Atención Primaria, de acuerdo a sus características de proximidad, continuidad en la atención y orientación a la promoción y prevención de la salud.
 4. Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / consultas de Ginecología/USSR).
 5. Promover la utilización de guías y protocolos comunes.
 6. Identificar las pautas de captación y atención a jóvenes y colectivos vulnerables o de difícil acceso a los servicios.

7. Establecer un Programa de Formación Continuada en materia de anticoncepción y consejo contraceptivo.

Con todo, parece ser que para las y los profesionales del organismo autónomo de salud de Asturias la existencia de esta guía no es suficiente. De ahí que el 50% de las personas encuestadas consideren que la anticoncepción no es un área prioritaria de intervención dentro de esta comunidad autónoma.

Por su parte, una persona informante, que desarrolla su labor profesional en Astursalud, comenta que pese a que *“en Asturias no existe un programa en anticoncepción [...], hay iniciativas con calidad y que son referencia en buenas prácticas, como el proyecto Ni ogros ni princesas”*.

Respecto a la guía, la misma persona admite que, pese a que dicho documento *“pretende tener un enfoque que permita dar respuesta a las diversas necesidades de la población usuaria en Asturias”*, es verdad que *“se centra mucho los casos de gran complejidad o con patología asociada y no ahonda ni en Atención Primaria en Salud ni en la figura de la matrona, a la par que tampoco habla de la importancia de que las profesionales de enfermería estén formadas en anticoncepción para poder dar respuesta a las necesidades de las personas cuyos centros de referencia no tienen matrona”*.

Por ello, y aunque la guía pretende servir como documento de planificación y ordenación de la atención a la anticoncepción en Asturias, parece que tan solo ofrece un marco teórico que en la práctica resulta difícilmente implantable. En palabras de la entrevistada, en ella *“aparece toda la teoría, pero la práctica es otra”*. Esto también permitiría explicar por qué, aunque la guía dispone de numerosos indicadores de evaluación, la situación de la atención a la anticoncepción en Asturias nunca ha sido evaluada.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

Como aparece indicado en la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018*, en esta comunidad autónoma existen servicios específicos de atención a la salud sexual y reproductiva bajo el nombre de unidades de salud sexual y reproductiva (USSR), que son conocidas por el 100% de las personas

vinculadas a Astursalud que han respondido el cuestionario.

Sobre las USSR, sustitutas de los antiguos centros de orientación familiar (COF), cabe señalar que dependen de los servicios de Ginecología y Obstetricia del segundo nivel asistencial y que sus intervenciones van dirigidas a promocionar la salud sexual y a prevenir los embarazos no planificados. De ahí que la mayor parte de las actividades asistenciales realizadas en estos servicios consistan en la prescripción, implantación y control médico del uso de métodos anticonceptivos, junto con la provisión de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo y el seguimiento de la anticoncepción en casos de alta complejidad.

Por otro lado, y aunque en estas unidades el equipo profesional –que suele estar compuesto por una/un ginecóloga/o, una enfermera/matrona y una/un administrativa/o– atiende a todas las personas que lo soliciten, la población preferente para la atención a la anticoncepción son las personas jóvenes y las personas en situación de vulnerabilidad. Es por esto que las y los jóvenes pueden acceder a estos servicios específicos tanto en franjas abiertas de atención no programada como por derivación de su centro de Atención Primaria de referencia.

En cuanto a la distribución de las USSR, sólo cinco de las ocho áreas de salud de Asturias disponen de este tipo de servicios. Son Avilés, Oviedo, Gijón, Mieres y Sama de Langreo. Para una de las personas entrevistadas que desarrollan su labor asistencial en Astursalud, si a ello se le suma que *“solo hay matrona, y de reciente incorporación (hace un año), en la unidad del área de salud de Oviedo [...], se revela la situación de inequidad en atención a la salud sexual de Asturias”*.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Según la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018*, el modelo actual de organización de la atención a la anticoncepción no permitía aprovechar el enorme potencial de los equipos de Atención Primaria en Salud (APS), integrados por el equipo de medicina y enfermería y las unidades de apoyo de trabajo social y matronas. Como explica una de las personas entrevistadas, aunque en Astursalud se ha apostado por situar el primer nivel asistencial

como la vía de entrada al circuito de atención a la anticoncepción, no se ha promocionado como se debía la figura de la matrona de APS, la cual suele proporcionar el consejo anticonceptivo a mujeres en el periodo de postparto. Esta percepción coincide con los datos aportados por las personas encuestadas, quienes, casi en su totalidad, mencionan que las personas usuarias suelen recurrir a la médica/o de familia ante una necesidad o demanda relacionada con la anticoncepción. Para una de las personas entrevistadas esto se debe a dos razones: *“el desconocimiento y la necesidad de derivación por parte de la matrona cuando el método anticonceptivo elegido precisa de la prescripción”*. Por ello, esta persona reivindica la necesidad de mostrar a la población general que la matrona no solo realiza intervenciones relacionadas con el seguimiento del parto y el postparto, e insta a las personas responsables de las políticas sanitarias a revisar las competencias de este perfil profesional, que *“aunque quiera trabajar de forma autónoma tiene la limitación de que todo tiene que pasar por el médico”*.

En consonancia, otro de los problemas que según esta persona entrevistada afecta al territorio asturiano tiene que ver con el gran volumen de derivaciones que se realizan desde los centros de salud de APS a las USSR:

“Se pierde gente por el camino [...]. Sería beneficioso que cada centro de salud pudiese tener esa información y para eso hace falta más personal. Diría que no hay que dejar todo en los centros de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, en Cantabria las matronas tienen mucha más autonomía a nivel de primaria, y solo derivan los casos de gran complejidad o de riesgo a la unidad de salud sexual y reproductiva. En Asturias esto cojea porque hay muy pocas matronas en primaria y, por ello, casi todo el tiempo se dedica a los seguimientos del embarazo, parto y postparto. Poder invertir en más matronas de primaria permitiría mejorar la atención en anticoncepción en este nivel y que las matronas ejerzan unas competencias que son suyas y que están perdiendo”.

Ciertamente, la apuesta por la centralización de la atención a la anticoncepción en Atención Primaria, junto con la promoción de la figura de la matrona de APS como perfil referente en anticoncepción, parecen ser dos de las medidas que según las personas informantes vinculadas con Astursalud permitirían mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción en esta comunidad autónoma.

Con todo, la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018* establece que según los diferentes niveles asistenciales se realicen las siguientes intervenciones:

- **Intervenciones en Atención Primaria en Salud:** indicación y seguimiento sobre métodos anticonceptivos no quirúrgicos;

asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo; indicación y administración de la píldora postcoital, e intervenciones comunitarias y de apoyo al ámbito educativo.

- **Intervenciones en Atención Especializada:** información, indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos, incluidos los dispositivos intrauterinos, y realización de ligadura de trompas. En especial cuando se trata de valoración de las usuarias de riesgo, resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los métodos hormonales, así como la inserción de DIU y la realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica y la interrupción voluntaria del embarazo.

Por su parte, alrededor del 80% de las personas encuestadas mencionan como intervenciones principales del primer nivel asistencial la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, el consejo anticonceptivo, la provisión de información anticonceptiva, la prescripción, administración y seguimiento de los métodos anticonceptivos hormonales orales e inyectados y la información, orientación y dispensación en materia de anticoncepción de urgencia. Estos resultados muestran el adecuado conocimiento que las y los profesionales de Astursalud parecen tener de la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018*.

De hecho, la información aportada por las personas encuestadas coincide casi en su totalidad con lo expuesto en la guía de anticoncepción acerca de las intervenciones que de forma mayoritaria se llevan a cabo tanto en Atención Especializada, y que incluye, como ya se ha mencionado, tanto los servicios de consulta de Ginecología como las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSR), en las cuales se desarrollan intervenciones como la colocación, seguimiento y retirada de LARC o el seguimiento de casos de alta complejidad.

Con relación al nivel de coordinación de los diferentes niveles asistenciales, cabe señalar que para una de las personas informantes *“existe una buena coordinación entre niveles, sobre todo en la derivación para LARC y métodos irreversibles. Se realiza por interconsulta”*. No obstante, añade:

“El circuito de atención a la anticoncepción podría verse mejorado si se mejorasen los canales de comunicación, puesto que los programas de APS y AE son diferentes, de manera que los profesionales no tienen siempre acceso a la historia completa de la usuaria”.

Por tanto, y aunque desde el servicio autónomo de salud se han puesto en marcha recursos como la interconsulta, con los que se pretende facilitar los procesos de derivación de las personas usuarias, uno de los elementos

que hacen difícil o impiden una atención continuada e integrada en materia de anticoncepción tiene que ver con la ausencia de una plataforma virtual de formato único que permita acceder a todas las y los profesionales a la historia clínica de las personas usuarias.

Acceso

Accesibilidad a la información

En Asturias el consejo anticonceptivo se realiza en todos los niveles asistenciales con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción. Sin embargo, dicho consejo suele orientarse a una u otra población según los diferentes servicios y perfiles profesionales. Así, mientras que la médica o el médico de familia son responsables de realizar el consejo anticonceptivo a mujeres de bajo riesgo, al igual que la enfermera de este nivel asistencial, la matrona es la profesional que habitualmente realiza el consejo anticonceptivo a mujeres que se encuentran en el postparto. Por su parte, el equipo de las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva suele realizar el consejo anticonceptivo a personas jóvenes o a aquellas mujeres derivadas por las y los profesionales de APS y que, por su situación de salud o de vulnerabilidad, precisan de un abordaje más especializado.

En este sentido, hay que destacar que alrededor del 80% de las personas encuestadas señalan que conocen la totalidad de los servicios y perfiles habilitados para la realización de esta intervención en materia de anticoncepción, lo que de nuevo muestra un adecuado conocimiento de las y los profesionales de Astursalud sobre el funcionamiento y los servicios de su circuito de atención a la anticoncepción.

Por otro lado, y aunque dentro del Portal de Salud del Principado de Asturias se encuentra publicada la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018*, más de la mitad de las personas encuestadas afirman desconocer la existencia de una web gestionada por Astursalud donde se encuentren documentos sobre la anticoncepción dirigidos a la población general.

La producción y difusión de trípticos ha sido otra de las medidas puestas en marcha por Astursalud para ampliar el acceso de las personas usuarias a la información sobre anticoncepción. Actualmente existen dos trípticos, "uno específico para jóvenes sobre IVE y otro sobre métodos anticonceptivos".

Por último cabe destacar que, como comenta una de las personas vinculadas con el servicio de salud, *“hay un mail informativo que debería funcionar en las ocho áreas de Asturias pero tan solo funciona en dos: Oviedo y Gijón”*. En consecuencia, esta potencial buena práctica se ve enturbiada por el carácter desigual de su implantación.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Asturias los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonal y de cobre como el implante transdérmico. Esta medida ha contribuido de manera muy significativa a la garantía del acceso a la anticoncepción en esta comunidad autónoma, y el conocimiento que tienen de ella las y los profesionales es generalizado: casi el 100% de las personas encuestadas vinculadas a Astursalud aportan esta información al contestar a las preguntas específicas.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita tanto en los servicios de urgencias de Atención Primaria en Salud y Atención Especializada como en las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva, algo que conoce alrededor del 80% de las personas encuestadas que desarrollan su labor asistencial en el SAS.

Sin embargo, y según una de las personas informantes, *“en la práctica sí que se hace en las unidades de salud sexual y reproductiva pero no en las urgencias hospitalarias, porque no siempre se considera una urgencia. A veces la tienen en la urgencia hospitalaria, pero otras veces no”*.

En la *Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias 2018* aparece un apartado denominado programa de formación y en el que se establecen los objetivos mínimos que ha de cumplir cualquier programa de este tipo. Entre ellos destacan los siguientes:

- Adquirir los conocimientos para realizar un correcto consejo anticonceptivo.
- Conocer los criterios de indicación, prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos.
- Conocer los criterios de derivación al USSR/consulta de Ginecología.
- Implantar el procedimiento adecuado para preparar el consejo en derechos sexuales y anticoncepción en la toma a cargo de las y los adolescentes.
- Adiestrar en la colocación y retirada de implantes anticonceptivos.

Sin embargo, una persona informante manifiesta que *"a nivel práctico no existe una formación continuada en anticoncepción diseñada y coordinada por Astursalud. En consecuencia, cualquier profesional que quiera recibir este tipo de formación ha de hacerlo de forma externa, lo que implica también asumir el coste de la misma. Desde APROMAC sí se han realizado formaciones en anticoncepción, pero son formaciones para las matronas e, igualmente, implican un coste económico"*.

Esta afirmación contrasta con la información aportada por las personas encuestadas: cerca del 50% de ellas afirma que el Servicio de Salud del Principado de Asturias sí que ha desarrollado algunos cursos formativos dirigidos, en su mayoría, a ampliar los conocimientos de las y los profesionales de Atención Primaria en Salud en materia de anticoncepción.

Con todo, en lo que sí parecen coincidir todas las personas participantes en este estudio es en que las formaciones sobre anticoncepción deberían enseñar a las y los profesionales que desarrollan intervenciones en este

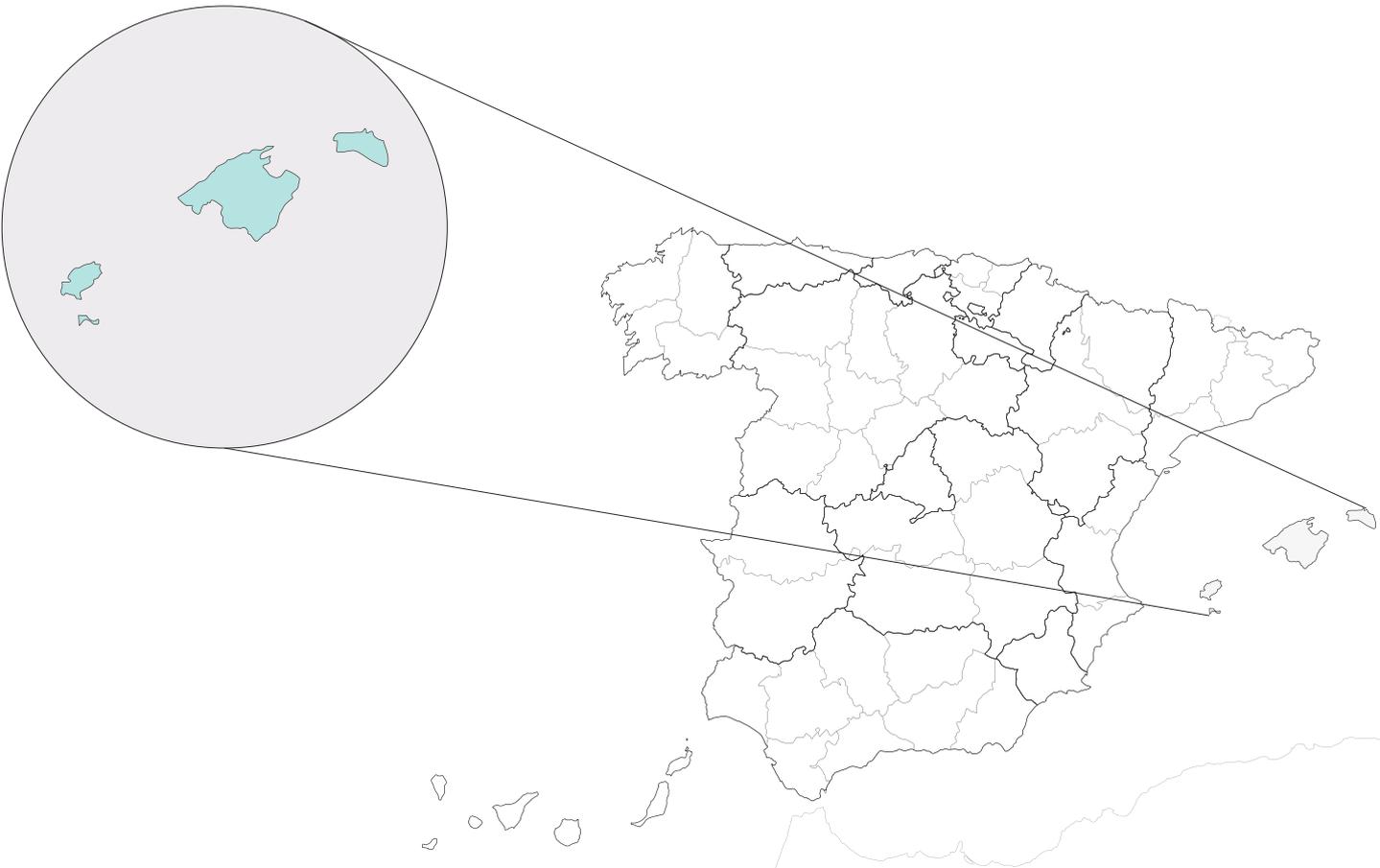
ámbito “a realizar una buena anamnesis en cada usuaria”, ya que, pese lo que pueda pensarse, esta valoración marca sustancialmente la dirección del proceso asistencial en materia de anticoncepción.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Una de las personas vinculadas a Astursalud y que han proporcionado información para este estudio afirma que “no existen instrumentos de mejora de la práctica asistencial más allá de la Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias, a la cual puede acudir todo el mundo”. Esta es una afirmación que comparte el 70 % de las personas encuestadas y que están vinculadas a los servicios de salud.

Islas Baleares



Islas Baleares

Aunque desde la Consejería de Salud de las Islas Baleares no se ha desarrollado ningún programa que organice los servicios y el funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción, en esta comunidad autónoma dicha atención está centralizada en el primer nivel asistencial y, en concreto, en la promoción de la matrona como el perfil profesional de referencia en materia de anticoncepción.

Por otra parte, aunque la accesibilidad de los servicios y de la información a las personas usuarias parece ser óptima en la comunidad autónoma, también hay problemas que complican la atención de calidad y que tienen que ver con la ausencia de un programa formativo que garantice que las y los profesionales del Servicio Balear de Salud tienen los conocimientos teórico-prácticos necesarios para poder llevar a cabo sus labores de manera adecuada, mientras se garantiza la financiación de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC).

Las personas entrevistadas describen así la situación de la atención a la anticoncepción en Islas Baleares:

“Es mejorable pero no está mal si la comparamos con el resto. Hay que hacer mucha educación para formar al público y que conozcan los servicios que tienen. También promover que se impliquen más los ginecólogos y que haya más continuidad asistencial”.

Políticas

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Aunque desde el Servicio Balear de Salud no se ha desarrollado ningún programa en materia de anticoncepción, en los últimos años se han elaborado dos notas internas que, según las personas entrevistadas, ya han recibido el visto bueno de la Consejería de salud.

Ambas tienen que ver con los anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y las personas entrevistadas ofrecen la siguiente información:

“La primera nota planteaba la necesidad de hacer gratuitos los LARC, porque solo se ponían gratuitos a mujeres en situación de vulnerabilidad o con sangrado abundante. Entonces todo dependía de si el ginecólogo era más o menos estricto o interpretaba los criterios de forma más laxa. La segunda nota ha permitido que los médicos de familia prescriban los implantes”.

En cuanto a la intención, por parte de la Conserjería, de diseñar un programa en materia de anticoncepción, una de las entrevistadas afirma que *“una ginecóloga quiso poner en marcha esto, teníamos un guion y todo, pero al final quedó en nada porque no hubo implicación política”.*

Por tanto, no es de extrañar que el 75% de las personas encuestadas considere que la anticoncepción no constituye un área prioritaria de intervención en el Servicio Balear de Salud.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

En las Islas Baleares no existen servicios específicos de atención a la anticoncepción.

No obstante, el Portal de la Consejería de Salud, hace mención, en el marco del nivel de atención primaria en Mallorca a un recurso llamado

Unidad de Atención a la Mujer (UAM) que estaría liderado por la matrona de atención primaria.

Pero si se tiene en cuenta que, como indica el portal antes citado, las UAM están localizadas dentro de los centros de salud del primer nivel asistencial y desarrollan las intervenciones propias de una consulta de matrona, parece que estas unidades pueden considerarse consultas de matrona en los centros de atención primaria, más que unos servicios específicos.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

En las Islas Baleares la atención a la anticoncepción se organiza en torno al primer nivel asistencial. Así lo confirman las personas entrevistadas.

El servicio al que acuden con mayor frecuencia las personas usuarias para una primera atención es la consulta de la matrona de atención primaria, seguida de la consulta de medicina de familia.

Las intervenciones realizadas en atención primaria suelen ir dirigidas a personas usuarias que no tienen problemas de salud o que no se encuentran en situaciones de riesgo que requieran de una atención especializada. Así, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en el primer nivel asistencial son el consejo anticonceptivo, la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, la provisión de información anticonceptiva, la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal oral, la administración de la inyección intramuscular de progestágeno y la colocación, seguimiento y retirada del implante subcutáneo, siempre y cuando no existan complicaciones asociadas que precisen de una asistencia especializada. Esta información es corroborada por las personas encuestadas.

En el segundo nivel asistencial, las intervenciones que se realizan de forma preferente son las siguientes: consejo anticonceptivo y seguimiento de la anticoncepción en personas usuarias derivadas por atención primaria o que se encuentran en una situación de riesgo o vulnerabilidad y precisen por tanto de un abordaje más especializado; colocación, seguimiento y retirada de los LARC, y realización de las intervenciones de ligadura de trompas y de oclusión tubárica. La mayoría de personas encuestadas dan esta misma información; no obstante, una de las personas entrevistadas señala que *“las matronas están empezando a formarse en la colocación y retirada del DIU, así que a ver si en un futuro no es una competencia exclusiva de los gines”*.

En cuanto al nivel de coordinación entre niveles asistenciales, las personas informantes coinciden en que éste es mejorable. Una persona informante opina que *“es mejorable sobre todo porque no todos los gines se implican igual, ni consideran la anticoncepción igual de importante. Así que sí, podría mejorarse la coordinación, aunque, eso sí, nadie se queda fuera, no hay lista de espera”*.

Por último, cabe destacar que el 75% de las personas encuestadas refieren tener un conocimiento insuficiente o “regular” sobre los servicios y el funcionamiento del circuito de la atención a la anticoncepción, algo que, como sostiene una persona entrevistada, podría solucionarse *“con un programa o protocolo”*.

Acceso

Accesibilidad a la información

En las Islas Baleares el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción.

Cuando las personas usuarias deciden solicitar cita para recibir consejo anticonceptivo, suelen recurrir a las matronas de atención primaria, como informa una de las personas entrevistadas. En su opinión, las matronas *“son las más accesibles. También hay matronas muy motivadas que dan un consejo buenísimo y otras que más que consejo meten su ideología, aunque ahora con la llegada de gente joven pasa menos”*.

El 100% de las personas encuestadas sitúan a la matrona como perfil referente en materia de consejo anticonceptivo, seguida de medicina de familia y ginecología. Además, una de las personas entrevistadas pone énfasis en que la matrona de atención primaria tiene, además del consejo anticonceptivo, muchas otras competencias relacionadas con la salud sexual:

“La matrona deriva a la consulta de medicina para la prescripción de los anticonceptivos hormonales, coloca implantes si ha recibido la formación para ello –aunque no es obligatorio–, deriva a ginecología para la colocación del DIU... Aunque bueno está empezando a formarse para ponerlos. Y luego, por supuesto, también lleva el tema del embarazo o el

cribado de cáncer de cérvix. Mientras la mujer sea sana la matrona es la responsable de todo esto. De lo contrario tiene que derivar a ginecología”.

En cuanto al papel de medicina de familia en lo que a consejo anticonceptivo y atención a la anticoncepción se refiere, la misma informante expresa lo siguiente:

“En medicina de familia llevan la cronicidad y otras cosas, tienen poco tiempo y muchas veces no tienen la formación necesaria. Tampoco tienen el espacio para montar una mesa ginecológica ni los recursos para tener una auxiliar. Así que en cuanto a la aplicación de métodos no hay nada que hacer. Ahora el primer paso es que se formen y puedan hacer el consejo y poner implantes...Si la carga asistencial se lo permite”.

En resumen, el consejo anticonceptivo es una actividad que mayoritariamente se realiza en el primer nivel asistencial y es la matrona la que la realiza con mayor frecuencia, salvo que la persona usuaria se encuentre en una situación de riesgo o tenga una patología que precise de un abordaje especializado por parte de profesionales de ginecología en el segundo nivel asistencial.

Respecto a otras formas de acceso a la información sobre anticoncepción, la Consejería de Salud gestiona una web sobre salud sexual dirigida sobre todo a personas adolescentes y jóvenes y que incluye cuatro apartados: *sexualidad*, con información sobre temas como el erotismo, los derechos sexuales, la diversidad sexual y de género y la ética relacional, junto con un listado sobre las actividades y campañas desarrolladas por el Govern en relación con la salud sexual; *programas educativos, dirigido a profesorado*; *observatorio de sexualidad*, donde se encuentran numerosos estudios científicos sobre sexualidad y salud sexual que han sido elaborados en los últimos años tanto por la Consejería de Salud como por otros organismos y, por último, *materiales y recursos*, un apartado en el que, como su propio nombre indica, se encuentran materiales divulgativos sobre asuntos como el *sexting*, las infecciones de transmisión sexual, la píldora postcoital o los métodos anticonceptivos, y un listado de los diferentes recursos dirigidos al asesoramiento en materia de salud sexual que están disponibles en el territorio balear.

Pese a que aparentemente la plataforma es de fácil acceso y resulta bastante intuitiva, solo es conocida por el 25% de las personas encuestadas. Quizá esto se deba al hecho de que dicha web sólo contiene dos entradas vinculadas con la palabra *anticoncepción*, que se relacionan con la vivencia de la sexualidad en la juventud, y cinco entradas asociadas a la palabra *anticonceptivo*, de las que las más reseñables son las correspondientes a los folletos titulados *Métodos anticonceptivos, disfruta de tu sexualidad con tranquilidad* y *La píldora del día siguiente* –ambos disponibles en catalán y castellano–.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En la Islas Baleares los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración son solo gratuitos para aquellas personas que cumplan con los requisitos establecidos por la Consellería de Salut de esta comunidad autónoma (por ejemplo, situación de vulnerabilidad o sangrado abundante). A pesar del esfuerzo de las y los profesionales por establecer la gratuidad de estos métodos anticonceptivos para todas las personas, por el momento el coste cero de estos dispositivos sigue dependiendo del criterio clínico del profesional sanitario responsable de su prescripción.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en los centros de salud de atención primaria y, en casos de agresión sexual, en las urgencias hospitalarias. Y también en los servicios de urgencias de atención primaria de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, de acuerdo con la información de una de las personas encuestadas. El 100% de las personas vinculadas con el Servicio Balear de Salud que han participado en esta investigación afirman conocer esta información sobre los puntos de dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

El 50% de las personas encuestadas afirman conocer la existencia de formación ofrecida desde la Consejería en materia de anticoncepción

y haber cursado algún curso. Sin embargo, dichos cursos parece que se han impartido en el contexto de unas jornadas de actualización en anticoncepción, tal y como señalan dos de las personas que han proporcionado información para el presente estudio. Por otro lado, hay talleres de inserción de implantes y DIU que se llevan a cabo *“con recursos públicos, aunque con la colaboración de las casas comerciales”*.

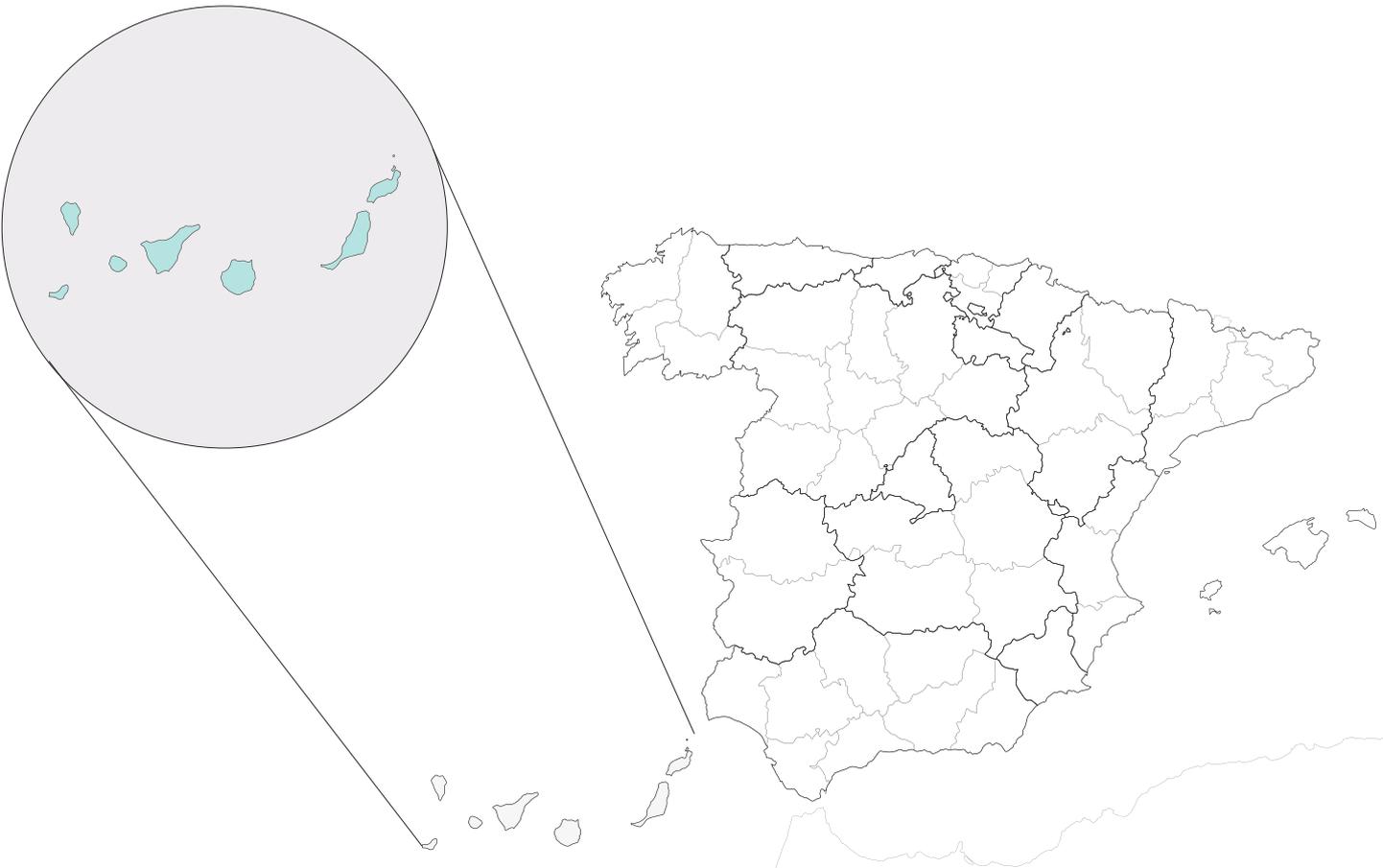
En conclusión, en las Islas Baleares todavía no se ha diseñado ni puesto en práctica ningún programa formativo dirigido a profesionales en materia de anticoncepción, y tampoco se ha establecido una plataforma online que permita hacer accesible el conocimiento sobre la anticoncepción al conjunto de las personas vinculadas con los servicios de salud de la comunidad autónoma.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Desde el Servicio Balear de Salud no se han desarrollado instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción. Esta información es compartida con las personas informantes y vinculadas con la Consejería de Salud, que afirman que *“se intentó pero no se pudo. Es un tema que hay que retomar”*.

Canarias



Tras su actualización en junio de 2024, la guía de anticoncepción elaborada por el Servicio Canario de Salud en el marco del Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (PASAR) ha incluido diversas medidas de mejora entre las que destaca la centralización de las intervenciones en anticoncepción en el primer nivel asistencial y la eliminación del coste universal de todos los métodos anticonceptivos de larga duración.

Con todo, una de las iniciativas que no ha traído consigo la nueva guía tiene que ver con la dispensación de la anticoncepción de urgencia, la cual, por el momento, solo se encuentra disponible en los servicios de urgencias hospitalarios del sistema canario de salud.

Por último, con el objetivo de reducir la situación de inequidad en materia de anticoncepción que caracteriza a esta comunidad autónoma, el Servicio Canario de Salud ha tomado la decisión de promocionar la formación de las y los profesionales de Atención Primaria en Salud de cara al abordaje holístico de la anticoncepción. De forma que la mayoría de intervenciones en anticoncepción, en especial aquellas relacionadas con la colocación, seguimiento y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración, puedan ser realizadas en cada una de las islas del territorio canario. Tal y como sostiene una de las personas entrevistadas, pertenecientes al Servicio Canario de Salud *"hay que intentar que la asistencia sea lo más equitativa posible entre los diferentes territorios, por eso es absolutamente necesario que haya gente formada en todas las islas"*.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde 2009, Canarias dispone del Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (PASAR), el cual, es conocido por el 75% de las personas pertenecientes al Servicio Canario de Salud (Servicio Canario de Salud) que respondieron al cuestionario.

Sobre este programa, cabe señalar que fue diseñado con el objetivo de homogenizar la organización y prestación de servicios en materia de salud sexual y reproductiva de cara a la reducción de las inequidades en salud que tienen lugar en esta comunidad autónoma a causa de sus diferencias territoriales.

En términos generales, el PASAR se encuentra conformado por varios documentos que abordan diferentes temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las personas, por ejemplo, la maternidad y la paternidad, el embarazo, el parto, el puerperio, el climaterio y, por supuesto, la anticoncepción.

Actualizada en junio de 2024, la guía de anticoncepción de Canarias tiene como objetivo general la mejora de la atención que se presta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Canarias garantizando una anticoncepción de calidad, accesible y equitativa a la población en edad fértil. Asimismo, con el objetivo de alcanzar el objetivo general previamente descrito, dentro de la misma guía se incluyen los siguientes objetivos específicos:

- Actualizar la información sobre los distintos métodos anticonceptivos y establecer su uso de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS y las características individuales de la mujer.
- Establecer una oferta de servicios común desde los dispositivos sanitarios, basada en la promoción de la salud sexual y reproductiva.
- Definir las competencias y responsabilidades de todas las profesiones sanitarias implicadas en la asistencia anticonceptiva.

- Implantar el circuito de acceso a la anticoncepción más eficiente para las usuarias potenciando la Atención Primaria por sus características de proximidad, continuidad en la atención y orientación a la prevención y promoción de la salud.
- Consensuar criterios de derivación y coordinación entre ámbitos asistenciales que garanticen la continuidad asistencial.
- Disminuir el número de embarazos no planificados e interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Autónoma de Canarias.
- Promover la mejora del conocimiento, las habilidades y las actitudes de los/las profesionales, para conseguir una atención integral de la mujer, a través de la puesta en marcha de sesiones informativas y la oferta de actividades formativas.
- Garantizar la equidad en el acceso a los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) de acuerdo a lo dispuesto en la Ley de salud sexual y reproductiva 1/2023 , que establece su financiación por el SNS. 9. Registrar las actuaciones en la historia clínica electrónica. 10. Evaluar la implantación del programa mediante indicadores.

Según las personas entrevistadas, con la nueva guía el servicio autónomo de salud canario pretende *“reducir las listas de espera y repartir la carga lectiva vinculada a la salud sexual y reproductiva, la cual incluye muchas otras cosas”*. De manera que la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción puedan verse mejoradas en el territorio canario.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

De acuerdo a lo referido por una de las personas entrevistadas *“no existen servicios específicos”*. Dato que confirman el 100% de las personas pertenecientes al Servicio Canario de Salud que contestaron al cuestionario.

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tal y como aparece contemplado en la nueva guía de anticoncepción del Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (PASAR), el primer nivel asistencial ha pasado a constituirse como el nivel asistencial responsable de la mayor parte de las intervenciones vinculadas a la atención a la anticoncepción. En especial, en lo que respecta a las siguientes actividades asistenciales:

- Indicación y seguimiento sobre métodos anticonceptivos no quirúrgicos.
- Asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo.
- Indicación y administración de píldora postcoital.

En consecuencia, desde junio de 2024, el asesoramiento anticonceptivo, la prescripción y el seguimiento de los métodos anticonceptivos no invasivos de la mujer sana y sin factores de riesgo asociados, incluyendo la colocación de implantes subdérmicos, han de llevarse cabo desde las consultas de Atención Primaria.

Así lo confirma una de las personas que ha participado en el estudio perteneciente al Servicio Canario de Salud, quien comenta que *“la puerta de entrada y el peso de la atención se ha desplazado de la figura del ginecólogo de Atención Especializada a la figura de la matrona en Atención Primaria en Salud y a los médicos en APS”*.

Esta visión parece coincidir con la perspectiva de las personas encuestadas vinculadas al Servicio Canario de Salud, quienes, en su totalidad, indicaron que los servicios que con más frecuencia utilizaban las personas usuarias para entrar al circuito de atención a la anticoncepción pertenecían al ámbito de la Atención Primaria en Salud.

En concreto, todas las personas encuestadas señalaron que los dos servicios más utilizados como puerta de acceso al circuito por parte de las personas usuarias eran, por un lado, la consulta de la matrona de APS y, por otro, la consulta del médico de familia. De ahí que, para una de las personas entrevistadas una de las claves de la nueva guía de

anticoncepción canaria tenga que ver con lo siguiente:

Antes de la actualización no estaban muy claras las competencias de los médicos de APS y de las matronas en relación a la prescripción y manejo de los anticonceptivos. De manera que la intervención dependía de la implicación del profesional. Ahora con este documento se dejan claras cuales son las competencias de cada perfil profesional.

Dicho de otro modo, aunque previa a la implementación de las modificaciones de la nueva guía, las personas usuarias ya utilizaban como puerta de entrada el primer nivel asistencial, ahora las personas usuarias disponen de un documento donde se explica que la atención a la anticoncepción de mujeres de bajo riesgo pasa a ser competencia en términos de captación, asesoramiento y prescripción anticonceptiva del médico de atención primaria y, en el caso de las mujeres embarazadas y en el puerperio, de la matrona de Atención Primaria en Salud.

En otro orden de cosas, sobre las intervenciones realizadas en Atención Primaria en Salud, según las personas encuestadas, generalmente éstas suelen ir dirigidas a personas usuarias que no tienen problemas de salud o que no se encuentran en situaciones de riesgo que requieran de una atención especializada. Las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en este nivel asistencial son: el consejo anticonceptivo, la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, la administración y seguimiento de la inyección anticonceptiva, y la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal oral. Aunque, tras la publicación de la nueva guía en anticoncepción, a estas intervenciones se le ha sumado la colocación y retirada del implante transdérmico por parte de las matronas y médicos de APS y, también, la retirada del DIU por ambos perfiles profesionales siempre y cuando no existan dificultades o problemas en la extracción.

En el caso de la Atención Especializada, ésta va dirigida al seguimiento de la anticoncepción en personas que por su situación de salud requieran de un abordaje más especializado. Con lo cual, podría decirse que las intervenciones realizadas en este nivel asistencial englobarían tanto la realización del consejo anticonceptivo y el seguimiento de la anticoncepción en situaciones de riesgo o complejidad como otras intervenciones relacionadas con la colocación del DIU y las intervenciones de ligadura y oclusión de trompas de Falopio.

En relación a la derivación y la coordinación entre niveles asistenciales, mencionar que el hecho de que en Canarias exista Drago, una plataforma virtual de formato único a la que todas y todos los profesionales del Servicio Canario de Salud tienen acceso, ha supuesto un gran avance en materia de continuidad asistencial. De hecho, una de las personas entrevistadas considera que existe una buena coordinación entre niveles

asistenciales en Canarias, y ésta no solo se debe a la existencia del recurso de interconsulta, sino al compromiso y disposición demostradas por las diferentes profesionales. En su experiencia *“existe una comunicación muy abierta entre matronas, médicos de APS y ginecólogas de referencia. Mi relación con las matronas era diaria. El canal de comunicación era muy fácil: vía telefónica, con el grupo de WhatsApp de las matronas de área”*.

Acceso

Accesibilidad a la información

La importancia dada al consejo anticonceptivo en la nueva guía de anticoncepción del territorio canario es evidente. De hecho, en dicha guía se alude a la necesidad de que el consejo anticonceptivo posea una estructura y se base en una información actualizada y basada en la evidencia científica que facilite a las personas tomar una elección informada sobre el método que mejor se adapte a sus necesidades, situación y demandas.

Aunque en Canarias el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales a fin de garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción.

No obstante, tras los cambios realizados en la nueva guía de anticoncepción de Canarias, la matrona de atención primaria en salud (APS) ha pasado a erigirse como el perfil referente en esta materia, salvo que la situación de salud de la persona usuaria requiera de un abordaje especializado por parte de los profesionales de ginecología del segundo nivel asistencial.

Además de la accesibilidad de la información a través de la posibilidad de solicitar cita directa con la matrona de atención primaria, las personas usuarias del SAS disponen de una plataforma digital donde pueden consultar las guías que componen el PASAR.

En este sentido, destaca que todas las personas pertenecientes al Servicio Canario de Salud que contestaron al cuestionario consideraban accesible la información en anticoncepción que desde el servicio en salud se ofrece a las personas usuarias, sobre todo, en términos de consejo anticonceptivo.

Sin embargo, en torno el 75% de las personas encuestadas aseguraron no conocer la existencia de la web donde se encuentran recogidas las diferentes guías del PASAR.

No obstante, en opinión de una de las personas entrevistadas, para el Servicio Canario de Salud resulta una prioridad que todas las personas conozcan los cambios producidos en términos de organización y funcionamiento del circuito de atención. Por ello añade que *“el organismo canario de salud ha pensado en crear una serie de dípticos que ayuden a que todas las personas usuarias conozcan tanto la vía de entrada del circuito de anticoncepción como los perfiles profesionales que las acompañarán durante el proceso de atención”*.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Canarias los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonal y de cobre como el implante transdérmico.

Desde luego, esta medida ha sido clave de cara a la garantía de la accesibilidad de la anticoncepción en esta comunidad autónoma. Sin embargo, parece que las y los profesionales del Servicio Canario de Salud tienen un limitado conocimiento sobre el tema. Prueba de ello es que ninguna de las personas que contestaron al cuestionario indicó, de entre todas las opciones disponibles, la gratuidad del implante transdérmico.

Ciertamente, esta situación podría deberse a la reciente incorporación de esta medida en el Servicio Canario de Salud, ya que la eliminación del coste del implante se hizo efectiva en noviembre de 2023. Con todo, para una de las personas entrevistadas esto demuestra la importancia de difundir este tipo de información. Por ello apunta que *“en relación a los implantes hormonales, antes no eran gratuitos, ahora sí, tanto en primaria como en especializada. Ahora la paciente ya no tiene que ir a la farmacia. Puede ir directamente al centro de salud y la matrona le colocara el implante. Para esto van a hacer también unos dípticos para que las pacientes [y profesionales] conozcan este cambio”*.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita tan solo en los servicios de urgencias hospitalarias del Servicio Canario de Salud. Sin embargo, alrededor del 75% de las personas del Servicio Canario de Salud afirmaban desconocer esta información.

De ahí que una de las personas entrevistadas refiera que, a fin de proteger y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las canarias, “el siguiente paso en términos de eliminación del coste [sea]: la anticoncepción de urgencia [...] Lo próximo por implementar es que APS disponga de ellos de forma gratuita”.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

En la guía de anticoncepción recientemente actualizada del PASAR, se incluye un apartado donde se explicitan las características que habrán que tener los programas formativos en anticoncepción del territorio canario a partir de ahora.

En primer lugar, la nueva guía contempla la necesidad de que todas las y los profesionales del Servicio Canario de Salud, en especial aquellos que desarrollan su labor profesional en el primer nivel asistencial, dispongan de los conocimientos y habilidades necesarios para realizar un consejo anticonceptivo adecuado, así como el manejo de los anticonceptivos hormonales en la población con capacidad reproductiva de bajo riesgo.

Por esta razón, dentro del programa formativo elaborado por el Servicio Canario de Salud se han establecido los siguientes objetivos específicos:

- Adquirir los conocimientos para realizar un correcto consejo anticonceptivo.
- Conocer los contenidos de la historia clínica básica en la primera consulta de anticoncepción.

- Conocer los criterios de indicación, prescripción y seguimiento de los métodos anticonceptivos.
- Manejar la anticoncepción hormonal combinada y sólo gestágenos en mujeres sin factor de riesgo asociado.
- Conocer los criterios de derivación a consulta de ginecología.
- Capacitar para la colocación y retirada de implantes anticonceptivos.
- Conocer y manejar la información aprobada por la autoridad sanitaria sobre la interrupción legal del embarazo en nuestra Comunidad Autónoma.
- Manejar las actuaciones ante situaciones de especial vulnerabilidad. Se propone realizar un curso de formador de formadores para matronas y profesionales de Atención Primaria con el compromiso de difundir la formación al resto de compañeros. Se realizarán tantas ediciones de esta formación como se considere necesario.

Para lograr tales objetivos, desde la guía en anticoncepción se ha propuesto que el proceso formativo a profesionales conste de dos partes. Por un lado, un curso teórico sobre consejo anticonceptivo, prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, el cual, habrá de impartirse en todos los Centros de Salud y Áreas de Hospitales (Servicio de Ginecología, plantas de púerperas, etc.). Y, por otro, un taller práctico de inserción y extracción de implantes.

En relación a la formación de profesionales, previa a la publicación de la ya mencionada guía, una de las personas entrevistadas refirió que, dentro del programa del Servicio Canario de Salud existía un curso teórico en formato *online* de actualización en anticoncepción, el cual, iba dirigido a todas las personas que estuviesen vinculadas a la atención en salud sexual y reproductiva, en especial, a los profesionales de APS.

Por otro lado, la misma persona también afirmó que el Servicio Canario de Salud había desarrollado una serie de talleres prácticos para la colocación y extracción de los implantes dirigido a matronas con los que pretendía reducir las grandes inequidades en materia de atención a la anticoncepción existentes en las Islas Canarias. No obstante, para las personas entrevistadas:

Las formaciones deberían tener carácter obligatorio, sobre todo, en relación a la colocación y retirada de los LARC porque es absolutamente necesario que haya gente formada en todas las islas. Las usuarias no han de desplazarse para ponerse/quitar un LARC.

Por su parte, del total de personas encuestadas, el 75% aseguraban conocer la existencia de este tipo de formaciones y, además, haber cursado algunas de ellas, situándose su nivel de satisfacción entre bastante satisfecho y muy satisfecho.

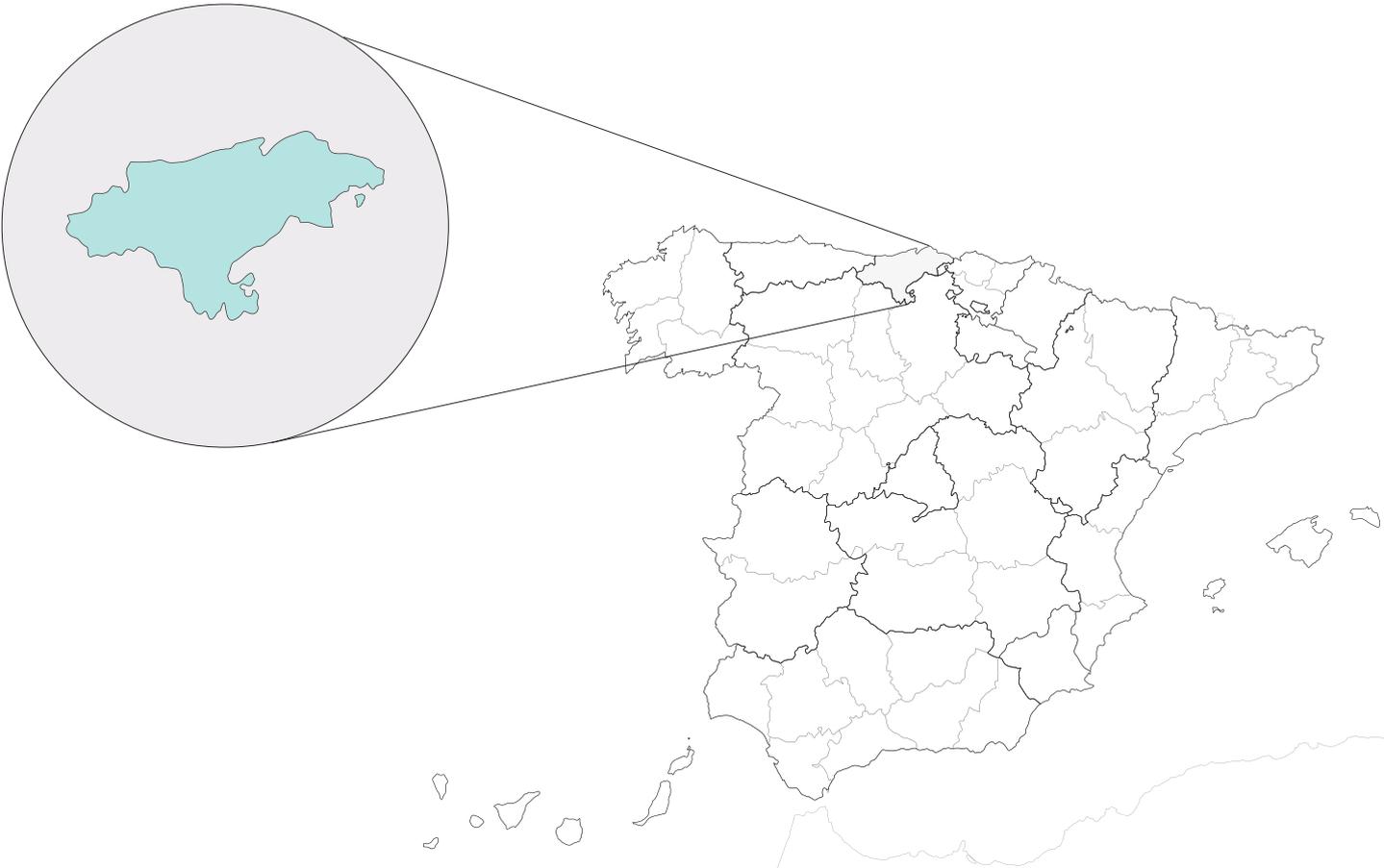
Por todo esto, cabe señalar que, aunque la guía en anticoncepción canaria establece importantes estándares de cara a la formación en anticoncepción de las y los profesionales canarios; antes de que ésta fuese publicada en junio de 2024, en Canarias ya se estaban llevando a cabo formaciones en anticoncepción estructuradas y de calidad que, tal y como reflejan los niveles de satisfacción de las y los profesionales, habían permitido a éstos mejorar sus competencias en atención a la anticoncepción.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

En relación a los instrumentos de mejora de la práctica asistencial en anticoncepción, destaca la guía de anticoncepción del PASAR, la cual, se basa en una evidencia científica de calidad e incluye diversos apartados en los que se abordan temas como las características del consejo anticonceptivo, los tipos de métodos anticonceptivos o la anticoncepción de urgencia.

Cantabria



Cantabria

En Cantabria no existe ningún programa específico de atención a la anticoncepción, ni se han desarrollado programas formativos o instrumentos de mejora de la práctica asistencial en los que se aborde la cuestión de la anticoncepción de una forma integral e integrada.

No obstante, aunque la falta de formación y la ausencia de documentos de referencia puede afectar negativamente a la calidad asistencial del circuito de atención a la anticoncepción cántabro, destaca el buen nivel de conocimientos que las y los profesionales del Servicio Cántabro de Salud (SCS) tienen tanto de los servicios de atención a la anticoncepción de su territorio, como del funcionamiento del circuito y de sus competencias.

En consecuencia, parece que la situación actual en materia de anticoncepción de Cantabria es ambivalente, como señala una de las personas informantes: *“Aunque la anticoncepción es gratuita y accesible, Cantabria tiene mucho que mejorar [...] sobre todo en temas de prevención y en que la ciudadanía la tenga como algo que hay que utilizar [...] Falta trabajar la educación sexual y las listas de espera”*.

Políticas

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde el Servicio Cántabro de Salud no se ha desarrollado ningún programa de atención a la anticoncepción. De acuerdo con los datos recabados, un grupo de trabajo podría haber elaborado una guía sobre este tema, pero parece que esta guía no es conocida por todas las personas que tienen que manejarla. De hecho, el 50% de las personas encuestadas y que están vinculadas con el Sistema Cántabro de Salud afirman que en esta comunidad autónoma no se ha desarrollado un programa con las características citadas. Del otro 50% de las personas encuestadas, que sí que refieren conocer la existencia de un programa de anticoncepción, tan solo dos personas citan el nombre del supuesto programa desarrollado por el servicio de salud.

Tras realizarse una revisión en la web de la Consejería de Salud del Gobierno de Cantabria se ha podido comprobar que no solo no existe un programa de atención a la anticoncepción, sino que tampoco se encuentra publicada ninguna guía sobre anticoncepción. De hecho, los únicos documentos que se encuentran publicados en la plataforma son un protocolo de dispensación de la anticoncepción de urgencia, una hoja informativa sobre la seguridad de la anticoncepción postcoital y un documento divulgativo de apoyo sobre, de nuevo, la anticoncepción postcoital.

En consecuencia, las personas participantes en esta investigación que desarrollan su labor profesional en Cantabria consideran, en su mayoría, que la anticoncepción no constituye un área de intervención prioritaria dentro del Servicio Cántabro de Salud.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

En Cantabria existe un único servicio específico de atención a la anticoncepción: el Centro de Planificación Familiar 'La Cagiga'. Entre las actividades asistenciales que se llevan a cabo en este antiguo

Centro de Orientación Familiar (COF) destacan la dispensación de la píldora postcoital; la realización de pruebas de transmisión sexual; la interrupción voluntaria del embarazo; y la provisión de información y asesoramiento sobre anticoncepción.

En este sentido, uno de los aspectos que da cuenta del interés de las y los profesionales de este servicio por mejorar el acceso a la atención del dispositivo en cuestión tiene que ver con que, a excepción de las consultas sobre anticoncepción, no es necesario que las personas usuarias soliciten cita previa.

Pese a que el 100% de las personas encuestadas vinculadas al Sistema Cántabro de Salud afirman conocer la existencia de este servicio en particular, desde la plataforma web del Servicio Cántabro de Salud no se han encontrado apenas datos sobre las características y funciones de este dispositivo de atención. Una de las personas informantes describe así las especificidades de este servicio:

“Aquí tenemos un centro de salud sexual y reproductiva que prácticamente se dedica a hacer interrupciones voluntarias del embarazo. Tiene una cartera mayor, pero el volumen de IVE es tan alto que muchas veces hay otras cosas que no hacen. Este centro tiene un ginecólogo o una ginecóloga (más bien ginecóloga), una matrona, una auxiliar de clínica y una administrativa. Como hay gine, se ponen implantes y se ponen DIU. Lo que es información y consejo anticonceptivo iría más por primaria, y lo que es un LARC que hay que poner, o bien lo hacen los servicios de ginecología de los hospitales o bien los ginecólogos de este centro. Tenemos uno en toda Cantabria y no asume a toda la población. En IVE sí, pero en temas de anticoncepción coge a todo el área de salud de Santander, que es enorme e igual supone alrededor de un 60% de la población de Cantabria, pero no es toda”.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Como explica una de las personas conocedoras de los servicios y que han colaborado con este informe, *“en materia de anticoncepción la puerta de entrada son los centros de salud de atención primaria”*. Esta perspectiva la comparte el 100% de las personas encuestadas, quienes, de entre todos

los servicios de atención primaria, sitúan como profesionales de referencia en este nivel asistencial tanto a medicina de familia como a la matrona, mientras que la enfermería de atención primaria quedaría en un segundo plano.

En términos estadísticos, para las personas encuestadas medicina de familia y la matrona llevan a cabo una cantidad similar de intervenciones de atención a la anticoncepción dentro del primer nivel asistencial. Una de ellas lo expresa así:

“La matrona es la que más lo trabaja. Tienen más tiempo porque el número de nacimientos va un poco de capa caída. Yo creo que en primaria es la matrona la figura más importante”.

Por otro lado, y dado que el acceso al Centro de Planificación de La Cagiga no requiere de cita previa, a excepción de aquellas intervenciones relacionadas con la provisión de información sobre anticoncepción, para las y los profesionales del Sistema Cántabro de Salud este centro específico funciona como puerta de entrada al circuito de atención a la anticoncepción, sobre todo en lo que a IVE se refiere.

En cuanto a las intervenciones que, de forma mayoritaria, se llevan a cabo en el primer nivel asistencial, destacan las siguientes actividades: elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos y realización de anamnesis, consejo anticonceptivo, provisión de información sobre anticoncepción, seguimiento de la anticoncepción hormonal oral y administración y seguimiento de la inyección anticonceptiva.

La atención a la anticoncepción desarrollada por los servicios de atención especializada se centra en dos ámbitos: el consejo anticonceptivo y el seguimiento de la anticoncepción de las personas usuarias que se encuentran en situaciones excepcionales o de riesgo, ya que precisan de un abordaje más específico, y la realización de otras intervenciones como la ligadura y oclusión de trompas de Falopio.

En cuanto la colocación, seguimiento y retirada de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), este tipo de intervenciones se realizan de forma preferente en el Centro de La Cagiga, en las consultas hospitalarias de ginecología y, en los casos en que hay profesionales con formación en la colocación, seguimiento y retirada de estos métodos, en atención primaria, aunque este último caso no es habitual y por tanto se tiende a derivar a las mujeres que así lo solicitan a los servicios especializados. Una de las personas informantes expresa así el problema:

“Las esperas. El circuito no va mal, pero en el tiempo que se tarda en poner un DIU pues pueden pasar muchas cosas... Pero como hay listas de espera para todo... En La Cagiga yo creo que va más rápido pero si tienen que ir a gine no sé decirte el tiempo que tiene que esperar ahora mismo. Depende

de los servicios de las áreas. Quiero decir que las derivaciones se hacen sin problema. Cuando van a primaria, se hace una interconsulta al centro o al servicio de gine por DIU o por lo que sea. Hay médicos de familia que ponen DIU y ponen implantes, pero no todos. O sea no es la mayoría ni mucho menos. Las matronas quitan los DIU, eso sí”.

En consecuencia, aunque parece que existe una buena coordinación entre los niveles asistenciales gracias sobre todo al recurso de interconsulta, el principal problema del circuito de atención a la anticoncepción en Cantabria parece estar relacionado con las largas listas de espera que tienen que soportar las mujeres para conseguir que les coloque el método anticonceptivo de larga duración de su elección.

Acceso

Accesibilidad a la información

En Cantabria el consejo anticonceptivo se realiza en todos los niveles asistenciales con el objetivo de garantizar el acceso y la calidad de la atención a la anticoncepción. No obstante, según los diferentes servicios y perfiles profesionales éste suele orientarse a una u otra población. En consecuencia, tal y como nos indica una de las personas entrevistadas, el consejo anticonceptivo a personas usuarias de bajo riesgo se suele realizar en el contexto de la consulta de la matrona o de medicina de familia de Atención Primaria. Asimismo, la matrona es la profesional responsable de realizar el consejo anticonceptivo a las mujeres tras el parto.

Por su parte, el equipo del Centro de Planificación de La Cagiga incluye en su catálogo de actividades asistenciales la consulta de planificación familiar, aunque tan solo para las personas usuarias pertenecientes al área de salud de Santander. Por otro lado, como indica una persona informante, no hay que olvidar que la interrupción voluntaria del embarazo es la actividad que mayor volumen asistencial ocupa en este servicio.

El derecho al acceso a la información sobre anticoncepción parece estar más que garantizado en el Servicio Cántabro de Salud, como lo confirma el hecho de que más del 80% de las personas encuestadas consideran que en Cantabria la información sobre anticoncepción es accesible para

las personas usuarias. Sin embargo, en la web del SCS no existe ningún espacio dedicado a la anticoncepción. De hecho, el 100% de las personas participantes en esta investigación afirman que en el momento de la elaboración de este estudio en Cantabria no existe ninguna web sobre anticoncepción gestionada por el organismo autónomo de salud.

Por último, y sobre la existencia de materiales divulgativos en materia de anticoncepción, tan solo se ha encontrado un documento divulgativo dirigido a la población general sobre la anticoncepción de urgencia, lo que confirma una de las personas informantes, que refiere que *“tenemos un folleto para la postcoital, pero que yo sepa no hay nada más”*.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Cantabria los métodos anticonceptivos de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonal y de cobre como el implante transdérmico. Esta medida ha sido fundamental para garantizar el acceso a la anticoncepción en esta comunidad autónoma y, por ello, el conocimiento de las y los profesionales al respecto es generalizada. Prueba de ello es que casi el 100% de las personas encuestadas vinculadas al Sistema Cántabro de Salud aportaron esta información al contestar a las preguntas específicas sobre esta temática.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

Tal y como se indica en el *Protocolo de dispensación de la anticoncepción de urgencia* elaborado por el Servicio Cántabro de Salud (SCS), la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en los servicios

sanitarios públicos de Cantabria. Preferentemente en los servicios de Atención Primaria, tanto en consultas como en los servicios de urgencias y en el COF “La Cagiga”. Asimismo, se indica que si la mujer acude a un servicio de urgencias hospitalarias se atenderá su demanda, pero se le indicará que ante una nueva necesidad debe dirigirse a los servicios de Atención Primaria.

En este sentido, cabe señalar que las respuestas aportadas a las preguntas del cuestionario relacionadas con esta temática dan cuenta del buen nivel de conocimientos que tienen las y los profesionales del SCS sobre esta cuestión. De hecho, casi todas ellas mencionaron todos y cada uno de los servicios donde se dispensa gratuitamente la anticoncepción de urgencia. Una entrevistada comenta lo siguiente sobre la forma en que se dispensa la anticoncepción de urgencia a las personas usuarias que así lo soliciten:

“Nosotros damos la píldora postcoital en los centros de AP y en los SUAPS. Entonces damos un kit. En una bolsita va un folleto que va sobre la postcoital que también intenta prevenir un poco. La píldora y el preservativo. Entonces cuando la mujer va al CS o a los SUAPS lo que se le entrega es un kit y un preservativo. El preservativo, el folleto y la pastilla”.

No obstante, esta misma informante también matiza que “*la postcoital ha caído un montón desde que se liberó en farmacias. Se nota porque La Cagiga antes daba... ¿3.000-4.000 al año? Igual me quedo corta. Y en los últimos años no sé si ha dado 7 u 8. La gente va y lo compra en las farmacias*”.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Sobre la formación en materia de anticoncepción, se destaca que el 80% de las personas encuestadas afirman que no existe o que desconocen si el Servicio Cántabro de Salud ha desarrollado alguna formación continuada sobre anticoncepción. Por su parte, una persona informante comenta lo siguiente:

“Yo daba un curso de anticoncepción e IVE en donde actualizábamos todos los métodos anticonceptivos, absolutamente todos... Y les

comentábamos como era el proceso de la IVE y tal, pero desde hace años no se ha vuelto hacer nada. Y yo no sé si la SEC hace algo además de los congresos que hacen. No me suena a mí que haya muchos cursos así de anticoncepción. Desde la Consejería no y desde el Servicio Cántabro de Salud no sé si hay alguna iniciativa o curso, pero no”.

En consecuencia, la investigación muestra que existe una carencia formativa que afecta a los profesionales de Atención Primaria. Por ello, nos dicen las personas informantes, sería importante dirigir las formaciones “a enfermería, a matronas, a facultativos también porque es algo que está en su cartera. Incidir en temas de prevención y en el consejo anticonceptivo previo. A lo mejor una parte muy centrada en la gente joven, vamos a distintas edades”.

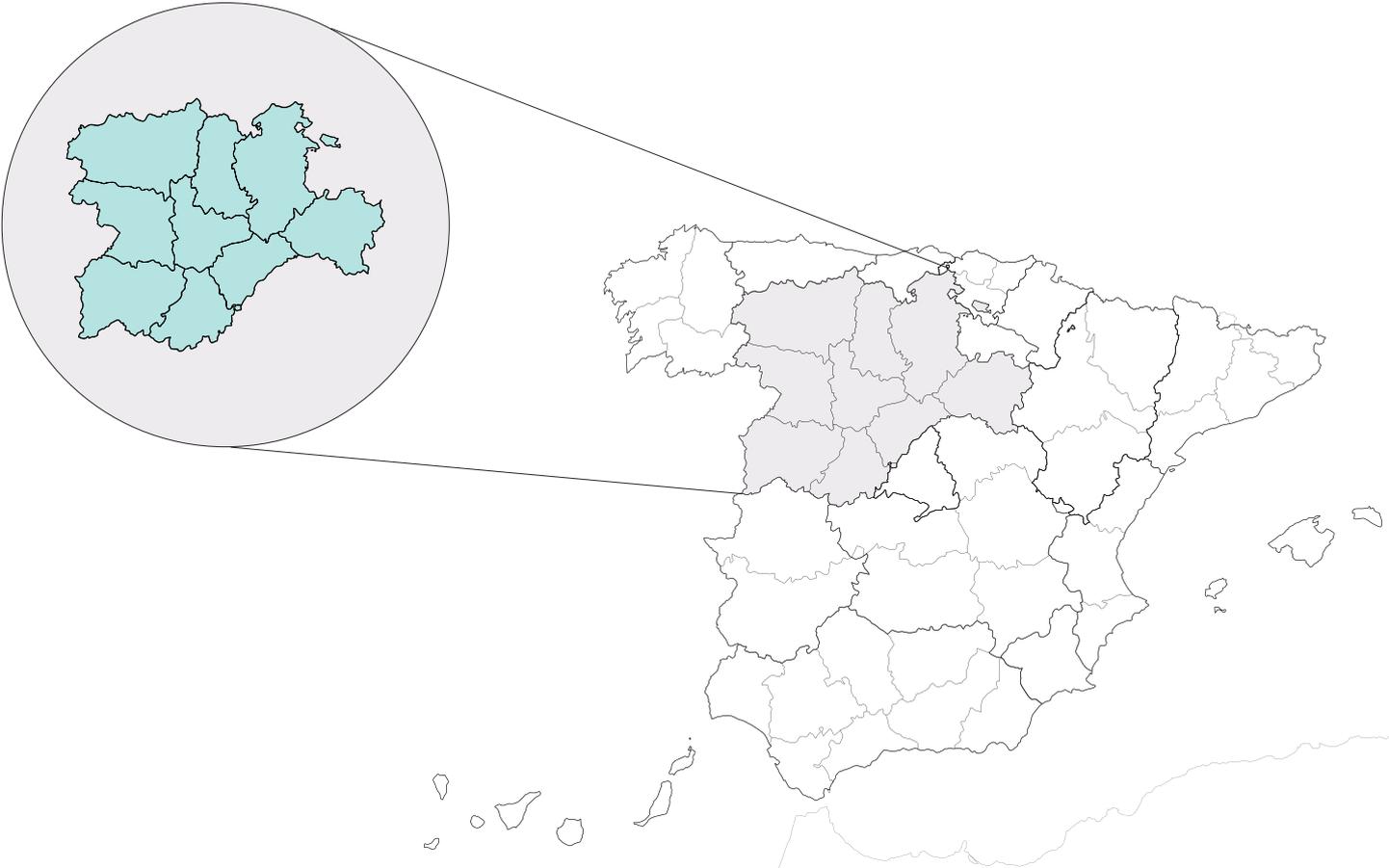
Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Según una persona informante vinculada al Servicio Cántabro de Salud (SCS), no existen instrumentos de mejora de la práctica asistencial más allá del Protocolo de dispensación de la anticoncepción de urgencia antes mencionado. Aspecto que confirman el 80% de las personas encuestadas, que dicen que el SCS no ha desarrollado ningún documento de este tipo. Al respecto, una de las personas participantes refiere lo siguiente:

“Las matronas sí que echan de menos que existan instrumentos de mejora de la práctica clínica, el resto de profesionales probablemente no. Pero las matronas sí, sí que demandarían esto [...] Yo creo que deberíamos de hacer, primero, una guía un poco actualizada con un buen consejo contraceptivo, sobre todo para profesionales de primaria [...] ¿Tendríamos que retomar eso? Sí”.

Castilla y León



Castilla y León

En Castilla y León no existe ningún programa específico de atención a la anticoncepción. Tampoco se han desarrollado programas formativos dirigidos a profesionales, ni instrumentos de mejora de la práctica asistencial en los que se aborde la cuestión de la anticoncepción de una forma integral e integrada.

En consonancia, este servicio autonómico de salud tampoco dispone de un modelo de organización de la atención a la anticoncepción que facilite a las personas usuarias acceder a este tipo de prestación cuando así lo necesitan. De hecho, gran parte de los problemas de coordinación y derivación entre los diferentes niveles asistenciales parece deberse a la falta de conocimientos de las y los profesionales sobre los servicios y el funcionamiento del circuito.

La calidad de éste puede definirse, a día de hoy, y para las personas que han participado en el estudio, como deficiente. En palabras de una de las personas que ha sido entrevistada: *“Necesitamos que se desarrolle una estrategia en salud sexual y reproductiva que fije los plazos y objetivos, planes formativos, las guías de buenas prácticas; que potencie el papel de atención primaria. Aunque como no hay voluntad política... Todavía queda mucho que hacer, porque la libre elección en anticoncepción no está siendo una realidad. Hay mujeres que, por el área donde viven o los profesionales y recursos que les atienden, no reciben la información dentro del consejo anticonceptivo sobre los métodos”*.

Políticas

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde el servicio autonómico de salud de Castilla y León (SACYL) no se ha desarrollado ningún programa de atención a la anticoncepción. Al respecto, una de las personas entrevistadas comenta que:

“Aunque Castilla y León no tiene ningún programa en anticoncepción hace 6 años se presentó una guía avalada por diferentes sociedades científicas a la Consejería de Sanidad de la comunidad porque no había ningún documento sobre la anticoncepción, y lo último era una guía de 2005 muy desactualizada”.

En este sentido, si se analiza el IV Plan de Salud de esta comunidad autónoma puede comprobarse que el término “anticoncepción” no aparece recogido. Es más, si se revisan las entradas que recogen el término “salud sexual”, se advierte que dicho plan tan solo incluye dentro de su marco de acción aquellas intervenciones en salud sexual que se encuentran dirigidas bien a la prevención y detección precoz del cáncer de cuello de útero, bien a la facilitación de estilos de vida saludables y conductas seguras en la población infantil y juvenil, a través de la promoción de la salud afectivo-sexual y la prevención de las violencias.

En consecuencia, puede afirmarse que la situación de las políticas públicas en materia de anticoncepción dentro de esta comunidad autónoma no ha cambiado prácticamente desde que la Sociedad Norte de Contracepción (SNC), la Sociedad Castellano-Leonesa Medicina de Familia y Comunitaria (SOCALEMFyC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Asociación Castellano Leonesa de Matronas (ASCALEMA) publicasen el *Informe sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva en Castilla y León* en 2017.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

Tal como recoge el Informe sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva en Castilla y León, durante los últimos años se ha producido la integración dentro de la red asistencial de atención primaria en salud de la mayoría de los antiguos Centros de Orientación Familiar (COF).

En consecuencia, actualmente se mantienen únicamente en activo tres centros específicos de atención a anticoncepción bajo el nombre de Unidades de Atención a la Mujer (UAM), los cuales se encuentran situados en las ciudades de Salamanca, Burgos y León.

En relación con los equipos que integran las Unidades de Atención a la Mujer, cabe mencionar que éstos se encuentran conformados por dos o tres ginecólogas -dependiendo de la unidad-; dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, dos administrativas y una trabajadora social. Tanto las instalaciones como el material y el personal de enfermería dependen de atención primaria, mientras que las ginecólogas dependen de los servicios de ginecología de los hospitales de referencia vinculados a dichos dispositivos.

Sobre el acceso a estos servicios, las personas usuarias pueden solicitar cita previa directamente a la unidad sin pasar por atención primaria; o, en su defecto, ser derivadas por las y los profesionales de este primer nivel asistencial cuando la demanda o situación de salud de la persona usuaria así lo requiere.

En cuanto a sus funciones, tal como explica una de las personas entrevistadas, las Unidades de Atención a la Mujer:

“Atienden todas las derivaciones de atención primaria en términos de salud sexual y reproductiva de la mujer. Además, también realizan el seguimiento de mujeres supervivientes de agresión sexual una vez éstas han sido atendidas en las urgencias de ginecología; y realizan el seguimiento ITS; el cribado de violencia de género; y la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica”.

Por su parte, casi el 100% de las personas encuestadas manifiestan conocer la existencia de estos servicios específicos, aunque en muchos casos se refieren a ellos como Centros de Orientación Familiar -la antigua nomenclatura-, y no como Unidades de Atención a la Mujer.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

En relación con el circuito de atención a la anticoncepción de Castilla y León, éste se organiza en torno al primer nivel asistencial. Desde la perspectiva de las personas encuestadas, las personas usuarias suelen utilizar -dentro de la atención primaria en salud y como puerta de entrada- dos servicios: la consulta de medicina de familia y la consulta de matrona.

Respecto a las intervenciones que, de forma más frecuente, se realizan en cada nivel asistencial:

- **Intervenciones más frecuentes en atención primaria en salud:** elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos; realización de anamnesis; consejo anticonceptivo en situaciones de bajo riesgo, por parte de la enfermera, y en situaciones de postparto, por parte de la matrona; provisión de información anticonceptiva; seguimiento de la anticoncepción hormonal oral; y administración y seguimiento de la inyección anticonceptiva.
- **Intervenciones más frecuentes en atención especializada** (consultas de ginecología y Unidades de Atención a la Mujer): consejo anticonceptivo a personas usuarias que, por su situación de salud, precisan de un abordaje más especializado; colocación y retirada de métodos anticonceptivos de larga duración; ligadura de trompas.

Sin embargo, aunque la información sobre anticoncepción y la prescripción de métodos no invasivos son dos de las intervenciones que más importancia tienen dentro de la cartera de servicios de atención primaria en salud, una de las personas entrevistadas aclara que:

“Atención primaria tiene una prestación muy básica. La matrona realiza el consejo anticonceptivo, aunque la prescripción de los métodos corre a cargo del médico de familia. Cuando la demanda se sale de esas prestaciones, todo se deriva a las consultas de ginecología de los diferentes hospitales donde se hace anticoncepción o a las UMA”.

En consecuencia, aunque desde el SACYL se ha intentado establecer el primer nivel asistencial como el pilar del circuito de atención a la anticoncepción, en la práctica este nivel tan solo funciona como la puerta

de entrada para las personas usuarias que, en gran parte de los casos, acaban siendo derivadas a los servicios específicos o a las consultas de ginecología de atención especializada. Esta realidad coincide con la información aportada por las personas encuestadas en el marco del estudio.

Por último, en relación con la coordinación de los diferentes niveles asistenciales de atención a la anticoncepción, una de las personas entrevistadas señala lo siguiente:

“La coordinación es mejorable, aun teniendo la UAM y 14 protocolos del ámbito de la salud sexual y reproductiva de la mujer en diversas áreas (patología mamaria, obstetricia, etc.). Hay muchos engranajes que engrasar. Prácticamente la única vía de comunicación entre niveles es la interconsulta, y ésta no siempre es suficiente. Por lo que no creo que exista una coordinación fluida entre niveles”.

Al respecto, el propio informe anteriormente mencionado plantea que la falta de definición dentro del modelo asistencial de la atención a la anticoncepción de Castilla y León es una de las razones por las cuales existen unos problemas de coordinación que se ven amplificadas por las largas listas de espera y demás problemas relacionados con la derivación de personas usuarias desde atención primaria a atención especializada.

En este sentido, cabría reflexionar sobre el impacto que podría tener en el funcionamiento del circuito que algunas de las intervenciones que, de forma mayoritaria se realizan en el segundo nivel asistencial (p.ej. colocación y retirada de LARC), se realizaran en los servicios de atención primaria en salud, con el objetivo de reducir el número de derivaciones y, con ellas, los tiempos de las listas de espera.

Acceso

Accesibilidad a la información

En Castilla y León el consejo anticonceptivo se realiza en todos los niveles asistenciales con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción. No obstante, según los diferentes servicios y perfiles profesionales éste suele orientarse a una u otra población.

En consecuencia, en el primer nivel asistencial son los médicos y médicas de familia, las matronas y las enfermeras los perfiles profesionales

que disponen de las competencias necesarias para realizar el consejo anticonceptivo a mujeres de bajo riesgo y a mujeres en situación de postparto. En el caso de la atención especializada, las y los especialistas en ginecología son los responsables de realizar el consejo anticonceptivo a aquellas personas usuarias que, por su situación de salud o vulnerabilidad, precisan de un abordaje más especializado.

En este sentido, destaca que casi el 100% de las personas encuestadas reconoce la totalidad de los servicios y perfiles habilitados para la realización de esta intervención en anticoncepción, a excepción de la enfermera de atención primaria en salud, la cual parece quedar, en la práctica, en un segundo plano. Asimismo, también merece la pena mencionar que, según indica una de las personas entrevistadas, *“la competencia o el perfil de referencia en consejo anticonceptivo debería ser la matrona de atención primaria, ya que éstas tienen un interés mayor sobre el tema que el resto de perfiles profesionales de atención primaria”*.

Ahora bien, aunque en la teoría la accesibilidad a la información en consulta parece garantizarse en Castilla y León, resulta fundamental tener en cuenta, como señala uno de los informantes que ha participado en el estudio:

“Hay un problema de accesibilidad en las áreas rurales que provoca una situación de inequidad en salud [...] Muchas veces las mujeres de áreas rurales no reciben un consejo anticonceptivo adecuado porque los profesionales porque, como no las pueden derivar a ningún servicio para que les pongan un LARC, pues no les explican ni ofrecen este tipo de métodos dentro del consejo”.

Esta perspectiva es compartida, así mismo, por aproximadamente la mitad de las personas encuestadas; quienes, al contestar al cuestionario, refieren que la información en anticoncepción no resulta lo suficientemente accesible para las personas usuarias del SACYL. Si bien el servicio autonómico de salud de Castilla y León dispone de un apartado sobre métodos anticonceptivos, dentro de la sección Salud Joven, ninguna de las personas que han respondido el cuestionario conoce este recurso.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

Tal como confirman las personas entrevistadas vinculadas al servicio autonómico de salud de Castilla y León, *“no hay criterios definidos para la eliminación del coste de los LARC. Depende de la voluntad de*

financiación de las gerencias de cada hospital. De hecho, hasta hace poco, había servicios de ginecología que se negaban a incluir en su cartera los implantes”.

Esta información adquiere más relevancia al analizar la aportada por las personas encuestadas, ya que más del 70% de las y los profesionales refieren que únicamente el DIU hormonal y de cobre son gratuitos; y alrededor de un 55% afirma que el implante subcutáneo también es gratuito.

En este contexto, el mencionado *Informe sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva en Castilla y León* ya ponía en evidencia la increíble variabilidad en términos de financiación y disponibilidad que existía en Castilla y León en relación a los LARC en el año 2016.

- El DIU hormonal era gratuito en once de los trece hospitales del SACYL.
- El implante subcutáneo era gratuito en diez de los trece hospitales del SACYL.
- El DIU de baja carga para 3 años era gratuito en uno de los trece hospitales de SACYL.

La situación de Castilla y León en relación con la eliminación del coste de los LARC no ha experimentado cambios desde entonces.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

Según el *Informe sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva en Castilla y León*, durante el año 2016 la anticoncepción de urgencia no se encontraba disponible en la mayoría de los centros sanitarios públicos de esta comunidad autónoma. En consecuencia, las personas que precisaban de la dispensación de este medicamento debían acudir a la farmacia y asumir el coste de la misma, siempre y cuando el personal de la misma no declarara su objeción de conciencia, algo que parece haber sido relativamente común en este territorio.

Actualmente, la situación ha cambiado y la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita -y a toda persona que lo solicite- tanto en la Unidad de Atención a la Mujer de Burgos como en las urgencias

hospitalarias. Esta información contrasta con lo expuesto por las personas encuestadas, quienes, en su mayoría, creen que la anticoncepción de urgencia no se dispensa de forma gratuita en ningún servicio del SACYL.

Según la *Guía de anticoncepción de emergencia* de 2005 elaborada por la Junta de Castilla y León, la demanda de este medicamento por parte de las personas usuarias debía realizarse de forma preferente en los centros de atención primaria, aunque también podía solicitarse en los servicios de urgencias de atención especializada. Ahora bien, la antigüedad de la guía -que constituye el último documento publicado- impide que los contenidos de la misma sean relevantes respecto a la situación de la anticoncepción de urgencia en esta comunidad autónoma en términos oficiales y en la actualidad, teniendo en cuenta que, en el año 2005, la anticoncepción de urgencia todavía precisaba de prescripción facultativa.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Respecto la formación continuada en anticoncepción, una de las personas entrevistada constata que *“no existen formaciones en anticoncepción elaboradas por el organismo autonómico de Castilla y León [...] Las formaciones a las que acceden los profesionales son por propia voluntad, y han sido realizadas por otras organizaciones de carácter externo”*. Esto lo confirman las personas encuestadas, quienes, en su mayoría, refieren la inexistencia de formaciones en anticoncepción desarrolladas por el SACYL, o el desconocimiento sobre las mismas.

Asimismo, el *Informe sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva en Castilla y León* permite comprobar que la ausencia de formaciones en esta materia lleva siendo una constante en este servicio autonómico de salud desde el año 2016, como mínimo.

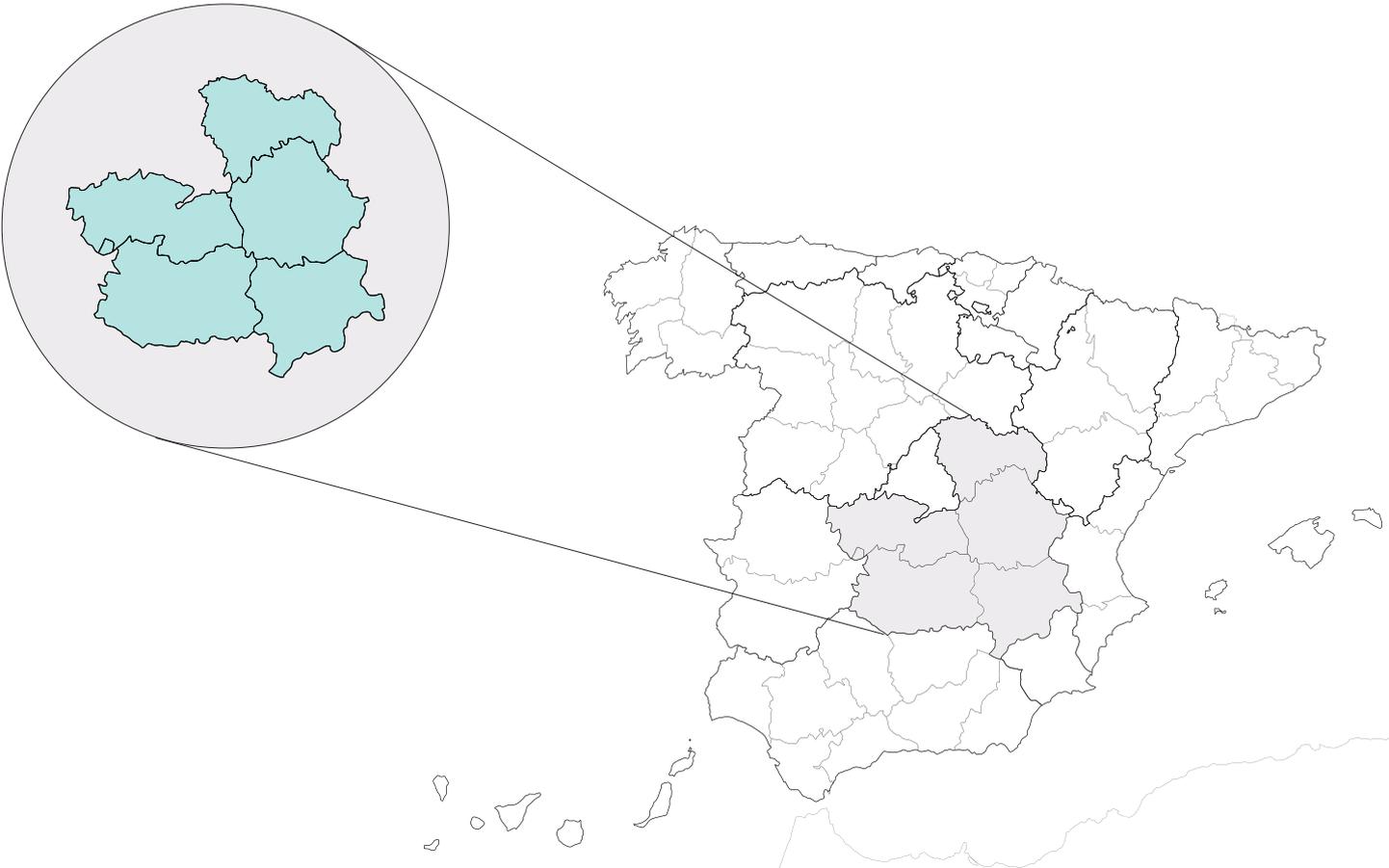
En este contexto, la persona entrevistada concluye lo siguiente:

“Si una persona no tiene una buena formación, no puede realizar un consejo anticonceptivo adaptado a las necesidades de las mujeres, basado en la evidencia científica y de calidad. Por eso es necesario que se fomenten las formaciones sobre este tema y se enseñe a los profesionales a realizar una buena anamnesis, la cual, es esencial para realizar un consejo anticonceptivo de calidad”.

En relación con los instrumentos de mejora de la práctica asistencial, desde que en 2005 la Junta de Castilla y León publicase la *Guía de anticoncepción de emergencia* no se ha vuelto a divulgar ningún documento de este tipo desde el SACYL. Así lo ratifican tanto el 100% de las personas encuestadas como las personas entrevistadas, quienes afirman que no existen instrumentos de buenas prácticas.

En este sentido, cabe señalar lo expuesto en el *Informe sobre la anticoncepción y la salud sexual y reproductiva en Castilla y León de 2017*, en el cual se concluía que no existían protocolos ni guías asistenciales en salud sexual y reproductiva que ayudasen a unificar la atención a la anticoncepción ni la atención a la salud sexual y reproductiva en el territorio de Castilla y León.

Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha

La atención de la anticoncepción en Castilla-La Mancha es muy mejorable. No sólo porque en esta comunidad autónoma no se haya desarrollado un programa específico en esta materia, sino también porque la accesibilidad de los servicios y la calidad de la atención son claramente insuficientes. El derecho a la anticoncepción no se encuentra garantizado debido a determinadas medidas que dificultan que las personas usuarias puedan tener acceso a la consulta de la matrona o la anticoncepción de urgencia; y existen desigualdades en la formación de las y los profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). Además, la forma en la que está organizado el servicio pone de manifiesto las disparidades en la atención de la anticoncepción entre las distintas provincias de la comunidad autónoma. Las personas entrevistadas lo expresan así:

“La situación en materia de anticoncepción en Castilla-La Mancha es muy, muy, mejorable. No sólo es una cuestión de formación, sino de promocionar la educación sexual y hacer accesible la atención a las personas adolescentes y jóvenes, a la par que se garantiza que aquellas personas en situación de vulnerabilidad que lo necesiten o deseen puedan acceder a la anticoncepción. Asimismo, no se puede permitir que las listas de espera tengan la demora que tienen. Habría que ver cómo reorganizar el sistema para dar una atención de calidad. También se debería educar a la población para que tenga un mayor conocimiento de los recursos y los use mejor”.

Políticas

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Aunque desde el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) no se ha desarrollado ningún programa en materia de anticoncepción, el hecho de que en el *Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025* se haga mención a lo importante que resulta “*garantizar el acceso a la anticoncepción y el derecho a decidir libremente sobre la reproducción*” parece indicar que la anticoncepción es considerada por este organismo autonómico como un área a priorizar.

Sin embargo, más del 85% de las personas vinculadas con el SESCAM y encuestadas en el marco de este estudio consideran que esto no es así, lo que pone de manifiesto el descontento de las y los profesionales, para los que sigue siendo necesario que desde la consejería se desarrolle un programa que permita responder a las necesidades y demandas que, en materia de anticoncepción, tienen las personas que viven en Castilla-La Mancha, independientemente de sus circunstancias de vida y de la provincia en la que residan. Las personas entrevistadas manifiestan, además, la importancia que debe tener la figura de la matrona como referente en materia de anticoncepción: “*Lo ideal sería que existiese un programa protocolizado del SESCAM en el que la matrona apareciese como la líder de las intervenciones en anticoncepción*”.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

En Castilla-La Mancha no existen servicios específicos en materia de anticoncepción; una realidad que es conocida por más del 80% de las personas encuestadas. Una de las personas entrevistadas afirma lo siguiente:

“Aquí todo depende un poco de si tienes o no matrona en tu centro de salud, del nivel de accesibilidad de las consultas y, evidentemente, de las

características y la motivación que demuestren los profesionales que te atienden. Si hubiera un centro de orientación familiar que estuviera sólo en las ciudades, eso implicaría desigualdad, porque sólo estarían disponibles para unas pocas. Pero como este tipo de servicios no existen en Castilla-La Mancha, mejor en las ciudades que en ningún lugar”.

Por otro lado, y aunque no se consideran servicios específicos, hay que tener en cuenta que en algunas provincias de la comunidad autónoma existen, tal y como indican las personas entrevistadas, *“algunas consultas de planificación familiar llevadas por ginecología en los hospitales. Las matronas y las enfermeras no están dentro de estas consultas [...] ya que en ellas se realiza la colocación y extracción de los métodos reversibles de larga duración y, aunque esto está dentro de nuestras competencias, desde el SESCAM se ha decidido que lo haga solo ginecología”.*

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

El circuito de atención a la anticoncepción de Castilla-La Mancha se articula en torno al primer nivel asistencial, que es la puerta de entrada principal a dicho circuito. Esta información es corroborada por las personas entrevistadas y por más del 90% de las personas encuestadas, que consideran que los servicios que con más frecuencia utilizan las personas usuarias como puerta de entrada al circuito de atención son estos dos espacios de la atención primaria: la consulta de medicina de familia y la consulta de la matrona.

“Las mujeres suelen usar como vía de entrada la atención primaria, y, en concreto, la consulta del médico de familia; o, si están en el puerperio, la consulta con la matrona. Por otro lado, de manera oportunista y en otras situaciones concretas de seguimiento, también pueden ser las matronas quienes funcionen como puerta de entrada, ya que las mujeres pueden acudir por otra demanda y preguntar sobre anticoncepción”.

Sin embargo, una de las personas entrevistadas afirma que aunque *“las matronas juegan un papel fundamental como puerta de entrada a este campo de la salud sexual”*, las personas usuarias no siempre tienen fácil el acceso a este servicio, sobre todo si, debido a la dispersión geográfica su centro de salud de referencia, no cuenta con este perfil profesional dentro

de su equipo de atención primaria en salud.

“Cuando las personas usuarias no pueden acceder a la consulta de la matrona porque viven en zonas rurales alejadas de sus centros de referencia (si es que los tienen), solo tienen como vía de acceso al médico y la enfermera de atención primaria y, por tanto, viven una situación de desigualdad mayor”.

Las intervenciones que, de acuerdo con las personas informantes, se llevan a cabo con más frecuencia en el primer nivel asistencial son las siguientes: elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos y realización de anamnesis; consejo anticonceptivo; provisión de información anticonceptiva; seguimiento de la anticoncepción hormonal oral; y administración y seguimiento de la inyección anticonceptiva.

Por su parte, la atención a la anticoncepción desarrollada por los servicios de atención especializada se centra en el consejo anticonceptivo y seguimiento de la anticoncepción a las personas usuarias que necesitan un abordaje más específico por encontrarse en situaciones excepcionales o de riesgo; y en otras intervenciones tales como la colocación, seguimiento y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración, o la ligadura y oclusión de trompas de Falopio.

En cuanto a la coordinación entre servicios, las personas entrevistadas apuntan que *“la herramienta de derivación es la interconsulta. No obstante, dado que las matronas han de derivar a las usuarias tanto a medicina de familia como a ginecología, para la prescripción de anticonceptivos hormonales orales y para la colocación, seguimiento y retirada de los métodos reversibles de larga duración, las listas de espera son muy largas, de más de 10 meses”*. Esto pone en evidencia los problemas de accesibilidad y calidad de la atención que tienen lugar en el territorio manchego.

Acceso

Accesibilidad a la información

En Castilla La-Mancha el consejo anticonceptivo se realiza en todos los niveles asistenciales, con el objetivo de contribuir a la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción. Sin embargo, suele dirigirse

a distintos grupos de población de acuerdo con los diferentes servicios y perfiles profesionales que estén a cargo de su desarrollo.

Mientras que en el primer nivel asistencial son medicina de familia, matrona y enfermería los perfiles profesionales que disponen de las competencias necesarias para realizar el consejo anticonceptivo a mujeres de bajo riesgo, en atención especializada son las y los especialistas en ginecología quienes se encargan del consejo anticonceptivo para aquellas personas usuarias que, por su situación de salud o vulnerabilidad, precisan de un abordaje más especializado.

En este sentido, cabe destacar que alrededor del 80% de las personas encuestadas dicen conocer la totalidad de los servicios y perfiles habilitados para la realización de esta intervención en materia de anticoncepción, lo que indica que existe un buen nivel de conocimiento por parte de las y los profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre el funcionamiento y los servicios del circuito de atención a la anticoncepción. Sin embargo, esto se contradice con otra de las respuestas de las y los profesionales encuestados, para la que un 85% perciben como muy escaso, escaso o regular su nivel de conocimientos acerca de este tema.

Por otro lado, y aunque en la web de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha se encuentra publicada una guía informativa sobre anticonceptivos, la totalidad de las personas encuestadas desconocen la existencia de este espacio gestionado por el SESCAM, dentro del cual se han publicado documentos sobre anticoncepción que están dirigidos a la población general.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

De los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), en Castilla La-Mancha sólo son gratuitos para todas las personas usuarias los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre. Esta información es señalada por las personas entrevistadas, y conocida por más del 50% de las personas encuestadas vinculadas con el SESCAM.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

Como indican las personas entrevistadas y conoce el 95% de las personas encuestadas, la anticoncepción de urgencia tan sólo se dispensa de forma gratuita en los servicios de urgencias hospitalarias del SESCAM cuando la persona usuaria que solicita la dispensación ha sufrido una agresión sexual.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Tal como informan las personas entrevistadas, el SESCAM dispone de *“una plataforma de formación continuada con cursos, a los cuales sólo pueden acceder las y los profesionales que pertenecen al centro que lo organiza”*.

En concreto, se encuentran publicadas dos formaciones de este tipo:

- Curso online de 18 horas sobre manejo básico de la anticoncepción y orientado a cualquier perfil profesional del área de Albacete.
- Sesión clínica presencial titulada La anticoncepción y la sexualidad en el siglo XXI ofertada por el Hospital Santa Bárbara, que pertenece al área de salud de Puertollano en Ciudad Real.

Cabe señalar que los datos proporcionados por estas personas entrevistadas permiten explicar por qué mientras que un 50% de las personas encuestadas vinculadas al SESCAM afirman conocer, e incluso haber cursado, alguna de las formaciones sobre anticoncepción desarrolladas por el SESCAM, el otro 50% afirma desconocer la existencia de formaciones en materia de anticoncepción vinculadas con el servicio de salud de Castilla-La Mancha.

De cualquier modo, y tal y como sostienen las personas entrevistadas, *“estos cursos no son suficientes, son muy básicos y escasos. Por eso*

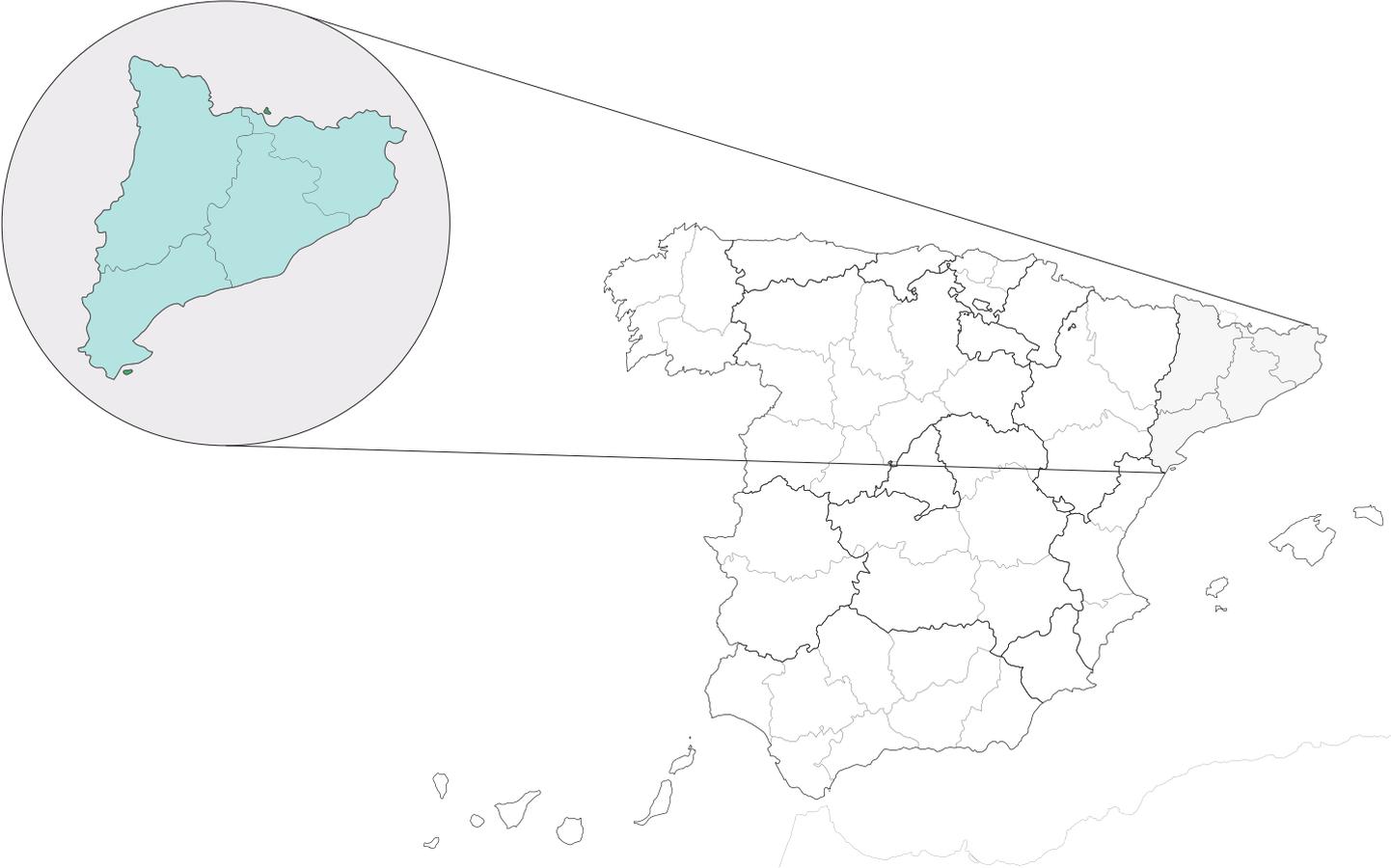
las y los profesionales se salen de la plataforma del SESCAM y recurren a formaciones de otros organismos como la Sociedad Española de Contracepción". En su opinión, la formación del SESCAM debería aunar la parte teórica con la práctica y promocionar la formación de las y los profesionales de atención primaria en salud, con especial atención a la formación de las matronas en materia de colocación y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

El SESCAM solo ha producido un instrumento de mejora de la práctica asistencial: la guía de métodos anticonceptivos. Pero dado que esta guía parece tener un objetivo más divulgativo que formativo, no puede considerarse un instrumento de mejora de la práctica asistencial en sí mismo. De hecho, las personas entrevistadas afirman que *"el SESCAM no ha elaborado ninguna guía ni protocolo. Por eso los profesionales suelen recurrir a las guías elaboradas por otros organismos, como la SEGO o la SEC"*.

Cataluña



Tras el diseño de su en 2023 *Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada* esta comunidad autónoma ha implementado diversos cambios con el objetivo de mejorar la accesibilidad de las personas usuarias a los métodos LARC y a la información sobre anticoncepción. Entre ellos, eliminar el coste de los LARC a las personas con capacidad reproductiva menores de 29 años y a las personas con capacidad reproductiva mayores de 29 años que se encuentren en situación de vulnerabilidad y/o hayan tenido una IVE.

Con todo, aunque la implementación del plan ha sido exitosa, la eliminación del coste universal de los LARC parece ser todavía una tarea pendiente en esta comunidad.

No obstante, del funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción en Cataluña destaca el papel central que se le ha otorgado a la figura de la matrona que desarrolla su labor profesional en las unidades de atención a la salud sexual (ASSIR), las cuales, como su propio nombre indica, son unos servicios específicos de atención a la anticoncepción que, gracias a su accesibilidad y la formación especializada de las y los profesionales que conforman sus equipos de trabajo, se han erigido como la puerta de entrada al circuito de anticoncepción preferido por las usuarias del SISCAT.

De igual forma, al alto nivel de accesibilidad que caracteriza al circuito de atención a la anticoncepción catalán, habría que sumarle el buen nivel de accesibilidad a la información de que dispone este territorio. Puesto que, además de fomentar a la matrona como figura referente en el consejo anticonceptivo, el SISCAT ha invertido tiempo, recursos y esfuerzo en poner en marcha dentro de su plataforma virtual Canal Salut una herramienta dirigida a promover la toma de decisiones autónomas y empoderada de las personas que quieren comenzar a utilizar un método anticonceptivo.

Por último, tan solo queda mencionar que la decisión del SISCAT de apostar por elaborar instrumentos de mejora de la práctica asistencial actualizados e implementar una formación acreditada para la colocación y retirada del implante transdérmico ha sido clave de cara a la mejora de la calidad asistencial en anticoncepción en el territorio catalán.

En conclusión, la situación de la atención a la anticoncepción en Cataluña podría definirse, tal y como hace la persona entrevistada, de la siguiente forma: *"En los últimos años se ha hecho un trabajo muy importante en este campo. Pienso que es un punto de partida en cuanto a quitar barreras de acceso y facilitar el método. Llevamos poco tiempo pero creo que podemos llegar al acceso universal a los métodos"*.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde 2023, Cataluña dispone de un programa específico de atención a la anticoncepción bajo el nombre de *Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada*.

Este programa nace en el marco de la *Ley 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* y el Pla de salut 2021-2025 con el objetivo de reducir los embarazos no planificados y mejorar el acceso de las personas a la información sobre anticoncepción.

En este sentido, destaca que el plan elaborado por el Departament de Salut catalán prioriza dentro de su marco de acción a las personas que cumplen con uno o más de los siguientes criterios:

- Ser una mujer, hombres trans o personas no binaria menor de 29 años que conserva su capacidad reproductiva.
- Ser una persona que haya realizado una interrupción voluntaria del embarazo.
- Ser una persona que se encuentra en situación de vulnerabilidad según el criterio del profesional responsable. Lo que incluye los siguientes escenarios:
 1. La persona tiene una situación económica desfavorable.
 2. La persona se encuentra en situación de dependencia económica, o sus recursos están siendo controlados por otras personas.
 3. La persona vive una situación de violencia machista.
 4. La persona se enfrenta a otras barreras que le impiden acceder al método.

Desde la perspectiva de la persona entrevistada *“todavía hace falta medir los indicadores, pero el hecho de poder ofrecer y administrar el método a la mujer que lo desea en el momento creo va a tener un impacto muy positivo”*.

Por otro lado, en relación a la potencial situación de inequidad en salud que podría derivarse de la aplicación de este plan, el cual tan solo incluye como población diana a las personas con capacidad reproductiva mayores de 29 años que han tenido un IVE o se encuentran en situación de vulnerabilidad, la persona entrevistada aclara que:

“Verdaderamente todas las personas podrían beneficiarse de la gratuidad de los métodos, porque uno de los criterios es uso inconsistente del método anticonceptivo, entonces aquí podrían entrar muchas personas [...] creo que el acceso está prácticamente garantizado a todo el mundo [...] Aunque lo ideal sería que hubiera acceso universal”.

Por último, mencionar que otro de los documentos estratégicos más potentes en términos de salud sexual y reproductiva y, por tanto, de anticoncepción, dentro del contexto de la ciudad de Barcelona, es la Estrategia Compartida en Salud Sexual y Reproductiva, la cual, consiste en un marco de actuación que, al igual que el plan catalán, tiene entre sus objetivos la prevención del embarazo no planificado a través de la anticoncepción.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

De acuerdo a lo expuesto en el Portal de Salud de la ciudad de Barcelona, las Unidades de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) son unos servicios específicos de atención primaria y especializada cuyos equipos se encuentran conformados por: matronas, médicos especialistas en ginecología, enfermeras, psicólogas y administrativas.

Asimismo, de entre la oferta de servicios que se incluyen en estos dispositivos de atención, destacan: la atención a la salud sexual y reproductiva de personas jóvenes, el consejo anticonceptivo, el control del embarazo, el diagnóstico prenatal, la interrupción voluntaria del embarazo, la educación maternal, la atención al puerperio, la prevención de cáncer de cuello de útero y cáncer de mama, la atención a las infecciones de transmisión sexual, la atención a la patología ginecológica. Además de todas aquellas actividades con enfoque en salud comunitaria e intervenciones grupales en educación sexual dirigidas a promover la salud sexual y la prevención de las violencias.

En cuanto la colocación y retirada de métodos LARC, la persona

entrevistada refiere que *“depende de cada ASSIR. En mi centro la comadrona coloca implante, aunque ahora están aprendiendo a colocar, y los ginecólogos ponemos y quitamos implantes y DIUs”*.

Respecto las vías de entrada de que disponen las personas usuarias para entrar al circuito de anticoncepción a través de estos servicios, cabe mencionar que las personas usuarias pueden tanto solicitar directamente cita a la unidad como ser derivadas por la o el profesional de su centro de referencia de AP. En el caso de adolescentes y jóvenes, éstos pueden acudir a la unidad sin necesidad de cita previa dentro de los periodos de atención establecidos por el programa *Tardes Jove*, un servicio de orientación y asesoramiento en salud sexual y reproductiva dirigido a jóvenes menores de 24 años que, según la persona entrevistada, *“busca accesibilizar la atención en anticoncepción de las personas jóvenes, además de motivarles para que vayan y conozcan estos servicios”*.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tal y como aparece reflejado en el *Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada*, en la comunidad autónoma de Cataluña la asistencia en anticoncepción se organiza en torno el primer nivel asistencial, en concreto, en los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR). Al respecto, la persona entrevistada añade que *“los ASSIR asumen la mayor parte de la carga asistencial en anticoncepción. En Cataluña la AP tiene un papel en el circuito de atención a la anticoncepción muy remanente porque está la figura del los ASSIR”*.

Según las personas encuestadas vinculadas al SISCAT, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en el primer nivel asistencial, sobre todo en la consulta de la matrona del ASSIR, son: el consejo anticonceptivo, la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, la provisión de información anticonceptiva, la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal oral, la administración de la inyección intramuscular de progestágeno y la colocación, seguimiento y retirada de los LARC; siendo la ginecóloga del ASSIR la única profesional con competencias para realizar la colocación y retirada del DIU y la retirada del implante.

En cuanto las características de la actividad asistencial dentro del segundo nivel asistencial, cabe señalar que, según la mayoría de personas

encuestadas, las intervenciones que se realizan de forma preferente son las siguientes: consejo anticonceptivo y seguimiento de la anticoncepción en personas usuarias derivadas por APS o que se encuentran en una situación de riesgo o vulnerabilidad que precise de un abordaje más especializado; la colocación, seguimiento y retirada de los LARC y la realización de las intervenciones de ligadura de trompas y de oclusión tubárica.

En relación a la derivación y la coordinación entre niveles asistenciales, el plan establece que todos los centros sanitarios y los profesionales han de utilizar los mecanismos de coordinación protocolizados de cara a la garantía de una atención en anticoncepción efectiva a las personas usuarias, en especial a adolescentes, jóvenes y colectivos vulnerables.

Acceso

Accesibilidad a la información

Aunque en Cataluña el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales a fin de garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción.

No obstante, según la persona entrevistada, la matrona de las unidades de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) es el perfil profesional referente en esta cuestión, a excepción de que la persona usuaria tenga una situación de riesgo o patología que precise de un abordaje especializado por parte de los profesionales de ginecología del propio ASSIR o, si fuera necesario, de las consultas hospitalarias de ginecología.

En relación a la provisión de consejo anticonceptivo en el ASSIR, la persona entrevistada destaca la accesibilidad que este servicio ofrece a las personas usuarias que demandan este tipo de atención, ya que, como refiere *“la cita se puede solicitar directamente y si eres joven puedes ir sin cita previa”*.

Por otro lado, cabe señalar que, además de la accesibilidad de la información a través de la posibilidad de solicitar cita directa con la matrona de los ASSIR, las personas usuarias del SISCAT disponen de una plataforma digital llamada Canal Salud donde se encuentra disponible una herramienta llamada *Decisiones compartidas*, la cual ofrece a la usuaria de una forma dinámica y sencilla un primer consejo anticonceptivo virtual que puede servir de punto de partida para el posterior consejo anticonceptivo

realizado por el profesional responsable en consulta. Asimismo, dentro de Canal Salud, se encuentran publicados diferentes contenidos sobre: métodos anticonceptivos, consejos y recomendaciones, enlaces de interés e información relacionada. En opinión de la persona entrevistada “*esta herramienta se está revisando con la sociedad de contracepción catalana para asegurar la calidad de la información que contiene*”.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Cataluña los métodos anticonceptivos de larga duración son gratuitos para aquellas personas que cumplen con los criterios establecidos en el *Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada*. De manera que tanto el DIU como el implante son gratuitos para: las mujeres, hombres trans o personas no binaria menor de 29 años que conserva su capacidad reproductiva, las personas que hayan realizado una interrupción voluntaria del embarazo; y las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad según el criterio del profesional responsable.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

Como se indica en el Protocol de Anticoncepció d'urgència del Servicio de Salud Catalán (CatSalut), la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en los siguientes centros del sistema sanitario público de Cataluña: equipo de atención primaria (EAP), centros de urgencias de atención primaria (CUAP), unidades de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR) y urgencias hospitalarias. No obstante, el mismo documento determina que, preferentemente, los servicios vinculados al primer nivel asistencial deberían ser la puerta de entrada de elección para la atención de esta demanda.

Esta información es conocida por el 100% de las personas participantes, lo que da buena cuenta de la óptima difusión que ha tenido este protocolo dentro del SISCAT.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Dentro del *Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada* aparece un apartado dedicado a la cuestión de la formación en el que se declara que, para conseguir la consecución de los objetivos estratégicos planteados, es necesario que se desarrollen formaciones protocolizadas y acreditadas dirigidas, entre otras cosas, a capacitar a las y los profesionales del SISCAT en la inserción y colocación de los LARC, así como en la provisión de un consejo anticonceptivo de calidad.

Al respecto, la persona entrevistada comenta que *"se ha hecho un curso de formación de colocación de implantes con una parte teórica y otra práctica y, probablemente, en el futuro se haga formación para el DIU"*.

En cuanto la existencia de cursos básicos en anticoncepción o formaciones en consejo anticonceptivo, parece ser que el SISCAT no ha diseñado ni llevado a cabo ninguno. Por tanto, de momento, los únicos cursos de este tipo a los que tienen acceso las y los profesionales catalanes son los elaborados por la Sociedad Catalana de Contracepción. De ahí que la persona entrevistada incida en la necesidad de que el Departament de Salut de Catalunya *"diseñe formaciones actualizadas que permitan a los profesionales romper unos mitos que limitan el acceso de las personas a la anticoncepción. Por ejemplo que no se pueden poner DIU si la mujer no está con la menstruación o que no se pueden insertar DIU a adolescentes"*.

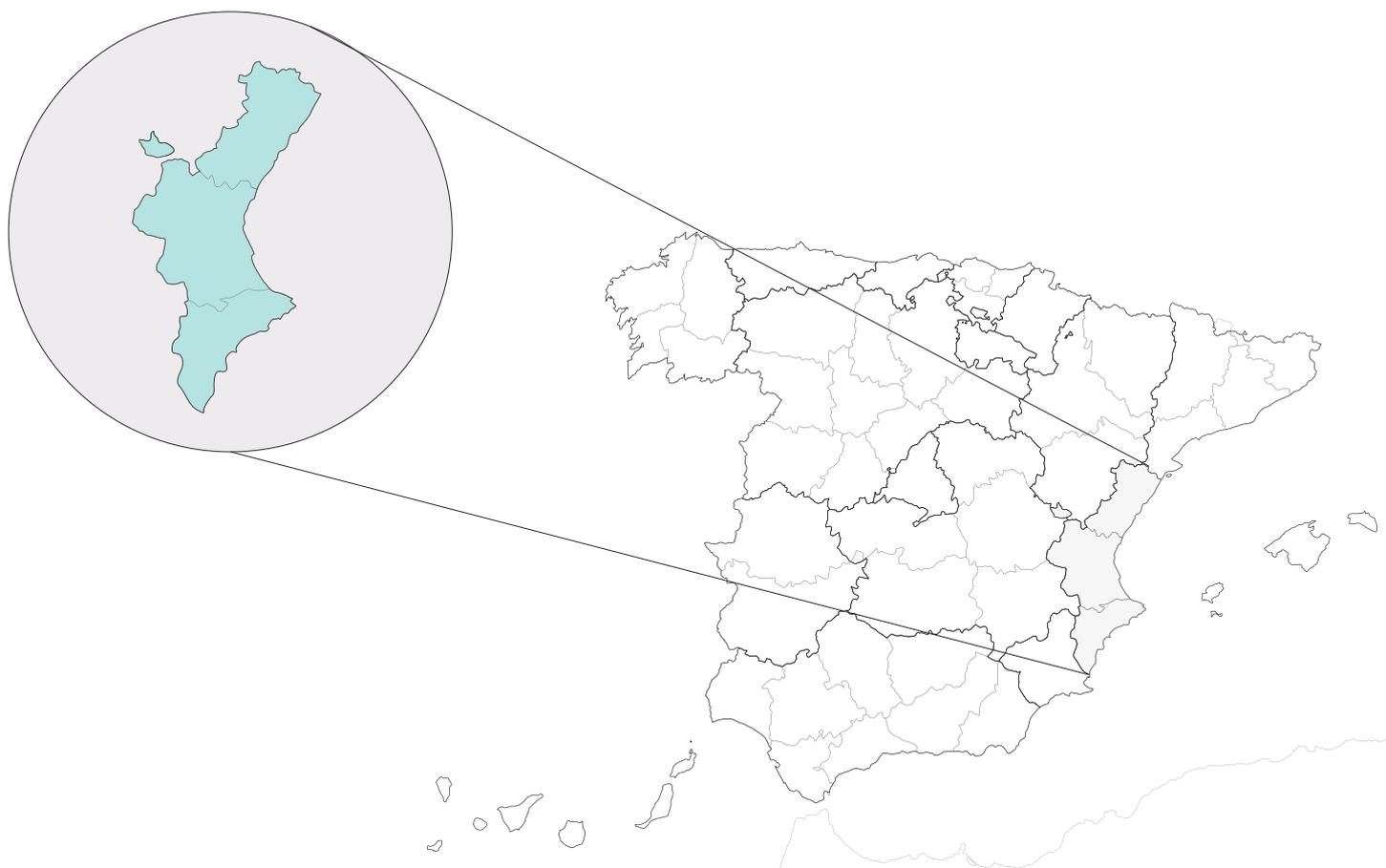
Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Atendiendo a lo expuesto por las personas participantes en esta investigación que se encuentran vinculadas al SISCAT, parece ser que, desde este organismo, sí que se han desarrollado instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción. Por ejemplo,

el protocolo de *Anticoncepció d'urgència* (2022). No obstante, la persona entrevistada reitera la necesidad de que *“existan más publicaciones que permitan a los profesionales romper esos mitos que están muy arraigados y afectan a la atención. Probablemente si la información estuviese por escrito en un documento del Departament que sea fácil de leer...Pues podría ayudar un poquito a esto”*.

Comunidad Valenciana



Comunidad Valenciana

Tras el diseño e implantación de su *Estrategia en Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021*, la Comunidad Valenciana ha centralizado la atención a la anticoncepción en el primer nivel asistencial, siendo los Centros de Salud Sexual y Reproductiva los servicios referentes en esta materia.

Por otro lado, cabe destacar el nivel de accesibilidad a la información en términos de consejo anticonceptivo de que dispone esta comunidad, dentro de la cual, la figura del médico de familia se erige como el profesional de elección para las personas usuarias de cara a la atención en anticoncepción. En consonancia, otras de las medidas de mejora derivadas de la implementación de la estrategia se encuentra relacionada con la relativamente reciente aprobación de la gratuidad del implante transdérmico y el fomento de la formación de las y los profesionales de todos los niveles asistenciales y disciplinas.

Por todo esto, la persona entrevistada describe la situación de la atención a la anticoncepción en la Comunidad Valencia como:

“Óptima. Yo creo que el acceso a la anticoncepción es óptimo, multiprofesional y multicéntrico [...] La mayor innovación en anticoncepción ha sido la financiación de los implantes, que al principio no estaban financiados. Y bueno esto no es sobre anticoncepción pero el cambio de la vacuna de VPH también ha supuesto un cambio importante junto con el cribado poblacional de cáncer de cérvix y el circuito de la IVE”.

Políticas

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde 2017, la Comunidad Valenciana dispone de una estrategia de salud sexual y reproductiva en el marco de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo* bajo el nombre de *Estrategia en salud sexual y reproductiva de la Comunitat Valenciana 2017-2021*.

Sobre la atención a la anticoncepción, dentro de las diferentes líneas estratégicas que integran este plan estratégico, se menciona la anticoncepción en los siguientes objetivos.

- **Línea estratégica 1:** *Promoción de la salud sexual y el bienestar de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, garantizando sus derechos sexuales.*

Promoción del conocimiento basado en la evidencia científica, exento de errores y mitos, de todos los métodos anticonceptivos regulares y de urgencia.
- **Línea 3:** *Equidad en el acceso y calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando los derechos sexuales y reproductivos.*

Atención a la anticoncepción de primer nivel desde los Centros de Salud de Atención Primaria, en coordinación con los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

Mejora del acceso a la anticoncepción de urgencia (PDD) en la red sanitaria pública, acompañada de consejo asociado a la dispensación

Actuación coordinada entre matronas y personal facultativo de Atención Primaria junto con los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, para la orientación en la anticoncepción durante el puerperio, mediante el desarrollo e implementación de un protocolo de actuación conjunta.
- **Línea 4:** *Generación de conocimiento, investigación, innovación y comunicación en salud sexual y reproductiva.*

Revisión y actualización ágil de las historias de salud sexual,

ginecológica, obstétrica y anticonceptiva disponibles en el Sistema de Información Ambulatorio (SIA), incorporando las propuestas de los distintos perfiles de usuarios.

En este sentido, cabe mencionar que más del 60% de las y los profesionales encuestados vinculados a la Consellería de Sanitat refirieron conocer esta estrategia, la cual, según la persona entrevistada “ha permitido dar respuesta a las necesidades de la población y ha despertado reflexiones en los equipos profesionales de la Consellería”.

Asimismo, otra de las fortalezas que posee la Estrategia en Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) es el modelo sistémico de evaluación para el análisis integral de los distintos aspectos que conforman la ESSR. Sin embargo, como refiere la persona entrevistada “la evaluación pilló con el COVID entonces los resultados o se han retrasado o no se ha difundido...Pero creo que no llegaremos a los objetivos que nos habíamos marcado”.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

De acuerdo a lo expuesto en la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, actualmente en la Comunidad Valenciana existen 81 servicios específicos de atención a la anticoncepción bajo el nombre de Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR), los cuales, destacan por su accesibilidad, ya que:

“Las mujeres pueden solicitar su cita directamente, también pueden captar los centros de salud, los médicos de familia, las matronas o la trabajadora social... Vamos, cualquier profesional que pueda detectar una necesidad puede derivar al servicio. Y luego también desde los hospitales...Los centros de emergencias ginecológicas y obstétricas cuando hay algún fallo de método directamente las remiten a estos centros para que les asesoren y para que conozcan otras alternativas. Y bueno, además, actualmente son la referencia que hay porque atienden concretamente esa atención a la anticoncepción”.

Por su parte, el Protocolo de Actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) establece la prescripción anticonceptiva y el consejo preconcepcivo como las intervenciones en anticoncepción a desarrollar por este tipo de centros, los cuales, poseen unos formados equipos

multidisciplinares que, en la mayoría de casos, se encuentran integrados por un o una profesional de: medicina, sexología, enfermería y por personal administrativo.

No obstante, como comenta la persona entrevistada, *“desde la Asociación de Matronas de la Comunidad Valenciana llevamos años reclamando que esos puestos estén integrados en la bolsa de matronas, para que los ocupen matronas y no enfermeras... Aunque no ha habido éxito”*.

En relación al nivel de conocimientos acerca de los CSSR de las personas participantes, cabe señalar que el 100% de las personas encuestadas citaron el nombre de estas unidades cuando se les indicó que escribieran el nombre de los servicios específicos en anticoncepción que conocían.

En la misma línea, un alto porcentaje de las personas participantes indicaron en el cuestionario que la actividad asistencial de estos servicios solía enmarcarse principalmente en dos intervenciones: el consejo anticonceptivo y la colocación y retirada de LARC. Al respecto, la persona entrevistada también incluye dentro de estas actividades la valoración inicial, el asesoramiento/acompañamiento y la derivación a atención hospitalaria de las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo.

Con lo cual, los datos obtenidos podrían indicar que las y los profesionales de la Conselleria de Salut tienen un buen nivel de conocimientos en relación a las características y funcionamiento de estos servicios específicos.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tal y como señala la persona entrevistada, en la Comunidad Valenciana la asistencia en anticoncepción se organiza en torno los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR), los cuales, tienen un alto nivel de accesibilidad.

No obstante, los servicios de Atención Primaria en Salud también poseen un importante papel dentro del circuito en anticoncepción valenciano ya que, tal y como señalan la mayoría de las personas encuestadas, después de los CSSR, el servicio que más utilizarían como puerta de entrada las personas usuarias sería el de la consulta del médico de familia de

APS, seguido del servicio de consulta de la matrona de este primer nivel asistencial.

Acerca de la diversidad de servicios de primer nivel que prestan una atención en anticoncepción de calidad, la persona entrevistada refiere que *“es lo que permite reducir las inequidades en salud en términos de anticoncepción en las diferentes provincias de la comunidad, las reducidas listas de espera lo confirman; y además permite redistribuir las cargas de trabajo”*.

Sobre las intervenciones realizadas en Atención Primaria en Salud, generalmente suelen ir dirigidas a personas usuarias que no tienen problemas de salud o que no se encuentran en situaciones de riesgo que requieran de una atención especializada.

Según las personas encuestadas vinculadas al , las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en el primer nivel asistencial, el cual incluiría a los CSSR en tanto Unidades de Apoyo a la Atención Primaria: el consejo anticonceptivo, la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, la provisión de información anticonceptiva, la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal oral, la administración de la inyección intramuscular de progestágeno y la colocación, seguimiento y retirada del implante transdérmico, siempre y cuando no existan complicaciones asociadas que precisen de una asistencia especializada.

En cuanto las características de la actividad asistencial dentro del segundo nivel asistencial, cabe señalar que las intervenciones que se realizan de forma preferente según la mayoría de personas encuestadas son las siguientes: consejo anticonceptivo y seguimiento de la anticoncepción en personas usuarias derivadas por APS o que se encuentran en una situación de riesgo o vulnerabilidad que precise de un abordaje más especializado; la colocación, seguimiento y retirada del DIU y la realización de las intervenciones de ligadura de trompas y de oclusión tubárica.

Acceso

Accesibilidad a la información

Aunque en la Comunidad Valenciana el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales a fin de garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción. Desde la experiencia de la persona entrevistada, cuando las personas usuarias

deciden solicitar cita para recibir consejo anticonceptivo, suelen recurrir al médico de familia o, en defecto, a la enfermera. Esta percepción también es compartida por el 83% de las y los profesionales encuestados vinculados a la Consellería, quienes, también señalaron al médico de atención primaria como el perfil profesional de elección para las personas usuarias en materia de consejo anticonceptivo.

En relación a la matrona de atención primaria en salud, la persona entrevistada comenta que, aunque no tienen tantas citas a demanda para consejo anticonceptivo como los médicos de su mismo nivel asistencial, *“es una figura con gran potencial porque establece una relación de confianza con las mujeres pero como habitualmente atiende a la mujer embarazada y puérpera pues se convierte en una profesional con un gran nivel de conocimientos pero que, por ejemplo, no llega a la población joven y adolescente”*.

Con todo, la persona entrevistada considera que tener las competencias en materia de consejo anticonceptivo no conlleva la realizar esta intervención adecuadamente. En sus propias palabras *“importa el conocimiento y el discurso pero también las habilidades pedagógicas. Llegar a la población es difícil. No aburrir y que se vayan habiendo tomado una decisión con la que están satisfechos debería ser el estándar”*.

Dicho de otro modo, la accesibilidad a la información no solo dependería de la facilidad de acceso en términos espaciotemporales, sino también de las habilidades de que dispone la o el profesional para conseguir que la persona usuaria se erija como la protagonista del proceso de aprendizaje significativo y sea capaz de tomar por sí misma la decisión que considere en términos de anticoncepción atendiendo a sus características personales y sus necesidades.

Por otro lado, en relación a la existencia de páginas webs gestionadas por el Portal de la Conselleria de Sanidad, ninguna de las personas encuestadas afirmó conocer la existencia de una plataforma digital de este tipo. De la misma forma, acerca de los materiales divulgativos, la persona entrevistada declara que *“los hay pero son difíciles de encontrar y están muy mal difundidos. Tampoco hay campañas: la del VIH, que es un día repartiendo condones y ya está”*.

En resumen, aunque el derecho a la accesibilidad de la información anticonceptiva queda garantizado en la Comunidad Valenciana gracias a la forma en cómo está estructurada la intervención del consejo anticonceptivo; la falta de desarrollo de otros recursos informativos como las plataformas online o los materiales resulta un hándicap al que esta autonomía habría de prestar atención.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En la Comunidad Valenciana los métodos anticonceptivos de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonal y de cobre como el implante transdérmico. Algo que tienen claro el 100% de las personas vinculadas a la Conselleria que decidieron participar en esta investigación.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) y, en casos de agresión sexual, en las urgencias hospitalarias. Información que parecen manejar más del 85% de las personas vinculadas a la Conselleria que decidieron participar en esta investigación.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Tal y como refiere la persona entrevistada, el Instituto Valenciano de Estudios Sanitarios (IVEST) que dentro de sus programas formativos ofrece formaciones multidisciplinares en anticoncepción y sexualidad, los cuales, *“son muy básicas y teóricas. Van a lo urgente, a formar a mucha gente en lo básico. Cuando deberían incluir todas las etapas de la vida con perspectiva educativa y en salud pública”*.

Sin embargo, parece que desde la Conselleria no se han diseñado ni puesto en marcha cursos prácticos que, por ejemplo, vayan dirigidos a capacitar a los profesionales en la colocación y retirada de implantes transdérmicos. Lo que provoca que las y los profesionales suelen acudir a las formaciones desarrolladas por las farmacéuticas o, en su defecto, organizaciones como la Sociedad Española de Contracepción (SEC).

Por último, cabe mencionar que, del total de personas encuestadas vinculadas a la Conselleria, el 100% afirmaban conocer la existencia de estos cursos de formación en anticoncepción ofertados por dicho servicio de salud. De hecho, el 50% afirmaron haber cursado una formación que valoraban muy positivamente.

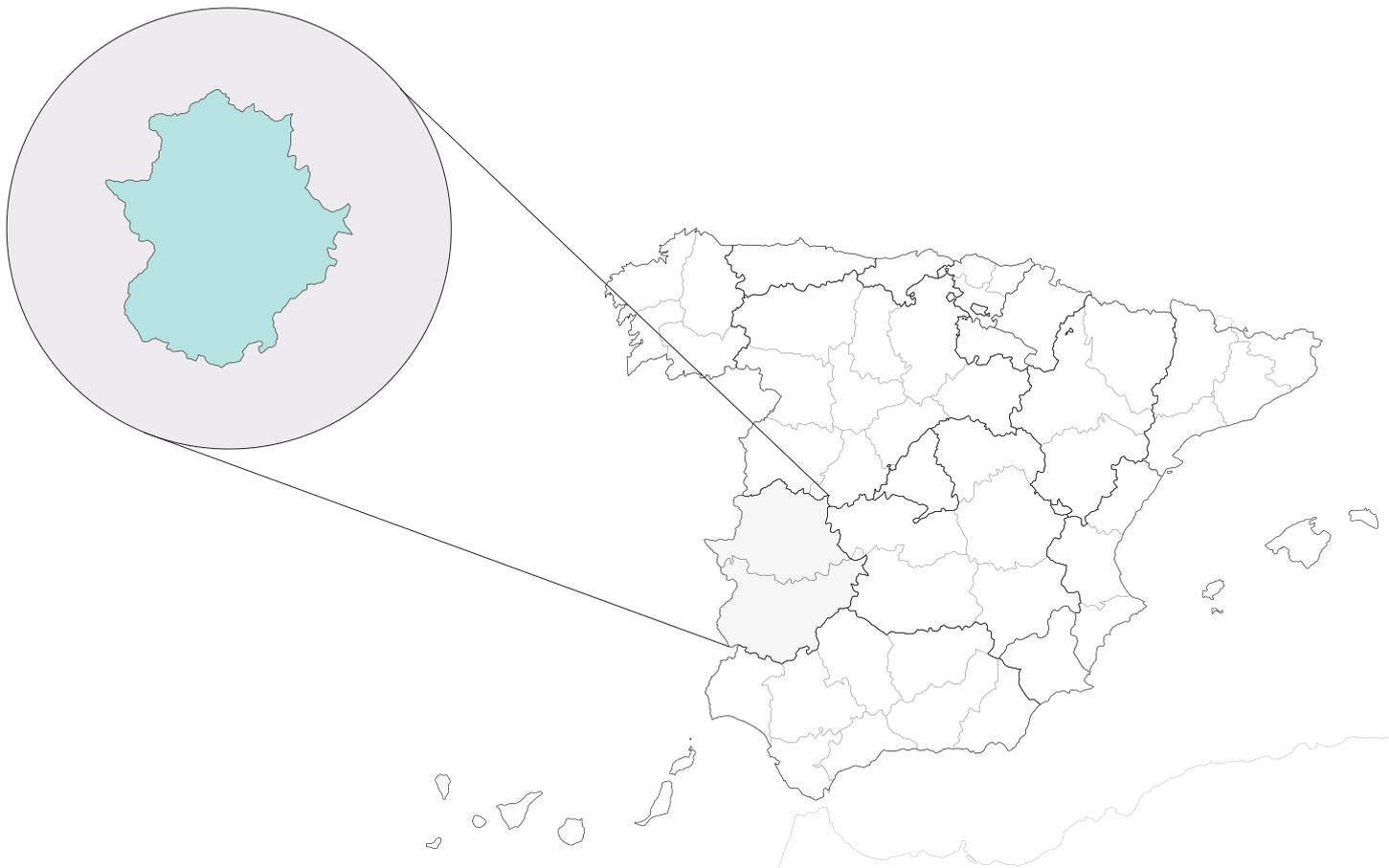
Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Atendiendo a lo expuesto por las personas participantes en esta investigación que se encuentran vinculadas a la Conselleria, parece ser que, desde este organismo, aparte de la Estrategia en Salud Sexual y Reproductiva, no se han más desarrollado instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción. No obstante, tal y como comenta la persona entrevistada:

“Cada departamento es responsable de elaborar sus propios protocolos de atención. Entonces los protocolos, también los de anticoncepción, no dependen de la Conselleria, sino de los departamentos”.

Extremadura



Extremadura

En Extremadura no existe ningún programa específico que permita a profesionales y personas usuarias conocer cuáles son los servicios y el funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción en esta comunidad autónoma.

Por otra parte, aunque gran parte de las intervenciones sobre anticoncepción se desarrollan en los Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPF), desde las instituciones se está intentando redirigir la mayor parte de la carga asistencial a los centros de salud del primer nivel asistencial. Una acción que plantea problemas y pone en peligro la calidad del circuito, debido a las carencias en la formación sobre anticoncepción de las y los profesionales de atención primaria, que, para su capacitación y actualización, deben invertir sus propios recursos en formaciones externas al Servicio Extremeño de Salud.

La situación de la anticoncepción en esta comunidad autónoma puede resumirse -en palabras de una de las personas entrevistadas-, de la siguiente manera:

“Tenemos una buena estructura, pero también tenemos problemas. Necesitamos un programa que organice el circuito y que ayude a gestores, profesionales y usuarias a entender qué son los COPF y para qué sirven [...] La formación también es muy necesaria, no debería depender de los recursos y la implicación de los profesionales [...] El circuito sigue funcionando por inercia, al igual que el sistema sanitario. Habría que analizar un poco el funcionamiento de los Centros Orientación y Planificación Familiar”.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde el Servicio Extremeño de Salud no se ha desarrollado ningún programa sobre anticoncepción. Además, las menciones a la anticoncepción en términos generales dentro de otros documentos que, por su temática, podrían estar directa o indirectamente vinculadas con la anticoncepción, son prácticamente inexistentes. Tan solo se hace referencia a este tema en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Extremeño de Salud, en el Catálogo de Servicios de Planificación Familiar publicado por la Gerencia de las Áreas de Salud de Cáceres y Coria, y en un documento publicado en diciembre de 2010 y titulado *Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad: derechos, ayudas, beneficios y prestaciones al embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos establecidos por la legislación del Estado y de la Comunidad Autónoma de Extremadura*.

El primer documento incluye, en el marco de los Servicios de Atención a la Mujer, las siguientes actividades: información y seguimiento de métodos anticonceptivos; seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal; e implantación y seguimiento de DIU por el especialista de atención primaria. El segundo documento ofrece un recopilatorio de los centros de información y asesoramiento en materia de anticoncepción, sexo seguro e interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que realizaban este tipo de intervenciones en el momento en que fue publicado dicho documento; así como las prestaciones ofrecidas en estos servicios.

El nivel de información que poseen las y los profesionales del Sistema Extremeño de Salud acerca de las políticas públicas en materia de anticoncepción en Extremadura es muy variado. Por una parte, el 64% de las personas encuestadas refieren que no existe un programa escrito y publicado; sin embargo, el 36% afirman conocer la existencia de un programa de estas características dentro del Sistema Extremeño de Salud, a pesar de que éste no ha sido elaborado.

Las opiniones también son diversas respecto al nivel de prioridad que se le otorga a la anticoncepción en la comunidad autónoma. Mientras el 40% de las personas encuestadas afirman que en Extremadura la anticoncepción constituye un área de intervención prioritaria, el 60% opina justo lo contrario.

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

Tal como aparece reflejado en el portal del Servicio Extremeño de Salud, en la Comunidad Autónoma de Extremadura existen servicios específicos de atención a la anticoncepción bajo el nombre de Centros de Orientación y Planificación Familiar (COPF). La función principal de estos centros es abordar el cuidado de la salud de la mujer y su pareja en relación con la fecundidad y la sexualidad; y, en especial, en lo relacionado con la planificación familiar, el abordaje de la esterilidad, y la prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y otras patologías del aparato genital femenino.

Según el portal del Servicio Extremeño de Salud, en el territorio extremeño se mantienen en activo trece centros en la provincia de Cáceres y diecinueve centros en la provincia de Badajoz. Un número de centros que según una de las personas entrevistadas *“es suficiente para cubrir la totalidad de la geografía extremeña”*.

En cuanto a los perfiles profesionales que integran los equipos de los COPF, se incluye un especialista en medicina de familia y comunitaria, una enfermera y una trabajadora social. Uno de los problemas que existe en relación con estos equipos de trabajo tiene que ver, según una de las personas informantes, con que *“aunque la estructura es similar, la formación no es uniforme; la gente debe formarse fuera, porque la formación de grado o especialidad no es suficiente”*.

Por su parte, el Catálogo de Servicios de Planificación Familiar publicado por la Gerencia de las Áreas de Salud de Cáceres y Coria establece como prestaciones básicas en materia de anticoncepción de los COPF de estas áreas sanitarias la información, prescripción y seguimiento de métodos anticonceptivos. Aunque la implementación de estas prestaciones varía en la práctica, esta definición de servicios básicos puede, en principio, extrapolarse a otras áreas sanitarias.

En cuanto al funcionamiento de estos centros, cabe señalar que, tal y como se indica en el Portal del Servicio Extremeño de Salud, para que el primer acceso de las personas usuarias tenga lugar, éstas han de haber sido previamente derivadas por profesionales del primer nivel asistencial. No obstante, una de las personas entrevistadas y vinculada con estos centros matiza este dato:

“Somos atención primaria. Bueno, una unidad de apoyo a la atención primaria, por lo que el acceso es directo. Con acercarse al mostrador del centro correspondiente o hacer una llamada telefónica se obtiene cita, ya sea telefónica o presencial. Si la cita es telefónica, el acceso es mucho más rápido porque se hace la valoración inicial y, en función de eso, se le da una cita presencial o se resuelve la demanda [...]; pero vamos, ofrecemos un acceso directo y somos puerta de entrada al sistema sanitario. Algunos centros tienen lista de espera, pero más para el cribado de cáncer de cuello de útero. En anticoncepción no suele ser así porque entendemos que es algo urgente. Con lo cual, las demandas se atienden como máximo en una semana o quince días”.

Respecto al conocimiento que las personas encuestadas tienen de estos servicios, cabe destacar lo siguiente: un 81,25% los conocen; alrededor de un 78% los considera la puerta de entrada al circuito de anticoncepción; y más del 80% los sitúa como centros de referencia en la realización de las intervenciones incluidas dentro de la cartera de servicios. Sin embargo, y en palabras de una de las personas entrevistadas:

“Nos propusieron que nos dedicásemos a otra cosa y que la anticoncepción pasase a primaria, cuando esos profesionales no tienen ni la formación ni la forma de trabajar la anticoncepción [...] El problema es que los gestores no nos ven como un servicio de anticoncepción ni de salud sexual y reproductiva. Como no existe ningún documento que explique la estructura del circuito, la comunicación entre niveles se hace muy difícil”.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Respecto a la organización y el funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción en Extremadura, y si bien la puerta de entrada se realiza por dos vías - los centros de salud y los COPF-, a efectos prácticos y de entre los diferentes servicios pertenecientes al primer nivel asistencial, las personas usuarias utilizan los COPF de manera más frecuente.

Las intervenciones que se llevan a cabo de manera más habitual en el primer nivel asistencial y, sobre todo, en los Centros de Orientación y Planificación Familiar son la elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos y la realización de anamnesis; el consejo anticonceptivo; la provisión de información anticonceptiva; el seguimiento de la anticoncepción hormonal oral; y la administración y seguimiento de la

inyección anticonceptiva.

Por su parte, la atención a la anticoncepción desarrollada por los servicios de atención especializada se centra en la realización del consejo anticonceptivo y el seguimiento de la anticoncepción a las personas usuarias que se encuentran en situaciones excepcionales o de riesgo, ya que necesitan un abordaje más específico; y en la realización de otras intervenciones como la ligadura y oclusión de trompas de Falopio.

La colocación, seguimiento y retirada de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) se realizan de forma preferente en los Centros de Orientación y Planificación Familiar o en las consultas hospitalarias de ginecología; sobre todo cuando existen situaciones de colocación y extracción difíciles.

Pese a que esta forma de organización de la asistencia para la colocación y retirada de LARC ha permitido reducir las desigualdades y facilitar que las listas de espera sean menores, una de las personas entrevistadas expresa su preocupación sobre el cambio que se ha producido en el último año en materia de competencias profesionales para la colocación y retirada de los LARC:

“Tras el cambio de gobierno se envió una circular que indicaba que los médicos de familia quedábamos inhabilitados para poner DIU medicalizados e implantes; de manera que sólo los ginecólogos podían ponerlos [...] Aunque hemos ido negociando y, de momento, seguimos colocándolos, el documento sigue siendo legal”.

Por último, y en cuanto a la coordinación entre los niveles asistenciales que configuran el circuito de la atención a la anticoncepción en Extremadura, se admite lo siguiente:

“No existe una buena coordinación entre niveles asistenciales y esto, evidentemente, afecta a la accesibilidad de las mujeres al sistema. No hay interés por parte de los gestores, sobre todo cuando llevan mucho tiempo. El primer paso sería crear un programa, un documento escrito que pueda transmitirse tanto a las personas que hacen la gestión como a las que están en asistencia”.

Acceso

Accesibilidad a la información

En Extremadura el consejo anticonceptivo se realiza en todos los niveles asistenciales con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción.

El 75% de las y los profesionales encuestados opinan que, en términos generales, la información sobre anticoncepción en este contexto resulta accesible para las personas usuarias.

Sobre esta accesibilidad de la información a través del consejo anticonceptivo cabe señalar que todas y todos los profesionales que desarrollan su labor asistencial en los servicios del Servicio Extremeño de Salud y tienen perfil sociosanitario - desde medicina de familia a trabajo social, pasando por enfermería, matronas y ginecología (que lleva a cabo el consejo en casos de alta complejidad) - disponen de las competencias para realizar este tipo intervenciones. No obstante, tal y como señala una de las personas entrevistadas, las personas usuarias siguen asociando la anticoncepción con la ginecología, y por ello *“suelen creer que los facultativos que realizamos el consejo en los COPF somos ginecólogos, cuando no es así”*.

Por otra parte, y aunque la accesibilidad a la información sobre anticoncepción a través del consejo anticonceptivo es valorada de forma muy positiva en la comunidad autónoma, no ocurre lo mismo con otro tipo de información. Más del 90% de las personas encuestadas sostienen que desde el Servicio Extremeño de Salud no se ha creado ningún tipo de web ni material divulgativo sobre anticoncepción que facilite el acceso a la información a las personas usuarias; y, por su parte, las personas entrevistadas aseguran que *“existen, pero es difícil llegar a ellos por Internet. Se han hecho, pero no es fácil encontrarlos”*. De hecho, existe una sección en la página web Extremadura Salud, el portal del Servicio Extremeño de Salud, que incluye información básica sobre los métodos anticonceptivos, así como un folleto explicativo.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Extremadura la eliminación del coste de los métodos anticonceptivos de larga duración es variable, ya que depende de las características de gestión de las diferentes áreas de salud que integran el Servicio Extremeño de Salud. Una de las personas entrevistadas lo explica así:

“Hay diferencias según el área de salud. Por ejemplo, en Badajoz se ponen gratuitos tanto el DIU de cobre como el hormonal. En el área de Cáceres sólo se pone el de cobre y el hormonal lo tiene que comprar la mujer en la farmacia. Los implantes están sujetos a la financiación del servicio público”

y necesitan un visado de inspección, porque son medicamentos de diagnóstico hospitalario. De momento, lo que hemos conseguido es que se visen los implantes desde los quince a los cuarenta y cinco años, que en el resto de comunidades se están visando desde los dieciocho a los cuarenta años". Alrededor del 65% de personas encuestadas conocen esta información respecto a la eliminación de los costes.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en el territorio extremeño y, de forma concreta, en los COFP; algo que sólo conoce adecuadamente el 34 % de las personas encuestadas. Por otra parte, una de las personas entrevistadas refiere que *"desde que se liberó en farmacias y no hace falta prescripción, la demanda es mínima, porque las mujeres prefieren comprarla"*.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Tal y como corroboran las personas entrevistadas, desde el Servicio Extremeño de Salud no se ha diseñado ni implementado ningún programa de formación continuada sobre anticoncepción. Respecto a la formación específica de las y los profesionales de los COFP -quienes, en principio, y al pertenecer a un servicio específico de anticoncepción, deberían tener un alto nivel de conocimientos en esta materia-, una de las personas entrevistadas comenta que *"ahora mismo la formación dentro de los COFP la realizamos entre compañeros, pero duran poco tiempo. Una compañera ha estado rotando conmigo un mes. Te da para aprender a colocar los LARC y poco más. Por eso es necesario formarse fuera"*.

Por su parte, alrededor del 26% de las personas encuestadas afirma

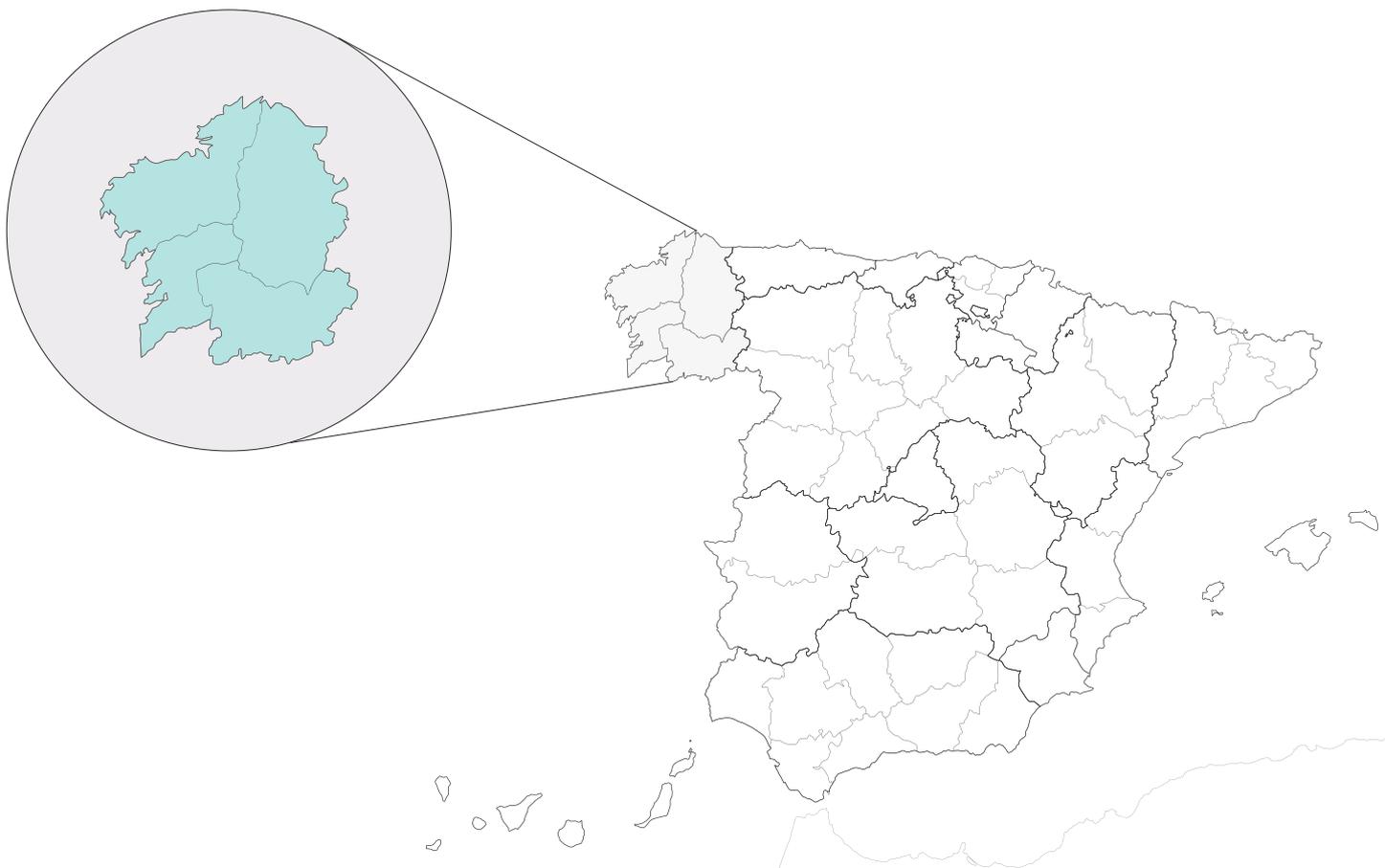
que desde el Servicio Extremeño de Salud no se ha diseñado ningún curso formativo de estas características; el 44% refiere desconocer esta información; y el 30% afirma conocer la existencia de dichos cursos, que, de acuerdo con la información aportada por las personas encuestadas, podrían referirse a las realizadas dentro de las actividades formativas de los programas de residencia de las diferentes especialidades sanitarias.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Atendiendo a lo expuesto por las personas participantes en este estudio, desde el Sistema Extremeño de Salud no se han desarrollado instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción, a excepción del Catálogo de Servicios de Planificación Familiar elaborado por la Gerencia de las Áreas de Salud de Cáceres y Coria. En la página web del Servicio Extremeño de Salud no se encuentra publicado ningún instrumento de este tipo.

Galicia



En Galicia no existe ningún programa específico en materia de anticoncepción. Sin embargo, en el año 2008 el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) publicó una guía dirigida a mejorar la atención a la anticoncepción, en el marco del Plan de Atención en Salud de la Mujer.

En este sentido, y pese al vacío existente en materia de organización de la atención anticonceptiva, así como a la falta de formación de las y los profesionales, el compromiso e implicación del personal sanitario del SERGAS ha sido fundamental para la consecución de logros como la eliminación del coste del implante subcutáneo, que han permitido mitigar los problemas de accesibilidad y de calidad de la atención. Quizá por eso una de las personas entrevistadas expresa que *“la situación en Galicia no es mala y con el tiempo mejorará, pero falta mucho. Falta un impulso político, sobre todo en términos de accesibilidad de la información sobre la salud sexual y de educación sexual. También hacen falta más profesionales de la sexología para que la atención en salud sexual sea integral [...] promocionar la prescripción a través de enfermería, potenciar la atención primaria y que se homogenicen criterios para reducir las desigualdades en el territorio”*.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) no se ha desarrollado ninguna estrategia ni programa específicos en materia de anticoncepción. Sin embargo, sí existe una guía técnica sobre anticoncepción, elaborada por el Servicio Gallego de Salud y disponible en su página web.

La guía fue elaborada en 2008 y, desde entonces, no ha sido actualizada ni revisada. Su objetivo es mejorar la atención a la anticoncepción en el marco del Plan de Atención en Salud de la Mujer, de forma que las actuaciones de las y los profesionales respondan a las necesidades y demandas de las personas usuarias en materia de anticoncepción. Por ello, otros de los objetivos de la guía son:

- Definir de forma clara y precisa las vías de acceso a este servicio.
- Disminuir la variabilidad de la prestación del servicio y mejorar dicha prestación.
- Ayudar a las y los profesionales en la toma de decisiones sanitarias para responder a las demandas de anticoncepción de las personas usuarias y, de este modo, evitar los embarazos no deseados; proporcionar la información y orientación necesarias para que las mujeres puedan elegir mejor; instaurar el método elegido; y atender las complicaciones derivadas del uso de anticonceptivos.

Pese a la antigüedad de la guía, más del 50% de las personas encuestadas y vinculadas con el Servicio Gallego de Salud conocen su existencia. De hecho, muchas de ellas creen que la guía es un programa específico en materia de anticoncepción, y no un instrumento de mejora de la práctica asistencial, que es lo que realmente representa el documento. Aun así, más de la mitad de las personas encuestadas consideran que la anticoncepción no es un área de intervención prioritaria dentro del SERGAS. Una persona entrevistada lo expresa de la siguiente manera:

“El problema es que no hay un interés de la Administración por mejorar esta atención. No partimos de una base mala, pero no existe una estructuración desde arriba”.

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

El Centro de Orientación Familiar (COF) es el recurso central de los servicios específicos en materia de anticoncepción en Galicia. Según el Instituto de Información Sanitaria, estos centros se encuadran en el segundo nivel asistencial y están ubicados en las diferentes áreas sanitarias del territorio gallego. En concreto, existen cuatro centros en la provincia de La Coruña, tres centros en la provincia de Lugo, y dos centros en la provincia de Pontevedra.

Estos centros tienen como objetivo proporcionar una atención anticonceptiva de calidad a las personas usuarias y, además, atender y acompañar a las mujeres que demandan la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). El acceso a la atención en los COF se realiza mediante cita previa, que puede ser solicitada presencialmente, por teléfono o mediante derivación de las y los profesionales de atención primaria en salud.

Aunque en la plataforma virtual del SERGAS no existe ningún documento en el que se expliquen las características organizativas y asistenciales de los COF, las personas que han participado en el estudio indican que las profesionales responsables de atender en la primera cita a las personas usuarias son las enfermeras o, en su defecto, las matronas. El resto del equipo de estos centros está compuesto por una persona administrativa, una trabajadora social, una psicóloga (o psico-sexóloga) y una ginecóloga que se encarga de colocar los DIU e implantes y de gestionar las IVE.

Una de las personas entrevistadas se refiere a ello en estos términos: *“En los COF suele haber profesionales de la sexología o psico-sexólogos, pero sus intervenciones se dirigen a la cuestión de la anticoncepción o a colectivos muy concretos de población [...] Faltan profesionales, sobre todo en temas de counselling. La atención podría hacerse mejor [...] Otro problema es que, aunque la población general conoce los servicios de anticoncepción específicos (COF) y éstos están repartidos por toda la comunidad autónoma, aunque están pensados para que toda persona que resida en Galicia pueda acudir a estos centros en coche sin tardar más de 40 minutos, no todo el mundo tiene esta posibilidad”.*

Por otro lado, se menciona también que estos centros sufren un problema de carencias en la formación de quienes trabajan en ellos: *“Dentro de los centros de orientación familiar no se exige ninguna formación mínima en anticoncepción al personal laboral. En consecuencia,*

hay personal sanitario (enfermeras, médicos, etc.) que sin tener las competencias necesarias trabajan en estos espacios, lo que provoca que la calidad de la atención se vea comprometida. Los profesionales no tienen voluntad de aprender y la administración no exige un mínimo”.

Además de los problemas vinculados con la falta de formación de las y los profesionales de los COF, los datos recabados muestran que hay inequidad en la accesibilidad de estos centros; las personas que viven en zonas rurales de Galicia tienen dificultades para poder acceder a ellos, a pesar de que llevan a cabo intervenciones tan esenciales para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como el consejo anticonceptivo y la interrupción voluntaria del embarazo.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

La puerta de entrada al circuito depende del motivo de consulta. Una persona entrevistada aclara que *“si la mujer quiere anticonceptivos orales irá al médico de atención primaria. Si la anticoncepción se quiere por problemas de sangrado, irá a la consulta de ginecología. Si quiere colocarse un método anticonceptivo reversible de larga duración (LARC) o recibir consejo anticonceptivo, irá a los COF”.*

Esta apreciación coincide con la información aportada por las personas encuestadas, quienes en líneas generales sitúan como puerta de entrada al sistema de atención a la anticoncepción del SERGAS las consultas de la matrona de atención primaria, las consultas de medicina de familia y los servicios específicos de atención a la anticoncepción, es decir, los Centros de Orientación Familiar.

No obstante, y pese a que la *Guía técnica del proceso de la anticoncepción* contiene información sobre el conjunto de actividades asistenciales que han de conformar el proceso de atención a la anticoncepción, no se hace alusión alguna al nivel asistencial en el que tienen que desarrollarse tales intervenciones. Con todo, el 68% de las personas encuestadas dicen tener un buen conocimiento acerca del funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción.

En este sentido, y en términos generales, las prestaciones de cada nivel

asistencial pueden resumirse como se indica a continuación.

En atención primaria en salud se desarrollan mayoritariamente las siguientes intervenciones: elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos y realización de anamnesis; consejo anticonceptivo; provisión de información anticonceptiva; seguimiento de la anticoncepción hormonal oral; y administración y seguimiento de la inyección anticonceptiva.

Las consultas de ginecología atienden a personas usuarias que, por su situación de salud, precisan de un abordaje más especializado. Por tanto, en este nivel asistencial se realizan, por un lado, el consejo anticonceptivo y la colocación y retirada de métodos anticonceptivos de larga duración en casos complejos; y, por otro, la ligadura de trompas, aunque esta intervención, al no considerarse prioritaria, tiene una lista de espera mínima de seis meses a un año.

Por último, en los Centros de Orientación Familiar se realiza, como ya se ha indicado, el consejo anticonceptivo a las personas usuarias, salvo que estas se encuentren en el periodo de postparto y, por tanto, sea la matrona la profesional encargada de realizar esta actividad asistencial. Otra de las intervenciones que de forma más frecuente se realizan en los COF es la colocación, seguimiento y retirada de los métodos de larga duración. De hecho, en palabras de una persona entrevistada *“los implantes solo se ponen en los COF”*.

En cuanto a la coordinación entre niveles asistenciales, una persona informante señala que *“el nivel de calidad de la coordinación depende bastante del profesional o profesionales implicados en cada caso”*.

Acceso

Accesibilidad a la información

En la comunidad autónoma de Galicia la información en materia de anticoncepción es accesible para las personas usuarias, quienes pueden solicitar información sobre anticoncepción o, directamente, demandar consejo anticonceptivo en todos los niveles asistenciales de atención, siendo las consultas de matrona y medicina de familia de atención primaria en salud y los COF los espacios en los que este tipo

de intervenciones se realizan con mayor frecuencia. Un gran porcentaje (70%) de las personas encuestadas conoce esta información.

Por otro lado, cabe señalar que dentro de la web del SERGAS existe un espacio dedicado a la información divulgativa, en el que aparecen hasta un total de once documentos en los que, de forma resumida y sencilla, se explican -en gallego- las principales características y mecanismos de acción de los diferentes métodos anticonceptivos. Sin embargo, y aunque el acceso a esta plataforma online resulta sencilla, el 70% de las y los profesionales del SERGAS encuestados no conocen esta información y afirman que en el organismo autonómico de salud no existe ningún espacio virtual de este tipo, ni materiales divulgativos sobre anticoncepción. Este desconocimiento podría indicar que las y los profesionales del Servicio Gallego de Salud no tienen un adecuado conocimiento sobre la web del servicio de salud en el que desempeñan su labor; o bien no consideran que estos documentos, que tienen como mínimo diez años de antigüedad, tengan la calidad suficiente como para difundir sus contenidos entre las personas usuarias.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Galicia los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias -tanto los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre, como el implante subcutáneo-. Esta medida ha sido muy importante para la garantía de la accesibilidad de la anticoncepción en esta comunidad autónoma, y las y los profesionales tienen conocimiento de ella: más del 50% de las personas encuestadas vinculadas al Servicio Gallego de Salud lo expresan así.

No obstante, y tal y como apunta una de las personas entrevistadas, la eliminación del coste de los métodos anticonceptivos de larga duración y, en especial, del implante subcutáneo, ha sido resultado más de la presión ejercida por las y los profesionales del SERGAS que del compromiso de las instituciones: *“Hace un año la presión de los profesionales, con el respaldo de los farmacéuticos de hospital -que son quienes hacen las compras como gasto hospitalario-, hizo posible que en los COF comenzaran a ponerse los implantes gratuitos a todas las personas que lo demandasen”*.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

En Galicia, la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en los servicios de urgencias de todos los niveles asistenciales del servicio de salud gallego, tanto en las urgencias hospitalarias de atención especializada como en los puntos de atención continuada de atención primaria, y en los Centros de Orientación Familiar (COF), que se encuentran abiertos de lunes a viernes en horario de mañana y tarde.

Así mismo, la dispensación de la anticoncepción de urgencia cuando la persona solicitante refiere haber sufrido una agresión sexual sólo se realiza en los servicios de urgencias de ginecología y obstetricia de atención especializada.

Cabe señalar, por último, que el hecho de que esta información sobre la anticoncepción de urgencia sea conocida por casi un 90% de las personas encuestadas da cuenta del adecuado nivel de conocimiento que tienen las y los profesionales del Servicio Gallego de Salud en esta materia.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Sobre las formaciones en materia de anticoncepción, una persona entrevistada comenta lo siguiente:

"Falta formación. La Sociedad Española de Contracepción (SEC) ofreció al SERGAS realizar formaciones en anticoncepción, pero la Xunta no respondió. Así que la SEC, por su lado, ha realizado formaciones a aquellos profesionales que voluntariamente han decidido ampliar sus competencias fuera del marco de formación continuada del SERGAS [...]. No existe formación continuada. Depende de la voluntad del profesional. La administración ni exige formación ni la ofrece. Hay gente poco cualificada".

En este contexto, destaca que más del 60% de las personas encuestadas

afirman que el SERGAS no ha diseñado ni puesto en marcha ninguna formación en materia de anticoncepción. Al respecto, la realidad descrita por las personas entrevistadas coincide con la información aportada por las personas encuestadas, quienes al ser preguntadas por el nombre de alguna de las formaciones en materia de anticoncepción llevadas a cabo en el territorio gallego citan, en su mayoría, cursos y formaciones desarrolladas por otras entidades externas al SERGAS.

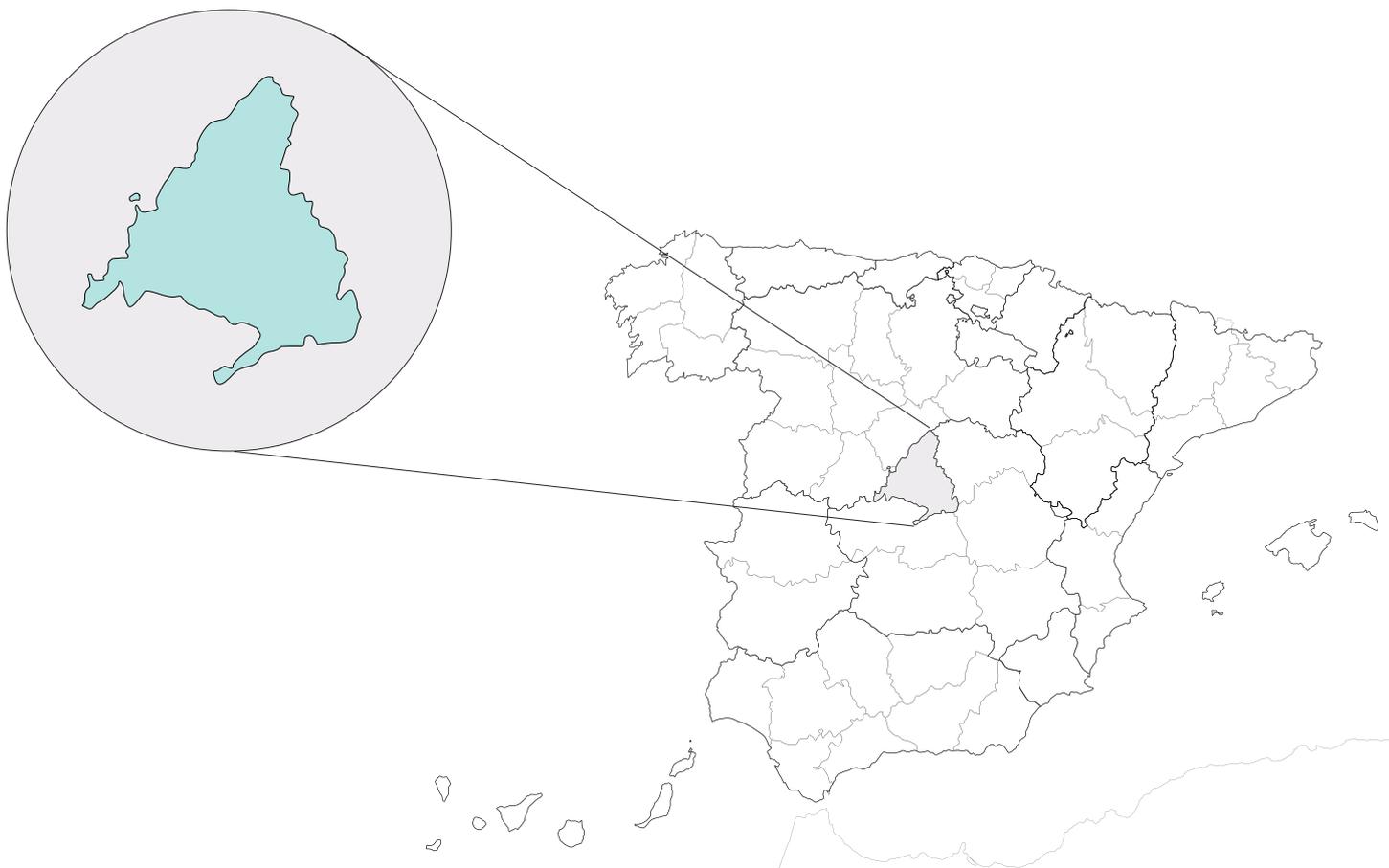
Varias personas que han respondido al cuestionario afirman haber recibido una formación de colocación del implante subcutáneo, desarrollada por el SERGAS. Además, una búsqueda más exhaustiva ha permitido comprobar que la Agencia Gallega de Conocimiento y Ciencia -entidad pública gallega al servicio del sistema público de salud de Galicia-, desarrolló un curso bajo el nombre *Implantación del dispositivo intratubárico como método de anticoncepción permanente: método Essure*, que, aunque ha contribuido a la capacitación de aquellas y aquellos profesionales que han participado en la formación, resulta claramente insuficiente.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Tal como se infiere de la información pública proporcionada por el Servicio Gallego de Salud, y como confirman las personas vinculadas con el Servicio Gallego de Salud que han proporcionado información para este informe, no existen instrumentos de mejora de la práctica asistencial desarrollados por el sistema autonómico de salud, más allá de la *Guía técnica del proceso de la anticoncepción*, elaborada en 2008.

Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

Pese a que han pasado dos años desde que en la Comunidad de Madrid se publicara el documento de consenso *Atención a la salud de las mujeres: uso de métodos anticonceptivos*, a día de hoy no se ha elaborado ningún programa específico de atención a la anticoncepción.

Al hecho de que no exista ningún documento de referencia que ordene los servicios y el funcionamiento del circuito de atención de esta comunidad autónoma, hay que sumar la limitación de recursos y tiempos de los que disponen las y los profesionales de atención primaria para realizar las intervenciones en materia de anticoncepción que les corresponden de acuerdo con la Cartera de servicios.

Por otro lado, a pesar de contar con un instrumento de mejora de la práctica asistencial, la puntualidad y la falta de especificidad de las formaciones del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) sobre anticoncepción; así como las notables diferencias de atención no sólo entre áreas sanitarias, sino también entre servicios de salud, colocan a esta comunidad autónoma en una situación precaria en lo que a calidad de la asistencia en anticoncepción se refiere.

En consecuencia, en el territorio madrileño las personas usuarias sufren inequidad en materia de atención a la anticoncepción, que se ve agravada por otras cuestiones como el coste de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) y la distribución geográfica de los centros que dispensan la anticoncepción de urgencia de forma gratuita.

Así define una de las personas entrevistadas la situación de la atención a la anticoncepción en la Comunidad de Madrid:

“Es voluntarista. No se le presta la atención que merece, sobre todo desde las consejerías. Por eso estamos en el punto en el que estamos. Si implantáramos en la Comunidad de Madrid un modelo como el de Aragón, la calidad de la atención mejoraría mucho”.

Existencia de políticas de
atención a la anticoncepción

Aunque desde el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) no se ha desarrollado ningún programa en materia de anticoncepción, en junio de 2022 se publicó el documento de consenso que, bajo la denominación *Atención a la salud de las mujeres: uso de métodos anticonceptivos*, tiene como objetivo principal mejorar la atención que se presta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la Comunidad de Madrid en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, con el establecimiento de un modelo de asistencia coordinado entre atención primaria y atención hospitalaria.

Para ello, en el documento se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Consensuar, adecuar y difundir procedimientos de atención relacionados con la información, uso y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Mejorar el acceso a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción y al uso de anticonceptivos de última generación.
- Consensuar criterios de derivación y coordinación entre ámbitos asistenciales que garanticen la continuidad asistencial.
- Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales estableciendo canales eficaces y seguros.
- Promover la mejora del conocimiento, las habilidades y las actitudes de los profesionales, para conseguir una atención integral de la mujer, a través de la puesta en marcha de sesiones informativas y la oferta de actividades formativas.

Sin embargo, una persona entrevistada y vinculada con el SERMAS señala sus carencias:

“El documento de consenso es un documento abstracto. No dice cómo tiene que entrar la mujer en el circuito, no dice quién debe atender a esa mujer. Parece que tiene que ser la atención primaria, pero, ¿Quién en

atención primaria? ¿Medicina de familia? ¿Enfermería? ¿La matrona? A los profesionales les llega ese documento y piensan “esto no cambia nada”. La única conclusión que podemos sacar del documento es que los métodos hormonales deben ser gestionados desde atención primaria siempre y cuando la mujer esté sana”.

Alrededor del 70% de las personas encuestadas vinculadas al Servicio Madrileño de Salud ratifican esta información sobre la inexistencia de políticas públicas, y niegan que en la Comunidad de Madrid exista un programa específico en materia de anticoncepción, más allá del documento de consenso mencionado. De ahí que la mayoría de personas participantes en el estudio consideren que la anticoncepción no es un área prioritaria de intervención en esta comunidad autónoma.

Por último, cabe señalar que, dentro del marco de acción del organismo autónomo de salud del municipio de Madrid (Madrid Salud) y de su plan estratégico Madrid, una ciudad saludable 2020-2023, existe un programa de salud sexual y reproductiva que otorga un papel central a la anticoncepción.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

En la Comunidad de Madrid no existen servicios específicos en materia de anticoncepción. Sin embargo, dentro de la red asistencial del organismo autónomo del municipio de Madrid (Madrid Salud), sí que existen dieciséis centros municipales especializados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, denominados Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc), que cuentan con un servicio de consulta anticonceptiva desde el que las y los profesionales de los equipos multidisciplinares de salud comunitaria -ginecología y matronas-, llevan a cabo las siguientes intervenciones:

- Atención a demanda, sin cita previa, para dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia, además de un asesoramiento altamente cualificado.
- Atención en anticoncepción en consulta individual para la implementación de métodos anticonceptivos de continuidad, con inicio rápido.

- Seguimiento preferente a personas en situaciones de vulnerabilidad (violencia de género, aislamiento social, periodo de postparto, interrupción voluntaria del embarazo muy reciente, uso de anticoncepción de urgencia muy reciente).
- Facilitación gratuita de métodos reversibles de larga duración (LARC), en función de las diversas vulnerabilidades.
- Fomento de la corresponsabilidad en materia de anticoncepción en parejas heterosexuales.

Hay que señalar que más del 60% de las personas encuestadas y vinculadas al SERMAS refieren desconocer la existencia de estos centros, que, tal como valora una de las personas entrevistadas, pueden no ser muy conocidos, así mismo, por las personas usuarias: *“cuando hablaba a las mujeres de los centros de Madrid Salud se sorprendían y me preguntaban qué eran”*.

Con independencia de ese nivel de conocimiento, resulta importante tener en cuenta las diferencias que existen entre el municipio de Madrid y el resto de municipios de la comunidad, respecto a los servicios disponibles. A pesar de ello, en muchas ocasiones se toma la parte por el todo al utilizar la red de servicios de Madrid Salud para hacer referencia a la totalidad de la atención en la comunidad.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

La organización y funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción de la Comunidad de Madrid se articula en torno al primer nivel asistencial, que funciona como puerta de entrada a dicho circuito. El 85% de las personas encuestadas vinculadas al Servicio Madrileño de Salud consideran que el servicio más frecuentemente utilizado por las personas usuarias es, en primer lugar, la consulta de medicina de familia y, en segundo término, la consulta de la matrona de atención primaria.

Según una de las personas informantes, el hecho de que la consulta de la matrona sea la segunda opción podría deberse a lo siguiente:

“La realidad es que a medicina de familia acuden más porque lo conocen desde siempre y a la matrona no. En el caso de las matronas el motivo más frecuente por el cual las mujeres entran a consulta contraceptiva es cuando vienen, por ejemplo, para hacerse una citología, y al hacer la anamnesis surge que la mujer no utiliza ningún anticonceptivo pero tampoco quiere quedarse embarazada. Es decir, no son consultas como tal para anticoncepción, sino que la anticoncepción surge en el contexto de una consulta diferente. Raro es que venga una mujer porque quiere algún tipo de anticonceptivo. Y eso no es un problema de las mujeres, sino del sistema que no informa a las mujeres de que tienen un lugar donde pueden acudir si tienen algún tipo de demanda anticonceptiva”.

Entre las intervenciones más frecuentes en el primer nivel asistencial se encuentran las siguientes: elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos y realización de anamnesis; consejo anticonceptivo; provisión de información anticonceptiva, seguimiento de anticoncepción hormonal oral; y administración y seguimiento de inyección anticonceptiva.

Por su parte, la atención a la anticoncepción desarrollada por los servicios de atención especializada se centra, por una parte, en realizar el consejo anticonceptivo y el seguimiento de la anticoncepción a las personas usuarias que se encuentran en situaciones excepcionales o de riesgo; y que, por tanto, precisan de un abordaje más específico. Y, por otra, en llevar a cabo otras intervenciones de carácter más invasivo como la ligadura de trompas o la oclusión tubárica.

En cuanto a la colocación y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC), este tipo de intervenciones se realizan tanto en atención primaria como en atención especializada. No obstante, una persona entrevistada matiza: *“Los implantes pueden colocarse y extraerse tanto en atención primaria como en atención especializada, porque la competencia es de quien sepa hacerlo, ya sean las matronas, médicos y enfermeras de atención primaria, ya sean las y los gines de especializada. En cuanto al DIU, ya lo dice el documento de consenso: es competencia de especializada, tanto su extracción como su colocación”.*

Por último, la calidad de la coordinación entre niveles asistenciales es valorada como muy mejorable por las personas informantes: *“No es buena, ni aquí ni en ninguna área. Y esto tiene que ver con que atención primaria y atención especializada tienen dos sistemas informativos diferentes”.* En consecuencia, las y los profesionales de los distintos niveles asistenciales no pueden consultar las actividades que se han realizado con la persona usuaria fuera de su marco de intervención.

La comunicación es otro de los aspectos que, para las y los informantes, dificulta sumamente la coordinación entre niveles asistenciales:

“la comunicación es muy voluntarista porque no hay nada a nivel de la comunidad autónoma que permita organizar esos canales de comunicación”. Al respecto, también se comenta que esta falta de comunicación está impidiendo aplicar iniciativas y protocolos asistenciales de calidad que permitirían mejorar la atención a la mujer en general. De hecho, una de las personas entrevistadas argumenta su posicionamiento exponiendo el siguiente ejemplo:

“Hace año y medio se realizó un protocolo para homogeneizar la asistencia al embarazo. Un procedimiento súper bueno que protocolizaba qué había que hacer en cada visita, quién tenía que hacer cada cosa...Pero la realidad es que no está implantado y, en parte, es por esa falta de comunicación”. Por todo esto, la misma persona entrevistada propone *“la creación de comisiones de seguimiento que evalúen lo que se está haciendo para ver en qué se está fallando y poder así implantar unas medidas correctoras que permitan mejorar los resultados”*.

Acceso

Accesibilidad a la información

En la Comunidad de Madrid el consejo anticonceptivo se realiza en todos los niveles asistenciales con el objetivo de garantizar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción.

Este consejo anticonceptivo suele orientarse a diversos grupos de población a través de los diferentes servicios y perfiles profesionales. Así, mientras que en el primer nivel asistencial los perfiles profesionales competentes para la realización del consejo anticonceptivo a mujeres de bajo riesgo son medicina de familia, matrona y enfermería, en la atención especializada son las y los especialistas en ginecología los responsables de realizar el consejo anticonceptivo a aquellas personas usuarias que, por su situación de salud o vulnerabilidad, precisan de un abordaje más especializado.

En este contexto, una de las personas entrevistadas refiere que aunque la matrona debería ser la figura de referencia en términos de consejo anticonceptivo, puesto que es la profesional que técnicamente posee un nivel mayor de formación específica, la realidad es que las personas usuarias suelen acudir a la o el profesional de medicina de familia, que en su opinión:

“No tiene tiempo para abordar la anticoncepción y muchas veces tampoco la formación para realizar una atención individualizada. No todo vale en la anticoncepción. Puede haber problemas de adherencia, de adaptabilidad o que la mujer rechace algún método por lo que fuere. A veces confundimos dar información sobre métodos anticonceptivos con hacer consejo anticonceptivo y esto a mi parecer es un error”.

En la misma línea, cuando se le pregunta por el papel de la enfermera de atención primaria en el consejo anticonceptivo, la misma entrevistada responde así:

“En mi experiencia, aunque estoy plenamente segura de que hay muchos centros de salud que tienen enfermeras completamente capaces de llevar a cabo el consejo contraceptivo bien hecho [...] las enfermeras de primaria derivan directamente a las mujeres a la consulta de la matrona porque sienten que no tienen las herramientas para gestionar esa consulta. Cosa que dice muchísimo de su gran profesionalidad”.

Respecto a otros canales de información, y aunque en la página web del Servicio Madrileño de Salud existe un apartado específico sobre anticoncepción, más de un 80% de las personas encuestadas refieren no conocer si dicho organismo gestiona una web de estas características. En la misma línea, una de las personas entrevistadas indica que *“hace algunos años se hicieron unos materiales dirigidos a población general, pero están desactualizados”*. Esto explicaría que mientras que el 40% del total de personas encuestadas expresa que la información en materia de anticoncepción es accesible para las personas usuarias, el 60% afirma que no lo es.

Con todo, aunque es cierto que dentro de la plataforma solo aparece publicada una guía informativa sobre métodos anticonceptivos dirigida a población general -la cual fue elaborada en 2013 pero no ha sido revisada-, cabe señalar que en el sitio web del Programa de Salud Sexual y Reproductiva se encuentran varios recursos y materiales dirigidos a población general relacionados específicamente con la anticoncepción.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

Entre los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC), en la Comunidad de Madrid no es gratuito ninguno de los LARC para las personas usuarias, con la excepción de aquellas que, por sus

circunstancias personales y/o sociales, se encuentran exentas del pago de la prestación farmacéutica.

Los Centros Municipales de Salud Comunitaria de la ciudad de Madrid sí eliminan el coste de los LARC para mujeres con perfil vulnerable, pero una vez más la realidad del municipio no puede ser extrapolada a la comunidad autónoma.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia tan solo se dispensa de forma gratuita en los Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc) del municipio de Madrid, tal como establece el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Madrid Salud; pudiendo destacar que únicamente el 50% de las personas encuestadas conoce esta información. Al respecto, una de las personas entrevistadas comenta esto: *“Debería ser como en otras comunidades, que se dispensa desde atención primaria. En la Comunidad de Madrid también hay falta de información sobre los servicios a los que pueden acudir las mujeres y eso es un problema del sistema, no de las mujeres”*.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Una de las personas que han proporcionado información para la elaboración de este informe señala que en el SERMAS se dispone de *“una formación sobre anticoncepción dirigida a todos los profesionales de atención primaria, pero muy básica”, y afirma que “en un servicio de salud la formación no debe quedarse en algo tan básico porque eso obliga al profesional que quiere una formación avanzada a hacerla fuera, lo que implica tener que pagarla. Y esto no lo hace nadie salvo que esté muy motivado”*.

Por su parte, el 70% de las personas encuestadas refieren no solo conocer la formación a la que hace alusión la persona entrevistada, sino también haberla cursado. Además, las personas encuestadas señalan haber quedado bastante satisfechas con los contenidos de dicha formación, que se desarrolla desde un enfoque generalista. En este sentido, otra de las personas entrevistadas añade que *“las y los profesionales del Servicio Madrileño de Salud cuentan con formaciones lideradas por la sociedad SOMAMFYC, así como con talleres específicos sobre colocación del implante, reglados y acreditados por el SERMAS. Aunque éstos están muy bien valorados y eso es lo que hace que puedan repetirse, se dirigen a un número reducido de profesionales”*.

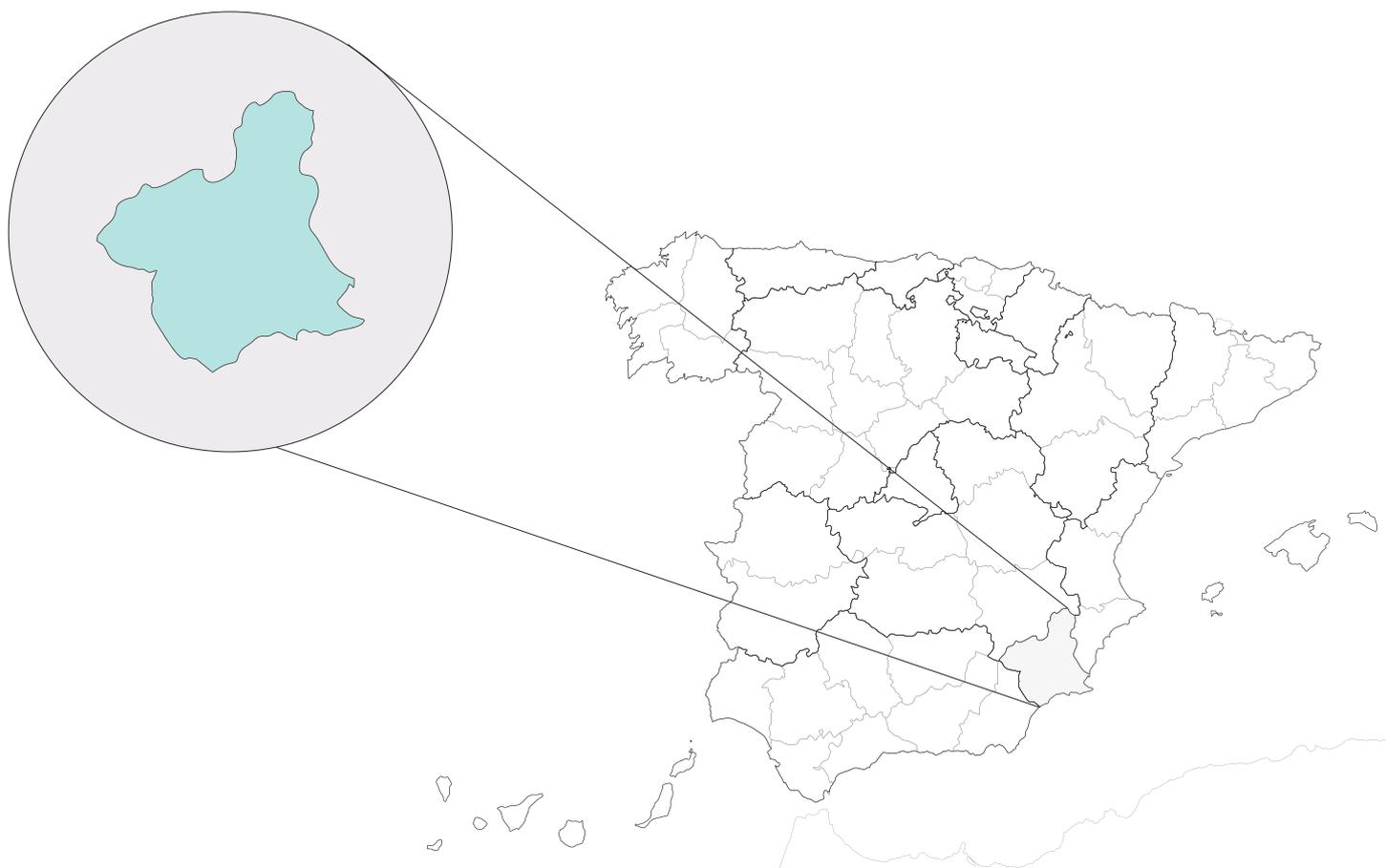
Además, las personas entrevistadas señalan al respecto: *“Es necesario que existan más formaciones y que algunas de ellas vayan dirigidas a perfiles profesionales concretos. Por ejemplo, una sesión que enseñe a las y los médicos de familia a prescribir el implante correctamente, porque muchos no lo hacen bien y luego hay problemas con el tema del visado”*.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Desde el SERMAS se ha elaborado el documento de consenso antes citado. Aunque se trata de un paso muy importante, como señala una de las personas entrevistadas, *“es necesario que se establezcan indicadores como el nivel de satisfacción de las mujeres con el método anticonceptivo que utilizan. Eso permitiría detectar errores, contraindicaciones, problemas de seguridad... Tenemos que empezar a mirar ciertas cosas, porque no todo vale”*.

Región de Murcia



Región de Murcia

Tras el diseño e implantación de su *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva* (2012, actualizado en 2018), la Región de Murcia ha centralizado la atención a la anticoncepción en el primer nivel asistencial y ha promocionado a la matrona como figura referente en esta materia.

También se ha apostado por potenciar la formación de sus profesionales en materia de anticoncepción y se ha intentado mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción, llegando a un estado óptimo.

En este proceso de mejora, resulta importante tener en cuenta que la falta de adaptación de la estructura organizativa del circuito de anticoncepción a las características geográficas y poblacionales del territorio murciano han dado lugar a una situación de inequidad que dificulta o directamente impide que una gran parte de las personas usuarias del sistema de salud accedan al circuito de atención a la anticoncepción de su comunidad autónoma. De ahí que una de las personas entrevistadas defina la situación actual de la Región de Murcia en materia de anticoncepción de la siguiente forma:

“Tenemos una oportunidad para mejorar las inequidades en salud relacionadas con la anticoncepción. De partida ya tenemos un buen programa, pero si en atención primaria se hiciese todo el abordaje de los anticonceptivos reversibles de larga duración, a no ser que haya una situación compleja que requiera de la intervención de ginecología, la atención no estaría tan centrada en ginecología y se facilitaría el acceso de las personas de las áreas rurales a este tipo de métodos anticonceptivos [...] Así las mujeres no tendrían que desplazarse hasta los servicios especializados [...] Esto mejoraría muchísimo la accesibilidad del circuito, pero nos estamos encontrando con resistencias, sobre todo de parte de ginecología. Tenemos que hacer autocrítica, por eso yo diría que los tres retos que tenemos son: la accesibilidad, la formación de los profesionales en todos los niveles, porque rotan y eso es un hándicap, y el acceso a los métodos barrera de forma universal”.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

La Región de Murcia dispone desde 2012 de un programa específico de atención a la anticoncepción denominado *Programa de atención a la anticoncepción*. Este programa nace en el marco de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del embarazo* con el objetivo principal de organizar y homogeneizar la atención a la anticoncepción en la Región de Murcia. El programa tiene los siguientes objetivos específicos:

- Promover una asistencia anticonceptiva integral y de calidad, basada en la evidencia científica y equitativa a la población en edad fértil de la Región de Murcia.
- Actualizar la información sobre los distintos métodos anticonceptivos y establecer su uso de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la OMS y las características individuales de cada mujer.
- Destacar la relevancia actual de los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC) como métodos que mejoran la efectividad de la anticoncepción.
- Definir las competencias y responsabilidades de todos los profesionales sanitarios implicados en el consejo y la asistencia anticonceptiva y establecer los circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia.
- Disminuir el número de embarazos no planificados e interrupciones voluntarias del embarazo en la Región de Murcia.
- Disminuir el número de embarazos no planificados, partos e IVE en las adolescentes, grupo especialmente vulnerable.
- Establecer un plan de formación continuada sobre anticoncepción para los profesionales implicados en la misma.

No obstante, para las y los profesionales del Servicio Murciano de Salud (SMS) la existencia de este programa no implica que la anticoncepción ocupe un lugar importante dentro de la agenda de salud pública de esta comunidad autónoma. De hecho, resulta curioso que alrededor del 85% de las personas encuestadas hayan señalado que la anticoncepción no

constituye un área prioritaria de intervención en la Región de Murcia.

Por otro lado, cabe mencionar que más del 80% de las personas encuestadas refieren conocer la existencia del *Programa de atención a la anticoncepción*, que fue actualizado en octubre de 2018, y que se encuentra integrado dentro del *Plan Integral de Atención a la Mujer de la Región de Murcia* (PIAM).

Asimismo, y con relación a las características del programa, cabe señalar que éste se aplica de forma transversal en otros programas vinculados al PIAM como son el *Programa de atención a la mujer que solicita interrupción voluntaria de su embarazo (IVE)*; el *Programa de atención al embarazo, la lactancia y el puerperio*; y el *Programa de atención al bienestar biopsicosocial de las mujeres*.

Hay que mencionar por último que el programa, de acuerdo con una de las personas informantes, está siendo evaluado:

“El programa se encuentra en pleno proceso de evaluación y de actualización de cara a su publicación a finales de 2024. Nuestro objetivo es mejorar el acceso de las mujeres a las prestaciones del sistema y mejorar la formación que tienen las profesionales de la atención a la anticoncepción con base en la evidencia y las novedades que van surgiendo en el mercado [...] Otro de los objetivos es implementar mejor la accesibilidad a métodos más seguros y efectivos como son los LARC porque sabemos que son una línea importante en el abordaje de la prevención del embarazo no planificado, especialmente en población vulnerable. Así que básicamente el objetivo es ponernos al día con la evidencia y mejorar la accesibilidad para ver cómo podemos sobreponernos a esa falta de equidad”.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

De acuerdo con lo expuesto en el Programa de atención a la anticoncepción, en la Región de Murcia funcionan como servicios específicos de atención a la anticoncepción las Unidades de Ginecología de Apoyo (UGA), que se encargan de realizar las siguientes actividades asistenciales:

- Asesoramiento, prescripción y manejo de todos los métodos anticonceptivos disponibles a usuarias de riesgo o bien en el contexto de otras situaciones que no se han podido solucionar en atención primaria.
- Atención de los efectos secundarios/complicaciones que se presenten con el uso de cualquier método anticonceptivo y que no puedan resolverse desde atención primaria.
- Inserción y/o retirada de DIU e implante (LARC).
- Derivación a servicio o dispositivo correspondiente para realización de ligadura/oclusión tubárica.
- Derivación a la consulta de trabajo social de salud en caso de que se detecten factores psicosociales que determinen conductas de riesgo (violencia de género, drogodependencia, IVE de repetición, etc.)
- Cuando no se precisen más revisiones en esta consulta, se entregará informe de alta de consulta a la usuaria. Su continuidad en anticoncepción se mantiene a través de los profesionales de atención primaria.

En cuanto al nivel de conocimientos acerca de las UGA que han mostrado las personas participantes, cabe señalar que alrededor del 50% de las personas encuestadas citan el nombre de estas unidades. En la misma línea, un alto porcentaje de las personas participantes indican que la actividad asistencial de estos servicios suele enmarcarse principalmente en dos intervenciones: el consejo anticonceptivo y la colocación y retirada de LARC. En consecuencia, los datos obtenidos indican que las y los profesionales del SMS conocen las características y funcionamiento de estos servicios específicos.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tal y como aparece reflejado en el *Programa de atención a la anticoncepción*, en la Región de Murcia la asistencia en materia de anticoncepción se organiza en torno la consulta de la matrona de atención primaria en salud, quien, en los últimos años, ha visto consolidada su posición como profesional referente en este ámbito. Prueba de ello es que

el 100% de las personas encuestadas pertenecientes al Sistema Murciano de Salud considera que, en términos generales, cuando las personas usuarias tienen alguna demanda relacionada con la anticoncepción, suelen solicitar en primer lugar cita con la matrona, o en su defecto con medicina de atención primaria en salud.

Una de las personas entrevistadas refiere que la matrona tiene una posición privilegiada dentro del circuito de atención a la anticoncepción, puesto que al ser la profesional competente para realizar intervenciones como el cribado de cáncer de cérvix, puede realizar la valoración inicial y, posteriormente, el consejo anticonceptivo a aquellas personas usuarias que, de otro modo, no habrían accedido al circuito.

Sobre las intervenciones realizadas en atención primaria, generalmente suelen ir dirigidas a personas usuarias que no tienen problemas de salud o que no se encuentran en situaciones de riesgo que requieran de una atención especializada.

Según las personas encuestadas vinculadas al Sistema Murciano de Salud, las intervenciones realizadas con mayor frecuencia en el primer nivel asistencial son el consejo anticonceptivo, la anamnesis inicial para la elección de método anticonceptivo, la provisión de información anticonceptiva, la prescripción y seguimiento de la anticoncepción hormonal oral y la administración de la inyección intramuscular de progestágeno.

A estas intervenciones habría que sumar las que aparecen descritas en el programa desarrollado por el SMS, entre las cuales destacan las siguientes: información y consejo contraceptivo a mujeres durante las consulta postparto; derivación a consulta externa de ginecología/UGA para prescripción de método anticonceptivo en mujeres de riesgo o con dificultad de manejo en atención primaria; derivación a la consulta de trabajo social de salud en caso de que se detecten factores psicosociales que determinen conductas de riesgo (violencia de género, drogodependencia, IVE de repetición, etc.); promoción e información de los métodos LARC; derivación a consulta de ginecología/UGA para valoración sobre uso de LARC, y asesoramiento e información sobre métodos definitivos para la gestión de la posterior derivación a los servicios específicos donde se realizan las intervenciones pertinentes.

En cuanto las características de la actividad asistencial del segundo nivel asistencial, cabe señalar que las intervenciones que se realizan de forma preferente son las siguientes: consejo anticonceptivo y seguimiento de la anticoncepción en personas usuarias derivadas por atención primaria o que se encuentran en una situación de riesgo o vulnerabilidad que precise de un abordaje más especializado; colocación, seguimiento y retirada de LARC y realización de las intervenciones de ligadura de trompas y de

oclusión tubárica.

Sobre la derivación y la coordinación entre niveles asistenciales, una persona entrevistada admite que:

“Es mejorable... Sobre todo porque las UGA no están implementadas de igual forma en todas las áreas y porque al final la patología se prioriza en la agenda y los tiempos de atención. En el momento en que se une patología con anticoncepción ya sabemos quién sale perdiendo: la anticoncepción, porque no se considera una atención urgente y no se prioriza. Ese es uno de los aspectos que queremos abordar con la nueva actualización”.

Acceso

Accesibilidad a la información

Aunque en la Región de Murcia el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales para garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción, es el de la matrona de atención primaria en salud el perfil profesional referente para este servicio salvo que, como se indica en el Programa de atención a la anticoncepción, la persona usuaria tenga una situación de riesgo o patología que precise de un abordaje especializado por parte de profesionales de ginecología del segundo nivel asistencial.

Además de la accesibilidad de la información a través de la posibilidad de solicitar cita directa con la matrona de atención primaria, las personas usuarias del Sistema Murciano de Salud disponen de una plataforma digital, el Portal Sanitario de la Región de Murcia, donde pueden consultar algunos documentos con información actualizada sobre anticoncepción o el propio programa de atención. No obstante, cabe señalar que ninguna de las personas encuestadas refirió conocer que en esta web se encontrasen publicados materiales divulgativos en materia de anticoncepción. Quizá por esta razón alrededor del 50% de las personas encuestadas señalan que no les parece que la información sobre anticoncepción sea accesible para las personas usuarias en la Región de Murcia.

Por último hay que mencionar que, en relación con los materiales divulgativos, según la persona entrevistada éstos se encuentran desactualizados.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En la Región de Murcia los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre como el implante subcutáneo. Y aunque esta medida es uno de los pilares en la promoción de la accesibilidad a la anticoncepción, sorprende que menos del 45% de las personas encuestadas del Sistema Murciano de Salud saben de la gratuidad de ambos métodos.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia no se dispensa de forma gratuita en ninguno de los servicios del Sistema Murciano de Salud, a excepción de las urgencias hospitalarias en casos de agresión sexual. Más del 85% de las personas encuestadas conocen que el organismo autonómico de salud murciano no brinda anticoncepción de urgencia gratuita.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Tal y como refiere una de las personas entrevistadas, dentro de cada programa elaborado por el Sistema Murciano de Salud, en el marco del Plan de Atención a la Mujer (PIAM) se encuentra un apartado en el que se explican las características, objetivos y contenidos que ha de tener cada

programa formativo.

En el caso del *Programa de atención a la anticoncepción*, el programa formativo va dirigido a la totalidad de perfiles profesionales que desarrollan su labor asistencial en los diferentes niveles asistenciales del Sistema Murciano de Salud. Desde medicina de familia y ginecología hasta enfermería, matronas, pediatría y trabajo social. Al respecto, una persona entrevistada dice lo siguiente:

“Todos los años se han hecho varias ediciones del curso en anticoncepción, tanto online -para facilitar la accesibilidad de los profesionales- como presencial. Muchos profesionales interesados son de atención primaria. Parece que es más difícil que acudan los ginecólogos, quizá sienten que ya están actualizados y formados aunque en la práctica no sea así. Aun así la respuesta de los profesionales ha sido buena, así que hay que continuar”.

En cuanto las características de la formación elaborada por el Servicio Murciano de Salud, cabe mencionar que éste aborda la anticoncepción desde un enfoque transversal, biopsicosocial y generalista. En consecuencia, en este programa formativo no se ha incluido ninguna sesión práctica dirigida a la capacitación de profesionales en la colocación y retirada de los LARC, ya que, como defiende la persona entrevistada *“somos coherentes y formamos en lo que las y los profesionales pueden hacer en su lugar de trabajo. De lo contrario se frustrarían”.*

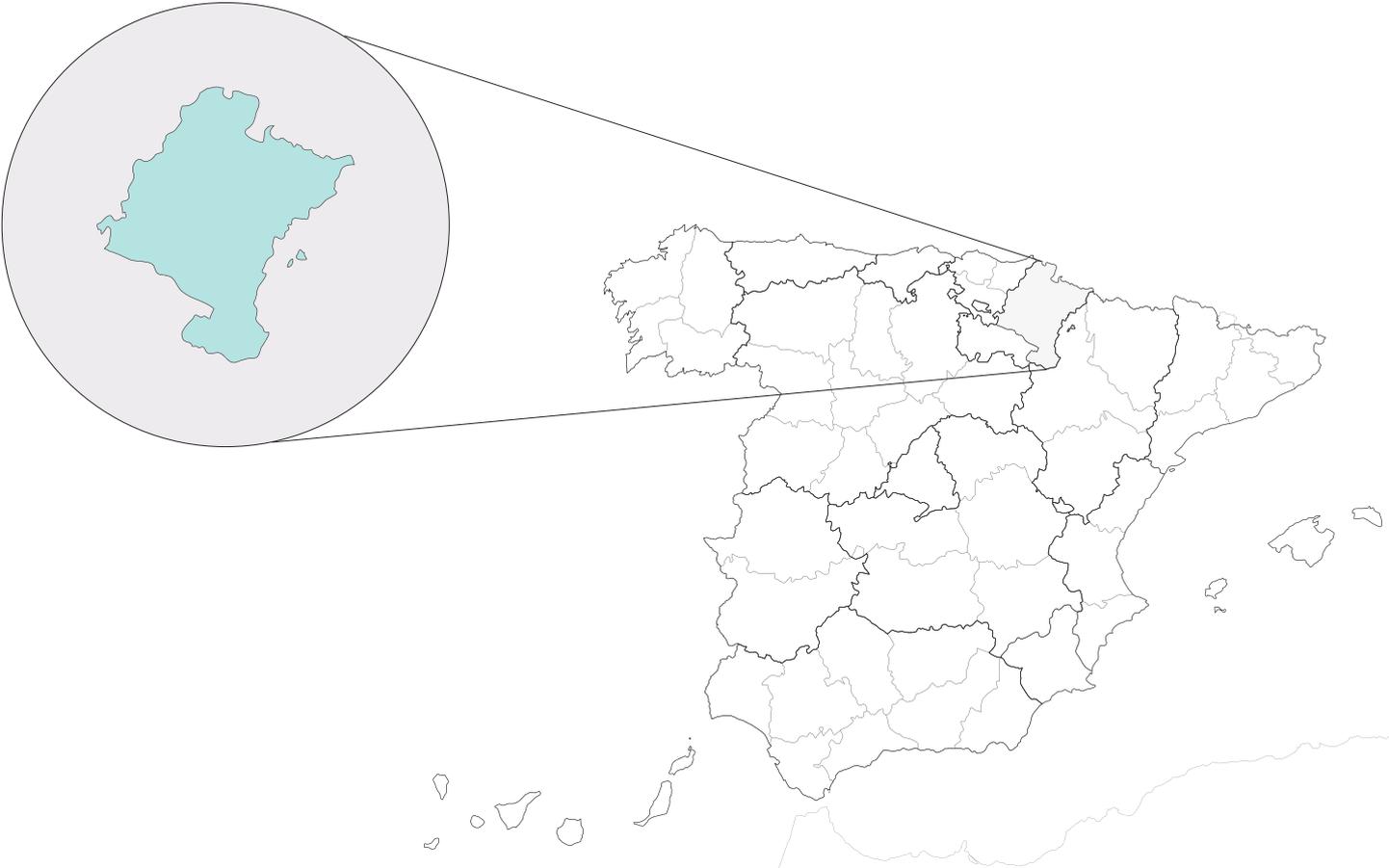
Por último, cabe mencionar que, del total de personas encuestadas vinculadas al Sistema Murciano de Salud, más del 50% saben de la existencia de los cursos de formación continuada sobre anticoncepción ofertados por este servicio de salud.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Atendiendo a lo expuesto por las personas participantes en esta investigación que se encuentran vinculadas al Sistema Murciano de Salud, desde este organismo, no se han desarrollado otros instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción además del *Programa de atención a la anticoncepción*.

Comunidad Foral de Navarra



Comunidad Foral de Navarra

En la Comunidad Foral de Navarra no existe ningún programa específico de atención en materia de anticoncepción. Sin embargo, la anticoncepción ocupa un lugar protagonista en el programa Salud Joven, ya que desde esta comunidad autónoma se ha apostado por mejorar en lo posible el acceso de las personas jóvenes al circuito de atención a la anticoncepción.

Hay que destacar también la importancia que desde el Servicio Navarro de Salud se le otorga al perfil de la educadora/educador en los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR), un/una profesional que además de realizar consejo anticonceptivo desarrolla acciones grupales de educación sexual para adolescentes y jóvenes en espacios educativos tanto formales como informales.

La apuesta por potenciar la figura de la educadora de los CASSyR en detrimento de la matrona de Atención Primaria en Salud (APS) refleja la situación de la atención a la anticoncepción en Navarra, porque estos centros específicos han conseguido situarse como los espacios de referencia en materia de anticoncepción y dejar en un segundo plano la atención primaria. La información aportada por las y los profesionales del servicio de salud autonómico así lo indica.

Una de las personas entrevistadas describe así la situación de la atención a la anticoncepción en esta comunidad autónoma:

“Se ha avanzado mucho con la anticoncepción. Yo sé que en otras comunidades no tienen la accesibilidad ni la gratuidad que nosotros tenemos. Es algo que tenemos que agradecer. También las profesionales... La accesibilidad de la población es fácil. Creo que no me parece que tengan tantas dificultades. En cuanto a mejorar, este año hemos intentado mejorar el acceso de poblaciones más vulnerables, como personas migrantes que por la barrera del idioma o la situación legal... Y quizá los tiempos es lo que hay que mejorar. No damos abasto, y aunque intentamos que la atención a la anticoncepción sea preferente, pues hay otras patologías que dices... ¿Qué es más preferente? Pero yo creo que a la anticoncepción debería haber un acceso más rápido”.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde el Servicio Navarro de Salud (SNS) no se ha desarrollado ningún programa en materia de anticoncepción. Una de las personas entrevistadas se refiere, sin embargo, al programa dirigido a las personas jóvenes:

“Como programa solo tenemos el que va dirigido a jóvenes, que es un programa basado en que la gente joven tenga acceso a la anticoncepción sin cita previa y sin tiempos de espera para que luego no haya disgustos. En principio el programa joven se pone dos o tres tardes al mes en el CASSyR, aunque la idea es ampliarlo a alguna tarde más. En principio por la tarde, porque creemos que facilita el acceso”.

Las personas encuestadas y vinculadas al SNS ratifican esta información. Además, un 50% de ellas afirman que la anticoncepción constituye un área prioritaria de intervención en la comunidad autónoma navarra y se refieren en repetidas ocasiones a la existencia del programa al que alude la persona entrevistada.

Sobre el programa Salud Joven Navarra hay que matizar que, aunque aborda la sexualidad desde un enfoque holístico y apuesta por hacer accesible la información sobre salud sexual (y anticoncepción) a las personas jóvenes, de manera que estas puedan recibir una atención de calidad y adaptada a sus necesidades, no puede considerarse un ejemplo de programación de servicios y funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción.

Al margen de lo ya expuesto, hay que destacar que en el *Plan Estratégico para la Igualdad entre mujeres y hombres en Navarra 2022-2027 (Programación 2022)* se establece el conocimiento y la toma de decisiones sobre anticoncepción como un indicador de evaluación del objetivo específico *“contribuir a que las mujeres tengan vidas saludables y puedan tomar decisiones sobre su salud de forma autónoma”*. lo que puede indicar que la anticoncepción está contemplada en las políticas públicas de Navarra.

Como aparece reflejado en el Portal de Salud de Navarra, en esta comunidad autónoma existen los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR), unos servicios específicos que cuentan con diecisiete centros. Más del 50% de las personas encuestadas y vinculadas con el Servicio Navarro de Salud dicen conocer estos servicios, que una de las personas entrevistadas describe así:

“Suelen estar dentro de los edificios de atención primaria, aunque pertenecen a atención especializada. Son una modalidad híbrida de atención. Los equipos son como una sección dentro de lo que es la atención primaria. El acceso a la comunicación con los profesionales de APS (médicos, pediatras), que esto es lo que se reivindica que debería mejorar, es más fácil en teoría, porque si el médico de familia tiene una duda puede venir a realizar directamente la consulta al espacio donde estamos situados”.

Por otro lado, en uno de los trípticos informativos de la campaña *En Sexualidad No Te Quedes Con La Duda*, publicados en la plataforma virtual Salud Joven Navarra, se señala que los CASSyR asociados al Programa Joven ofrecen, sin necesidad de cita previa, información y asesoramiento sobre diversos asuntos, entre los que están algunos relacionados con la anticoncepción como los métodos anticonceptivos, la píldora postcoital y la interrupción voluntaria del embarazo.

Aunque tienen a las personas jóvenes como principales destinatarias, los CASSyR también atienden a cualquier persona usuaria que lo solicite o que, en su defecto, haya sido derivada por parte del primer nivel asistencial. En este sentido, y tal y como se dice en el Portal de Salud de Navarra, aunque las personas usuarias deben solicitar cita previa para recibir atención en materia de anticoncepción, las personas pueden ser atendidas a demanda en aquellas ocasiones en que la o el profesional lo consideren pertinente y hay disponibilidad.

Los equipos de trabajo de los CASSyR están compuestos generalmente por una/un ginecóloga/o, dos matronas, una o un profesional de enfermería, una persona de administración y una /un educadora/educador sexual.

En cuanto los servicios y actividades asistenciales ofertadas en materia de anticoncepción dentro de la cartera de los CASSyR, el Portal de Salud de Navarra cita los siguientes:

- **Consulta ginecológica (previa derivación):** asesoramiento anticonceptivo e inserción de DIU o implante.
- **Consulta de psicología-sexología:** atención a problemas de la esfera sexual en usuarios derivados de otros profesionales de los CASSyR y provisión de apoyo emocional en situaciones de vulnerabilidad.
- **Consulta de matrona:** asesoramiento anticonceptivo y en temas de sexualidad en gestación y fuera de ella.
- **Consulta de enfermería:** planificación familiar y educación para la salud.
- **Consulta de educación:** información y asesoramiento en temas de anticoncepción, control de anticoncepción, asesoramiento en temas de sexualidad, tramitación de anticoncepción definitiva del varón (vasectomía), tramitación de IVE (interrupción voluntaria de embarazo) y educación sanitaria y sexual en general.

Como puede comprobarse, en los CASSyR la mayor parte de las intervenciones en materia de anticoncepción son realizadas en la consulta de educación, en la que desarrolla su labor la educadora o educador, un perfil profesional único en el territorio español. Una de las personas entrevistadas explica lo siguiente sobre este perfil:

“Son enfermeras, a veces farmacéuticas, que tienen formación en sexología y en educación sexual. Su figura es la de escuchar y atender lo que la usuaria demanda y orientar y explicar la anticoncepción y los diferentes métodos. También hacen educación sexual y van a los colegios y los institutos. Intervienen con cualquier grupo que lo solicite. En otras comunidades, la tendencia es a que la matrona asuma eso pero yo defiendo el perfil de la educadora porque es mucho más específico en anticoncepción y es una figura fundamental en nuestros equipos porque tiene la agenda muy abierta, no se necesita volante de cita previa ni esperar mucho tiempo. Entonces esta figura es, habitualmente, la que se utiliza para una usuaria que quiere ponerse un DIU y ella se encarga de solicitar la cita. Es como una entrada más directa”.

En resumen, parece que desde la Comunidad Foral de Navarra las iniciativas de mejora de la accesibilidad y calidad de la atención a la anticoncepción pasan por situar como figura referente a la encargada de la educación sexual y por otorgar un papel central a los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR) dentro del circuito de atención.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Respecto a la organización y funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción de Navarra, el 70% de las personas encuestadas y vinculadas con el organismo autonómico de salud considera que la entrada a dicho circuito se realiza por dos vías: la de la Atención Primaria en Salud (APS) y la de los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR).

Los datos recabados indican que es en estos centros donde se realizan la mayor parte de las intervenciones relacionadas con la anticoncepción, desde la anamnesis y el consejo anticonceptivo hasta el seguimiento de la anticoncepción hormonal oral; la colocación, seguimiento y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración, y la derivación a los servicios hospitalarios para la realización de la ligadura de trompas y la oclusión tubárica. Las y los profesionales del servicio de salud navarro reconocen también el papel de los servicios de atención primaria, pero en la práctica sitúan a los servicios específicos como los espacios donde se desarrollan la mayor parte de las intervenciones.

Con relación al nivel de coordinación entre niveles asistenciales, una de las personas entrevistadas lo califica así: *“La coordinación es mejorable pero es fluida. Ahora hemos creado un grupo para mejorar todas estas cuestiones”*.

Acceso

Accesibilidad a la información

Aunque según la Cartera de Servicios de Navarra el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales para garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción, parece

que el perfil profesional de referencia es el de la persona responsable de la educación en los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR), quien, como ya ha quedado reflejado, realiza de forma habitual el consejo anticonceptivo a las personas usuarias que llegan a su consulta por iniciativa propia o derivadas desde otros servicios. Una de las personas informantes comenta, sin embargo, lo siguiente:

“El consejo anticonceptivo es transversal al equipo. Pueden hacer consejo desde la matrona y la enfermera hasta la educadora. Hay que ampliar el abanico cuando las personas tienen la formación adecuada. Si la usuaria quiere que se lo cuente el ginecólogo pero la educadora se lo va explicar muy bien, y la ginecóloga no tiene tiempo, pues se deriva a la educadora, que va a tener más tiempo para explicar todos los métodos anticonceptivos”.

Por otro lado, cabe señalar que poder accederse a la información sobre anticoncepción a través del consejo anticonceptivo, las personas usuarias disponen de una plataforma digital donde se pueden consultar los documentos sobre anticoncepción producidos por el organismo autonómico de salud. También hay que destacar la ya mencionada web Salud Joven, en la que está publicada la guía de anticoncepción y métodos anticonceptivos elaborada en 2020.

El 100% de las personas encuestadas consideran que el nivel de accesibilidad de la información en materia de anticoncepción en la Comunidad Foral de Navarra es excelente.

Una de las personas entrevistadas informa de que se están elaborando materiales de divulgación sobre anticoncepción, de lectura fácil y en varios idiomas, para mejorar el acceso a la información de las personas residentes en Navarra y contribuir así a reducir las desigualdades que pudieran estar produciéndose con relación a este asunto. En sus propias palabras:

“Tenemos el material universal en castellano y euskera pero estamos ampliando a diferentes idiomas y un poco dirigido a diferentes culturas por los tabúes que puedan tener. Esto se está trabajando desde hace un año y todavía no se ha materializado. Estamos elaborando todo esto también sobre los consentimientos informados, etc. Además, el Instituto de Salud Pública y Laboral tiene un panfleto sobre anticoncepción que va actualizando va mandando”.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En Navarra los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonal y de cobre como el implante transdérmico. Esta medida es fundamental para garantizar el acceso a la anticoncepción en la comunidad autónoma, y más del 80% de las personas participantes en esta investigación y vinculadas a Navarra Salud dicen conocerla.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en el territorio navarro. El 100 % de las personas encuestadas afirman saberlo.

Una de las personas entrevistadas refiere, por su parte, que este tipo de anticoncepción se dispensa de forma gratuita *“en las urgencias hospitalarias de ginecología de los hospitales de Navarra y en los CASSyR”*. No obstante, también es consciente de que haya personas que *“por su intimidad o lo que sea, tenga el dinero y vaya a la farmacia, la pague y se la tome”*.

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Según la mayoría de personas que han proporcionado información para el presente estudio, el organismo de salud de Navarra ha desarrollado formaciones en materia de anticoncepción. Al respecto, una de las personas informantes manifiesta lo siguiente:

“Desde los CASSyR se ha impulsado la formación para asegurar la actualización en materia de anticoncepción de todas las personas que trabajan en estos servicios. Por eso cada año y medio o dos hay curso de actualización. El último fue en junio del 2022 y se tocó todo lo que es la anticoncepción: los LARC, pros y contras, todo lo que pueda surgir con más duda, obesidad y anticoncepción, añosidad, nuevos anticonceptivos, nuevos perfiles, beneficios de la anticoncepción... Dura un día entero, de ocho de la mañana a seis de la tarde, y se hace en el hospital. Lo incluimos dentro del programa de formación del hospital al que pertenece el servicio, aunque viene mucha gente de APS porque facilitamos el acceso. En principio los perfiles se quisieron abrir y como la sala lo permite pues llegan enfermeras, matronas y médicos de familia, o las personas que estén interesadas.... Los profesionales del CASYR son los ponentes, con lo cual es una cosa casera pero que viene muy bien para que todo el mundo esté actualizado. Por otro lado, los cursos de colocación del implante los planifica la SEC”.

En conclusión, las formaciones realizadas en Navarra en materia de anticoncepción parecen depender de la voluntad de las y los profesionales de atención especializada, quienes, como parecen dar a entender las personas participantes, serían responsables de diseñar y ejecutar los cursos y jornadas.

Dicho de otro modo, aunque en Navarra existe formación sobre anticoncepción y está dirigida a todos los profesionales independientemente del nivel asistencial al que pertenezcan, el organismo autonómico de salud no ha diseñado ningún programa formativo como tal.

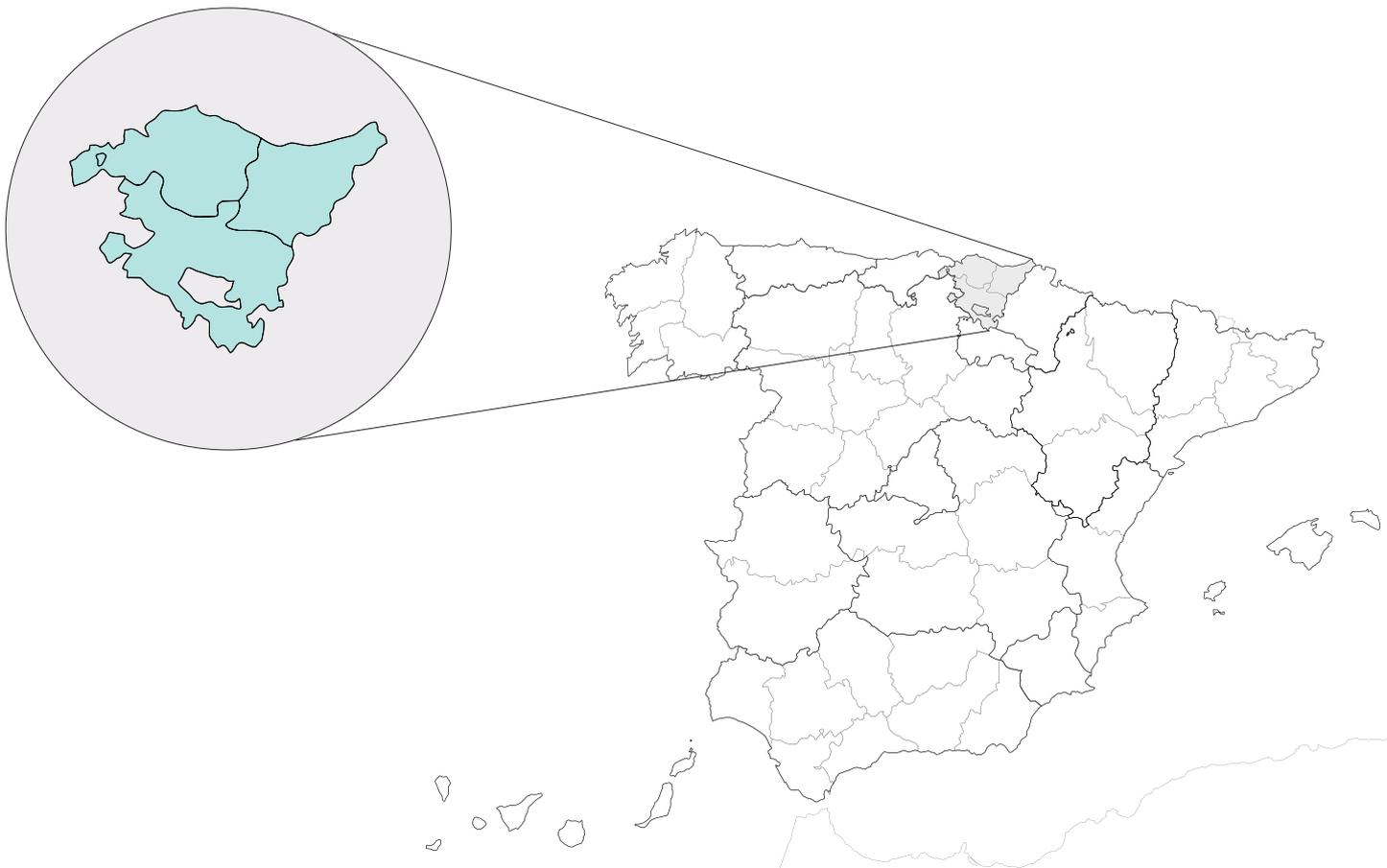
Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Sólo un 30% de las personas encuestadas y vinculadas con el Servicio Navarro de Salud dicen conocer la existencia de algún instrumento para la mejora de la práctica asistencial.

Una de las personas entrevistadas y vinculadas con el Servicio Navarro de Salud manifiesta, por su parte, que existen instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción: “Cuando finaliza el curso de actualización damos un librito donde aparecen las indicaciones, contraindicaciones y otras materias para intentar homogeneizar nuestra forma de trabajar”.

Esta misma persona opina que “las sociedades especializadas en esta materia ya hacen un muy buen trabajo de recogida de buenas prácticas, no hace falta duplicar. Hay muchas cosas que ya están hechas. Lo que hay es que facilitar el acceso a estos documentos de consulta”.

País Vasco



País Vasco

En el País Vasco no existe ningún programa específico de atención a la anticoncepción, ni tampoco una formación sistematizada y estructurada sobre este tema que esté dirigida al conjunto de las y los profesionales de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Asimismo, cabe destacar que, como consecuencia del sistema organizativo implementado en el territorio vasco, existe una enorme variabilidad en la gestión de la atención a la anticoncepción. Esto ha amplificado las inequidades dentro de esta comunidad autónoma; sobre todo en lo relacionado con la accesibilidad y la coordinación entre los servicios de los diferentes niveles asistenciales.

En consecuencia, aunque desde el sistema sanitario público vasco se ha apostado por centralizar la atención a la anticoncepción en el primer nivel asistencial y por situar a la matrona como la figura referente en lo que a realización del consejo anticonceptivo se refiere, la situación actual de la atención a la anticoncepción en esta comunidad autónoma es muy mejorable. En palabras de una de las personas entrevistadas:

“Hay muy buena voluntad por parte de los profesionales, pero el sistema se podría organizar mejor. Estaría bien que se dedicase algún recurso a mejorar la accesibilidad. La realidad no debería depender de la voluntad del profesional y, desde luego, debería haber algún sistema de control y de mejora continua”.

Políticas

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde el Servicio Vasco de Salud no se ha desarrollado ningún programa de atención a la anticoncepción. Tampoco aparece mención alguna a esta cuestión en el *Plan de Salud Euskadi 2030*, publicado en el año 2023. De hecho, en este documento ni siquiera aparece contemplada la salud sexual como un área a abordar, lo que explica por qué casi todas las personas participantes en el estudio -quienes se encuentran vinculadas al Servicio Vasco de Salud- consideran que la anticoncepción no constituye un área de intervención prioritaria en esta comunidad autónoma.

Cabe destacar que la página web del Departamento de Salud del Gobierno Vasco incluye información sobre un programa de educación afectivo-sexual para Educación Secundaria Obligatoria, desarrollado en el año 2018, basado en las nuevas tecnologías, y cuyo objetivo principal consistía en favorecer que las y los adolescentes adquirieran las competencias necesarias para manejar sus necesidades afectivas y sexuales. Puesto que dicho programa no se encuentra disponible, no ha sido posible analizar si la anticoncepción estaba incluida en sus contenidos.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

Si bien es cierto que el proceso de eliminación de los antiguos Centros de Orientación Familiar (COF) comenzó hace años, la realidad es que todavía se mantienen en activo varios de ellos debido a la situación laboral de algunas de las personas que desarrollaban su labor asistencial en dichos servicios.

No obstante, tal y como señala una de las personas que han participado en el estudio, estos centros “están en decadencia, han pasado a ser centros psico-socio-sanitarios. Aunque todavía hacen consejo sanitario y administran algún tipo de método anticonceptivo, es una atención muy residual”.

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tras iniciarse el proceso de eliminación de los servicios específicos de planificación familiar, la atención a la anticoncepción en el País Vasco ha quedado distribuida en dos niveles: el primer nivel asistencial, correspondiente a atención primaria en salud, y el segundo nivel asistencial, correspondiente a atención especializada.

En el marco de la atención primaria, las consultas de medicina de familia y de matrona funcionan como la puerta de entrada al circuito de atención a la anticoncepción. No obstante, de entre estos dos servicios, la consulta de la matrona se erige como el acceso preferido por las personas usuarias. En especial porque, como señala una de las personas entrevistadas, ésta *“tiene más facilidad para citar a la gente rápidamente, y es la responsable de dar la información sobre los métodos”*. Esta percepción la comparten alrededor del 90% de personas encuestadas pertenecientes al Servicio Vasco de Salud.

Dentro del primer nivel asistencial, la actividad queda vinculada a las siguientes intervenciones: elaboración de historia clínica sobre el uso de métodos anticonceptivos y realización de anamnesis; consejo anticonceptivo a personas de bajo riesgo; provisión de información anticonceptiva; seguimiento de la anticoncepción hormonal oral y administración y seguimiento del inyectable anticonceptivo.

Por su parte, la atención a la anticoncepción desarrollada por los servicios de atención especializada se centra en dos ámbitos: por una parte, la realización de consejo anticonceptivo y seguimiento de la anticoncepción hormonal oral a las personas usuarias que se encuentran en situaciones excepcionales o de riesgo, o que han sido derivadas al segundo nivel asistencial por criterio clínico de las y los profesionales de atención primaria. Y, por otra, la atención a las mujeres que solicitan una anticoncepción de carácter más intervencionista, es decir, aquellas que solicitan bien la colocación o retirada de un método anticonceptivo de larga duración (LARC), bien la realización de una ligadura de trompas o una oclusión tubárica.

En cuanto a la coordinación entre los servicios de los diferentes niveles asistenciales en materia de anticoncepción, ésta es muy mejorable. Existen enormes diferencias tanto en la forma de organizar la atención en las diferentes áreas sanitarias, como en la voluntad y capacitación del

personal sanitario para atender la anticoncepción. En este sentido, una de las personas que han participado en el estudio refiere lo siguiente:

“El País Vasco está dividido en un montón de organizaciones sanitarias integradas (OSIS). Entonces, hay muchas diferencias, porque cada OSI organiza su asistencia según las características del área de salud que atiende. Cada OSI se organiza como puede. Habrá áreas donde la integración sea mejor, y áreas donde será peor [...] En las áreas más grandes la coordinación es más complicada; sobre todo porque, aunque hay profesionales de primaria a los que les gusta la anticoncepción y hacen las intervenciones, también hay profesionales a los que no les gusta nada y lo derivan todo”.

En consecuencia, esta variabilidad constituye uno de los factores que inciden en la situación de desigualdad en la atención a la anticoncepción dentro de esta comunidad autónoma. Además, cabe señalar que otro de los problemas en el funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción en el País Vasco está relacionado con los dilatados tiempos de espera a los que se ven expuestas las personas usuarias, especialmente cuando solicitan la colocación del implante subcutáneo.

Una de las personas que ha participado en el estudio explica así el complejo proceso por el que han de pasar las personas usuarias que demandan este tipo de intervenciones:

“Para que una persona usuaria pueda ponerse el implante anticonceptivo en el Sistema Nacional de Salud es necesario que la mujer -que ha de tener entre 18 y 40 años para beneficiarse de la financiación del 60% del sistema público-, vaya al especialista; que le hagan la prescripción; que la paciente espere hasta que le llegue el visado...Una vez le llega va a comprar el método, y ya vuelve a la consulta para que el especialista de ginecología se lo ponga. Eso son meses de demora. Uno, porque ya hay una demora para esa primera consulta con ginecología. Dos, porque para volver la segunda vez la demora vuelve a aparecer”.

Con el objetivo de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y tratar de reducir el número de derivaciones, desde el organismo autonómico de salud se ha procedido a la implantación de la interconsulta virtual. Esta interconsulta permite que las y los profesionales de atención primaria puedan plantear sus dudas y preguntas a las y los profesionales de atención especializada, quienes, en ocasiones, pueden resolver la demanda sin necesidad de atender presencialmente a la persona usuaria, acelerándose así la resolución de los procesos asistenciales. No obstante, y como se comenta en las entrevistas realizadas, *“esto aún tiene que rodar, va poco a poco, aunque desde la pandemia cada vez los sistemas informáticos nos permiten hacer más cosas”.*

Accesibilidad a la información

Respecto al consejo anticonceptivo, aunque en el País Vasco la información sobre métodos anticonceptivos puede recibirse en todos los niveles asistenciales, las y los profesionales de esta comunidad autónoma que han participado en el estudio consideran que el perfil profesional referente en esta materia es la matrona.

De ahí que una de las personas entrevistadas refiera que *“las matronas dan un buen consejo anticonceptivo porque están interesadas y cada vez se forman más”*. No obstante, también hay personas que deciden recurrir a medicina de familia cuando demandan este tipo de intervenciones; aunque, como de nuevo se pone en evidencia durante las entrevistas, *“ahí la variabilidad es enorme porque los médicos de familia no están muy formados; sobre todo cuando tienen de 50 años para arriba tienen una formación básica”*.

Esta variabilidad se menciona también respecto al consejo anticonceptivo realizado en ginecología:

“Otra vez las diferencias son enormes. El consejo anticonceptivo específico es competencia del ginecólogo pero hay ginecólogos que están muy concienciados, sobre todo cuando pasan mucho tiempo en el nivel especializado de la primaria, y otros que algo menos. Es inevitable. ¿Creo que el consejo anticonceptivo, globalmente, es bueno? Sí. ¿Podría mejorar? Pues en cierto modo se podría estratificar mejor para que fuera más eficiente”.

Por otra parte, y en términos generales, la percepción de las y los profesionales que desarrollan su labor profesional en los servicios de salud del País Vasco es que la información sobre anticoncepción es accesible, si bien destaca que la totalidad de las personas encuestadas han afirmado echar en falta la existencia de una plataforma web intuitiva donde se encuentren publicados materiales divulgativos y de calidad dirigidos a las personas usuarias. Estas respuestas indican que las personas encuestadas desconocen que la página web del Departamento de Salud del Gobierno Vasco incluye información sobre anticoncepción a través de una guía online donde se presentan las características principales de cada uno de los métodos anticonceptivos.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

Entre los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, en esta comunidad autónoma tan solo son gratuitos para todas las personas usuarias los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre. Alrededor del 80% de las personas encuestadas tiene conocimiento de esta información.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en el territorio del País Vasco, algo que conoce casi el 80% de las personas encuestadas que desarrollan su labor asistencial en los servicios de salud de la comunidad autónoma, y que han cumplimentado el cuestionario.

En cuanto a los servicios que dispensan gratuitamente la anticoncepción de urgencia, durante una de las entrevistas se aclara que este tipo de anticoncepción se dispensa de esta forma *“en los puntos de atención continuada del Servicio Vasco de Salud y, en caso de agresión sexual, en las urgencias hospitalarias. Esto se ha organizado así para evitar la saturación de las urgencias de los hospitales”*.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

La mayoría de las personas encuestadas señalan que no conocen la existencia de ninguna formación sobre anticoncepción desarrollada por

País Vasco

el organismo público de salud del País Vasco. Sin embargo, uno de los informantes que ha participado en el estudio habla de la existencia de cursos online:

“Hay cursos online que organiza una red de formación vinculada con el Servicio Vasco de Salud; pero, como tal, cursos presenciales no hay. Si los profesionales tienen inquietudes se forman aparte [...] Los cursos online son básicos, pero cubren aspectos necesarios: los métodos, la anticoncepción de urgencia... Es verdad que no tienen contenidos relacionados con la terapéutica de los gestágenos, por ejemplo, pero, aun así, es un curso amplio y que cubre casi todos los aspectos de la anticoncepción”.

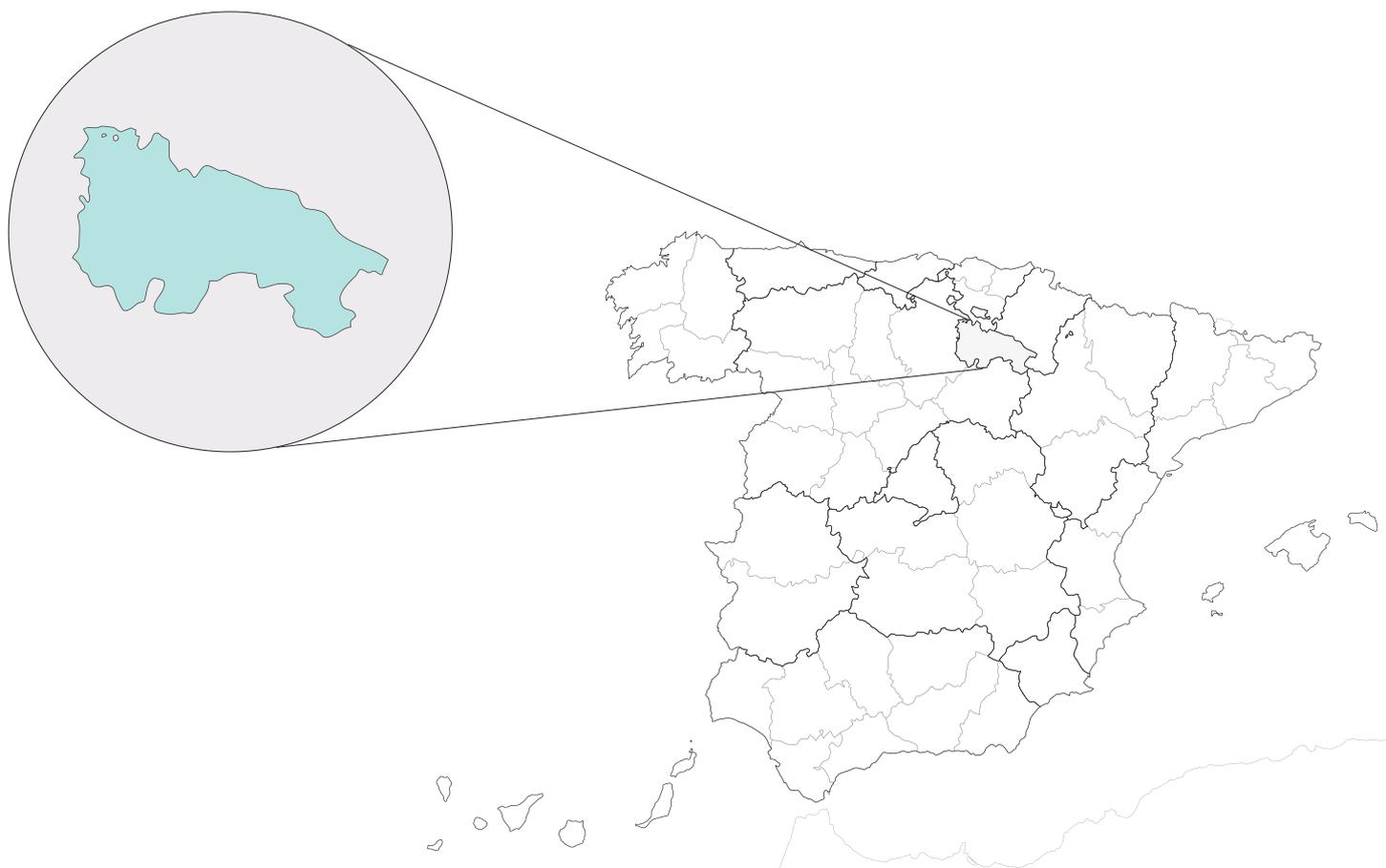
Casi todas las personas que han brindado información para la elaboración de este estudio coinciden en que es necesario que se diseñen programas formativos estructurados y actualizados que, además, sean comunes en todas las organizaciones sanitarias integradas (OSIS), permitiendo así homogeneizar el nivel de conocimientos en materia de anticoncepción de las y los profesionales del Servicio Vasco de Salud.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Atendiendo a lo expuesto por las personas entrevistadas, desde el Servicio Vasco de Salud *“no existen guías sistemáticas o protocolos que regulen la asistencia en esta comunidad”*; una percepción que comparte el 50% de las personas que han cumplimentado el cuestionario y se encuentran vinculadas a este organismo autonómico. En algunos casos se menciona la existencia de un protocolo en materia de anticoncepción, que no se encuentra disponible en la plataforma web del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

La Rioja



Tras el diseño de su *Programa para la organización de la atención anticonceptiva en La Rioja* en 2022, esta comunidad autónoma ha implementado diversos cambios con el objetivo de mejorar la accesibilidad y calidad de su atención a la anticoncepción, entre ellos, el fomento de la formación de las y los profesionales pertenecientes al primer nivel asistencial, y la ampliación de los contenidos de la consulta de la matrona, quienes, en tanto referentes de atención a la anticoncepción, han pasado a constituirse como la puerta de entrada al circuito de anticoncepción.

Con todo, desde la perspectiva de las y los profesionales del Servicio Riojano de Salud la puesta en práctica del modelo de atención en anticoncepción propuesto en el programa antes mencionado no está siendo ideal. En primer lugar, porque la voluntad de las y los profesionales sigue marcando sustancialmente la forma en cómo éstos realizan o no las intervenciones en anticoncepción, en especial, si no se muestran proclives a formarse en aspectos como el consejo anticonceptivo. En segundo lugar, porque parece que no se está llevando a cabo la evaluación de los indicadores planteados de cara a la monitorización del grado de implantación del Programa. Y en tercer y último lugar, porque, según parece, como consecuencia de la falta difusión del programa a personas usuarias y profesionales, existe una situación de desconocimiento generalizada en lo que a funcionamiento y servicios del circuito de anticoncepción se refiere. Por ello, una de las personas entrevistadas concluye *“ha habido una clara mejoría pero hay que seguir mejorando”*.

Existencia de políticas de atención a la anticoncepción

Desde 2022, La Rioja dispone de un programa específico de atención a la anticoncepción bajo el nombre de *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en La Rioja 2022*.

Este programa nace en el marco del Real Decreto 1030/2006 y de las estrategias de salud del plan de atención a la salud sexual y reproductiva vinculado a la Ley 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, con el objetivo general de garantizar una atención anticonceptiva de calidad, accesible y equitativa a toda la población femenina en edad fértil de la Comunidad Autónoma de La Rioja. En razón de lo cual el programa plantea los siguientes objetivos específicos:

- Establecer una oferta de servicios común desde los dispositivos sanitarios, dirigida a toda la población que incluya las actividades propias en materia de promoción de la salud sexual y reproductiva, prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual.
- Identificar las competencias y responsabilidades del personal sanitario implicado en la asistencia anticonceptiva.
- Homogeneizar la ruta de acceso de las usuarias a la atención anticonceptiva, potenciando la puerta de acceso desde la Atención Primaria por sus características de accesibilidad, continuidad en la atención y orientación a la promoción y prevención de la salud.
- Establecer los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva (Atención Primaria / consultas de Ginecología/CASSR).
- Promover la utilización de Guías y Protocolos comunes.
- Evaluación del programa mediante indicadores
- Establecer un Programa de Formación Continuada en materia de anticoncepción y consejo contraceptivo.

Para las y los profesionales del Servicio Riojano de Salud (SERIS), la

existencia de este programa da cuenta del importante lugar que ocupa la anticoncepción en la agenda de salud pública de su organismo autonómico de salud. De hecho, del total de profesionales del SERIS que contestaron al cuestionario, prácticamente su totalidad afirmaron que la anticoncepción constituía un área prioritaria de intervención en La Rioja.

Asimismo, destaca el conocimiento que muchos de los profesionales del SERIS tienen del *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*. Del total de personas encuestadas, casi el 100% conocen la existencia del programa en cuestión. No obstante, de este gran porcentaje, la inmensa mayoría no saben o desconocen que dicho programa se encuentra vinculado a la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

No obstante, según la persona entrevistada vinculada al SERIS, aunque *“una cosa por escrito es muy bonito, llevarlo a la práctica no tanto, se hicieron en el 2023 varias sesiones de formación [...] pero se ha quedado un poquito...”*.

En razón de lo cual concluye *“si me preguntas: ¿estrategia, existe? Sí. ¿Hay muchas personas que estamos en ello y diariamente lo hacemos posible? Sí. ¿Qué se puede mejorar? También”*.

Circuitos

Servicios específicos de atención a la anticoncepción

De acuerdo a lo expuesto en el *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*, desde noviembre de 2021 en La Rioja existe un único servicios específico de atención a la anticoncepción: el Centro de Atención de Salud Sexual y Reproductiva (CASSR) *La Casita*, el cual depende del primer nivel asistencial tal y como se establece en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Ciertamente, como servicio de atención, el Centro de Atención de Salud Sexual y Reproductiva (CASSR) es todavía joven. En consecuencia, tal y como refiere una persona entrevistada *“todavía hay mucha población que no sabe que existe”*.

En la misma línea, parece que las y los profesionales vinculados al SERIS

que han respondido al cuestionario tampoco conocen el recurso en un porcentaje relativamente grande, alrededor de un 50%.

Asimismo, dado el reciente cambio de gobierno en esta comunidad autónoma, las y los profesionales que trabajan en este servicio parecen encontrarse *“a la espera porque la nueva corporación se está planteando para qué sirve este servicio”*, el cual, según las personas entrevistadas se encuentra conformado por: dos administrativas, dos matronas, cuatro ginecólogas que reparten su tiempo de actividad asistencial entre este centro y las consultas de ginecología hospitalarias, dos médicos *“de infecciosas”*, un endocrino, un psicólogo y una trabajadora social.

En este sentido destaca lo expuesto por la misma persona entrevistada quien, al explicar el funcionamiento del servicio, el cual se encuentra abierto de lunes a viernes en horario de 8am a 9pm, nombra la gran cantidad de actividades asistenciales que desarrolla este servicio específico:

“Hacemos desde el consejo anticonceptivo y la tramitación y acompañamiento de las personas que demandan la interrupción voluntaria de su embarazo (IVE) hasta la colocación y retirada de los implantes y la retirada de los DIU. También hacemos pruebas de detección de ITS y, además, somos uno de los dos centros Prep que existen en La Rioja [...] Hacemos el seguimiento de los casos de agresión sexual una vez han pasado por urgencias hospitalarias. Luego, por otro lado, dentro del CASSR también se encuentra la Unidad de atención a la diversidad sexual, donde se desarrolla el protocolo de atención a personas trans, que funciona desde 2023 y da acompañamiento, apoyo y atención psicológica y sexológica a las personas trans que lo necesiten, además de gestionar las derivaciones”.

Circuitos

Circuitos de atención a la anticoncepción

Tal y como aparece reflejado en el *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva de La Rioja*, en esta comunidad autónoma la asistencia en anticoncepción se organiza en torno la consulta de la matrona de atención primaria en salud (APS), quien, en los últimos años, ha visto consolidada su posición como profesional referente en anticoncepción. Prueba de ello es que más de la mitad de las personas encuestadas pertenecientes al SERIS considera que, en términos generales, cuando las personas usuarias tienen alguna demanda

relacionada con la anticoncepción suelen solicitar primero cita con la matrona, o en su defecto, con el médico de atención primaria en salud (APS).

No obstante, para la persona entrevistada perteneciente al SERIS la población todavía desconoce muchas de las competencias que tiene la matrona en materia de anticoncepción. En su experiencia:

“Las mujeres se siguen sorprendiendo cuando vienen a consulta. Dicen “no estoy embarazada” y es como “ya, ya, las matronas vemos muchas más cosas”. Poco a poco se va creando la cultura pero yo creo que la máxima referencia para las mujeres sigue siendo la ginecóloga”.

Sobre las intervenciones realizadas en atención primaria en salud, desde el programa se establece que, preferentemente desde la consulta de la matrona de este nivel asistencial, se realicen las siguientes actividades: consejo anticonceptivo a personas de bajo riesgo o que se encuentran en el puerperio, anamnesis dirigida, exploración, información sobre métodos anticonceptivos, seguimiento de métodos anticonceptivos y derivación al médico de familia de APS para la prescripción de anticoncepción hormonal oral. Asimismo, cabe destacar, que tras la implementación del programa, se ha incluido la colocación y retirada del implante transdérmico dentro de los contenidos de la consulta de las matronas de APS.

En cuanto las intervenciones en anticoncepción realizadas en atención especializada, éstas se centran en el abordaje de situaciones de alta complejidad. Tal y como señala el programa, dentro de las consultas de ginecología han de llevarse a cabo las siguientes actividades asistenciales: el asesoramiento y la prescripción del método anticonceptivo indicado en mujeres de alto riesgo y colectivos vulnerables, la resolución de las posibles complicaciones que aparezcan durante el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, la inserción de DIU, la realización de ligadura de trompas u oclusión tubárica. Asimismo, en este nivel asistencial también se han de atender a las personas usuarias que, por criterio clínico de las y los profesionales de atención primaria en salud, hayan sido derivadas a estos servicios.

En relación a la derivación y la coordinación entre niveles asistenciales, parece que ambas cuestiones se han visto mejoradas desde que se implantase el programa hace casi 2 años. Precisamente, porque dentro del mismo aparecen establecidos tanto los criterios de derivación como las características de los circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva. Por otro lado, cabe señalar que, dado que el programa también trajo consigo la ampliación de la cartera de servicios de atención primaria, parece que se ha producido una reducción del número de derivaciones a atención especializada, lo que, en términos generales, también supone una mejora de la calidad asistencial.

Accesibilidad a la información

Aunque en La Rioja el consejo anticonceptivo puede realizarse en todos los niveles asistenciales a fin de garantizar tanto la accesibilidad como la calidad de la atención a la anticoncepción, la matrona de atención primaria en salud es el perfil profesional referente en esta cuestión, a excepción de que la persona usuaria tenga una situación de riesgo o patología que precise de un abordaje especializado por parte de los profesionales de ginecología del segundo nivel asistencial o las y los profesionales que forman parte del equipo de intervención del Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSR).

En relación a la provisión de consejo anticonceptivo en el CASSR, una de las personas entrevistadas destaca la accesibilidad que este servicio ofrece a las personas usuarias que demandan este tipo de atención, ya que, como refiere *“aquí hay acceso directo. La mujer llama y solicita el consejo anticonceptivo. Si no, ya viene por derivación del médico de cabecera, su matrona del centro de salud, la psiquiatra, la trabajadora social”*.

No obstante, en relación a la realización de consejo anticonceptivo por parte de los profesionales del SERIS, en especial aquellos pertenecientes al primer nivel asistencial, las personas entrevistadas refieren que *“según la ley del Ministerio pueden hacer consejo anticonceptivo el médico de cabecera, la enfermera comunitaria, etc. Otra cosa es que todo el mundo sepa informar”*. Evidenciándose así que una buena accesibilidad a la información no solo depende de la facilidad con que una persona puede ser atendida dentro del circuito de anticoncepción, sino también de las competencias de que dispone la o el profesional que va a desarrollar la intervención.

Por otro lado, cabe señalar que, además de la accesibilidad de la información a través de la posibilidad de solicitar cita directa con la matrona de atención primaria, las personas usuarias del SERIS disponen de una plataforma digital donde se pueden consultar la guía online de métodos anticonceptivos, la cual destaca por su visual diseño, la facilidad de su uso y la calidad de la información ahí incluida.

Acceso

Eliminación del coste de los métodos anticonceptivos

En La Rioja los métodos anticonceptivos de larga duración son gratuitos para todas las personas usuarias, tanto los dispositivos intrauterinos hormonal y de cobre como el implante subdérmico. Dado que esta medida ha sido clave de cara a la garantía de la accesibilidad de la anticoncepción en esta comunidad autónoma, no es de extrañar que la totalidad de las personas participantes en esta investigación vinculadas al SERIS conozcan esta información.

Acceso

Dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia

La anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en el Servicio Autonómico de Salud. Algo que tienen claro cerca del 50 % de las personas encuestadas que desarrollan su labor asistencial en él.

Según el programa, dentro de los servicios de atención que dispensan la anticoncepción de urgencia de forma gratuita se encuentran: las urgencias de los centros de salud, las urgencias hospitalarias y el Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSR). No obstante, según una persona entrevistada:

“Me consta que ha ido gente a solicitarlo y ni siquiera los profesionales sabían que había. Aquí te lo puedo asegurar, en el resto de sitios se supone pero puede que sí o puede que no, depende de quien a ella”.

En consecuencia, pese que en la teoría el programa en anticoncepción de esta comunidad autónoma pretende garantizar la accesibilidad a la anticoncepción de urgencia de todas las personas usuarias del SERIS, parece ser que en la práctica existen algunos problemas que, en parte, podrían estar relacionados con el nivel de conocimientos que las y los profesionales de este servicio de salud tienen sobre el funcionamiento del circuito en anticoncepción.

Calidad

Formación continuada en anticoncepción a profesionales

Dado que uno de los objetivos del programa de SERIS consiste en establecer un Programa de Formación Continuada en materia de anticoncepción y consejo contraceptivo, desde 2023 el SERIS ha tratado de realizar varias sesiones formativas a las y los profesionales de atención primaria en salud, quienes constituyen la puerta de entrada al circuito de atención a la anticoncepción. No obstante, parece que las y los profesionales de este nivel asistencial no siempre tienen la voluntad de apuntarse a estas formaciones voluntarias. Por ello, una de las personas entrevistadas afirma que *“las formaciones tendrían que ser obligatorias o que se diesen en las horas de trabajo. Entonces ya no sería voluntaria ni en tu tiempo libre y la gente iría”*.

En relación a las características de las formaciones desarrolladas por el SERIS, las personas entrevistadas refieren que desde el servicio autónomo de salud de La Rioja se realizan *“tanto formaciones clínicas anuales sobre anticoncepción como formaciones para la colocación de implantes a profesionales de atención primaria, sobre todo a las matronas, para conseguir que las mujeres que viven en áreas rurales no tengan que venir a Logroño a colocárselo”*. Lo que, por otro lado, da cuenta de lo imprescindible que resulta de cara a la mejora de la accesibilidad y la calidad asistencial en materia de atención a la anticoncepción el que desde los servicios de salud se oferten cursos y formaciones acerca de esta temática.

Calidad

Instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Atendiendo a lo expuesto por las personas participantes en esta investigación que se encuentran vinculadas al SERIS, parece ser que, desde este organismo, no se han desarrollado instrumentos de mejora de la práctica asistencial relacionados con la anticoncepción. Cuestión que puede resultar sorprendente si se tiene en cuenta que uno de los objetivos

incluidos dentro del programa de anticoncepción riojano consiste en la promoción de la utilización de guías y protocolos comunes.

Con todo, para las personas informantes otra de las cuestiones que dificultan que el organismo autónomo de salud de La Rioja pueda mejorar su calidad asistencial se encuentra relacionado con el hecho de que *“aunque se hicieron unos formularios para que la actividad fuera evaluable y medible, los datos no sé si se están recogiendo y si están valiendo para algo”*.

En este sentido, si se revisa el documento del programa de anticoncepción elaborado por el SERIS, puede comprobarse que, dentro de sus anexos, se encuentra una tabla resumen acerca de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos basada en la guía del US MEC y un documento en el que se describen los mecanismos de actuación ante eventualidades. En consecuencia, aunque no existen guías de buenas prácticas o protocolos en anticoncepción como tal, sí que el programa de reciente elaboración publicado por el SERIS cubriría, de momento, las necesidades de las y los profesionales de esta comunidad autónoma en materia de anticoncepción.

Conclusiones

La situación de la atención a la anticoncepción en España puede definirse como heterogénea e inequitativa. Sin embargo, tras el análisis del material empírico obtenido a partir de los documentos oficiales publicados por las diferentes comunidades autónomas, las respuestas al cuestionario y los discursos aportados por las y los profesionales sociosanitarios y representantes de las administraciones públicas que han decidido participar en este estudio, se han identificado algunas cuestiones de interés que nos indican que, pese a sus diferencias, las comunidades autónomas de nuestro país tienen más en común de lo que parece, con todo lo que ello implica.

En consecuencia, a continuación se presentan algunas reflexiones que pretenden estimular el diálogo colectivo y, por extrapolación, promover el surgimiento de una alianza entre diferentes actores sociales y políticos que dirija sus esfuerzos no sólo a mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención a la anticoncepción en todo el territorio español, sino también a reducir las inequidades en salud que se están produciendo en esta materia.

La importancia de las políticas públicas en anticoncepción. ¿Mito o realidad?

La reducción de las desigualdades sociales en salud debería ser una prioridad de las políticas de salud pública y un eje transversal de las políticas sanitarias de nuestro país. Sin embargo, tal y como quedaba patente en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2010, “Son varias las comunidades que no contemplan la salud sexual como un área prioritaria de intervención en sus respectivos planes de salud (Ministerio de Salud y Políticas Sociales, 2010).

Conclusiones

Si bien es cierto que, por norma general, la anticoncepción aparece incluida dentro de las carteras de servicios de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país, la realidad es que, actualmente, tan solo disponen de una estrategia o programa de atención a la anticoncepción, o en su defecto a la salud sexual, las siguientes comunidades autónomas: Aragón, con su Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva (2016); Asturias, con su Guía para la ordenación de servicios de anticoncepción y planificación familiar en Asturias (2018); Cataluña, con su Pla de millora de l'accés als mètodes anticonceptius de llarga durada (2023); Canarias, con su Programa de Atención a la Salud Afectivo-sexual y Reproductiva (PASAR); la Comunidad Valenciana, con su Estrategia en Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021; La Rioja, con Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en La Rioja 2022; y la Región de Murcia, con su Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva (2012, act. 2018),

Paralelamente, otras comunidades como Galicia, con su Guía técnica do proceso de anticoncepción do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller (2008); y la Comunidad de Madrid, con su Documento de consenso Atención a la salud de las mujeres: uso de métodos anticonceptivos (2022), han tratado de estandarizar la práctica clínica en anticoncepción en sus territorios, aunque sin llegar a emprender el proceso de planificación en salud que sí han llevado a cabo las comunidades autónomas antes mencionadas.

Mientras, Andalucía, Cantabria, Castilla La Mancha, Castilla y León, el País Vasco, Extremadura, Islas Baleares y Navarra se encuentran a la espera de que se despierte en sus correspondientes gobiernos la voluntad política necesaria para poder poner en marcha un grupo de motor que desarrolle un plan o programa en anticoncepción.

Ciertamente, la cuestión de la voluntad política ha sido uno de los frenos al desarrollo de políticas públicas en anticoncepción que más se han mencionado en las entrevistas realizadas en el marco de este estudio. A la par, otro de los obstáculos más citados en relación con el desarrollo de políticas públicas en anticoncepción, ha tenido que ver con los procesos de transición política derivados de los cambios que, tras las diferentes elecciones autonómicas, se han producido en algunos gobiernos. No sólo las y los profesionales de aquellas comunidades donde no existe un plan o programa perciben esto como un factor dificultador de cara al desarrollo de políticas públicas en anticoncepción; sino que también las y los profesionales de las comunidades que sí cuentan con planes o programas consideran que estas transiciones políticas ponen en peligro los logros conseguidos hasta la fecha.

Conclusiones

Por todo ello se puede concluir que, en primer término, sin políticas públicas los gobiernos no pueden garantizar que exista en sus territorios una atención a la anticoncepción accesible y de calidad; lo que pone sobre la mesa lo prioritario que resulta el desarrollo de planes o programas en anticoncepción que permitan regular todos aquellos aspectos -servicios y funcionamiento del circuito, competencias y formación de profesionales- que influyen directa o indirectamente en la atención proporcionada por los organismos autonómicos de salud a las personas usuarias en materia de anticoncepción. Y en segundo lugar, que el peso de la tendencia política en la gestión y planificación en salud marca las posibilidades que tienen los organismos autonómicos en salud de emprender acciones dirigidas a la mejora de la atención a la anticoncepción, siendo este problema común a todas las autonomías.

La importancia del primer nivel asistencial y la accesibilidad de la información para la mejora de la atención a la anticoncepción.

Retomando lo expuesto por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010), si algo caracteriza a la situación de la atención a la salud sexual, y por extrapolación a la anticoncepción, es que existe una gran variabilidad entre territorios que hace compleja la tarea de analizar comparativamente los diecisiete circuitos de atención a la anticoncepción del contexto español.

De ahí que, en este caso, se haya decidido articular este análisis en torno a dos preguntas: ¿qué elementos pueden ayudar a garantizar el buen funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción?; y, ¿cuál debe ser la puerta de entrada al circuito de atención a la anticoncepción: los centros de salud de atención primaria en salud o los servicios específicos en anticoncepción?

Contestar a la primera pregunta podría parecer sencillo y estaría relacionada con apostar por el desarrollo de planes o programas donde se determine la estructura organizativa del circuito con el objetivo de homogeneizar tanto la ruta de acceso como de derivación entre niveles asistenciales a fin de garantizar la accesibilidad a la atención y una adecuada coordinación entre niveles.

Ahora bien, aunque el hecho de que un plan o programa incluya dentro de sus objetivos la organización de la atención a la anticoncepción sí es una de las claves para el éxito, se necesitan, además, otros elementos añadidos.

Así, atendiendo a lo expuesto por muchas de las personas participantes, el nivel de conocimientos de las personas usuarias y profesionales en relación

Conclusiones

con los servicios y el funcionamiento del circuito de anticoncepción es uno de los factores que condiciona en mayor medida el acceso y la calidad de la asistencia en materia de anticoncepción.

Por ello, cabe afirmar que no solo vale con que existan planes o programas donde aparezcan ciertas explicaciones acerca de las estructuras organizativas de los diferentes circuitos de atención; también es necesario que los circuitos funcionen adecuadamente. Eso implica que las y los profesionales cuenten con capacitación, que se sistematicen los procesos que se garantice la coordinación y que se reduzcan las listas de espera; y también que las y los profesionales sanitarios conozcan de primera mano las características, servicios, recursos, actividades y sistemas de coordinación que forman parte del circuito de atención donde desarrollan su labor asistencial. Aunque para ello necesiten consultar y revisar con relativa frecuencia el plan o programa en el que se basan sus acciones.

Por otro lado, en relación con la segunda pregunta, ésta resulta más complicada de responder. Sobre todo porque, si algo han podido demostrarnos las experiencias de la atención de anticoncepción de las diferentes comunidades autónomas de nuestro país es que, realmente, no existe un modelo mejor que otro, siempre y cuando la mayor parte de la atención quede centralizada en el primer nivel asistencial. Así lo establece la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que sitúa como puerta de entrada preferente al circuito de atención a la anticoncepción los servicios de atención primaria en salud, ya sean los centros de salud, los servicios específicos pertenecientes a este nivel asistencial o, en su defecto, los servicios específicos que, correspondiendo al segundo nivel asistencial, tienen carácter ambulatorio.

Lo anterior no quiere decir que resulte indiferente si una persona acude al centro de salud o al centro específico de atención cuando tiene una demanda en anticoncepción. Todo lo contrario. Lo que aquí se plantea es que, sea un modelo u otro el elegido, lo importante es que, de nuevo, exista un documento de referencia en el que se fije cuál es la cartera de servicios de cada dispositivo de atención para que, tanto las personas usuarias como las y los profesionales, puedan consultar estas cuestiones y utilicen los recursos de que disponen óptimamente.

En este sentido, Cataluña y Aragón constituyen dos buenos ejemplos en términos de estructuración y difusión de sus modelos de atención, que cuentan con diferentes puertas de entrada a su circuito.

En el caso de Aragón, la puerta de entrada al circuito en anticoncepción es la consulta de la matrona de atención primaria. Por su parte, Cataluña ha situado como puerta de entrada al circuito en anticoncepción la consulta de la matrona de la unidad de atención a la salud sexual y reproductiva (ASSIR).

Conclusiones

Desde luego, las diferencias entre ambos modelos son evidentes; mientras que en Aragón se ha apostado por eliminar los servicios específicos y organizar la atención en torno a los centros de salud de atención primaria, en Cataluña se ha potenciado a los servicios específicos como centros referentes en anticoncepción, quedando la atención primaria relegada a un segundo plano.

Con todo, estas dos comunidades tienen varios puntos en común. En primer lugar, que ambas potencian a la matrona como figura referente en anticoncepción, algo que en todas las entrevistas realizadas ha sido reivindicado. De hecho, algunas de las demandas de las personas entrevistadas han estado ligadas, entre otras cosas, a la promoción de la autonomía de este perfil a través de la aprobación de medidas como la prescripción enfermera. Ejemplo de ello son las siguientes afirmaciones:

“Como las matronas tienen que derivar a los médicos y ginecólogos a las usuarias, tanto para prescripción de anticoncepción hormonal oral como para la colocación, seguimiento y retirada de los DIUs y los implantes, las listas de espera son muy largas. Si lo hicieran las listas serían más cortas y la calidad de la asistencia mejor”.

“Habría que aumentar el ratio de matronas para poder cubrir todas las intervenciones que son competencia de la matrona, como la anticoncepción, y no solo las cuestiones relacionadas con el embarazo y el puerperio, las cuales, al ser tan pocas profesionales, ya saturan las agendas. Una de las luchas es poder desarrollar todas las labores competenciales incorporando más matronas a plantillas”.

Por otro lado, el segundo punto en común tiene que ver con que el sistema organizativo de estas comunidades se encuentra incluido dentro de sus documentos de planificación en salud. Lo que, como ya ha sido explicado, evita que se produzcan solapamientos de la actividad asistencial entre servicios y profesionales –viéndose así aumentada la eficiencia del circuito–, y facilita la coordinación entre niveles asistenciales. Algo que, además, puede verse potenciado si la atención primaria y la atención especializada comparten el sistema de interoperabilidad de la información sanitaria. Prueba de ello son las experiencias de Aragón y las Islas Canarias con este tipo de plataformas.

Por último, el tercero de los elementos que comparten los modelos de atención de Cataluña y Aragón se encuentra relacionado con la excelente difusión de la información sobre el circuito que estas comunidades han llevado a cabo a través de sus plataformas web y sus centros de atención. Como una de las personas entrevistadas sostiene *“resulta imprescindible para garantizar la accesibilidad que las personas sepan qué servicios pueden utilizar, qué profesionales pueden atenderles...Para que puedan elegir en base a su demanda”.*

Conclusiones

Desde luego, la cuestión de la accesibilidad a la información ha sido uno de los temas principales a tratar en esta investigación. Al fin y al cabo, el derecho a la recepción de una información sexual de calidad basada en el conocimiento científico y ético es un derecho sexual esencial.

Sobre la accesibilidad a la información en las diferentes comunidades autónomas de España cabe destacar dos aspectos. En primer lugar, que el consejo anticonceptivo es la vía de acceso a la información más utilizada por las personas usuarias cuando éstas tienen alguna duda acerca de la anticoncepción o se están planteando utilizar algún método anticonceptivo.

Aunque para las personas participantes en el estudio la matrona es el perfil referente en términos de consejo anticonceptivo, la realidad es que ésta se encuentra muy limitada en la práctica. No sólo porque no pueda prescribir fármacos o las personas usuarias continúen asociándola con el seguimiento del embarazo y el puerperio, sino porque, como se ha comentado anteriormente, al tener un ratio de atención muy superior al debido y encontrarse la mayor parte de su carga asistencial enmarcada en la atención a la mujer embarazada y puérpera, no dispone del tiempo ni de los recursos para prestar asistencia a este tipo de demandas, las cuales, acaban siendo asumidas por las y los profesionales de medicina de familia, quienes no solo no disponen del tiempo necesario para realizar un buen consejo, sino que, además, al contrario que la matrona, tampoco poseen la formación mínima requerida para realizar un consejo de calidad, en muchos casos.

En cuanto al papel de ginecología en el consejo anticonceptivo, en términos generales éste es el perfil responsable de realizar el consejo a personas en situación de riesgo, que por su situación de salud, requieran de un abordaje en anticoncepción más especializado.

Por todo esto, una de las conclusiones extraídas de cara a la mejora de la accesibilidad a la información de las personas usuarias es la potenciación de la matrona como figura referente en el consejo anticonceptivo. Para ello, es necesario que, por un lado, se facilite información a la población general en cuanto a las competencias asistenciales de los diferentes perfiles profesionales; y, por otro, se aumenten tanto las competencias en materia de anticoncepción de esta profesional (p.ej. colocación de métodos de larga duración y prescripción de anticoncepción oral), como su número de plazas dentro del sistema nacional de salud.

En otro orden de cosas, y retomando la cuestión de la accesibilidad a la información, el segundo aspecto a destacar es la necesidad de que los organismos en salud dispongan de plataformas web y materiales divulgativos sobre anticoncepción que faciliten a las personas usuarias acceder a una información actualizada basada en la evidencia científica.

Conclusiones

Como ya se ha mencionado, Aragón y Cataluña son un buen ejemplo de buenas prácticas en este sentido.

En resumen, el funcionamiento del circuito de anticoncepción puede ser óptimo independientemente del modelo de atención que se implemente siempre y cuando:

- Su organización y estructura esté incluida dentro de un documento de planificación en salud.
- El primer nivel asistencial constituya la puerta de entrada al circuito.
- El perfil de la matrona se erija como perfil referente en anticoncepción, en especial de cara a la provisión de consejo anticonceptivo.

Por último, cabe señalar que, de cara a la mejora de la accesibilidad de la información, aunque el consejo anticonceptivo es la intervención más utilizada y la que mejores resultados en términos de aprendizaje significativo ofrece, se ha de tener presente que las nuevas tecnologías constituyen una oportunidad para la mejora de la accesibilidad de la información; y, por tanto, los organismos autónomos en salud deben invertir recursos en desarrollar plataformas web que permitan a las personas usuarias encontrar la información que buscan e, incluso, descubrir algo que no tenían en mente.

La importancia de la gratuidad universal en anticoncepción: a propósito de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) y la anticoncepción de urgencia

La gratuidad universal de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) es, junto con la dispensación gratuita de la anticoncepción de urgencia, dos de las iniciativas más potentes de cara a la protección y garantía de los derechos sexuales de las personas usuarias. Asimismo, el nivel de implantación de estas medidas nos permite entender mejor cuál es la situación de la atención a la anticoncepción en un territorio, sobre todo, en términos de inequidad en salud.

En relación con los LARC, éstos consisten en los métodos reversibles más eficaces y costo efectivos para evitar embarazos no planificados y disminuir la tasa de interrupciones del embarazo.. Sin embargo, la realidad es que existen diversas barreras que dificultan el acceso de las personas que desean utilizar este tipo de métodos anticonceptivos.

Además del coste del método, una de las barreras más repetidas por las personas participantes de en esta investigación se encuentra relacionada con las listas de espera para la colocación y retirada de los DIU y los implantes en aquellos territorios donde la competencia de colocación y

Conclusiones

retirada de estos métodos es exclusiva de las y los médicos especialistas en ginecología en atención especializada.

El indicador utilizado en el estudio va más allá del nivel de accesibilidad financiera de los métodos LARC en las diferentes comunidades autónomas del Estado, siendo necesario evaluar otras cuestiones relacionadas con la accesibilidad de estos métodos como son las listas de espera para la colocación y/o retirada de dichos dispositivos o, directamente, la falta de recursos para acudir al servicio en que se desarrollan este tipo de intervenciones.

Por ello, a continuación se presentan algunos ejemplos, con el objetivo de demostrar que, si bien la eliminación del coste es una medida que claramente puede ayudar a mejorar la calidad de la atención anticonceptiva prestada en un determinado territorio, para que ésta tenga el impacto que promete necesita verse acompañada de una accesibilidad integral.

En Castilla y León la eliminación del coste de los LARC depende de cada centro hospitalario. En cuanto a la colocación y retirada, ésta también depende de atención especializada, siendo la media de las listas de espera según una de las personas entrevistadas casi de 10 meses. Por su parte, en Aragón todos los métodos LARC son gratuitos para las personas usuarias; la colocación y retirada del implante se realiza en atención primaria en salud, mientras que la del DIU corre a cargo de ginecología de atención hospitalaria. Este reparto de la carga asistencial ha permitido reducir las listas de espera y acelerar los procesos de colocación, con todos los beneficios que esto supone para las personas usuarias.

En Castilla-La Mancha son gratuitos para todas las personas usuarias los dispositivos intrauterinos hormonales y de cobre, si bien la colocación y retirada de todos los métodos LARC es competencia de atención especializada. En consecuencia, aunque la accesibilidad financiera es parcial, las listas de espera son relativamente largas.

En cuanto a Cataluña, la eliminación del coste de los LARC se realiza a colectivos específicos, los cuales, aunque incluyen a gran parte de la población que puede demandar estos métodos, no es universal. Dado que en esta comunidad autónoma los centros específicos ASSIR son los centros de referencia en atención a la anticoncepción, todas estas intervenciones se realizan en ellos, bien a través de la matrona (con competencia para la colocación de los implantes) o de ginecología (para la colocación y retirada de DIU e implante).

De igual forma, en Navarra los métodos LARC también son gratuitos para las personas usuarias y se colocan y retiran en sus centros específicos (CASSyR). Sin embargo, esta competencia tan solo la tiene el perfil de ginecología. Sin embargo, en Canarias también se elimina el coste de todos los métodos LARC, aunque la colocación y retirada es llevada a cabo

Conclusiones

por los profesionales de atención especializada.

Resumiendo, existe una gran heterogeneidad a nivel de accesibilidad integral de los métodos LARC dentro del contexto español. Con todo, las propuestas de mejora de la accesibilidad a los métodos LARC son aplicables a todas ellas, e incluyen:

- Acceso universal a todos los métodos LARC.
- Ampliación del perfil de profesionales competentes para la colocación y retirada de implantes y DIU. Priorizándose la formación de las matronas, cuyo perfil profesional es clave dentro del circuito de atención a la anticoncepción.
- Introducción dentro de la cartera de servicios de atención primaria las intervenciones de colocación y retirada de LARC, a excepción de los casos de alta complejidad. Dado que, con esta medida se conseguiría reducir las listas de espera para la realización de este tipo de intervenciones en el segundo nivel asistencial y, con ello, el riesgo de embarazos no planificados durante el periodo de espera.

En otro orden cosas, sobre la dispensación de la anticoncepción de urgencia cabe mencionar que, aunque según las personas participantes la demanda de anticoncepción de urgencia en los servicios de atención ha disminuido considerablemente, esta medida sigue siendo clave de cara a la garantía de la accesibilidad a la anticoncepción de las personas usuarias de las diferentes comunidades autónomas de España.

No obstante, otros de los aspectos a tener en cuenta -al igual que en la colocación de los métodos LARC-, sobre la accesibilidad de la anticoncepción de urgencia está relacionada con los horarios de atención y el número de servicios que ofrecen esta prestación; puesto que, a más servicios y a más horas de atención, mejor nivel de accesibilidad a la anticoncepción de urgencia.

De igual forma, en términos de calidad, otro de los elementos que permiten mejorar la intervención es la información a la usuaria sobre los mecanismos de acción y los métodos anticonceptivos a que tiene acceso para, si así lo desea, que se pueda comenzar a utilizar el método elegido después de la administración del fármaco anticonceptivo.

En base a lo expuesto, las comunidades autónomas que, además de dispensar gratuitamente la anticoncepción de urgencia en varios de sus servicios, realizan un acompañamiento de calidad a la persona usuaria son: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, la Comunidad Valenciana, Euskadi, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, La Rioja y Navarra.

Conclusiones

Por el contrario, en La Región de Murcia, las Islas Canarias y Castilla La Mancha la anticoncepción de urgencia no se dispensa de forma gratuita en ninguno de los servicios del sistema nacional de salud, a excepción de las urgencias hospitalarias en casos de agresión sexual. Por último, en la Comunidad de Madrid la anticoncepción de urgencia tan solo se dispensa de forma gratuita en los Centros Municipales de Salud Comunitaria (CMSc) del municipio de Madrid.

La importancia de... la formación continuada y los instrumentos de mejora de la práctica asistencial

Si algo comparten los planes y programas en anticoncepción desarrollados por algunas de las comunidades autónomas de nuestro país, es la importancia otorgada a la formación continuada de las y los profesionales en esta materia.

En términos generales, las opiniones de las personas participantes en el estudio sobre la formación en anticoncepción son bastante similares. Existen tres itinerarios en términos de formación en anticoncepción.

En el primero de ellos, el organismo autonómico en salud no ha diseñado ni implementado ningún programa formativo sobre esta materia, de manera que las y los profesionales deben cursar formaciones externas al servicio. Éste es el caso de comunidades autónomas como Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura o Galicia.

En el segundo, el organismo autonómico en salud ha diseñado un programa formativo que, a juicio de las y los profesionales entrevistados, es demasiado básico y no permite aumentar el nivel de competencias de aquellos profesionales que, por su desempeño laboral, ya tienen un nivel de conocimientos medio o medio-alto en anticoncepción. Lo que les obliga a cursar formaciones especializadas externas a su organismo, sobre todo, en lo que a formación en colocación de LARC se refiere. Algunas de las comunidades que se encuentran en esta situación formativa son: Andalucía, Castilla La Mancha, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana, Euskadi, Islas Baleares y Navarra.

La única comunidad autónoma que se erige como la excepción en este contexto es Cataluña; la cual, pese tener un programa formativo muy básico sobre anticoncepción, sí que ofrece a sus profesionales la posibilidad de cursar una formación desarrollada por el propio Departament de Salut sobre colocación y retirada de LARC.

En el tercero y último, el organismo autonómico en salud ha diseñado un programa formativo adaptado a los perfiles y necesidades de las y los profesionales; los cuales, generalmente pertenecen al primer nivel asistencial. En consonancia, la formación es teórico-práctica y se

Conclusiones

actualiza con relativa frecuencia. En ocasiones, también ofrece cursos formativos de especialización, principalmente, dirigidos a la capacitación de profesionales en la colocación y retirada de LARC. Este es el caso de comunidades autónomas como Aragón, Islas Canarias, La Rioja y la Región de Murcia.

En base a lo expuesto, cabría señalar que para que una formación continuada tenga el nivel de calidad requerido para garantizar la mejora de las competencias profesionales en materia de anticoncepción debería cumplir con las características del tercer itinerario.

Por último, en relación con los instrumentos de mejora de la práctica asistencial, la mayoría de documentos de planificación de la atención a la anticoncepción no hacen mención directa a unos recursos que, en opinión de todas las personas participantes, resultan imprescindibles para mejorar la calidad de la atención prestada.

Ahora bien, al igual que el resto de indicadores, la situación de los instrumentos de mejora en los diferentes territorios es ciertamente heterogénea. Por un lado, hay comunidades autónomas que han desarrollado alguna guía o protocolo; y que, al no disponer de un plan o programa, utilizan dicha guía como documento de referencia en anticoncepción. Es el caso de Asturias o Galicia.

Por otro lado, hay comunidades que carecen de un plan o programa, pero poseen algún instrumento de mejora de la práctica asistencial. Destacan aquí Castilla La Mancha, Castilla y León, la Comunidad de Madrid y Navarra. Y viceversa, comunidades que tienen un plan o programa pero no han elaborado ningún instrumento de mejora de la práctica asistencial. Prueba de ello son la Comunidad Valenciana, La Rioja y la Región de Murcia. También hay comunidades que poseen un plan o programa y han desarrollado instrumentos de mejora asistencial. Este es el caso de Aragón, Cataluña e Islas Canarias.

Por último, hay comunidades que no poseen un plan o programa y tampoco han desarrollado instrumentos de mejora asistencial. Por ejemplo, Andalucía, Euskadi, Extremadura, Islas Baleares.

De acuerdo a lo descrito, puede concluirse que una de las tareas pendientes en términos de mejora de la calidad asistencial en las comunidades autónomas del Estado se encuentra relacionado con la falta de instrumentos de mejora de la práctica asistencial o, en su defecto, la existencia de unos instrumentos tremendamente desactualizados (p.ej. Galicia que cuenta con una guía publicada en el año 2008).

En resumen, el análisis de la situación de la atención a la anticoncepción en España revela una realidad marcada por la heterogeneidad y las inequidades entre las diferentes comunidades autónomas. A pesar de

Conclusiones

estas diferencias, se observa que existen puntos en común significativos que pueden ser la base para una colaboración intercomunitaria efectiva. La falta de políticas públicas consistentes y el impacto de las transiciones políticas son factores que dificultan el desarrollo de estrategias uniformes en todo el territorio. Sin embargo, ejemplos de buenas prácticas en comunidades como Aragón y Cataluña demuestran que es posible mejorar la accesibilidad y calidad de la atención mediante la implementación de planes bien estructurados y la promoción de la figura de la matrona.

Además, es fundamental reconocer la importancia del primer nivel asistencial y la accesibilidad de la información para optimizar la atención anticonceptiva. La centralización de la atención en los centros de salud y la formación continua de los profesionales son aspectos clave para garantizar un acceso equitativo y de calidad. También es esencial avanzar hacia la gratuidad universal de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) y la anticoncepción de urgencia, eliminando las barreras económicas y organizativas que actualmente limitan su accesibilidad.

En definitiva, la colaboración intercomunitaria y el compromiso político son esenciales para avanzar hacia un sistema de salud más equitativo y accesible en materia de anticoncepción en España.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN A LA ANTICONCEPCIÓN

Promocionar el diseño e implantación de planes o programas en anticoncepción que:

- Tengan por objetivo garantizar una atención a la anticoncepción de calidad y equitativa a todas las personas usuarias.
- Puedan dar respuesta a las diferentes necesidades de las personas atendiendo a las diversas realidades y circunstancias en que éstas se encuentran. La aplicación de un enfoque interseccional y de género puede ser de ayuda para conseguir esta cuestión.
- Establezca los diferentes niveles de actuación en función del motivo de la demanda, del tipo de prestación que se va a realizar, de la cartera de servicios propia de cada nivel asistencial y del nivel de competencia y habilidades atribuidas a los diferentes perfiles profesionales implicados.
- Precise los criterios y circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia anticonceptiva.
- Proponga un sistema de evaluación que incluya indicadores de estructura, proceso y resultado. Esto permitirá obtener una fotografía más amplia de la situación del circuito evaluado y, sobre todo, integrará dentro del proceso de medición de la calidad asistencial a todos los agentes implicados. Desde las personas usuarias a las y los profesionales y los gerentes.
- Determine las características y funciones de seguimiento y evaluación de la Comisión de Seguimiento responsable de validar los contenidos e introducir matices y recomendaciones con relación a los reajustes o cambios a incorporar dentro del documento de planificación en salud correspondiente.

- Se difunda a toda la población. De forma que tanto las y los profesionales como las personas usuarias tengan un buen conocimiento de las características, los elementos y el funcionamiento del circuito de atención a la anticoncepción.
- **Centralizar la atención a la anticoncepción en el primer nivel asistencial.** De forma que la asistencia anticonceptiva a mujeres de bajo riesgo no precise de la derivación a atención especializada, viéndose así reducidas las listas de espera y, con ello, el riesgo de embarazo no planificado en aquellas mujeres que precisan de la colocación de un método anticonceptivo de larga duración.
- **Tecnologizar los canales de coordinación y derivación entre niveles profesionales de cara a la facilitación de la comunicación entre profesionales.** Un ejemplo de ello es la herramienta de la interconsulta virtual, la cual, ya está empezando a implementarse en varias CCAA de nuestro país.
- **Mejorar la continuidad asistencial mediante el establecimiento de un sistema de interoperabilidad de la información sanitaria de formato único que permita a las y los profesionales de diferentes asistenciales consultar la historia clínica de las persona usuarias.**
- **Situar como profesionales de referencia en materia de atención a la anticoncepción a las matronas del primer nivel asistencial, las cuales, según la 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), tienen entre sus competencias: el liderazgo y dinamización de programas de atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva; la realización de consejo afectivo-sexual y consejo reproductivo; la promoción de una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción; la realización de una adecuada educación para la salud; y la aplicación de los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en su ámbito de actuación. Todas ellas, competencias que demuestran la pertinencia de que este perfil profesional vea ampliado su marco de actuación y pueda realizar de forma sistemática actividades como la prescripción de anticonceptivos o la colocación y retirada de métodos de larga duración.**

Promocionar la accesibilidad de la información sobre anticoncepción a las personas usuarias a través de las siguientes medidas:

- **Asegurar que las y los profesionales competentes para la realización de consejo anticonceptivo disponen de la formación y los recursos**

(espacio-temporales, materiales) necesarios para poder llevar a cabo una intervención de educación anticonceptiva de calidad que se adapte a las características, necesidades y demandas de la persona usuaria.

- Desarrollar plataformas web de fácil e intuitivo uso que permitan a las personas usuarias consultar tanto información básica sobre la anticoncepción y sus métodos como los recursos y servicios de que disponen para recibir asesoramiento anticonceptivo.
- Disponer de materiales divulgativos actualizados y basados en la evidencia científica que vayan dirigidos a la población general como a colectivos más específicos. Por ejemplo, personas con discapacidad, personas migrantes no hispanohablantes o adolescentes y jóvenes.
- Aprobar la eliminación del coste universal de los métodos de larga duración.
- Asegurar que la anticoncepción de urgencia se dispensa de forma gratuita en varios de los servicios que forman parte del circuito de atención a la anticoncepción. Esta medida permite garantizar que la demanda de la persona usuaria pueda ser satisfecha en todo momento, independientemente de la hora y el día de la semana.

Desarrollar e implantar un programa formativo de calidad, basado en la evidencia científica y adaptado a las necesidades y perfiles competenciales de las y los profesionales a los que va dirigido. Algunas cuestiones para la elaboración de esta formación deberían ser:

- Diseñar diferentes cursos de formación con diferentes niveles de complejidad que permitan a las y los profesionales aumentar paulatinamente su nivel de conocimientos en anticoncepción.
- Incluir sesiones prácticas que permitan a las y los profesionales desarrollar y/o mejorar sus habilidades en términos de asistencia anticonceptiva. En especial, en lo que se refiere a habilidades para la realización del consejo anticonceptivo y la colocación y retirada de los métodos anticonceptivos de larga duración.
- Actualizar con frecuencia los contenidos y sesiones del programa formativo.

Elaborar instrumentos de mejora de la práctica asistencial que permitan mejorar el funcionamiento de los sistemas de atención a la anticoncepción y garantizar una práctica asistencial estandarizada, eficiente y de calidad. Así como crear comisiones de seguimiento.



Texto elaborado por:
SEDRA-Federación de Planificación Familiar
Junio 2024